



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

ANNEXOS

EL CONTÍNUUM ENTRE L'ANORÈXIA I LA BULÍMIA NERVIOSES: UNA MATEIXA PROBLEMÀTICA, DIFERENTS PRESENTACIONS

REVISIÓ SISTEMÀTICA I PROPOSTA D'INTERVENCIÓ

Treball de final de Màster

Esther Jó Filbà

Tutora: Lola Riesco Miranda

Màster en Psicologia General Sanitària

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, març del 2020

Índex

1.	Annex 1: Criteris diagnòstics de l'anorèxia nerviosa	4
1.1.	Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons la CIM-10 (OMS, 1992).....	4
1.2.	Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons el DSM-IV-TR (APA, 2000)	5
1.3.	Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons el DSM-5 (APA, 2014)	6
2.	Annex 2: Criteris diagnòstics per la bulímia nerviosa	7
2.1.	Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons la CIM-10 (OMS, 1992).....	7
2.2.	Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons el DSM-IV-TR (APA, 2000)	8
2.3.	Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons el DSM-5 (APA, 2014)	9
3.	Annex 3: Instruments d'avaluació i detecció	10
3.1.	Altres instruments d'avaluació	10
3.2.	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).....	13
3.3.	Eating Disorder Inventory versió 3 (EDI-3).....	16
3.4.	Beck Depression Inventory version II (BDI-II)	19
3.5.	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).....	23
3.6.	Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).....	26
3.7.	Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)	27
3.8.	Eating Attitudes Test – 40 (EAT-40)	29
3.9.	Body Shape Questionnaire (BSQ)	30
3.10.	Rosenberg Self Esteem Scale (RSES).....	36
3.11.	Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).....	37
3.12.	State-Trait Anxiety Inventory (STAI).....	38
3.13.	Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)	40
3.14.	Rathus Assertiveness Schedule (RAS)	41
3.15.	Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20).....	42
3.16.	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).....	43
3.17.	Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA).....	44
3.18.	Escala de las 9 siluetas.....	46
4.	Annex 4: Eating Disorder Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-ED).....	47
5.	Annex 5: Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)	48
6.	Annex 6: Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)	49
7.	Annex 7: Eating Disorder Focused Focal Psychodynamic Therapy (FPT)	50
8.	Annex 8: Anorexia Nervosa Focused Family Therapy (FT-AN).....	51
9.	Annex 9: Adolescent Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa (AFP-AN)...	52

10.	Annex 10: Eating Disorder Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childs and Adolescents (CBT-ED)	53
11.	Annex 11: Bulimia Nervosa Focused Self Help for Adults	54
12.	Annex 12: Bulimia Nervosa Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-ED)	55
13.	Annex 13: Bulimia Nervosa Focused Family Therapy (FT-BN).....	56
14.	Annex 14: Bulimia Nervosa Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childs and Adolescents (CBT-ED)	57
15.	Annex 15: Guia PRISMA.....	58
16.	Annex 16: Guia AGREE	60
17.	Annex 17: Resultats de la recerca sistemàtica	64
18.	Annex 18: Proposta d'intervenció	71
19.	Annex 19: Registre del pes i l'IMC.....	81
20.	Annex 20: Anamnesis	82
21.	Annex 21: Consentiment informat	96
22.	Annex 22: Escala de Funcionamiento Parental (EFP)	97
23.	Annex 23: Arbre dels meus èxits.....	99
24.	Annex 24: Mapa conceptual de l'autoestima	100
25.	Annex 25: Escala d'Habilitats Socials (EHS)	101
26.	Annex 26: Els cercles de l'amistat.....	103
27.	Annex 27: Balanç de guanys i pèrdues associades al TCA.....	104

1. Annex 1: Criteris diagnòstics de l'anorèxia nerviosa

1.1. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons la CIM-10 (OMS, 1992)

Taula 1. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa CIM-10 (OMS, 1992)

El diagnòstic de l'AN s'ha de realitzar de forma estricta, perquè és necessari que estiguin presents totes les alteracions següents:

- A. Pèrdua significativa de pes (IMC menor de 17,5) o falta d'augment de pes en els nens/es, que porta a un pes corporal d'almenys un 15% per sota del pes normal esperat per l'edat i la talla corresponent.
- B. La pèrdua de pes és autoinduída mitjançant:
 1. Evitació del consum "d'aliments que engreixen" i per un o més dels símptomes següents:
 - Vòmits autoinduíts.
 - Purgues intestinals provocades.
 - Exercici excessiu i consum de fàrmacs anorexígens o diürètics.
- C. Distorsió de la imatge corporal que consisteix en una psicopatologia específica caracteritzada per la persistència, amb el caràcter d'idea sobrevalorada intrusa, de pànic enfront el fet d'estar gras o la flacciditat de les formes corporals, de manera que el malalt s'imposa a si mateix romandre per sota d'un límit màxim de pes corporal.
- D. Trastorn endocrí generalitzat que afecta a l'eix hipotàlem-hipòfisi-gonadal manifestant-se en la dona amb amenorrea i en l'home com una pèrdua de l'interès i la potència sexuals (una excepció aparent la constitueix la persistència de sagnat vaginal en dones anorèxiques que segueixen una teràpia hormonal de substitució, per norma general amb píndoles contraceptives). També poden presentar-se concentracions altes de l'hormona del creixement i de cortisol, alteracions del metabolisme perifèric de l'hormona tiroïdal i anomalies en la secreció d'insulina.
- E. Si l'inici és anterior a la pubertat, es retarda la seqüència de les manifestacions de la pubertat, o inclús es deté (cessa el creixement; en les dones no es desenvolupen les mames i hi ha amenorrea primària; en els homes persisteixen els genitals infantils). Si es produeix una recuperació, la pubertat sol recuperar-se, però la menarquia és tardana.

Anorèxia nerviosa atípica: Casos en els que falta una o més de les característiques principals de l'AN, com amenorrea o pèrdua significativa de pes, però que, tot i això, presenten un quadre clínic força característic de l'AN.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta de la CIM-10 (OMS, 1992).

Nota. AN (Anorèxia Nerviosa); CIM-10 (Classificació Internacional de les Malalties 10^a edició); OMS (Organització Mundial de la Salut); IMC (Índex de Massa Corporal).

1.2. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons el DSM-IV-TR (APA, 2000)

Taula 2. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa DSM-IV-TR (APA, 2000)

- A. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre el valor mínim normal considerant l'edat i la talla¹.
 - B. Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obès, inclús estant per sota del pes normal.
 - C. Alteració de la percepció del pes o la silueta corporal, exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.
 - D. En dones post-puberals, presència d'amenorrea. Absència d'almenys tres cicles mensuals consecutius.
-

Especificar subtipus:

Tipus restrictiu: Durant l'episodi d'AN l'individu no recorre regularment a afartaments o purgues (p. ex., provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o ènemes).

Tipus compulsiu/purgatiu: Durant l'episodi d'AN l'individu recorre regularment a afartaments o purgues (p. ex., provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o ènemes).

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Nota. AN (Anorèxia Nerviosa); DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders [Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals] 4^a edició, Text Revisat); APA (American Psychiatric Association [Associació Americana de Psiquiatria]).

¹ Per exemple, pèrdua de pes que dona lloc a un pes inferior al 85% de l'esperable, o rebuig en aconseguir l'augment de pes normal durant el període de creixement, donant com a resultat un pes corporal inferior al 85% del pes esperable.

1.3. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa segons el DSM-5 (APA, 2014)

Taula 3. Criteris diagnòstics anorèxia nerviosa DSM-5 (APA, 2014)

- A. Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix² en relació amb l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física.
 - B. Por intensa a guanyar pes o engreixar-se, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, inclús amb un pes significativament baix.
 - C. Alteració en la forma en que un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement de la gravetat del baix pes corporal actual.
-

Especificar si:

(F50.01) Tipus restrictiu: Durant els últims tres mesos, l'individu no ha tingut episodis recurrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoinduït o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes). Aquest subtipus descriu presentacions en les que la pèrdua de pes és deguda sobretot a la dieta, el dejuni i/o l'exercici físic excessiu.

(F50.02) Tipus amb afartaments o purgues: Durant els últims tres mesos, l'individu ha tingut episodis recurrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoinduït o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes).

Especificar si:

En remissió parcial: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per l'anorèxia nerviosa, el Criteri A (pes corporal baix) no s'ha complert durant un període continuat, però encara es compleix el Criteri B (por intensa a augmentar de pes o a engreixar-se, o comportament que interfereix en l'augment de pes) o el Criteri C (alteració de l'autopercepció del pes i la constitució).

En remissió total: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per l'anorèxia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Especificar la gravetat actual³:

Lleu: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderat: IMC 16-16,99 kg/m²

Greu: IMC 15-15,99 kg/m²

Extrem: IMC < 15 kg/m²

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-5 (APA, 2014).

² El present manual entén el pes significativament baix com aquell que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.

³ La gravetat s'estableix a partir de l'Índex de Massa Corporal (IMC). Aquesta pot augmentar per reflectir els símptomes clínics, el grau de discapacitat funcional i la necessitat de supervisió.

2. Annex 2: Criteris diagnòstics per la bulímia nerviosa

2.1. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons la CIM-10 (OMS, 1992)

Taula 4. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa CIM-10 (OMS, 1992)

Per fer el diagnòstic de BN han d'estar presents totes les alteracions que es refereixen a continuació, de manera que constitueixen pautes diagnòstiques estrictes:

- A. Preocupació persistent pel menjar, juntament amb un desig intens o un sentiment de compulsió per menjar, presentant episodis de polifàgia durant els quals consumeix grans quantitats de menjar en períodes curts de temps.
- B. El malalt intenta contrarestar la repercussió dels afartaments al pes mitjançant un o més dels següents mètodes:
 - Vòmits autoprovocats.
 - Abús de laxants.
 - Períodes intercalats de dejuni.
 - Consum de fàrmacs supressors de la gana o anorexígens, extractes tiroïdals o diürètics.

Si la bulímia es presenta en un malalt diabètic pot abandonar el seu tractament amb insulina.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta de la CIM-10 (OMS, 1992).

Nota. BN (Bulímia Nerviosa); CIM-10 (Classificació Internacional de les Malalties 10^a edició); OMS (Organització Mundial de la Salut). IMC (Índex de Massa Corporal).

2.2. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons el DSM-IV-TR (APA, 2000)

Taula 5. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa DSM-IV-TR (APA, 2000)

- A. Presència d'afartaments recurrents. Un afartament es caracteritza per:
1. Ingesta d'aliments en un espai de temps curt (p. ex., un període de dues hores) en quantitats superiors a les que la majoria de les persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies.
 2. Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment.
- B. Conductes compensatòries inapropiades, de manera repetida, amb la finalitat de no guanyar pes, com són la provocació del vòmit, l'ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes o altres fàrmacs, dejuni o exercici excessiu.
- C. Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen lloc, de mitjana, almenys dues vegades a la setmana durant un període de tres mesos.
- D. L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta corporals.
- E. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs de l'AN.
-

Especificar subtipus:

Tipus purgatiu: Durant l'episodi de BN l'individu es provoca regularment el vòmit o utilitza laxants, diürètics o ènemes en excés.

Tipus no purgatiu: Durant l'episodi de BN l'individu utilitza altres conductes compensatòries inapropiades, com el dejuni o l'exercici físic intens, però no recorre regularment a provocar-se el vòmit ni utilitza laxants, diürètics o ènemes en excés.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Nota. AN (Anorèxia Nerviosa); BN (Bulímia Nerviosa); DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals] 4ª edició, Text Revisat); APA (American Psychiatric Association [Associació Americana de Psiquiatria]).

2.3. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa segons el DSM-5 (APA, 2014)

Taula 6. Criteris diagnòstics bulímia nerviosa DSM-5 (APA, 2014)

-
- A. Episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza pels dos fets següents:
1. Ingesta, en un període determinat (p. ex., dins d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior a la que la majoria de persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants.
 2. Sensació de falta de control sobre el que s'ingereix durant l'episodi (p. ex., sensació de que no es pot deixar de menjar o controlar el que s'ingereix o la quantitat del que s'ingereix).
- B. Comportaments compensatoris inapropiats recurrents per evitar l'augment de pes, com el vòmit autoinduït, l'ús incorrecte de laxants, diürètics o altres medicaments, el dejuni o l'exercici excessiu.
- C. Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
- D. L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal.
- E. L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.
-

Especificar si:

En remissió parcial: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per la bulímia nerviosa, alguns però no tots els criteris no s'han complert durant un període continuat.

En remissió total: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per la bulímia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Especificar la gravetat actual⁴:

Lleu: Una mitjana de 1-3 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Moderat: Una mitjana de 4-7 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Greu: Una mitjana de 8-13 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Extrem: Una mitjana de 14 episodis o més de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-5 (APA, 2014).

⁴ La gravetat mínima es basa, segons el DSM-5 (APA, 2014), en la freqüència dels comportaments compensatoris inapropiats. La gravetat pot augmentar per reflectir altres símptomes i el grau de discapacitat funcional.

3. Annex 3: Instruments d'avaluació i detecció

3.1. Altres instruments d'avaluació

- **The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I [L'Entrevista Clínica Estructurada pel DSM-IV, Eix I; Adaptada per Blanch i Andreu (s.d.)] (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1997):** Entrevista semiestructurada destinada a realitzar els diagnòstics més importants de l'Eix I dels DSM-IV (APA, 1994). Aquesta conté nombroses preguntes per dur a terme l'entrevista, així com els criteris diagnòstics del manual. S'utilitza amb una fulla de resultats. S'estima que la seva durada és d'entre 45 i 90 minuts aproximadament.
- **The Beck Depression Inventory-II [L'Inventari de Depressió de Beck-II. Adaptat per Vázquez i Sanz, 1999] (BDI-II; Beck, Steer i Garbin, 1988):** Aquest inventari consisteix en una llista de 21 ítems que s'utilitzen per avaluar les experiències subjectives de depressió. Cada element presenta quatre alternatives de resposta ordenades de menor (0) a major (3) intensitat. La puntuació total oscil·la entre 0 i 63 i s'estructura de la manera següent: 0 absència de depressió; 10-18 depressió lleu; 19-29 depressió moderada i ≥ 30 depressió greu.
- **Hamilton Depression Rating Scale [Escala de Hamilton per la depressió. Adaptat per Lobo i Chamorro, 2002] (HAM-D; Hamilton, 1959):** Qüestionari heteroaplicat que valora la severitat dels símptomes observables en la depressió (p. ex., insomni, agitació, pèrdua de pes i ansietat) i consta de 21 ítems amb múltiples respostes.
- **Hamilton Anxiety Rating Scale [Escala de Hamilton per l'Ansietat. Adaptat per Lobo i Chamorro, 2002] (HARS; Hamilton, 1959):** Escala heteroaplicada per l'avaluació de l'ansietat a través de diversos símptomes que consta de 14 ítems els quals puntuen de 0 a 1 segons la intensitat de la seva presentació.
- **The Symptom Checklist 90 Revised [El Qüestionari d'Avaluació de Símtomes. Adaptat per González de Rivera et al., 1990] (SCL-90-R; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhutz i Covi, 1974):** Qüestionari encaminat a l'avaluació d'una llarga llista de símptomes psicopatològics que es percep com un instrument d'*screening*, més que no pas d'una funció diagnòstica. Consta de 90 ítems i es precisen aproximadament 20 minuts per la seva autoadministració. També inclou 7 ítems addicionals. S'aplica a individus de 13 anys en endavant.
- **Rosenberg Self-Esteem Scale [Escala d'Autoestima de Rosenberg. Adaptat per Atienza, Balaguer i Moreno, 2000] (RSES; Rosenberg, 1965):** Instrument

autoadministrat que mesura el sentiment respecte el grau de satisfacció que la persona té de si mateixa. Es complimenta en 5 minuts aproximadament. Consta de 10 ítems. Presenta 4 opcions de resposta. El sumatori dels valors proporciona una puntuació global que oscil·la entre un rang de 0 a 40 punts, classificant els subjectes en tres grups: (1) autoestima baixa (puntuació menor o igual a 25); (2) autoestima mitja (puntuació entre 26 i 29) i (3) autoestima elevada (entre 30 i 40 punts).

