



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

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

Agraïments

A la meva família, especialment a la meva mare, per ser el far que m'ha guiat tots aquests anys. Una gran lluitadora, capaç de batallar contra vent i marea per ajudar-me a sortir de l'infern de l'anorèxia nerviosa quan ningú més s'atrevia. Espero poder tornar-te algun dia totes les forces robades. Gràcies per la teva confiança i per no rendir-te batallant amb mi. Mai podré estar suficientment agraïda per la teva dedicació.

A la meva parella, per aguantar totes les tempestes ocasionades per la realització d'aquest treball. Per guiar-me a bon port durant els moments difícils, pel suport els dies que pensava en abandonar-ho tot i, sobretot, per no permetre que deixés de creure en mi mateixa.

A tots els professors/es que m'han acompanyat durant el meu procés d'aprenentatge; especialment a la Lola Riesco, sense la qual aquest treball no hagués estat possible. Per la seva implicació i suport desmesurat, per obrir-me el camí d'obstacles i donar-me forces per donar el màxim possible.

En record al Tambor, per tornar-me la il·lusió i ser la sort de la meva vida. Gràcies per ser la meva llum en la foscor.

Índex

Índex de taules	5
Índex de figures	5
Índex d'abreviatures	6
Resum	10
Abstract	10
Introducció	12
1. Els trastorns de la conducta alimentària	14
1.1. Anorèxia nerviosa	14
1.1.1. Comorbiditat	14
1.1.2. Diagnòstic diferencial.....	15
1.2. Bulímia nerviosa	15
1.2.1. Comorbiditat	15
1.2.2. Diagnòstic diferencial.....	16
1.3. Trastorns de la conducta alimentaria especificats.....	16
1.4. Trastorns de la conducta alimentaria no especificats.....	17
1.5. Epidemiologia	17
1.6. Curs, evolució i pronòstic.....	18
1.7. Etiopatogènia: Factors de risc i protectors	20
1.8. Instruments d'avaluació i detecció	23
1.9. Tractament i intervenció.....	26
1.9.1. La Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy Enhanced (CBT-E)] de Fairburn, Cooper i Shafran (2008).....	29
2. El dilema de les classificacions categorials actuals: DSM-5 (APA, 2014) i CIM-10 (OMS, 1992)	31
3. Teoria transdiagnòstica dels TCA (Fairburn et al., 2003)	35
4. Objectius.....	38
4.1. Objectiu general	38
4.2. Objectiu específic	38
5. Metodologia	38
5.1. Tipus d'estudi	38
5.2. Procediment	39
5.3. Criteris d'inclusió i exclusió	41
5.4. Limitacions de l'estudi.....	41
6. Resultats.....	42

7. Discussió	48
8. Conclusions	53
9. Bibliografia i webgrafia	54

Índex de taules

Taula 1. Factors de risc associats als TCA.....	19
Taula 2. Factors protectors dels TCA.....	21
Taula 3. Classificació per àrees dels instruments d'avaluació dels TCA.....	27
Taula 4. Tractaments amb evidència per l'AN.....	28
Taula 5. Tractaments amb evidència per la BN.....	29
Taula 6. Tractaments pels TCA.....	30
Taula 7. Diferències diagnòstiques AN entre DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014).....	34
Taula 8. Diferències diagnòstiques BN entre DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014).....	35
Taula 9. Criteris d'inclusió i exclusió dels articles a la recerca.....	45

Índex de figures

Figura 1. Fases de la CBT-E.....	32
Figura 2. Diferents models de classificació dels TCA.....	37
Figura 3. La sobrevaloració de la figura, el pes i el seu control.....	38
Figura 4. La formulació cognitiva conductual transdiagnòstica composta.....	39
Figura 5. Resum procediment selecció d'articles per la recerca.....	44
Figura 6. Articles trobats durant la recerca segons BBDD.....	47
Figura 7. Articles emprats per la recerca segons BBDD.....	48
Figura 8. Articles trobats i emprats segons BBDD.....	48
Figura 9. Instruments més emprats pels estudis que conformen la recerca.....	49
Figura 10. Tractaments psicològics emprats pels articles de la recerca.....	50
Figura 11. Tipus d'estudis emprats pels articles de la recerca.....	51