- **Barratt Impulsive Scale [Escala d'Impulsivitat de Barratt. Adaptat per Oquendo et al., 2001] (BIS-11; Barratt, 1995):** És un instrument dissenyat per avaluar la impulsivitat que pot ser auto o heteroaplicat. El temps estimat per completar-lo és d'uns 5 minuts. Consta de 30 ítems.
- **State-Trait Anxiety Inventory [Inventari d'Ansietat Estat-Tret. Adaptat per Seisdedos, 1982] (STAI; Spielberger, Gorsuch i Lushene, 1983):** Escala formada per dos subescales: l'escala ansietat estat i la d'ansietat tret, cadascuna de les quals consta de 20 ítems, la resposta dels quals va de "mai" a "quasi sempre". La primera mesura símptomes ansiosos del moment actual i la segona els símptomes en general.
- **Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [Inventari Clínic Multiaxial de Millon. Adaptat per Cardenal i Sánchez, 2008] (MCMI-III; Millon, Davis i Millon, 1997):** Avalua estils i trastorns de personalitat en majors de 18 anys. Consta de 175 ítems que avaluen diferents escales. D'aplicació tant individual com col·lectiva, el seu temps d'administració oscil·la entre els 20 i 25 minuts.
- **Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 [Inventari Multifàsic de Personalitat de minnesota-2. Adaptat per Ávila-Espada i Jiménez-Gómez, 2002; Revisat el 2019] (MMPI-2; Butcher et al., 2001):** La finalitat d'aquest inventari és l'avaluació de la personalitat normal i patològica a partir de diferents grups d'escales: escales de validesa, escales clíniques i subescales clíniques, escales de contingut i subescales de contingut, escales suplementaries i escales de personalitat psicopatològica. També valora possibles trastorns psicològics en població adulta. La durada d'aplicació és variable, comprenent temps entre 60 i 90 minuts.
- **Rathus Assertiveness Schedule [Inventari d'Assertivitat de Rathus. Adaptat per Carrasco, Clemente i Llavona, 1984] (RAS; Rathus, 1973):** Qüestionari autoaplicable dissenyat per avaluar el grau d'assertivitat que consta de 30 ítems. Per cada pregunta existeixen 6 graus de resposta que fluctuen entre "molt característic" fins "definitivament no característic". Una puntuació positiva

alta indica habilitats socials elevades, mentre que una puntuació negativa alta indica un baix nivell d'habilitats socials.

- **Toronto Alexithymia Scale-20 [Escala d'Alexitímia de Toronto-20. Adaptat per Martínez-Sánchez, 1996] (TAS-20; Bagby, Taylor i Parker, 1994):** Qüestionari autoadministrat que consta de 20 preguntes amb 6 possibles respostes. Puntuen entre 0 i 5 i es valora segons una escala tipus Likert que va des de 1 "gens d'acord" fins a 5 "totalment d'acord".
- **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [Escala Yale-Brown pel Trastorn Obsessiu Compulsiu. Adaptat per Sal, Rosas i cols., 2002] (Y-BOCS; Goodman et al., 1989):** L'escala, que no és un instrument diagnòstic sinó d'*screening*, mesura la intensitat del TOC sense analitzar el contingut dels símptomes.

3.2. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

CUESTIONARIO EDE-Q

Instrucciones:

Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al **ÚLTIMO MES O A LOS ÚLTIMOS TRES MESES**. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

Cuántos días en los pasados 28 días ...	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de la ingesta o normas como cuánto y donde comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido en tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6

14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:

15. ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)?

- 0- Ninguna vez.
- 1- Alguna vez.
- 2- Menos de la mitad de las veces.
- 3- La mitad de las veces.
- 4- Más de la mitad de las veces.
- 5- La mayoría de las veces.
- 6- Siempre.

16. ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias? 0- No 1-Si

En caso afirmativo:

17. ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta? _____

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19. ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias?

0- No 1-Si

En caso afirmativo:

20. ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios? _____

21. ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0-No 1-Si

En caso afirmativo:

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

23. ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0- No 1-Si

En caso afirmativo:

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

25. ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0-No 1-Si

En caso afirmativo:

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

27. ¿Has realizado ejercicio energético para controlar tu figura o tu peso? 0-No 1-Si

En caso afirmativo:

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

En los últimos 3 meses ...	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por el peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SOLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0-No 1-Si

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

- 1 mes.
- 2 meses.
- 3 meses.
- Más de 3 meses.

3.3. Eating Disorder Inventory versión 3 (EDI-3)

EDI-3

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Beck Depression Inventory version II (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre: Estado civil..... Edad: Sexo:
Ocupación: Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0- No me siento triste.
- 1- Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2- Me siento triste todo el tiempo.
- 3- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0- No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2- No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0- No me siento como un fracasado.
- 1- He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3- Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0- No me siento particularmente culpable.
- 1- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3- Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0- No siento que este siendo castigado.
- 1- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2- Espero ser castigado.
- 3- Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1- He perdido la confianza en mí mismo.
- 2- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3- No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0- No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía.
- 2- Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2- Quería matarme.
- 3- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1- Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2- Lloro por cualquier pequeñez.
- 3- Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3- Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0- No siento que yo no sea valioso.
- 1- No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3- Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0- Tengo tanta energía como siempre.
- 1- Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2- No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3- no tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a- Duermo un poco más de lo habitual.
- 1b- Duermo un poco menos de lo habitual.
- 2a- Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b- Duermo mucho más de lo habitual.
- 3a- Duermo la mayor parte del día.
- 3b- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0- No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1- Estoy más irritable de lo habitual.
- 2- Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3- Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a- Mi apetito es mucho menor que antes.

2b- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a- No tengo apetito en absoluto.

3b- Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

0- Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2- Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3- He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total: _____

3.5. Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0. Ausente.

1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.

2. Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación, ...

3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4. Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0. Ausente.

1. Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente.

2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención.

3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas decisiones o pecados del pasado; merece lo que padece.

4. Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.

3- SUICIDIO _____ []

0. Ausente.

1. Ligero: la vida no vale la pena vivirla.

2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.

3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.

4. Extremo: serio intento de suicidio.

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0. Ausente.

1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (< 3 noches/semana).

2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches/semana).

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0. Ausente.

1. Ocasional: está inquieto durante la noche; sí se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (< 3 noches/semana).

2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o más noches seguidas por semana).

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0. Ausente.

1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (< 2 horas antes; < 3 días por semana).

2. Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 o más días por semana).

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0. Ausente.

1. Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3. Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2. Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos, ...

3. Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4. Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4. Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ []

0. Ausentes.

1. Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2. Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ []

0. Ausentes.

1. Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2. Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ []

0. Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2. Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2. Moderada: preocupado por su salud.

3. Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

4. Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0. Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2. Moderada: niega estar enfermo o el origen de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ []

0. Ausente.

1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta).

2. Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año (sin dita).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ []

3.6. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0= Ninguno 1=Leve 2= Moderada 3=Grave 4=Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido.	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse.		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes.		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello.	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, ...	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular.			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad.				

3.7. Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)

SCL-90-R

Identificación Fecha

A continuación, hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR?

Utilice los siguientes criterios:

A: nada B: un poco C: moderadamente D: bastante E: mucho

	A	B	C	D	E
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo o agitación interior.					
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le van de su mente.					
4. Sensaciones de desmayo o mareo.					
5. Pérdida del deseo o del placer sexual.					
6. El hecho de juzgar a otras personas crítica o negativamente.					
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos.					
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.					
9. Dificultad para controlar las cosas.					
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.					
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.					
12. Dolores en el corazón o en el pecho.					
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle.					
14. Sentirse bajo de energías o decaído.					
15. Pensamientos o ideas de acabar con su vida.					
16. Oír voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores.					
18. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas.					
19. Falta de apetito.					
20. Llorar fácilmente.					
21. Timidez o incomodidad con el sexo opuesto.					
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.					
23. Tener miedo de repente y sin razón.					
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.					
25. Miedo a salir de casa solo.					
26. Culparse a sí mismo de lo que pasa.					
27. Dolores en la parte baja de la espalda.					
28. Sentirse incapaz de lograr cosas.					
29. Sentirse solo.					
30. Sentirse triste.					
31. Preocuparse demasiado por las cosas.					
32. No sentir interés por las cosas.					
33. Sentirse temeroso.					
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.					
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.					
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.					
37. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no le gusta.					

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.					
39. Que el corazón le palpita o le vaya muy deprisa.					
40. Náuseas o malestar en el estómago.					
41. Sentirse inferior a los demás.					
42. Dolores musculares.					
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.					
44. Dificultad para conciliar el sueño.					
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.					
46. Encontrar difícil el tomar decisiones.					
47. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.					
48. Dificultad para respirar.					
49. Sentir calor o frío de repente.					
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le dan miedo.					
51. Que se le quede la mente en blanco.					
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.					
53. Sentir un nudo en la garganta.					
54. Sentirse desesperado con respecto al futuro.					
55. Tener dificultad para concentrarse.					
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.					
57. Sentirse tenso o agitado.					
58. Pesadez en los brazos o las piernas.					
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.					
60. El comer demasiado.					
61. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.					
62. Tener pensamientos que no son suyos.					
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.					
64. Despertarse de madrugada.					
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar, etc.					
66. Sueño inquieto o desvelarse fácilmente.					
67. Tener fuertes deseos de romper algo.					
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.					
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas.					
70. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p. ej., en el cine, en las tiendas.					
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.					
72. Ataques de terror o pánico.					
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.					
74. Tener discusiones frecuentes.					
75. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo.					
76. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros.					
77. Sentirse solo, aunque esté con más gente.					
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.					
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada.					
80. Pensamientos de que va a pasar algo malo.					
81. Tener deseos de gritar o de tirar cosas.					
82. Tener miedo de desmayarse en público.					
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara.					
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.					
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.					
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras que le dan miedo.					
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo.					
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie.					
89. Sentimientos de culpabilidad.					
90. La idea de que algo anda mal en su mente.					

3.8. Eating Attitudes Test – 40 (EAT-40)

EAT-40

Nombre: Apellidos:

Edad: N° de Historia: Fecha:

Puntuación:

Marca con una X tu respuesta.

0= Nunca 1= Casi nunca 2= Algunas veces 3=Bastantes veces 4= Casi siempre 5= Siempre

	0	1	2	3	4	5
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuo no comer, aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. Pan, arroz, patatas, etc.).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes).						
29. Procuo no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer régimen.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

3.9. Body Shape Questionnaire (BSQ)

TEST DE IMAGEN CORPORAL – CUESTIONARIO BSQ (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE)

Cooper y colaboradores (1987)

El concepto de imagen corporal es complejo. En el mismo no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos.

Este test permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) y se pueden derivar 4 subescalas: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima por la apariencia y deseo de perder peso.

1. ¿Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

4. ¿Has tenido miedo a engordar?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos

- Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 6. Sentirte llena (después de una gran comida), ¿Te ha hecho sentir gorda?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 9. Estar con chicas delgadas, ¿Te ha hecho fijarte en tu figura?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos
- 11. El hecho de comer poca comida ¿Te ha hecho sentir gorda?**
Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos

12. A fijarte en la figura de otras chicas, ¿La has comparado con la tuya desfavorablemente?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

13. Pensar en tu figura, ¿Ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

14. Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas) ¿Te ha hecho sentir gorda?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿Te ha hecho sentir gorda?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

21. Preocuparte por tu figura, ¿Te ha hecho poner a dieta?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a la falta de autocontrol?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos

- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

27. Cuando estás con otras personas, ¿Te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús)?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿Te ha hecho sentir mal por tu figura?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos
- Siempre 6 puntos

30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?

- Nunca 1 punto
- Raramente 2 puntos
- Alguna vez 3 puntos
- A menudo 4 puntos
- Muy a menudo 5 puntos

Siempre 6 puntos

31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?

Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos

32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?

Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos

33. ¿Te has fijado más en tu figura estando con otras personas?

Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos

34. La preocupación por tu figura, ¿Te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Nunca 1 punto
Raramente 2 puntos
Alguna vez 3 puntos
A menudo 4 puntos
Muy a menudo 5 puntos
Siempre 6 puntos

3.10. Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)

Rosenberg (1965); Atienza, Balaguer & Moreno (2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

3.11. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, BIS-11)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

0= Raramente o nunca 1= Ocasionalmente 3= A menudo 4= Siempre o casi siempre

	0	1	3	4
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho.				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Terminó lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Puntuación total: _____ I. Cognitiva: _____ I. Motora: _____ I. no planeada: _____

3.12. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

STAI

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil

Ansiedad estado

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

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

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

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

Ansiedad rasgo

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.

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

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

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

3.13. Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)

TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH (BITE)

Nombre _____ Fecha _____

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SI	NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SI	NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SI	NO
4. ¿Cuenta calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SI	NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SI	NO
6. Si la respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia?	Días alternos (5); 2-3 veces por semana (4); Un día a la semana (3); Alguna vez (2); Una vez (1)	

7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?

	Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día
Pastillas para adelgazar							
Diuréticos							
Laxantes							
Provocar el vómito							

8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SI	NO
9. ¿Cree usted que la comida <domina> su vida?	SI	NO
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez <comer y comer> hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SI	NO
11. ¿Existen momentos en los cuales <sólo> puede pensar en comida?	SI	NO
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SI	NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SI	NO
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de <comer, comer y comer>?	SI	NO
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SI	NO
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SI	NO
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SI	NO
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SI	NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre <cuánto> come?	SI	NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SI	NO
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SI	NO
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SI	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?	SI	NO
24. ¿Se da alguna vez <atracones> de grandes cantidades de comida?	SI	NO
25. Si es así, cuando termina de <atracarse>, ¿se siente usted miserable?	SI	NO
26. ¿Se da usted <atracones> únicamente cuando está solo/a?	SI	NO
27. Con qué frecuencia ocurren estos <atracones>?	Raramente (1); Una vez al mes (2); Una vez a la semana (3); 2-3 veces a la semana (4); Diariamente (5); 2-3 veces al día (6)	
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del <atración>?	SI	NO
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SI	NO
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SI	NO
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SI	NO
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a <compulsivo/a> (no puede evitarlo)?	SI	NO
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SI	NO

Puntuaciones:

Escala de gravedad: _____

Escala de síntomas: _____

3.14. Rathus Assertiveness Schedule (RAS)

TEST DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Instrucciones: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

- +3: Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2: Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1: Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1: Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2: Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3: Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloque su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

Nº	Ítem	Respuesta
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo	
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez	
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a	
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado	
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no"	
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión	
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición	
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí	
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños	
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo	
12	Rehúyo telefonar a instituciones y empresas	
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales	
14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado	
15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto	
16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a	
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar	
18	Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista	
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores	
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello	
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos	
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras	
23	Con frecuencia paso un mal rato para decir "no"	
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena	
25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio	
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder	
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte	
28	Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención	
29	Expreso mis opiniones con facilidad	
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada	

3.15. Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20)

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20)

Por favor, señale con una X la respuesta que, a su juicio, se acerca más a lo que usted siente:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. A menudo estoy confusa con las emociones que estoy sintiendo.					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.					
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.					
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustada o enfadada.					
7. A menudo estoy confundida con las sensaciones de mi cuerpo.					
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.					
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.					
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.					
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					
13. No sé qué pasa dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enfadada.					
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.					
18. Puedo sentirme cercana a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					

3.16. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

ESCALA OBSESIVA COMPULSIVA DE YALE-BROWN YALE- BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)

<p>1. ¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?</p> <p>a) Ninguno b) Menos de 1 hora al día c) 1 a 3 horas al día d) 3 a 8 horas al día e) Más de 8 horas al día</p>	<p>2. ¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales en tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?</p> <p>a) Ninguno b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento c) Hay interferencia definitiva pero manejable d) Impedimento substancial e) Interferencia extrema, incapacitante</p>
<p>3. ¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?</p> <p>a) Ninguna b) Ligeramente, no muy perturbadores c) Moderada, perturban, pero es manejable d) Severa, muy perturbadores e) Extrema, angustia incapacitante</p>	<p>4. ¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?</p> <p>a) No necesita resistir b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo c) Hace algún esfuerzo de resistir d) Cede a todos esos pensamientos persistentes e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes</p>
<p>5. ¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?</p> <p>a) Control completo b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención</p>	<p>6. ¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?</p> <p>a) Ninguno b) Menos de 1 hora al día c) 1-3 horas al día d) 3-8 horas al día e) Más de 8 horas al día</p>
<p>7. ¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?</p> <p>a) Ninguna b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento c) Hay interferencia definitiva pero manejable d) Impedimento substancial e) Interferencia extrema, incapacitante</p>	<p>8. ¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?</p> <p>a) Sin ansiedad b) Sólo ligeramente ansioso c) Poca ansiedad, pero manejable d) Ansiedad prominente y perturbadora e) Extrema, ansiedad incapacitante</p>
<p>9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas negativas?</p> <p>a) No necesita resistir b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo c) Hace algún esfuerzo de resistir d) Cede a todos esos pensamientos persistentes e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes</p>	<p>10. ¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?</p> <p>a) Control completo b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención</p>

3.17. Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

El Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

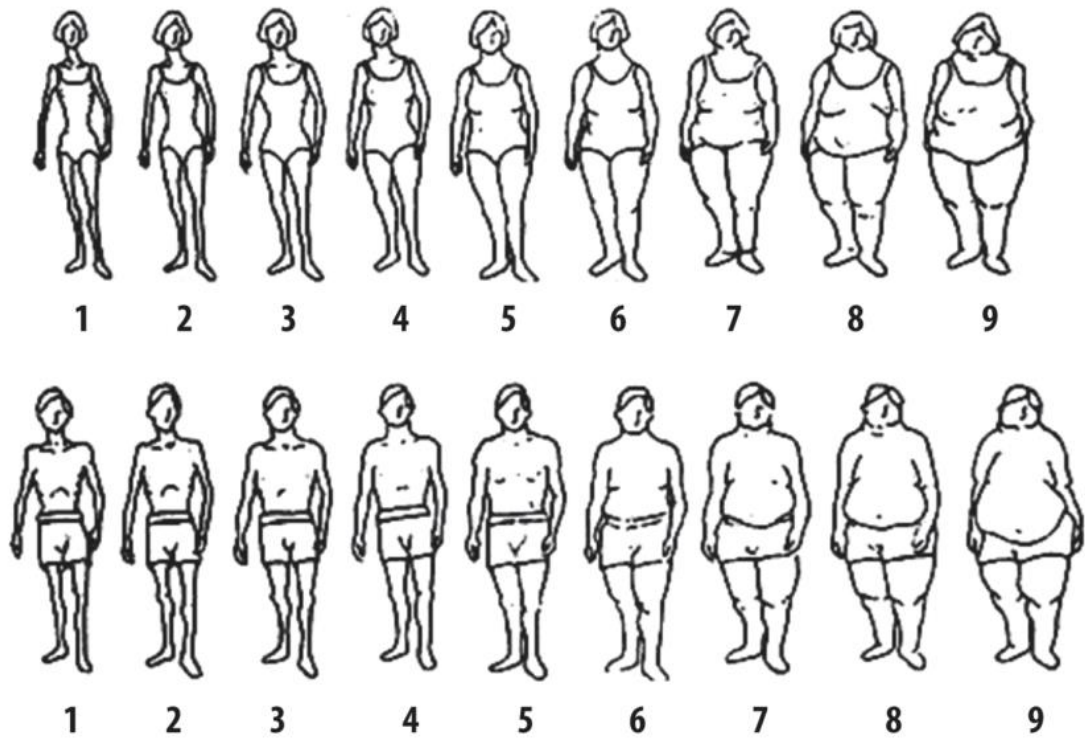
INSTRUCCIONES: A continuación, se señalan una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser habituales para ti. Piensa en cada una de ellas y señala con una cruz sobre la casilla que mejor se corresponda a tu situación en los últimos días.

Posiblemente muchas de las experiencias no se ajusten bien a tu estado actual, en este caso es preferible que señales en la columna correspondiente al no/nunca.

	No/ nunca	Rara vez	A veces	Frecuente- mente	Si/ siempre
1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida.					
2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz.					
3. Soy capaz de comer algo <extra> pensando en salir de mi enfermedad.					
4. Me aterroriza el efecto que la comida produce en mi cuerpo.					
5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público.					
6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa.					
7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios.					
8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad.					
9. En mi mente hay dos personas, una enferma, que SIEMPRE me domina, y otra sana.					
10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es pasado.					
11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre.					
12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer.					
13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema.					
14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida.					
15. Temo que lleguen las horas de las comidas.					
16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda.					
17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida.					
18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida.					
19. Querría superar mis obsesiones, pero sin cambiar mis hábitos alimentarios.					
20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico.					
21. Por fin puedo decir que ya estoy curada.					
22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios.					
23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria.					
24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos.					
25. Cada vez me encontraría peor si siguiera con mi problema alimentario.					

26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme.					
27. Procupo evitar situaciones que entorpecen mi curación.					
28. Puedo comer de todo sin sentir ningún recelo.					
29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema.					
30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad.					
31. En mi futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación.					
32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o la familia.					
33. Aún no lo he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que haga.					
34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré.					
35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme.					
36. Aunque aún no lo he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno.					
37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico.					
38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones.					
39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir.					
40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema.					
41. Estuve mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico.					
42. Me cuesta cambiar mi conducta, pero sigo esforzándome por lograrlo.					
43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo.					
44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres.					
45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer.					
46. Me alegra cuando puedo dominar mis obsesiones.					
47. Me esfuerzo en pequeños detalles para superar mi problema.					
48. El miedo a ganar peso me paraliza para poder cambiar mi dieta.					
49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad.					
50. Para sentirme mejor algún día empezaré a solucionar mi problema.					
51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso.					
52. Me alegra cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad.					
53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso.					
54. Quiero dejar atrás este problema, pero aún no me veo con fuerzas para superarlo.					
55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos.					
56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios.					
57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema.					
58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empeorar.					
59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso.					

3.18. Escala de las 9 siluetas



4. Annex 4: Eating Disorder Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-ED)

Els programes individuals de CBT-ED per adults amb anorèxia nerviosa haurien de:

- Consistir, per norma general, en un màxim de 40 sessions al llarg de 40 setmanes, amb dues sessions per setmana durant les primeres 2-3 setmanes de tractament.
- Reduir el risc per a la salut física i qualsevol altre símptoma del TCA.
- Fomentar l'alimentació i l'assoliment d'un pes corporal saludable.
- Cobrir temàtiques tals com: nutrició, reestructuració cognitiva, regulació de l'estat d'ànim, habilitats socials, preocupació per la imatge corporal, autoestima i prevenció de recaigudes.
- Crear un pla de tractament personalitzat basat en processos que semblen mantenir el TCA.
- Explicar els riscos de la desnutrició i de mantenir-se amb un pes per sota de l'IMC considerat saludable.
- Millorar l'autoeficàcia.
- Incloure l'autocontrol de la ingesta alimentària i els pensaments i sentiments associats.
- Incloure deures per ajudar a la persona a practicar en la seva vida diària allò que ha après.

5. Annex 5: Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)

El MANTRA per a adults amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir, generalment, en 20 sessions amb freqüència setmanal durant les primeres 10 setmanes i un horari flexible després d'aquestes.
- Oferir fins a 10 sessions addicionals per persones amb problemes complexos.
- Utilitzar el tractament basat en el quadern de treball MANTRA.
- Motivar la persona i animar-la a treballar amb el clínic.
- Ser flexible en com es distribueixen i s'emfatitzen els mòduls del MANTRA.
- Cobrir la nutrició, la gestió de símptomes i el comportament quan la persona estigui preparada.
- Animar a la persona a desenvolupar una "identitat no anorèxica".
- Implicar als membres de la família o cuidadors per ajudar a la persona a canviar el seu comportament, comprendre el seu estat i els problemes que aquest provoca i millorar el vincle amb el context social, alhora que s'amplia.

6. Annex 6: Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

El SSCM per adults amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir en 20 o més sessions segons la gravetat de cada cas, amb freqüència setmanal.
- Avaluar, identificar i revisar periòdicament problemes clau.
- Desenvolupar una relació positiva entre la persona i el clínic que l'atén.
- Ajudar les persones a reconèixer el vincle entre els seus símptomes i el seu comportament alimentari anormal.
- Tenir l'objectiu de restaurar el pes.
- Proporcionar psicoeducació i centrar-se en la nutrició.
- Incloure la monitorització de la salut física.
- Establir com objectiu un rang de pes.
- Fomentar aconseguir un pes corporal i una alimentació saludables.
- Permetre a la persona decidir què més s'ha d'incloure com a part de la seva teràpia.

7. Annex 7: Eating Disorder Focused Focal Psychodynamic Therapy (FPT)

La FPT per adults amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir en un límit de 40 sessions al llarg de 40 setmanes.
- Fer una hipòtesis focal centrada en el pacient que sigui específica d'aquest i que dirigeixi:
 - Què signifiquen els símptomes per la persona.
 - Com l'afecten aquests símptomes.
 - Com influeixen els símptomes en les relacions de la persona amb els altres i amb el terapeuta.
- En la primera fase, s'hauria de centrar en desenvolupar l'aliança terapèutica entre el clínic i la persona amb el TCA, abordant el comportament "pro-anorèxic", les creences egosintòniques i la creació de l'autoestima.
- A la segona fase, hauria de centrar-se en les relacions rellevants amb altres persones i en com afecten aquestes conductes alimentàries.
- En la fase final, s'hauria de centrar en transferir l'experiència de teràpia a situacions de la vida quotidiana i tractar qualsevol inquietud que tingui la persona sobre què passarà quan finalitzi el tractament.

8. Annex 8: Anorexia Nervosa Focused Family Therapy (FT-AN)

La FT-AN per nens i adolescents amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir en 18 o 20 sessions ofertes durant més d'un any.
- Revisar les necessitats de la persona 4 setmanes després de l'inici del tractament i, després, cada 3 mesos, per determinar com haurien de ser les sessions de regulars i quant de temps ha de durar el tractament.
- Emfatitzar el paper de la família en ajudar a la persona a recuperar-se.
- No culpar a la persona o als familiars i cuidadors.
- Incloure la psicoeducació sobre nutrició i els efectes de la desnutrició.
- Recolzar als pares o els cuidadors perquè emprenguin un paper central per ajudar als seus fills a gestionar el menjar, remarcant que aquest és un paper temporal.
- Establir una bona aliança terapèutica durant la primera fase amb la persona, els seus pares o cuidadors i altres membres de la família.
- A la segona fase, donar suport a la persona (amb ajuda dels familiars) per establir un nivell d'independència adequat al seu nivell de desenvolupament.
- Durant la fase final, centrar-se en els plans de finalització del tractament (incloses les preocupacions que té la persona i la seva família) i en la prevenció de recaigudes.
- Tenir en compte com la persona pot obtenir suport si s'atura el tractament.
- Considerar oferir suport als membres de la família que no estan involucrats en la teràpia familiar per ajudar-los a afrontar el malestar causat per la malaltia.
- Proporcionar, si s'escau, cites addicionals separades dels seus familiars als nens i adolescents amb anorèxia nerviosa.
- Assessorar als membres de la família o cuidadors, segons necessitats, si necessiten suport en el cas que els nens o adolescents facin teràpia per si sols.

9. Annex 9: Adolescent Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa (AFP-AN)

La AFP-AN per nens i adolescents amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir en 32-40 sessions individuals durant 12 o 18 mesos amb:
 - Sessions més periòdiques a l'inici del tractament per ajudar a la persona a construir una bona relació amb el terapeuta i motivar-la a canviar la seva conducta.
 - 8-12 sessions familiars addicionals amb la persona i els seus pares o cuidadors (segons convingui).
- Revisar les necessitats de la persona 4 setmanes després de l'inici del tractament i després, cada 3 mesos, per determinar com de regulars han de ser les sessions i quant de temps ha de durar el tractament.
- Incloure psicoeducació sobre la nutrició i els efectes de la desnutrició, tant a les sessions familiars com a les individuals.
- Centrar-se en l'autoimatge, les emocions i els processos interpersonals de la persona i com aquests afecten al seu trastorn.
- Desenvolupar una formulació dels problemes psicològics de la persona i com s'utilitza el "comportament anorèxic" com a estratègia d'afrontament.
- Abordar els temors sobre l'augment de pes i remarcar que aquest i l'alimentació saludable són una part crítica de la teràpia.
- Buscar estratègies alternatives perquè la persona pugui gestionar l'estrès.
- En les etapes posteriors al tractament, s'exploraran qüestions d'identitat i es construeix la independència.
- El final del tractament, hauria de centrar-se en transferir l'experiència de teràpia a situacions de la vida quotidiana.
- En sessions familiars caldria ajudar als pares o els cuidadors a donar suport a la persona per canviar la seva conducta.
- Dirigir-se a com la persona pot obtenir suport si s'atura el tractament.

10. Annex 10: Eating Disorder Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childs and Adolescents (CBT-ED)

La CBT-ED per nens i adolescents amb anorèxia nerviosa hauria de:

- Consistir en 40 sessions al llarg de 40 setmanes amb:
 - 2 sessions setmanals durant les primeres 2 o 3 setmanes.
 - 8-12 sessions familiars breus addicionals amb la persona i els seus pares o cuidadors segons convingui.
- Tant a les sessions familiars com a les individuals, hauria d'incloure psicoeducació sobre la nutrició i els efectes de la desnutrició.
- Durant les sessions familiars:
 - Identificar qualsevol factor de la vida domèstica de la persona que pugui dificultar el canvi de comportament i trobar maneres d'afrontar-lo.
 - Discutir els plans dels àpats.
- Reduir el risc per a la salut física i qualsevol altre símptoma del TCA.
- Fomentar aconseguir un pes i una alimentació saludables.
- Cobrir la nutrició, la prevenció de recaigudes, la reestructuració cognitiva, la regulació de l'estat d'ànim, les habilitats socials, la preocupació per la imatge corporal i l'autoestima.
- Crear un pla de tractament personalitzat basat en els processos que semblen mantenir el problema alimentari.
- Tenir en compte les necessitats específiques del desenvolupament de la persona.
- Explicar els riscos de la desnutrició i el baix pes.
- Millorar l'autoeficàcia.
- Incloure l'autocontrol de la ingesta alimentària i els sentiments associats.
- Pactar deures per ajudar a la persona a practicar allò que ha après a la seva vida diària.
- Planificar com la persona podrà obtenir suport si s'atura el tractament.

11. Annex 11: Bulimia Nervosa Focused Self Help for Adults

Els programes d'autoajuda guiada per adults amb bulímia nerviosa haurien de:

- Utilitzar materials cognitius d'autoajuda per als TCA.
- Complementar el programa d'autoajuda amb breus sessions de suport (per exemple, de 4 a 9 sessions de 20 minuts cadascuna durant 16 setmanes, que s'executen setmanalment al principi del tractament).

12. Annex 12: Bulimia Nervosa Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-ED)

La CBT-ED individual per adults amb bulímia nerviosa hauria de:

- Consistir en un màxim de 20 sessions al llarg de 20 setmanes. 2 sessions setmanals durant la primera fase del tractament.
- Durant la primera fase es centra en:
 - El compromís i l'educació.
 - Establir un patró d'alimentació regular i proporcionar estímuls, consells i suport.
- Abordar la psicopatologia del TCA (restricció dietètica extremal, les preocupacions sobre la forma i el pes del cos i la tendència a menjar en resposta a pensaments i sentiments difícils).
- Cap al final del tractament, separar les cites i centrar-se en el manteniment de canvis positius i en la minimització del risc de recaigudes.
- Si s'escau, implicar altres persones importants per ajudar als pacients durant un tractament individual.

13. Annex 13: Bulimia Nervosa Focused Family Therapy (FT-BN)

La FT-BN per nens i adolescents amb bulímia nerviosa hauria de:

- Consistir, per norma general, en 18-20 sessions al llarg de 6 mesos.
- Establir una bona relació terapèutica amb la persona i els seus familiars o cuidadors.
- Donar suport i animar a la família per ajudar a la persona a recuperar-se.
- No culpar la persona, els seus familiars o cuidadors.
- Incloure informació sobre:
 - Regular el pes corporal.
 - Fer dieta.
 - Els efectes adversos d'intentar controlar el pes amb vòmits, indulgents, laxants o altres comportaments compensatoris.
- Utilitzar un enfocament col·laboratiu entre els pares i els nens o adolescents per establir patrons alimentaris regulars i minimitzar els comportaments compensatoris.
- Incloure reunions periòdiques amb la persona durant tot el tractament.
- Incloure l'autocontrol dels "comportaments bulímics" i discussions amb els membres de la família o cuidadors.
- En fases posteriors del tractament, recolzeu la persona i els seus familiars o cuidadors per establir un nivell d'independència adequat al seu nivell de desenvolupament.
- La fase final del tractament, s'hauria de centrar en els plans de finalització del mateix (incloses les preocupacions que tingui la persona i la seva família) i en la prevenció de recaigudes.
- Considerar el suport als membres de la família que no estan implicats en la teràpia familiar per ajudar-los a afrontar les molèsties causades per la malaltia.

14. Annex 14: Bulimia Nervosa Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childs and Adolescents (CBT-ED)

La CBT-ED individual per nens i adolescents amb bulímia nerviosa hauria de:

- Consistir en 18 sessions durant més de 6 mesos. Sessions més freqüents a l'inici del tractament.
- Incloure fins a 4 sessions addicionals amb els pares o cuidadors.
- Inicialment, hauria de centrar-se en el paper que juga la bulímia nerviosa en la vida de la persona i en la motivació per canviar.
- Proporcionar psicoeducació sobre els trastorns alimentaris i com es mantenen els símptomes, alhora que fomenta l'establiment d'hàbits alimentaris regulars.
- Desenvolupar la formulació del cas amb la persona.
- Ensenyar a la persona a vigilar els seus pensaments, sentiments i comportaments.
- Establir els objectius i animar a la persona a abordar els pensaments, les creences i els comportaments problemàtics a través de la solució de problemes.
- Utilitzar estratègies de prevenció de recaigudes per mitigar possibles contratemps futurs.
- Durant les sessions amb els pares o cuidadors, proporcionar educació sobre els TCA, identificar els factors familiars que impedeixen que la persona canviï la seva conducta i discutir com la família pot donar suport a la persona per ajudar-la en la seva recuperació.

15. Annex 15: Guia PRISMA



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and data last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group; (b) effect estimates and confidence intervals and measures of consistency.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression (see item 16)).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

16. Annex 16: Guia AGREE



AGREE Reporting Checklist 2016

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.	<input type="checkbox"/> Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.). <input type="checkbox"/> Expected benefit(s) or outcome(s). <input type="checkbox"/> Target(s) (e.g., patient population, society).	
2. QUESTIONS Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.	<input type="checkbox"/> Target population. <input type="checkbox"/> Intervention(s) or exposure(s). <input type="checkbox"/> Comparisons (if appropriate). <input type="checkbox"/> Outcome(s). <input type="checkbox"/> Health care setting or context.	
3. POPULATION Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.	<input type="checkbox"/> Target population, sex and age. <input type="checkbox"/> Clinical condition (if relevant). <input type="checkbox"/> Severity/stage of disease (if relevant). <input type="checkbox"/> Comorbidities (if relevant). <input type="checkbox"/> Excluded populations (if relevant).	
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.	<input type="checkbox"/> Name of participant. <input type="checkbox"/> Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist). <input type="checkbox"/> Institution (e.g., St. Peter's hospital). <input type="checkbox"/> Geographical location (e.g., Seattle, WA). <input type="checkbox"/> A description of the member's role in the guideline development group.	
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.	<input type="checkbox"/> Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences). <input type="checkbox"/> Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus group). <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations.	
6. TARGET USERS Report the target (or intended) users of the guideline.	<input type="checkbox"/> The intended guideline audience (e.g., specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators). <input type="checkbox"/> How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care).	
DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT		
7. SEARCH METHODS Report details of the strategy used to search for evidence.	<input type="checkbox"/> Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL). <input type="checkbox"/> Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008). <input type="checkbox"/> Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings). <input type="checkbox"/> Full search strategy included (e.g., possibility located in appendix).	



AGREE Reporting Checklist
2016

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
<p>8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Target population (patient, public, etc.) characteristics. <input type="checkbox"/> Study design. <input type="checkbox"/> Comparisons (if relevant). <input type="checkbox"/> Outcomes. <input type="checkbox"/> Language (if relevant). <input type="checkbox"/> Context (if relevant). 	
<p>9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Study design(s) included in body of evidence. <input type="checkbox"/> Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods). <input type="checkbox"/> Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered. <input type="checkbox"/> Consistency of results across studies. <input type="checkbox"/> Direction of results across studies. <input type="checkbox"/> Magnitude of benefit versus magnitude of harm. <input type="checkbox"/> Applicability to practice context. 	
<p>10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered). <input type="checkbox"/> Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures). <input type="checkbox"/> How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendations and the final vote). 	
<p>11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS Report the health benefits, side, effects, and risk that were considered when formulating the recommendations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Supporting data and report of benefits. <input type="checkbox"/> Supporting data and report of harms/side effects/risk. <input type="checkbox"/> Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks. <input type="checkbox"/> Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks. 	
<p>12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations. <input type="checkbox"/> Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list). <input type="checkbox"/> Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the results section of the guideline. 	
<p>13. EXTERNAL REVIEW Report the methodology used to conduct the external review.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback and draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence). <input type="checkbox"/> Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions). <input type="checkbox"/> Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations). <input type="checkbox"/> Outcomes/information gathered from the external review (e.g., summary of key findings). <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review in forming final recommendations). 	
<p>14. UPDATE PROCEDURE Describe the procedure for updating the guideline.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A statement that the guideline will be updated. <input type="checkbox"/> Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur. <input type="checkbox"/> Methodology for the updating procedure. 	



AGREE Reporting Checklist
2016

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

DOMAIN 4: CLARIFY OF PRESENTATION		
<p>15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A statement of the recommended action. <input type="checkbox"/> Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease side effects). <input type="checkbox"/> Relevant population (e.g., patients, public). <input type="checkbox"/> Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply). <input type="checkbox"/> If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline. 	
<p>16. MANAGEMENT OPTIONS Describe the different options for managing the condition or health issue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Description of management options. <input type="checkbox"/> Population or clinical situation most appropriate to each option. 	
<p>17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS Present the key recommendations so that they are easy to identify.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recommendations in a summarized box, typed in bold, underlined, or presented as flow charts or algorithms. <input type="checkbox"/> Specific recommendations grouped together in one section. 	
DOMAIN 5: APPLICABILITY		
<p>18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of facilitators and barriers that were considered. <input type="checkbox"/> Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guidelines before widespread implementation). <input type="checkbox"/> Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry (e.g., practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is not available to ensure all eligible members of the population receive mammography). <input type="checkbox"/> How the information influenced the guideline development process and/or formation of the recommendations. 	
<p>19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guideline summary documents. <input type="checkbox"/> Links to check lists, algorithms. <input type="checkbox"/> Links to how-to manuals. <input type="checkbox"/> Solutions linked to barrier analyses (see item 18). <input type="checkbox"/> Tools to capitalize on guideline facilitators (see item 18). <input type="checkbox"/> Outcome of pilot test and lessons learned. 	
<p>20. RESOURCE IMPLICATIONS Describe any potential resource implications of applying the recommendations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs). <input type="checkbox"/> Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.). <input type="checkbox"/> Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course). <input type="checkbox"/> How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations. 	



AGREE Reporting Checklist
2016

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

<p>21. MONITORING/AUDITING CRITERIA Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations. <input type="checkbox"/> Criteria for assessing impact of implementing the recommendations. <input type="checkbox"/> Advice on the frequency and interval of measurement. <input type="checkbox"/> Operational definitions of how the criteria should be measured. 	
<p>DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE</p>		
<p>22. FUNDING BODY Report the funding body's influence on the content of the guideline.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding). <input type="checkbox"/> A statement that the funding body did not influence the content of the guideline. 	
<p>23. COMPETING INTERESTS Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Types of competing interests considered. <input type="checkbox"/> Methods by which potential competing interests were sought. <input type="checkbox"/> A description of the competing interests. <input type="checkbox"/> How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations. 	

17. Annex 17: Resultats de la recerca sistemàtica

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica							
Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments d'avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Dakanalis, Timko, Clerici, Zanetti i Riva (2014) [Itàlia]	Provar la validesa que mostra la teoria transdiagnòstica dels TCA en homes universitaris. Veure els factors propis dels TCA que estan involucrats en el seu manteniment.	Assaig clínic controlat amb un sol grup de subjectes. Disseny transversal.	N=613 † (>18 anys <30). 95% europeus i 93% heterossexuals. Estudiants de quatre universitats diferents d'Itàlia.	Avaluació de factors diferents que poden estar involucrats en el manteniment de la psicopatologia pròpia dels TCA.	Instruments mesura: IMC, EDI-3, MBDS, MDDI, BCI, FMPS, EDE-Q, BITE.	Ajustament del present model a la simptomatologia TCA dels homes. Possibilitat que les dificultats en la regulació emocional puguin tenir un paper en totes les formes de TCA dels homes.	Poca generalització de resultats a altres poblacions al ser una mostra concreta. El disseny transversal no permet establir relacions causals o de manteniment.
Dalle Grave, Calugi, El Ghoch, Conti i Fairburn (2014) [Itàlia]	Establir els efectes immediats i llarg termini de la CBT-E aplicada en adolescents.	Assaig clínic controlat amb un sol grup de subjectes. Disseny longitudinal.	N=27 (26 † i 1 †). Edat: 13-17 anys. AN segons DSM-IV (excepte criteri amenorrea).	CBT-E individual en règim hospitalari. 20 setmanes (13 RH i 7 HD). 2 sessions setmanals primeres 4 setmanes i 1 sessió la resta tractament. 4 sessions grupals a la setmana. 6 sessions familiars i 1 de psicoeducació pares.	Avaluació pre-post intervenció. Seguiment als 6 i 12 mesos. Mesures: IMC, EDE (12 ^a edició italiana) i BSI.	Tipus intervenció prometedora per adolescents amb AN severa. 96% IMC ≥ 18,5. Millora de la psicopatologia TCA. Millores es mantenen als 6 i 12 mesos post intervenció. Als 12 mesos el 82,6% IMC ≥ 18,5.	N=22 realitzen RA post-alta, complicant la interpretació dels resultats. No s'inclou un grup control a l'estudi per comparar resultats. Seguiment poc proper.
Wonderlich, Peterson, Crosby, Smith, Klein, Mitchell i Crow (2014) [EEUU]	Comparar l'eficàcia de la ICAT amb la CBT-E.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup de subjectes diferent. Disseny longitudinal. Mètode quantitatiu.	N=80 (72 † i 8 †) adults. BN segons DSM-IV i DSM-5. També episodis BN durant 3 mesos previs. Exclousos IMC < 18, TB o psicòtic, embaràs, TUS, risc de suïcidi agut, poca estabilitat psiquiàtrica i estar realitzant psicoteràpia.	N=40 per ICAT i N=40 per CBT-E. Ambdós 21 sessions de psicoteràpia de 50 minuts durant 19 setmanes. Dues sessions setmanals les primeres quatre setmanes i 1 la resta.	SCID-I mesura pre intervenció amb fins diagnòstics. Ús d'autoregistres per avaluar la freqüència de comportaments associats a la BN. Mesures pre i post i seguiment als quatre mesos. Instruments: BDI-II, RSEQ, STAI i DERS. Avaluació de l'adherència i vincle terapèutic.	80% (N=64) acaben el tractament, el 5% (N=4) el finalitzen parcialment i el 15% (N=12) no l'acaben. No diferències significatives entre ambdós grups en cap de les mesures de resultat. L'ICAT i la CBT-E s'associen amb millores dels símptomes de la BN i altres variables.	No grup control, de manera que resulta difícil identificar si els canvis es duen a la simple ocurrència del tractament. Mostra amb poc poder estadístic. L'ICAT va ser dissenyat per incloure aspectes de la CBT-E, així tots 2 tractaments mostren un cert grau de superposició.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments d'avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Zipfel, Wild, Friederich, Teufel, Schellberg, Giel, de Zwaan, Dinkel, Herpertz, Burgmer, Löwe, Tagay, von Wietersheim, Zeeck, Schade-Brittinger, Schauenburg & Herzog (2014) [ANTOP study group] [Alemanya]	Descobrir l'eficàcia i seguretat de la FPT i la CBT-E versus el tractament usual (psicoteràpia en règim ambulatori i seguiment pel metge de capçalera).	Assaig clínic aleatori controlat multicèntric. Disseny longitudinal.	N= 242 † (N=80 FPT, N=80 CBT-E i N=82 tractament usual). AN o TCANE-AN segons DSM-IV. IMC $\geq 15 \leq 18$. Exclosos TUS, TB o psicòtic, ús antipsicòtics, estar realitzant tractament o poca estabilitat psiquiàtrica.	10 mesos tractament per cada tipus de teràpia. Seguiment de la guia proposada per cada autor. Supervisions per professionals a cada centre per garantir la validesa de les dades, seguretat dels pacients i adequació del protocol establert.	Guany de pes com la mesura de resultat primària al final del tractament i millora de la psicopatologia TCA + augment pes com mesura de resultat secundària. Instruments: IMC, EDI-2, SCID-I, SIAB-EX, PSR.	IMC augmenta a tots els grups; lleument major en la CBT-E. Als 12 mesos > IMC. La FPT avantatges en recuperació als 12 mesos, la CBT-E és més efectiva en la rapidesa del guany de pes i la millora de la psicopatologia TCA.	IMC com a mesura de resultat primària simple, essent un plantejament massa unidimensional. Restriccions de finançament que van afectar al seguiment dels pacients als 6 mesos. Major abandonament grup tractament usual.
Calugi, Dalle Grave, Sartirana i Fairburn (2015) [Itàlia]	Proporcionar dades de referència sobre la durada necessària del tractament per restablir el pes (IMC $\geq 18,5$) en adults i adolescents amb AN amb CBT-E en règim ambulatori.	Assaig clínic controlat amb grup de subjectes diferent. Anàlisi quantitatiu. Disseny longitudinal.	N=95 (N=49 adults i N=46 adolescents) amb AN segons DSM-IV excepte el criteri d'amenorrea. S'exclouen els que presenten un IMC < 14, complicacions mèdiques, haver rebut tractament per AN durant l'últim any, comorbiditat Eix I i no tenir disponibilitat per realitzar la teràpia.	40 sessions CBT-E durant 40 setmanes. Mateix protocol per ambdós grups. Pel grup d'adolescents, els pares participen a 1 sessió inicial i a 8 sessions familiars. Sessions registrades i amb supervisió de manera setmanal per assegurar la bona implementació del tractament.	Mesures pre-post intervenció. Resultat segons la millora de l'IMC. Instruments: EDE-Q6.0), SCL-90-R, GSI i IMC. Sessió seguiment a les 20 setmanes del final del tractament.	63,1% adolescents (N=29) i 65,3% adults (N=32) poden completar les 40 sessions tractament. 65,3% adolescents aconseguen l'IMC desitjat, versus 36,5% dels adults. Els adolescents que reben CBT-E poden aconseguir guanyar pes més ràpidament que els adults.	Tractament lliurat a una única unitat ambulatoria, faltant replicació. IMC com a variable d'objectiu en comptes de la psicopatologia del TCA. Un anàlisi centrat en la remissió de la psicopatologia del TCA seria útil i interessant per contrastar resultats.
Dakanalis, Carrà, Calogero, Zanetti, Gaudio, Caccialanza, Riva i Clerici (2015) [Itàlia]	Comparar i avaluar la CBT i la CBT-E en una gran mostra de participants en busca d'un tractament clínic efectiu per persones amb TCA de tipus bulímic i BN segons criteris DSM-IV i DSM-5.	Assaig clínic aleatori controlat multicèntric. Estudi quantitatiu. Disseny longitudinal.	N=679 participants atesos a cinc centres d'atenció dels TCA. N=275 amb BN i N=404 amb TCANE de tipus bulímic. S'exclouen persones en tractament durant l'estudi, condicions psiquiàtriques severes, DI i poc coneixement de la llengua italiana.	Es segueixen els manuals establerts pels autors de la CBT-E per establir la durada i el protocol del tractament. La intervenció es centra en la mesura dels resultats obtinguts després d'aplicar les diferents teràpies.	Mesures pre i post per avaluar resultats obtinguts després de la intervenció. Instruments: SCID-I, EDE, BES, EDI-3, FMPS, BDI-II, IMC.	Aplicació dels criteris del DSM-5 redueix els casos de TCANE un 29,6%. CBT-E > variància conductes TCA que la CBT. Els problemes interpersonals, el perfeccionisme clínic i l'autoestima baixa s'associen amb la restricció alimentària.	La transversalitat de les dades impedeix conclusions fermes, no podent establir relacions causals. L'ús de mesures d'autoregistre obre la porta a biaixos. No es van repetir les entrevistes a les persones amb TCANE-BN segons DSM-IV.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments d'avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Dalle Grave, Calugi, Sartirana i Fairburn (2015) [Itàlia]	Avaluar els efectes de la CBT-E en adolescents amb TCA i pes dins la normalitat.	Assaig clínic cohort controlat amb un sol grup de subjectes. Disseny longitudinal.	N=68 (66 ♀ i 2 ♂). Edat: 13-18 anys. BN o TCANE segons DSM-IV. S'exclouen les persones que han rebut un tractament previ similar a la CBT-E, comorbiditat amb TUS, TPA o risc elevat de suïcidi, no tenir disponibilitat, inestabilitat mèdica o embaràs.	20 sessions CBT-E durant 20 setmanes en règim ambulatori. Mateix protocol CBT-E que amb adults, però s'involucra als pares dels pacients.	Avaluació pre i post tractament. Mesures: pes corporal i IMC, EDE (avaluació de les característiques del TCA), SCL-90-R (mesura de les característiques psiquiàtriques generals).	El 75% (N=51) van completar la totalitat del tractament, amb millores substancials en la psicopatologia associada al TCA. La meitat de pacients amb afartaments i conductes purgatives van suprimir-les. La CBT-E és efectiva en adolescents sense pes baix.	No es fa seguiment, de manera que no és possible comprovar si els efectes del tractament van persistir al llarg del temps.
Fairburn, Bailey-Straebl, Basden, Doll, Jones, Murphy, O'Connor i Cooper (2015) [Regne Unit]	Comparar l'eficàcia de la CBT-Ef amb la IPT en adults.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup subjectes diferent.	N=130 amb TCA de qualsevol tipus que precisés tractament. IMC > 17,5 i < 40.0. S'exclouen persones que han rebut un tractament semblant previ, inestabilitat mèdica, comorbiditat, no disponibilitat i embaràs.	20 sessions al llarg de 20 setmanes de 20-50 minuts sessió. Seguiment proper durant 60 setmanes. Avaluació a les 20, 40 i 60 setmanes post tractament.	Totes les sessions van ser registrades i supervisades. Es va avaluar mitjançant una adaptació d'un instrument específic desenvolupat per comparar la CBT-E i la IPT. Instruments: EDE, EDE-Q, CIA, SCID-I i BDI-II.	CBT-E tractament potent per la majoria de pacients en règim ambulatori. IPT és una alternativa a la CBT-E (resposta menor i més lenta). Taxa remissió més elevada per CBT-E (69,4% versus 49%).	Els resultats no són generalitzables a nens i adolescents al ser un estudi amb adults, tampoc amb IMC diferents als inclosos a l'estudi. Només s'avalua la forma CBT-Ef, no utilitzant la forma complexa (CBT-Eb).
Cooper, Allen, Bailey-Straebl, Murphy, O'Connor i Fairburn (2016) [Regne Unit]	Examinar predictors i moderadors de resultat en adults. Comparació de dos tractaments líders, la CBT-E i la IPT. Continuació estudi anterior: Fairburn, Bailey-Straebl, Basden, Doll, Jones, Murphy, O'Connor i Cooper (2015)	Assaig clínic aleatori controlat amb grup subjectes diferents. Objectiu exploratori.	N=130 amb TCA de qualsevol tipus que precisés tractament. IMC > 17,5 i < 40.0. S'exclouen persones que han rebut un tractament semblant previ, inestabilitat mèdica, comorbiditat, no disponibilitat i embaràs.	Avaluació predictors i moderadors resultat a les 60 setmanes de seguiment després de la intervenció. 20 setmanes tractament en CBT-E o IPT.	Instruments: EDE, SCID-I, BDI-II, IMC, RSE, SAS, Variables analitzades: edat, característiques TCA (IMC, durada de la malaltia, diagnòstic, importància forma del cos i el pes, afartaments i vòmits provocats), autoestima, funcionament social i comorbiditat. Avaluació a les 60 setmanes després del tractament.	> durada trastorn < efectivitat de teràpia. > sobrevaloració de la forma del cos menor resposta al tractament. El tipus de diagnòstic del DSM-IV no prediu resultats tractament. Pacients amb baixa autoestima bona resposta a la CBT-E. No identificables altres subgrups amb resposta diferent. CBT-E millor taxa de remissió que IPT.	Els resultats no són generalitzables a nens i adolescents al ser un estudi amb adults, tampoc amb IMC diferents als inclosos a l'estudi. Només s'avalua la forma CBT-Ef, no utilitzant la forma complexa (CBT-Eb), degut que aquesta és més difícil de posar en pràctica. No inclusió de persones amb TCA tipus AN.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments i avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Segura, Villegas, Placencia i Sanjuan (2016) [Espanya]	Demostrar l'eficàcia d'una intervenció psicològica de caire integrador que faciliti l'abordatge de diferents factors que estan implicats en el manteniment del TCA i la resistència al tractament. Intervenció basada principalment en la CBT-Eb.	Estudi de cas únic.	N= 1 † (17 anys) i origen argentí. Viu a Espanya des dels 2 anys. Conviu amb els pares i germana (13). A l'inici ANR, però el diagnòstic varia a BNNP. Anteriorment sobrepès (IMC 28,1). Inicia dieta restrictiva als 15 anys, perdent 24 kg en 7 mesos (IMC 18,47). Exercici físic excessiu. Tabac com anorexígen. Amenorrea de 2 anys d'evolució.	28 sessions utilitzant CBT-e, tècniques de la teràpia narrativa, teràpia contextual (TAC) i EM. Degut a les característiques de la família, no es pot dur a terme cap tipus d'intervenció familiar. Treball a nivell individual.	Avaluació pre i post tractament. Es fan 3 sessions d'avaluació. Seguiment després de 6 mesos. Instruments mesura: EDI-3, BIAT-Q, BDI-II, STAI, SASS, TAS-20 i autoregístres.	Canvis significatius en simptomatologia pròpia del TCA, en patologia general i funcionament. Es dona suport a la necessitat de dur a terme intervencions psicològiques que siguin integradores i tinguin en compte la individualitat de cada cas concret, com és el cas de la CBT-E. Els resultats de la pacient es mantenen al seguiment.	Falta investigar les característiques clíniques que donen suport a aquest tipus d'intervencions. Mostra poc àmplia, es necessiten més estudis empírics que donin suport als resultats obtinguts. No generalitzable, poca validesa externa.
Calugi, El Ghoch i Dalle Grave (2017) [Itàlia]	Avaluar el canvi en la comprovació corporal i la psicopatologia del TCA i general en pacients amb AN que han rebut CBT-E en ingrés hospitalari.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup control. Metodologia quantitativa i disseny longitudinal.	N=66 adults amb AN (entre 18 i 65 anys). AN segons DSM-IV no sent necessari el criteri d'amenorrea. Necessitar atenció en règim hospitalari. S'exclouen pacients amb TUS i trastorns psicòtics.	Tractament basat en el manual de CBT-E i s'adapta a pacients que estan en règim d'ingrés hospitalari. Cada participant es compara amb quatre persones sense cap tipus de TCA, de la població general. Fase final en hospital de dia.	Mesures pre post tractament i als 6 i 12 mesos de seguiment. Instruments mesura: IMC, BCQ, BSI i EDE. Es mesura el resultat de la teràpia comparant resultats de les escales que s'han mencionat amb el grup control.	La reducció de la comprovació corporal s'associa amb les millores a curt i llarg termini. S'avalua la utilitat de la CBT-E en la reducció de les preocupacions sobre la forma i el pes, adreçant-se a la revisió constant del propi cos.	Tots els pacients van rebre el mateix tipus de tractament, fent que els resultats no puguin comparar-se. No es pot excloure que altres teràpies puguin aconseguir resultats semblants en la reducció de la comprovació corporal que la CBT-E.
Strandskov, Ghaderi, Andersson, Parmskog, Hjort, Wärn, Jannert i Andersson (2017) [Suècia]	Investigar els efectes d'una nova teràpia a través d'internet basada en la CBT-E i la ACT per pacients amb BN i TCANE.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup control. Disseny longitudinal. Anàlisi quantitativa.	N=92 adults (N=46 grup control i N=46 grup tractament) amb TCANE-BN o BN. IMC > 17,5. Parlar i entendre el Suec. S'exclouen persones amb AN, IMC ≤ 17,5, rebre tractament, risc de suïcidi, determinat per experts en TCA i trastorns psiquiàtrics.	Tractament basat en la CBT-E i la ACT, a través d'internet. Vuit setmanes. Disseny a mesura, centrat en les necessitats de la persona. Grup control també fa tractament, amb intervals diferents de temps (llista espera). Psicoeducació.	Mesures pre-post. Mesures de resultat: simptomatologia TCA i insatisfacció corporal. Instruments: MINI, EDE-Q, BSQ-8C, PHQ-9, GAD-7, QOLI.	Grup tractament presenta millores significatives (36.6% del grup tractament versus 7,1% grup control). La teràpia és prometedora pel tractament dels TCA. Taxa abandonament del 21,7%.	Poca durada de la intervenció. Diferències entre les taxes abandonament entre les condicions de tractament. No es fa seguiment, essent una qüestió de vital importància clínica. Dades post-teràpia són autoregistrades, no objectives.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments i avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Wade, Byrne i Allen (2017) [Austràlia]	Avaluar l'efectivitat de la teràpia CBT-Eb dels TCA, adaptada a un grup. Examinar els efectes del grup en la psicopatologia del TCA i la patologia addicional que manté el trastorn.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup control. Disseny longitudinal.	N=40 (N=19 grup de tractament immediat i N=21 grup control en llista d'espera). ≥ 18 anys. $IMC \geq 17,5$ i ≤ 30 . S'exclouen els que no compleixen la totalitat dels criteris DSM-5 per un TCA, no disponibles per fer les sessions grupals i comorbiditat que requerís ingrés.	Intervenció grupal en règim ambulatori. 2 condicions: grup tractament comença immediatament i el grup control 8 setmanes després. 18 sessions grupals de 2,5 hores. 1 sessió als 3 mesos seguiment individual post grup. Adaptació grupal de la CBT-Eb.	Mesures avaluació pre, a les 8 i 15 setmanes, al final del tractament i post 3 mesos. Instruments d'avaluació: IMC, RSES, CPQ, TOMS, IIP-32, MINI.	70% completen el tractament. Millora l'autoestima i redueix perfeccionisme clínic, la intolerància als estats anímics, de les dificultats interpersonals. La versió grupal CBT-E es mostra efectiva. Reducció de la psicopatologia TCA.	Seguiment limitat i poc extens. No grup CBT-Ef comparació, per tant no queda clar si els mòduls dels mecanismes mantenidors del TCA són responsables de les millores. La no inclusió de persones amb $IMC < 17,5$.
Calugi, El Ghoch, Conti i Dalle Grave (2018) [Itàlia]	Avaluar els canvis en la preocupació per la imatge corporal en pacients amb AN que realitzen CBT-E en règim hospitalari.	Assaig clínic controlat amb un sol grup de subjectes. Disseny de tipus longitudinal. Mètode quantitatiu.	N=66 adults (96% ♀) amb AN (entre 18 i 65 anys). AN segons DSM-IV no sent necessari el criteri d'amenorrea. Necessitar atenció en règim hospitalari. S'exclouen pacients amb TUS i trastorns psicòtics.	Tractament basat en el manual de CBT-E adaptat per pacients que estan en règim ingrés hospitalari. 20 setmanes: 13 ingrés hospitalari i 7 en HD. 3 objectius principals: corregir mecanismes mantenidors TCA, eliminar la patologia del TCA i assegurar el manteniment dels canvis aconseguits.	S'avaluen els canvis de tres components de la imatge del propi cos: preocupació per la figura o el pes, por al guany de pes i sentiments d'estar gras. Instruments: IMC, subescales de restricció alimentària i preocupació pels aliments de l'EDE, BSI i WSAS. Mesures pre, post i seguiment als 6 i 12.	La CBT-E s'associa amb una millora significativa de les variables de resultat i dels components de la imatge corporal. El canvi de la "por a l'augment de pes" es van associar amb la millora de restricció alimentària. Aquests canvis provoquen l'assoliment d'un $IMC \geq 18,5$ als 6 i 12 mesos de seguiment.	Mostra relativament petita, podent limitar els resultats. Tots els pacients han rebut el mateix tractament, no podent extreure conclusions fermes sobre els efectes específics de la CBT-E. Altres tractaments podrien provocar els mateixos canvis, tenint en compte altres components als estudiats.
Continuació estudi anterior Calugi, El Ghoch i Dalle Grave (2017) [Itàlia]	Esbrinar el rol dels diferents components de la imatge corporal en els canvis en la simptomatologia TCA, funcionament social i treball.						
Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch i Calugi (2018) [Itàlia]	Avaluar els resultats del tractament a través especificadors de gravetat del DSM-5 basats en l'IMC en una mostra de dones amb AN tractades amb CBT-E.	Assaig clínic de cohort controlat amb grup control. Disseny longitudinal. Mètode quantitatiu.	N=128 adults ♀ (de 18 a 65 anys) amb AN segons el DSM-5. N=64 van rebre CBT-E règim hospitalari i N=64 CBT-E règim ambulatori. Exclousos els que presentaven trastorn psicòtic o TUS en curs. Es divideixen segons gravetat del IMC en 4 grups.	Tractament basat en el manual CBT-E. 40 sessions durant 40 setmanes pel grup de tractament en règim ambulatori i 12 mesos seguiment. Pel grup tractament en règim d'ingrés es fan 13 setmanes a planta i 7 en hospital de dia. Seguiment de 12 mesos.	Avaluació pre-post intervenció, als 6 i 12 mesos de seguiment. Instruments: IMC, EDE-Q, BSI i GSI. Mesura de resultats: aconseguir un $IMC \geq 18,5$ (recuperació del pes) i aconseguir psicopatologia del TCA mínima (segons puntuació EDE-Q).	El 72,7% (N=93) van acabar el tractament. No troben diferències significatives entre els 4 grups segons la gravetat de l'IMC. Els grups de gravetat del DSM-5 basats en l'IMC no tenen gran utilitat per predir els resultats tractament en pacients tractats amb CBT-E.	Al utilitzar només la CBT-E, no es poden comparar resultats amb altres teràpies. Validesa limitada de les dades degut als instruments emprats d'autoregistre amb poca fiabilitat. Mostra petita de cada grup de gravetat pot afectar la potència de l'estudi.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments i avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Frostad, Danielsen, Rekkedal, Jevne, Dalle Grave, RØ i Kessler (2018) [Noruega]	Obtenir coneixement sobre l'efectivitat de la CBT-E per l'AN en una mostra atesa en règim ambulatori.	Assaig clínic aleatori controlat amb grup control. Disseny longitudinal. Estudi prospectiu i multidisciplinari.	N=44 adults. IMC < 18,5. AN severa segons DSM-5. Intents de tractament sense èxit. Exclosos els que precisen una intervenció en règim intern o comorbiditat psiquiàtrica com TUS o trastorns psicòtics. Disponibilitat per fer el tractament.	Tractament en règim ambulatori CBT-E durant 12 mesos (mínim 40 sessions). Seguiment manual CBT-E per pacients amb infrapès. Grup control (30-35 individus sense TCA) amb característiques semblants mostra.	Mesura de resultat principal: canvis en l'IMC pre i post intervenció. Avaluació IMC inicial, als 3, 6 i 12 mesos de seguiment. Instruments: MINI, EDE-Q, ICD-10, CIA, BDI-II, BAI, RAND-36, SCL-90-R, WAI-S, EED i CET.	50% (N=22) no finalitzen tractament. Millora pes i IMC que es manté als 12 mesos. 36,4% IMC > 18,5 als 3 mesos, 50% als 6 mesos i 77,3% als 12 mesos. Bon resultat CBT-E en règim ambulatori.	Taxa abandonament molt elevada (meitat de la mostra inicial). No hi ha grup control ni un altre tipus d'intervenció que permeti comparar. No es pot assegurar que la resposta sigui deguda a la simple ocurrència de la intervenció.
Dalle Sartirana i Calugi (2019) [Itàlia]	Establir els resultats i predictors de canvi en adolescents amb AN que es tracten mitjançant la CBT-E en règim ambulatori. Provar l'efectivitat de la CBT-E en el grup escollit per l'estudi.	Assaig clínic aleatori controlat amb un sol grup de subjectes. Disseny longitudinal. Anàlisi quantitatiu.	N=49 adolescents (≥ 11 i ≤18 anys) amb AN segons DSM-5 i IMC < 18,5. Exclosos els pacients que precisaven estar interns degut a la gravetat del TCA, els que feien un altre tipus de tractament, amb IMC fora del rang establert i amb poca disponibilitat o dificultats per dur a terme l'estudi.	Intervenció de 40 sessions de CBT-E en règim ambulatori durant 40 setmanes. Seguiment a les 20 setmanes. Sense supervisió externa. S'involucra als pares, oferint-los 1 sessió.	Mesures de resultat: aconseguir un IMC saludable i mantenir-lo. Millora de la psicopatologia TCA. Mesures pre i post tractament i a les 20 setmanes seguiment. Instruments: EDE-Q, BSI, CIA, IMC.	71,4% (N=35) guany de pes i millora de la psicopatologia TCA i patologia general. Els canvis estables a les 20 setmanes de seguiment. No es detecten predictors d'abandonament ni de recuperació. La CBT-E es mostra com un tractament amb efectivitat per adolescents. (N=14) abandonen teràpia.	No comparació de la CBT-E amb un altre tractament. La dosi de CBT-E no compta amb cap evidència. Breu període de seguiment. La mida relativament petita de la mostra podria explicar la manca de predictors que siguin significatius. Manca supervisió externa dels protocols per part dels terapeutes.

Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica (Continuació)

Referència /País	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra	Intervenció	Instruments i avaluació	Resultats principals	Limitacions de l'estudi
Liyanage, Suraweera i Rodrigo (2019) [Sri Lanka]	Reportar el procés de tractament amb CBT-Eb d'un cas d'AN atípica. Posar a prova la validesa de la CBT-Eb en un entorn no occidental.	Estudi de cas únic.	N= 1 ♀ . 24 anys. AN atípica. Pèrdua 18 kg en període de 3 anys (IMC inicial 12,8). Baixa autoestima i autoconcepte pobre, símptomes depressió i amenorrea. No afartaments ni vòmit autoinduit, ni exercici físic excessiu. Viu en un entorn rural, a 250 km de Sri Lanka. No por a engreixar-se, restricció deguda a malestar abdominal.	Inici tractament en règim ingrés hospital, degut a les dificultats per desplaçar-se. Es fa psicoeducació sobre els TCA i la CBT-Eb. Es passa a règim ambulatori. Objectius: establir hàbits alimentaris correctes. Tècniques d'exposició gradual i relaxació pel menjar temut. Intervenció de 8 setmanes durada i 9 sessions.	Mesures pre i post. No es fa seguiment. Instruments: EAT-26, BDI-II, IMC i GAF.	IMC final 16,2 (+7 kg en 2 mesos). Perfeccionisme és un factor mantenidor del TCA. Es suggereix que la CBT-Eb és efectiva pels TCANE. També en entorns no occidentals. La CBT-E és transcultural i transdiagnòstica.	Poca generalització al tractar-se d'un estudi de cas únic. Es necessiten més estudis, sobretot assajos clínics controlats per donar suport als resultats obtinguts per l'estudi.

Nota. TCA (Trastorns de la Conducta Alimentària); IMC (Índex de Massa Corporal); EDI-3 (Eating Disorder Inventory – Version 3); MBDS (Male Body Dissatisfaction Scale); MDDI (Muscle Dysmorphia Disorder Inventory); BCI (Body Change Inventory); FMPS (Frost Multidimensional Perfectionism Scale); EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire); BITE (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh); CBT-E (Cognitive Behavioral Therapy Enhanced); AN (Anorèxia Nerviosa); DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual 4th version); RH (Règim Hospitalari); HD (Hospital de Dia); EDE (Eating Disorder Examination); BSI (Brief Symptom Inventory); RA (Règim Ambulatori); ICAT (Integrative Cognitive-Affective Therapy); BN (Bulímia Nerviosa); DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual 5th version); TB (Trastorn Bipolar); TUS (Trastorn per Ús de Substàncies); SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I); BDI-II (Beck Depression Inventory-II); RSEQ (Rosenberg Self Esteem Questionnaire); STAI (State-Trait Anxiety Inventory); DERS (Selves Interview Difficulties in Emotion Regulation Scale); FPT (Focal Psychodynamic Therapy); TCANE-AN (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat – tipus Anorèxia Nerviosa); EDI-2 (Eating Disorder Inventory version 2); SIAB-EX (Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes); PSR (Psychiatric Status Rating); EDE-Q6.0 (Eating Disorder Examination Questionnaire version 6); SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised); GSI (Global Severity Index); CBT (Cognitive Behavioral Therapy); TCANE (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat); DI (Discapacitat Intel·lectual); BES (Binge Eating Scale); TCANE-BN (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat – tipus Bulímia Nerviosa); TPA (Trastorn de la Personalitat Antisocial); CBT-Ef (Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Focused); IPT (Interpersonal Therapy); CIA (Clinical Impairment Assessment Questionnaire); CBT-Eb (Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Broad); RSE (Rosenberg Self Esteem); SAS (Social Adjustment Scale); ANR (Anorèxia Nerviosa Restrictiva); BNNP (Bulímia Nerviosa No Purgativa); TAC (Teràpia d'Acceptació i Compromís); EM (Entrevista Motivacional); BIAT-Q (Body Image Automatic Thoughts Questionnaire); SASS (Social Adaption Self-evaluation Scale); TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale 20 items); BCQ (Body Checking Questionnaire); ACT (Acceptance Commitment Therapy); MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview); BSQ-8C (Body Shape Questionnaire 8 item version); PHQ-9 (Patient Health Questionnaire); GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 item scale); QOLI (Quality Of Life Inventory); CPQ (Clinical Perfectionism Questionnaire); TOMS (Tolerance Of Mood States Scale); IIP-32 (Inventory of Interpersonal Problems); WSAS (Work and Social Adjustment Scale); ICD-10 (10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems); BAI (Beck Anxiety Inventory); RAND-36 (RAND 36-item Health Survey); WAI-S (Working Alliance Inventory – Short Form); EED (Exercise and Eating Disorders); CET (Compulsive Exercise Test); EAT-26 (Eating Attitudes Test – 26 item); GAF (Global Assessment of Functioning).

18. Annex 18: Proposta d'intervenció



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

PROPOSTA D'INTERVENCIÓ PELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

ANORÈXIA I BULÍMIA NERVIOSES

Esther Jó Filbà

Tutora: Lola Riesco Miranda

Màster en Psicologia General Sanitària

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, març del 2020

1. Presentació

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) són un grup de patologies incloses dins el grup *Trastorns de la Conducta Alimentària i de la Ingesta d'Aliments* del DSM-5 (APA, 2014). Entre els trastorns que formen part d'aquest grup destaquen l'Anorèxia Nerviosa (AN), la Bulímia Nerviosa (BN) i els Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats (TCANE), per la seva elevada incidència.

Després d'una extensa revisió sistemàtica de la literatura científica centrada en les diferents tipologies de tractament dels TCA, en la qual s'ha abraçat el període dels últims 5 anys i, vistes les dificultats per establir un protocol d'intervenció pel tractament dels casos d'AN i BN, l'elevada migració entre entitats diagnòstiques i el creixement constant d'aquestes patologies, especialment en població infantojuvenil, s'ha considerat que la realització d'una proposta d'intervenció que s'enfoqués al tractament dels TCA vistos com alguna cosa més que un problema amb l'alimentació i el baix pes, era una necessitat palpable a la nostra societat.

Sota aquesta premissa, la present proposta d'intervenció neix amb diversos objectius, enfocant-se especialment al tractament dels TCA més comuns en l'actualitat: AN, BN i els TCANE amb característiques pròpies de l'AN o la BN. Prèviament a la posada en marxa del tractament s'estableixen uns criteris d'inclusió i exclusió i es determina la població objectiu a la qual s'adreçarà de manera que aquesta pugui encaixar amb les necessitats que presenten. Com a punt a destacar, la proposta està pensada per oferir una atenció integral a la persona afectada i a tot l'entorn que l'envolta, podent involucrar les amistats, l'escola o l'institut i la família, sempre que aquesta última doni el seu consentiment.

Entre els beneficis de millora esperats s'han concretat l'establiment d'una alimentació saludable que permeti restablir el pes, amb el consegüent assoliment d'un IMC dins els paràmetres de la normalitat, i la remissió dels patrons que caracteritzen i mantenen els TCA presentats, entre els quals la baixa autoestima, les dificultats per tolerar els estats anímics intensos, les complicacions per establir bones relacions interpersonals, la insatisfacció amb la imatge corporal, l'autoconcepte negatiu, etc.

2. Població objectiu

La proposta d'intervenció descrita s'enfoca al tractament de persones afectades d'un TCA. S'han concretat uns criteris d'inclusió (Vegeu Taula 1) i d'exclusió (Vegeu Taula 2) amb l'objectiu últim d'adequar la intervenció a la població a la qual s'adreça, de manera que esdevingui el més efectiva possible i s'adeqüi a les necessitats del grup poblacional esmentat.

Taula 1. Criteris d'inclusió.

Sexe	Femení i Masculí.
Edat	≤ 18 anys.
Diagnòstic	AN, BN, TCANE-AN i TCANE-BN.
IMC	IMC ≤ 18,5 i ≥ 18,5.
Comorbiditat	Risc de suïcidi, simptomatologia depressiva i/o ansiosa.

Nota. IMC (Índex de Massa Corporal); AN (Anorèxia Nerviosa); BN (Bulímia Nerviosa); TCANE-AN (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat – tipus Anorèxia Nerviosa); TCANE-BN (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat – tipus Bulímia Nerviosa).
Font: Elaboració pròpia.

Com queda descrit a la *Taula 1. Criteris d'inclusió*, el tractament s'adreça a població infantojuvenil (≤ 18 anys) indistintament del sexe dels pacients i del seu IMC. Han de comptar amb un diagnòstic d'AN, BN, TCANE-AN o TCANE-BN. En cas d'acudir al centre sense una orientació diagnòstica, l'equip de professionals realitzarà l'avaluació pertinent per incloure o descartar el pacient al programa segons si s'adequa als criteris d'inclusió establerts. Podran beneficiar-se de la intervenció persones que presentin risc de suïcidi, conductes autolítiques i simptomatologia depressiva i/o ansiosa, donada la prevalença d'aquestes característiques i conductes en pacients amb TCA.

Taula 2. Criteris d'exclusió.

Edat	≥ 18 anys.
Diagnòstic	TA, altres subtipus de TCANE.
Comorbiditat	TUS, TB, TP (especialment TLP i TPA) i TEP.

Nota. TA (Trastorn per Afartaments); TCANE (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat); TUS (Trastorn per Ús de Substàncies); TB (Trastorn Bipolar); TP (Trastorn de Personalitat); TLP (Trastorn Límit de la Personalitat); TPA (Trastorn de la Personalitat Antisocial); TEP (Trastorn de l'Espectre Psicòtic).
Font: Elaboració pròpia.

S'exclouen les persones adultes (≥ 18 anys), amb diagnòstic de TA o altres subtipus de TCANE que no tinguin característiques pròpies de l'AN o la BN. Els pacients amb dependència a l'alcohol o substàncies estupefaents, trastorn bipolar, trastorn de

personalitat i trastorns de l'espectre psicòtic queden exclosos a l'espera que rebin tractament per part d'un equip especialitzat i puguin complimentar les sessions de manera adequada i sense impediments.

3. Equip de professionals

El programa s'ha de dur a terme per professionals de salut mental amb formació específica i experiència en l'àmbit dels TCA. Per oferir una intervenció de qualitat, cal comptar amb un equip multidisciplinari, amb diversos professionals de diferents especialitats que treballin de manera coordinada, entre els quals:

- Psicòlegs/es.
- Metges i Psiquiatres.
- Dietistes i nutricionistes.
- Infermers/es.

4. Avaluació

Es prendran mesures prèviament a l'inici del tractament, a la meitat de la intervenció i al final d'aquesta. Per assegurar que els canvis es mantenen en el temps i evitar recaigudes, es farà un seguiment fins als dos anys post-tractament, podent reduir o ampliar el temps de revisió segons les necessitats específiques del pacient.

Es monitoritzarà el pes dels participants de manera setmanal, podent detectar variacions en l'IMC i enregistrant els resultats⁵. Els resultats d'aquests controls no es compartiran amb el pacient, almenys inicialment. No es durà a terme un autoregistre de l'alimentació, ja que resulta innecessari al estar ingressats en règim d'hospitalització total.

Per la presa de mesures s'utilitzaran diferents instruments d'avaluació i detecció que es passaran durant una entrevista clínica amb els pacients, entre els quals:

- Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA).
- Beck Depression Inventory version II (BDI-II).
- Body Attitude Test (BAT).

⁵ Vegeu Annex 19.

- Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE).
- Eating Attitudes Test (EAT-40).
- Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).
- Eating Disorder Inventory – 3 (EDI-3).
- Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III).
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI).
- Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R).

Altres instruments d'avaluació que s'utilitzaran durant les sessions s'esmenten a continuació:

- Barratt Impulsiveness Scale (BIS).
- Body Shape Questionnaire (BSQ).
- Escala de Funcionamiento Parental (EFP).
- Escala de Habilidades Sociales (EHS).
- Escala de las 9 siluetas.
- Rathus Assertiveness Scale (RAS).
- Rosenberg Self Esteem Scale (RSES).
- Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20).

5. Objectius

5.1. Objectius psicoterapèutics

5.1.1. Objectius generals

- OG1 Remissió de la simptomatologia pròpia del TCA.
- OG2 Establiment de patrons i pautes d'alimentació saludables, assoliment d'un IMC dins els paràmetres de la normalitat (IMC \geq 18,5).
- OG3 Aconseguir una bona adherència al tractament.
- OG4 Assolir una relació terapèutica positiva.
- OG5 Aconseguir que el pacient tingui consciència de malaltia en cas de no tenir-ne.
- OG6 Atendre i acompanyar la família i el pacient durant i després de la intervenció.

5.1.2. Objectius específics

- OE1 Aprendre a menjar de manera conscient.

- OE2 Trencament de mites sobre l'alimentació, la restricció alimentària i les conductes compensatòries.
- OE3 Remetre la restricció alimentària, els afartaments i les conductes compensatòries.
- OE4 Millorar l'autoestima i l'autoconcepte.
- OE5 Assolir una adaptació més funcional en les diferents àrees de la vida de la persona.
- OE6 Millorar les relacions interpersonals i familiars.
- OE7 Implementar les habilitats socials i les estratègies d'afrontament.
- OE8 Aconseguir la participació activa de la família.
- OE9 Reduir els nivells de perfeccionisme clínic i rebaixar les obsessions associades amb la imatge corporal i el control del pes.
- OE10 Modificar els pensaments erronis.
- OE11 Reducció de l'ansietat.
- OE12 Oferir educació a la persona, la família i l'escola o institut.
- OE13 Millorar la tolerància als estats anímics intensos negatius.

6. Intervenció

6.1. Tipus d'intervenció

La intervenció proposada està pensada per dur-se a terme en règim d'hospitalització total, en el qual els pacients atesos passaran les 24 h del dia al centre on realitzaran la teràpia. S'estableix com una intervenció de caire integrador, en la qual s'usen diferents tècniques independentment del seu enfocament. Donat que s'atén amb un mateix programa diferents tipologies de TCA, aquest segueix les premisses de la teoria transdiagnòstica dels TCA de Fairburn et al., (2003), amb la creença que aquestes patologies comparteixen més similituds que no pas diferències i poden adreçar-se conjuntament. Com ja s'ha mencionat anteriorment seran atesos per un equip multidisciplinari especialitzat en el tractament d'aquestes patologies. Al començament de l'estada cada professional realitzarà una valoració inicial; amb una valoració psiquiàtrica per descartar o confirmar la necessitat de presa de psicofarmacologia complementària, una valoració nutricional i dietètica, on s'establiran les pautes alimentàries i la dieta que haurà de seguir el pacient durant l'estada al centre (consistent en 5 àpats diaris) i la visita amb especialistes en endocrinologia, medicina general i infermeria, realitzant diverses proves mèdiques, entre les quals una analítica completa

de sang que permeti veure les complicacions i conseqüències derivades del TCA en qüestió.

A banda de la intervenció psicològica proposada, durant l'ingrés i, segons les necessitats dels pacients i el consentiment dels pares o tutors legals, els participants podran assistir a sessions grupals un cop per setmana (1:15 hores), en les quals es conversarà de diferents preocupacions dels pacients i es buscarà aconseguir una bona adherència al tractament, oferint-los suport en tot moment. També podran beneficiar-se de la realització de sessions de teràpia familiar amb els membres que conformen la unitat domèstica si així s'escau i es considera necessari (sessions quinzenals o setmanals segons convingui en cada cas concret).

Per finalitzar, el programa preveu també la realització d'un grup multifamiliar, de freqüència quinzenal, on poden acudir de manera voluntària els membres de la família dels pacients per fer sessions de psicoeducació sobre els TCA, rebent suport entre els participants i informació per part de diferents professionals de salut mental especialitzats en els TCA. En aquest grup se'ls dota d'estratègies i pautes per fer front a la nova situació desencadenada per la malaltia dels seus fills/es.

6.2. Temporització

A continuació s'expliquen breument els objectius de cada sessió inclosa al programa (Vegeu Taula 3). Aquestes estan pensades per oferir-se amb una freqüència setmanal i una durada d'una hora aproximadament, tot i que aquests criteris poden ser modificats segons cada cas específic, adaptant el tractament a les necessitats específiques de la persona.

6.2.1. Organització de les sessions

Taula 3. Organització del tractament

Nº sessió	Intervenció
Sessió 1	Primer contacte amb la família. Entrevista inicial i recollida de la informació (inici del problema i antecedents, afectació i estructura familiar, trencament de mites sobre la problemàtica, etc.). Compliment anamnesis ⁶ . Explicació del programa i la tipologia del tractament. Signatura del consentiment informat ⁷ .

⁶ Vegeu Annex 20.

⁷ Vegeu Annex 21.

Sessions 2-4	Primer contacte amb el pacient. Inici de l'establiment de l'aliança terapèutica per facilitar l'adherència al tractament. Presa de mesures inicials amb els instruments esmentats i valoració diagnòstica. Acabar de completar la anamnesis ⁸ amb les dades facilitades pel pacient.
Sessió 5	Entrevista amb la família o els referents de la persona atesa. Comunicació orientació diagnòstica i objectius específics adaptats a les necessitats del pacient. Psicoeducació sobre els TCA i pautes per casa. Passació de l'Escala de Funcionament Parental (EFP) ⁹ .
Sessió 6-7	Inici sessions terapèutiques. Valoració de l'autoestima amb l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (RSES) ¹⁰ . Psicoeducació i treball sobre l'autoestima, l'autoconcepte i el perfeccionisme clínic a través de la reestructuració cognitiva i el diàleg socràtic. Activitat arbre dels meus èxits ¹¹ i mapa conceptual de l'autoestima ¹² . Reducció de l'autoexigència.
Sessió 8-9	Valoració i treball sobre la insatisfacció de la imatge corporal. Realització del Body Shape Questionnaire (BSQ) ¹³ i de l'Escala de les 9 siluetes ¹⁴ . S'utilitzarà una activitat amb una corda per veure la distorsió de la figura corporal del pacient; aquesta consisteix en que el pacient ha de fer la forma que creu que té la silueta de la seva cintura amb la corda. Després es compara amb la realitat. Tècnica del dibuix de la figura humana. Treball de les emocions associades als estats d'ànim intensos, especialment als negatius. Passació de la TAS-20 ¹⁵ .
Sessió 10	Valoració de les habilitats socials a través de la EHS ¹⁶ i de les relacions amb el grup d'iguals (s'utilitza l'activitat dels Cercles de l'amistat ¹⁷). Durant la sessió s'indagarà en la influència que han pogut tenir els companys de classe o el grup d'iguals en el desenvolupament del TCA.
Sessió 11	Formació en tècniques de comunicació assertiva per millorar les relacions socials. Valoració de les relacions personals del pacient i la seva manera d'afrontar les diferents situacions socials. Passació de la RAS ¹⁸ . Aprenentatge d'estratègies d'afrontament. Dibuix de la persona sota la pluja, a partir del qual es podran entendre les defenses del pacient i els recursos dels quals disposa, a fi d'implementar-los.
Sessió 12	Xerrada sobre pautes d'alimentació saludables. Trencament de mites respecte l'alimentació. Valoració sobre el progrés de la intervenció. Sentiments

⁸ Vegeu Annex 20.

⁹ Vegeu Annex 22.

¹⁰ Vegeu Annex 3.10.

¹¹ Vegeu Annex 23.

¹² Vegeu Annex 24.

¹³ Vegeu Annex 3.9.

¹⁴ Vegeu Annex 3.18.

¹⁵ Vegeu Annex 3.15.

¹⁶ Vegeu Annex 25.

¹⁷ Vegeu Annex 26.

¹⁸ Vegeu Annex 3.14.

	associats a la nova dieta i posada en comú sobre els pensaments negatius derivats. Reforç positiu dels canvis assolits.
Sessió 13-14	Treballar les obsessions relacionades amb la pròpia imatge. Confrontar el jo real amb el jo ideal. Exposició amb prevenció de resposta (exposar al pacient a diferents àpats i estils de vestir que ha eludit fins al moment, no donant-li la possibilitat d'evitar-los). Trencament d'estereotips relacionats amb el model de bellesa imperant. Recerca del sentit que el pacient dona a la restricció de la ingesta alimentària, al dejuni, l'exercici físic excessiu o, d'altre banda, als afartaments i conductes compensatòries associades.
Sessió 15	Si en aquest punt ja s'ha assolit una bona consciència de malaltia per part del pacient, psicoeducació sobre els TCA. Posada en comú amb el terapeuta sobre els desencadenants de la malaltia, quins motius considera el pacient que van dur-lo al punt en que es troba. Què espera del futur, quins canvis considera que hauria d'emprendre?, ... Planificació del futur proper un cop rebí l'alta terapèutica.
Sessió 16	Tècniques de relaxació (Relaxació muscular progressiva de Jacobson i Respiració diafragmàtica) que el pacient podrà utilitzar un cop dominades per fer front a les diferents situacions estressants que se li presentin. Treballem la impulsivitat. Avaluació amb la BIS-11 ¹⁹ .
Sessió 17	Treballar estratègies d'afrontament i recursos que pugui emprar quan se li presentin pensaments nocius, de manera que pugui substituir els afartaments, les conductes compensatòries i de restricció de la ingesta alimentària per conductes més adaptades. Tornar a posar especial atenció en la modificació de creences errònies.
Sessió 18	Passació del ACTA ²⁰ . Valoració de la percepció de millora del pacient, la consciència de malaltia i les ganes de realitzar modificacions dels patrons nocius que ha establert durant el transcurs de la malaltia. On creu que ha arribat i què considera que queda per fer? Quines coses ha aconseguit amb la malaltia i quines ha perdut?. Balanç de la seva situació personal ²¹ i breu història de vida.
Sessió 19	Valoració post-intervenció. Passació novament dels instruments de mesura utilitzats a l'inici de l'ingrés. Comparació dels resultats obtinguts. Resolució de les preocupacions del pacient per la possible proximitat de l'alta hospitalària.
Sessió 20	Retrobament amb la família. Posada en comú dels resultats de la intervenció i valoració conjunta sobre les millores assolides. Si els instruments d'avaluació i les mesures preses presenten l'assoliment de millores clínicament significatives i es dona per remès el TCA, es donarà l'alta terapèutica i

¹⁹ Vegeu Annex 3.11.

²⁰ Vegeu Annex 3.17.

²¹ Vegeu Annex 27.

s'iniciarà el seguiment en règim ambulatori. De no ser així es valorarà la continuïtat del pacient en el règim d'ingrés total o la seva derivació a hospital de dia, on seguirà atès per un equip multidisciplinari.

Nota. TCA (Trastorns de la Conducta Alimentària); EFP (Escala de Funcionamiento Parental); RSES (Rosenberg Self Esteem Questionnaire); BSQ (Body Shape Questionnaire); TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20); EHS (Escala de Habilidades Sociales); RAS (Rathus Assertiveness Scale); BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale); ACTA (cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria);

7. Recomanacions i suggeriments

Les sessions proposades són orientatives. El programa ha de comptar amb el tractament de cadascun dels factors que mantenen els TCA, però l'ordre de les sessions sempre podrà variar segons les necessitats de la persona atesa. La proposta ha de ser flexible, ja que poden sorgir dificultats o problemàtiques diferents a les planificades pel dia en qüestió, havent d'atendre-les sense demora. Tampoc s'hauria d'iniciar la intervenció centrant-se en la consciència i el registre de les pautes d'alimentació i conductes compensatòries o restrictives. És preferible establir una bona relació terapèutica i adherència al tractament en primera instància, ja que sense consciència de malaltia seria un pas precipitat amb el qual no s'obtidrien els resultats esperats. És preferible adreçar-se primer a la millora de l'autoestima i la construcció d'un autoconcepte positiu que no pas a les característiques dels TCA relacionades amb la dieta i l'alimentació.

Donat que l'IMC no ha de ser l'únic marcador físic de salut que ens indiqui una recuperació del TCA, altres instruments d'avaluació com els proposats han de ser emprats per estimar les millores del pacient. Així, tampoc s'ha limitat l'entrada al programa segons el pes o l'IMC dels participants, ja que moltes persones, tot i no tenir un IMC per sota de la mitjana poblacional esperada, presenten altres característiques que augmenten la gravetat del TCA (p. ex., relacions familiars desestructurades que impedeixen la recuperació, risc elevat de suïcidi, poc suport social, etc.) i han de rebre tractament en règim d'ingrés total.

Les pautes ofertes a la present proposta d'intervenció podrien aplicar-se també en règim ambulatori o d'hospital de dia, sempre adaptant-les a la realitat del context en que es duran a terme i prioritant la qualitat de la intervenció. Tot i que és una intervenció centrada en població infantojuvenil, amb unes breus adaptacions, podria posar-se en marxa pel tractament d'adults amb TCA.

19. Annex 19: Registre del pes i l'IMC

REGISTRE DEL PES I DEL IMC

Nom i cognoms:	Edat:
Pes a l'ingrés (en Kg):	Altura (en Cm):
IMC a l'ingrés:	

Any	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
Dejú							
Pes							
Variació							
IMC							

Any	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
Dejú							
Pes							
Variació							
IMC							

Any	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
Dejú							
Pes							
Variació							
IMC							

Any	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
Dejú							
Pes							
Variació							
IMC							

Any	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia	Dia
Dejú							
Pes							
Variació							
IMC							

20. Annex 20: Anamnesis

Nº d'història clínica:

Inici de la intervenció:

Dades personals

Nom: Cognoms:

Direcció: Ciutat:

Codi Postal: Província:

Data i lloc de naixement: Edat:

DNI:

Dades d'escolarització

Nom escola/institut: Curs:

Direcció centre:

Telèfon de contacte:

Dades de contacte

Nom pare/mare/tutor:

DNI: Telèfon/s de contacte:

E-mail:

Dades familiars

Nom i cognoms progenitor 1: Edat:

Nom i cognoms progenitor 2: Edat:

Nivell socioeconòmic:

Professió progenitor 1: Professió progenitor 2:

Germans: si no

Nº de germans:

Antecedents familiars:

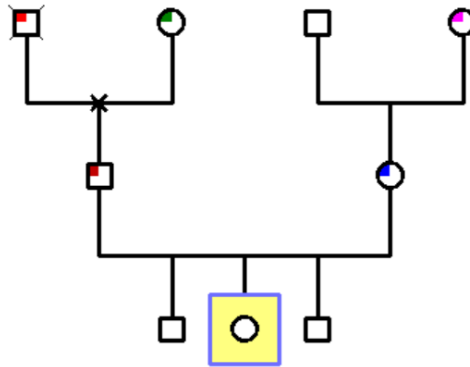
.....

.....

.....

.....

Constel·lació familiar



Dades de l'ingrés

Motiu de l'ingrés:
.....
.....
.....

Qui deriva?

Procedència:

- Domicili.
- Hospital de dia aliè.
- Hospital de dia del propi centre.
- Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària (UTCA).
- Hospital general.
- Hospital psiquiàtric.
- Tractament ambulatori.

Diagnòstic de procedència:

- Anorèxia nerviosa restrictiva.
- Anorèxia nerviosa amb afartaments i purgues.
- Bulímia nerviosa.
- Trastorn de la conducta alimentària no especificat – tipus anorèxia nerviosa.
- Trastorn de la conducta alimentària no especificat – tipus bulímia nerviosa.
- Sense orientació diagnòstica.
- Altres.

Comorbiditat

- Si:
- No.

Anamnesis

Motiu de consulta:

.....

.....

Antecedents físics personals:
--

Antecedents psicopatològics personals:

Educació

	Bona	Normal	Insuficient	Observacions
Adaptació escolar				
Rendiment acadèmic				
Integració social				

Assetjament escolar: si no

.....

.....

Relació amb els iguals:

Relació amb els mestres:

Dificultats en àrees concretes:

Ajudes psicopedagògiques complementàries: si no

.....

.....

Inici de l'escolaritat (escola, edat i adaptació)

.....
.....
.....
.....
.....

Història escolar (escoles, edat i motiu del canvi)

.....
.....
.....
.....
.....

Dades maduratives

Alimentació:

- Lactància: Ús del xumet:
- Dificultats de canvi d'alimentació (dolç/salat):
- Autonomia alimentària:
- Situació actual:

Son :

- Edat en que va dormir sol/a:
- Complicacions (malsons, somnambulisme, insomni, plors, terrors nocturns, etc.):
.....
.....
- Horari de son:
 - Primera infància:
 - Actual:

Hàbits:

- Neteja:
- Ordre:
- Joc:

Organització del temps lliure:

.....

Problemes en el desenvolupament evolutiu:

	Si	No	Observacions
Control dels esfínters			
Llenguatge			
Psicomotricitat			
Altres			

Àmbit relacional

Relacions familiars actuals

	Bona	Normal	Dolenta	Observacions
Mare/pare				
Mare/pare				
Germans/es				
Altres (especificar)				

Relacions de parella

Ha tingut relacions de parella estables (més de 6 mesos)?

- Si.
- No.

Ha mantingut relacions sexuals?

- Si.
- No.

Actitud enfront la sexualitat:

- Positiva i normalitzada.
- Impulsiva.
- Por.
- Rebuig.
- Desconeixement.

Disfuncions sexuals:

- Si.
Especificar:
- No.

Història de la malaltia

Edat d'inici de la problemàtica:

Factors precipitants i de risc:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inici d'una dieta. | <input type="checkbox"/> Imitació. |
| <input type="checkbox"/> Obesitat infantil. | <input type="checkbox"/> Conflicte familiar. |
| <input type="checkbox"/> Història de burles. | <input type="checkbox"/> Abús sexual. |
| <input type="checkbox"/> Viatge d'estudis. | <input type="checkbox"/> No ho relaciona amb res. |
| <input type="checkbox"/> Estància a l'estranger. | <input type="checkbox"/> Altres (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Mort d'un familiar. | |
| <input type="checkbox"/> Separació de parella. | |
| <input type="checkbox"/> Conflicte amics. | |

Orientació diagnòstica:

- Anorèxia nerviosa restrictiva.
- Anorèxia nerviosa amb afartaments i purgues.
- Bulímia nerviosa.
- Trastorn de la conducta alimentària no especificat – tipus anorèxia nerviosa.
- Trastorn de la conducta alimentària no especificat – tipus bulímia nerviosa.
- Altres. Especificar:

Tractaments realitzats anteriorment:

- Sí.
- No.

Tipus tractament	Nº de vegades	Temps mitjà
Ingrés UTCA		
Ingrés hospital psiquiàtric		
Ingrés hospital general		
Hospital de dia UTCA		
Hospital de dia general		
Seguiment psiquiàtric		
Seguiment psicoterapèutic		
Seguiment pediatra		
Tractament ambulatori		

Resultat dels tractaments anteriors:

- Remissió total de simptomatologia (+ 9 mesos).
- Remissió de simptomatologia (- de 6 mesos).
- Remissió de simptomatologia (- de 3 mesos).
- Remissió parcial de la simptomatologia. Especificar mesos:
- No remissió dels símptomes.
- Altres. Especificar:

Evolució de la malaltia:

.....
.....
.....
.....
.....

Història de la imatge corporal

Satisfacció amb la imatge corporal:

	Mot satisfeta	Satisfeta	Insatisfeta	Molt insatisfeta
Infància				
Adolescència				
Actualitat				

Edat primera menarquia:

Acceptació menarquia: Amb dificultat Sense dificultat.

Acceptació caràcters sexuals secundaris: Amb dificultat Sense dificultat.

Història d'amenorrea: Si. Especificar: No.

Situació actual del trastorn de la conducta alimentària

Problemàtica actual:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conductes de dieta:

Seguiment habitual de dieta:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Freqüència amb que realitza els àpats:

	Sempre	Frequentment	Ocasionalment	Mai
Esmorzar				
Dinar				
Berenar				
Sopar				

Ingesta entre hores:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Selecciona aliments i tipus de cocció:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Abús de l'aigua:

- Sí.
- No.

Begudes light: sí no.

Quantitat:

- De 2 a 3 L/dia.
- De 3 a 4 L/dia.
- Més de 4 L/dia.

Conducta amb el menjar:

Menja amagat/da:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Tira menjar:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Amaga menjar:

- Sempre.
- Frequentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Ritme del menjar:

- Molt ràpid.
- Ràpid.
- Molt lent.
- Lent.
- Normal.
- Inestable.

Cuina o es preocupa del menjar dels altres: si no.

Conductes d'afartaments:

Afartaments:

- Si.
- No.

Edat d'inici dels afartaments:

Freqüència dels afartaments:

- Més 1 cop al dia.
- 1 cop al dia.
- 3 o més cops per setmana.
- 1 -3 cops per setmana.
- Ocasionalment.

Moments del dia amb més probabilitat que hi hagi un afartament:

- Dins d'un àpat principal.
- Fora d'un àpat principal.
- Indistintament.
- Entre àpats.

Afartaments durant la nit:

- Sempre.
- Freqüentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Conducta de menjar entre hores:

- Sempre.
- Freqüentment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Lloc dels afartaments:

- A casa.
- Fora de casa.
- Indistintament.
- Altres (especificar):

Kcal consumides per afartament:

- Més de 2000 Kcal.
- De 1000 – 2000 Kcal.
- De 500 – 1000 Kcal.
- Menys de 500 Kcal.

Estat emocional associat als afartaments:

	Abans	Durant	Després
Ansietat			
Tristesa			
Plaer			
Culpa			
Irritabilitat			
Alegria			
Frustració			
Tranquil·litat			
Vergonya			
Avorriment			

Conductes purgatives i compensatòries:

Edat d'inici de les conductes de purga:

Freqüència de les següents conductes:

	Diàriament	≥ 3 vegades	1-3 setmana	Quinzenalment	Ocasionalment
Vòmits					
Laxants					
Diürètics					
Dejuni					
Altres					

Conducta d'activitat física:

Pràctica habitual esportiva:

- Més de 4 vegades per setmana.
- 2 a 3 vegades per setmana.
- Setmanalment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Nº d'hores que dorm al dia:

Camina:

- Molt.
- Bastant.
- Normal.
- Poc.

Nivell cognitiu: Imatge corporal

Satisfacció corporal:

	Molt satisfeta	Satisfeta	Neutra	Insatisfeta	Molt insatisfeta
Cara					
Cames					
Braços					
Glutis					
Pit					
Panxa					
Natges					
Figura					
Altres					

Percepció de la grandària o pes del propi cos:

- Molt gran.
- Gran.
- Normal.
- Prim.
- Molt prim.

Freqüència amb la que es pesa:

- Diàriament.
- De 2 a 4 cops per setmana.
- Setmanalment.
- Ocasionalment.
- Mai.

Pes ideal:

Pes a l'ingrés:

En algun moment de la vida ha estat satisfet/a amb la seva imatge corporal?

- Si.
Especificar:
.....
.....
.....
- No.

Relacions sociofamiliars:

Canvis en les relacions familiars:

	Sense canvis	Dependència	Agressivitat
Mare/Pare			
Mare/Pare			
Germans/es			
Parella			

Reacció de la família amb el pacient enfront la problemàtica:

	Mare/Pare	Mare/Pare	Germans/es	Parella
Proteccionisme				
Càstig				
Negació				
Suport				
Culpabilitat				
Indiferència				
Angoixa				

Interpretació del problema com a malaltia:

A l'inici

	Si	No
Mare/Pare		
Mare/Pare		
Germans/es		
Parella		
Amics		

Actualment

	Si	No
Mare/Pare		
Mare/Pare		
Germans/es		
Parella		
Amics		

Nombre de cites socials:

- En augment. Sense canvis.
 Aïllament.

Nivell ocupacional i autonomia:

Situació ocupacional actual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudia. | <input type="checkbox"/> No pot seguir el curs. |
| <input type="checkbox"/> Treballa. | <input type="checkbox"/> De baixa per malaltia actual. |
| <input type="checkbox"/> Estudia i treballa. | <input type="checkbox"/> No estudia ni treballa. |

Seguiment d'horaris i normes exigides pel treball o pels estudis:

- Molta dificultat.
- Dificultat.
- Certa dificultat.
- Cap dificultat.

21. Annex 21: Consentiment informat

CONSENTIMENT INFORMAT D'ATENCIÓ PSICOLÒGICA

Jo, amb DNI com a pare/mare/tutor de amb DNI , dono el meu consentiment perquè es posi en marxa el protocol d'atenció psicològica del centre. Així, amb la signatura del present acord aprovo que el meu fill/a iniciï el tractament pertinent, al qual es correspon una durada inicial de sessions, podent-se augmentar o reduir segons les necessitats que esdevinguin.

Inici de la intervenció:

En tot moment el centre informarà dels canvis que puguin realitzar-se abans que aquests ocorrin, així com del progrés de la intervenció.

- Aprovo que el centre es posi en contacte amb mi a través de les dades de contacte facilitades.
- Consentó que el centre pugui posar-se en contacte amb l'escola o institut per coordinar-se durant el procés terapèutic.
- Confirmo el dret del centre a la derivació a professionals d'altres àmbits a part del psicològic (medicina general, infermeria, dietètica i nutrició o psiquiatria).
- Dono el meu consentiment pel tractament de les dades de caràcter personal²².

En qualsevol dels signants del present contracte podran canviar d'opinió sobre les clàusules esmentades, posant-se en contacte amb el centre sempre que ho sol·licitin.

.....

.....

²² Les dades facilitades seran incloses als arxius del centre i seran tractades seguint la Llei orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals.

22. Annex 22: Escala de Funcionamiento Parental (EFP)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PARENTAL (EFP)

Las frases a continuación intentan reflejar aspectos del trato, educación y relación que usted mantiene con su hijo/a. Si tiene más de un hijo/a, responda con referencia al hijo/a con el problema de conducta. Responda en función del grado de acuerdo la opción que más se aproxime a su realidad.

0= Totalmente en desacuerdo 1= Bastante en desacuerdo 2= Algo en desacuerdo 3=Neutral
4= Algo de acuerdo 5= Bastante de acuerdo 6= Totalmente de acuerdo

		0	1	2	3	4	5	6
1	Facilito la expresión de sentimientos en mi hijo/a, tanto positivos como negativos.							
2	A pesar de que intento marcar límites, el afecto que tengo hacia mi hijo/a hace que ceda a sus demandas.							
3	Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella.							
4	Considero que los padres siempre llevan la razón.							
5	Muestro comprensión cuando mi hijo/a está dolido/a, frustrado/a o decepcionado/a.							
6	Muestro interés y motivación por la vida de mi hijo/a.							
7	Le digo que sí a todo lo que me pide.							
8	Doy espacio a mi hijo/a para que cumpla con los acuerdos alcanzados sin hipervigilar ni transmitir que desconfío en que los cumpla.							
9	En mi casa se siguen mis normas, sin dar lugar a la negociación.							
10	Expreso afecto con abrazos, besos y caricias a mi hijo/a.							
11	Percibo y tengo en cuenta las necesidades de mi hijo/a.							
12	Evito decirle nada a mi hijo/a cuando incumple las normas con tal de no discutir.							
13	Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento.							
14	Impongo normas a mi hijo/a, y las argumento con frases del tipo: "Esto se hace porque yo lo digo".							
15	Alimento el sentimiento de que estar con mi hijo/a es disfrutar de él/ella.							
16	Sacrifico parte de mi descanso o aficiones para compartir tiempo con mi hijo/a y atender sus demandas afectivas.							
17	Me mantengo firme en los acuerdos que alcanzo con mi hijo/a. R							
18	Me preocupo y desconfío de mi hijo/a cada vez que sale a la calle.							
19	Impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que aprenda y nunca más vuelva a desobedecer.							
20	Animo a mi hijo/a para que hable conmigo de los temas que le preocupan o interesan.							

A continuación, van a aparecer frases que hacen referencia a la relación que usted mantiene con el padre/madre de su hijo/a adolescente. (En caso de que su actual pareja cumpla funciones de padre/madre con su hijo/a responda en función de ello).

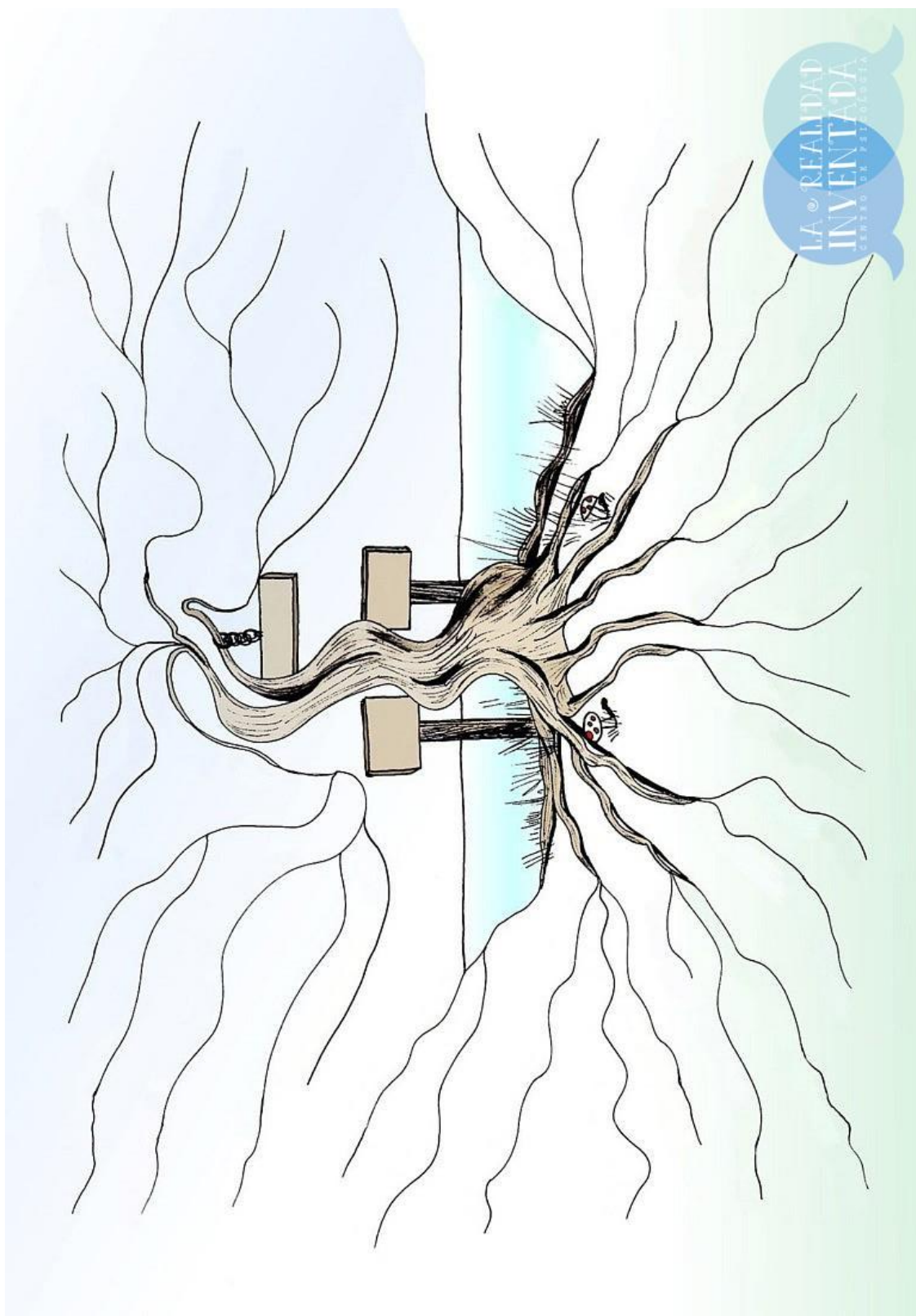
En el caso en que usted sea el/la único/a responsable de su hijo/a **NO** es necesario que continúe.

Responda la opción más próxima a su realidad, sustituyendo mentalmente el espacio en blanco por el nombre del padre/madre de su hijo/a.

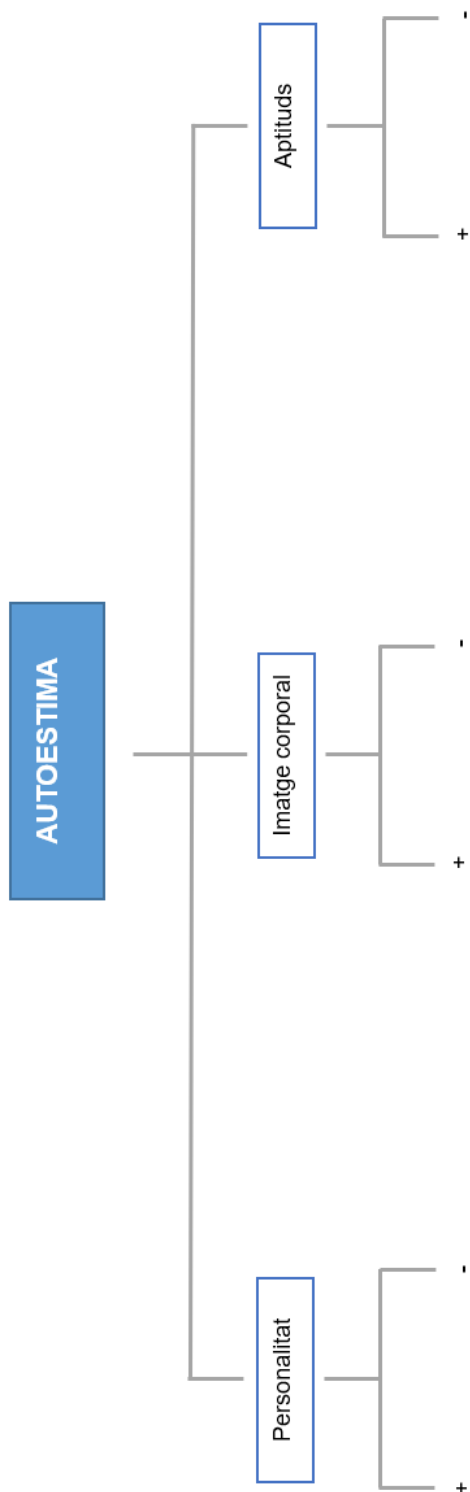
0= Totalmente en desacuerdo 1= Bastante en desacuerdo 2= Algo en desacuerdo 3=Neutral
 4= Algo de acuerdo 5= Bastante de acuerdo 6= Totalmente de acuerdo

		0	1	2	3	4	5	6
21	Soy incapaz de alcanzar una línea y criterio con ___ (mi pareja) ___ transmitiendo consistencia, coherencia y complicidad ante nuestro hijo/a. R							
22	___ (mi pareja) ___ y yo solemos estar de acuerdo ante las normas, límites y castigos que ponemos a nuestro hijo/a.							
23	___ (mi pareja) ___ y yo tenemos ideas y criterios diferentes sobre cómo educar a nuestro hijo/a. R							
24	Estoy de acuerdo con ___ (mi pareja) ___ sobre los valores que queremos transmitir a nuestro hijo/a.							

23. Annex 23: Arbre dels meus èxits



24. Annex 24: Mapa conceptual de l'autoestima



25. Annex 25: Escala d'Habilitats Socials (EHS)

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

E. Gismero

INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice la siguiente clave:

A= No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B= No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C= Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así.

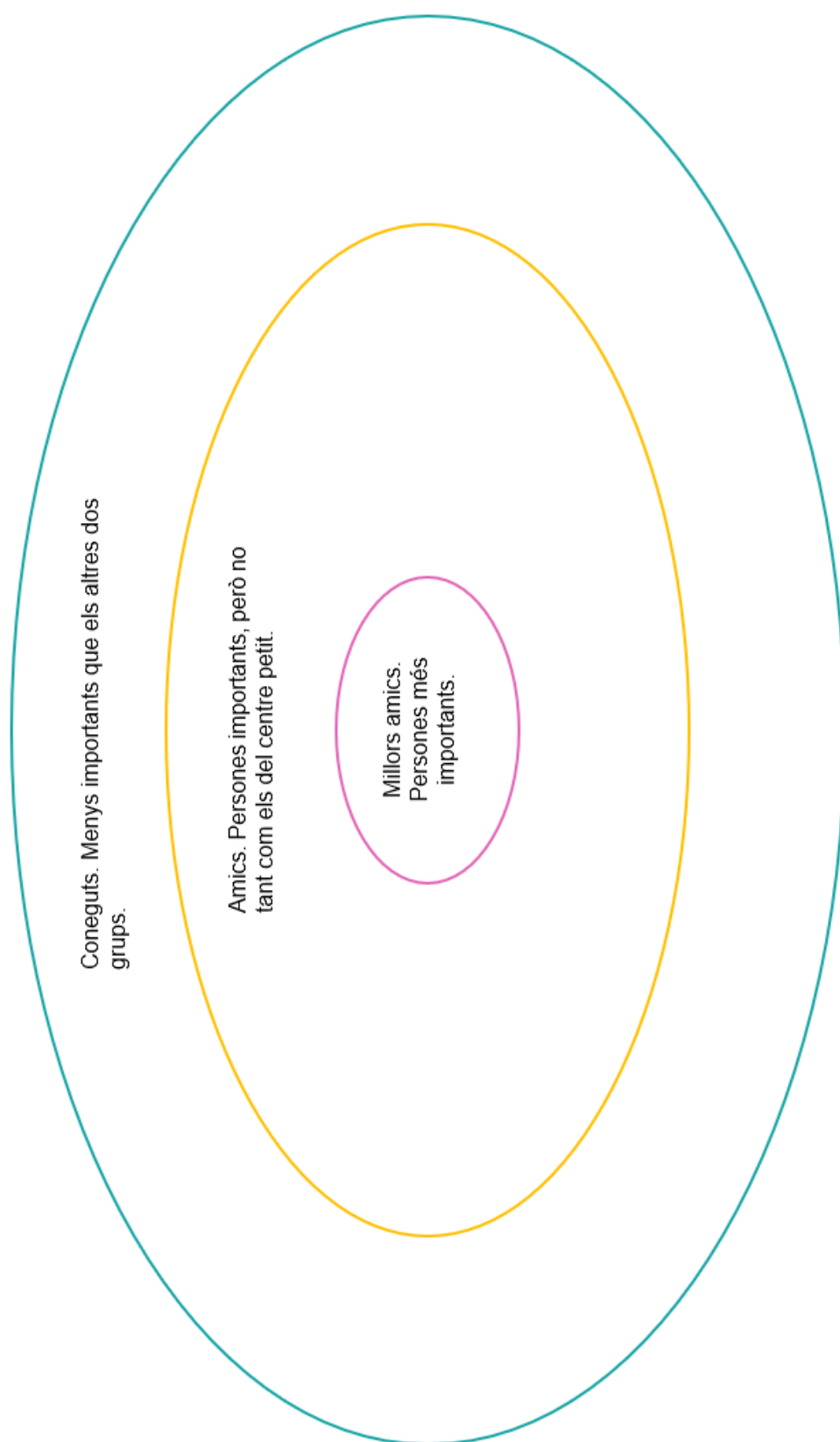
D= Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos.

	A	B	C	D
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido.				
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo.				
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.				
4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo callado.				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO".				
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que he prestado.				
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.				
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.				
9. Muchas veces, cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.				
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.				
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.				
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.				
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.				
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.				
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.				
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso allí para pedir el cambio correcto.				
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.				
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.				
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.				
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.				
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuentos al comprar algo.				
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.				
23. Nunca se cómo "cortar" a un amigo que habla mucho.				
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi opinión.				
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.				
26. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.				
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.				

28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.				
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.				
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta.				
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos.				
32. Muchas veces prefiero callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.				
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que llama varias veces.				

TOTAL: _____

26. Annex 26: Els cercles de l'amistat



27. Annex 27: Balanç de guanys i pèrdues associades al TCA

QUÈ M'AGRADARIA RECUPERAR?	
QUINES COSES HE PERDUT?	
QUINES COSES M'HA APORTAT LA MALAL TIA?	