Índex d'abreviatures

- ACT:** Acceptance and Commitment Therapy.
- ACTA:** Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la conducta Alimentaria.
- AFP-AN:** Adolescent Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa.
- AN:** Anorèxia Nerviosa.
- ANAP:** Anorèxia Nerviosa amb Afartaments i Purgues.
- ANCP:** Anorèxia Nerviosa Compulsiva Purgativa.
- ANR:** Anorèxia Nerviosa Restrictiva.
- APA:** American Psychiatric Association.
- ARA:** Autoregistre d'Alimentació.
- BAI:** Beck Anxiety Inventory.
- BAT:** Body Attitude Test.
- BBDD:** Bases de Dades.
- BCI:** Body Change Inventory.
- BCQ:** Body Checking Questionnaire.
- BDI-II:** Beck Depression Inventory-II.
- BES:** Binge Eating Scale.
- BIAT-Q:** Body Image Automatic Thoughts Questionnaire.
- BIS:** Brief Symptom Inventory.
- BIS-11:** Barrat Impulsive Scale-11.
- BITE:** Bulimic Investigatory Test of Edinburgh.
- BN:** Bulímia Nerviosa.
- BNNP:** Bulímia Nerviosa No Purgativa.
- BSQ:** Body Shape Questionnaire.
- BSQ-8C:** Body Shape Questionnaire 8 item version.
- CBT:** Cognitive Behavioural Therapy.
- CBT-E:** Cognitive Behavioural Therapy – Enhanced.
- CBT-Eb:** Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Broad form.
- CBT-ED:** Eating Disorder Focused Cognitive Behavioral Therapy.
- CBT-Ef:** Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Focused form.
- CET:** Compulsive Exercise Test.
- CIA:** Clinical Impairment Assessment Questionnaire.
- CIM-10:** Classificació Internacional de les Malalties-10.
- CN:** Comedor Nocturno [Menjador Nocturn].
- CDRS:** Contour Drawing Rating Scale.
- CPQ:** Clinical Perfectionism Questionnaire.

DERS: Selves Interview Difficulties in Emotion Regulation Scale.

DI: Discapacitat Intel·lectual.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual 4th version.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual 4th version Text Revised.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual 5th version.

EAT-26: Eating Attitudes Test-26.

EAT-40: Eating Attitudes Test-40.

EDE: Eating Disorder Examination.

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire.

EDE-Q6.0: Eating Disorder Examination Questionnaire version 6.

EDI-2: Eating Disorder Inventory version 2.

EDI-3: Eating Disorder Inventory version 3.

EED: Exercise and Eating Disorders.

EM: Entrevista Motivacional.

FMPS: Frost Multidimensional Perfectionism Scale.

FPT: Focal Psychodynamic Therapy.

FT-AN: Anorexia Nervosa Focused Family Therapy.

FT-BN: Bulimia Nervosa Focused Family Therapy.

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7 item Scale.

GAF: Global Assessment of Functioning.

GSI: Global Severity Index.

HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale.

HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale.

HD: Hospital de Dia.

ICAT: Integrative Cognitive – Affective Therapy.

ICD-10: 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

IIP-32: Inventory of Interpersonal Problems.

IMC: Índex de Massa Corporal.

IPT: Interpersonal Therapy.

MANTRA: Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults.

MBDS: Male Body Dissatisfaction Scale.

MCMII-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III.

MDDI: Muscle Dysmorphia Disorder Inventory.

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.

MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

OG: Objectiu General.

OMS: Organització Mundial de la Salut.

PHQ-9: Patient Health Questionnaire.

PSR: Psychiatric Status Rating.

QOLI: Quality Of Life Inventory.

Q-EDD: Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses.

RA: Règim Ambulatori.

RAND-36: RAND-36-item Health Survey.

RAS: Rathus Assertiveness Schedule.

RH: Règim Hospitalari.

RS: Revisió Sistemàtica.

RSES/RSE: Rosenberg Self-Esteem Scale.

SAS: Social Adjustment Scale.

SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale.

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I.

SCL-90-R: Symptom Checklist 90 Revised.

SIAB-EX: Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes.

SSCM: Specialist Supportive Clinical Management.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory.

TA: Trastorn per Afartaments.

TAC: Teràpia d'Acceptació i Compromís.

TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20.

TB: Trastorn Bipolar.

TC: Teràpia Conductual.

TCA: Trastorns de la Conducta Alimentària.

TCANE: Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat.

TCANE-AN: Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat tipus Anorèxia Nerviosa.

TCANE-BN: Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat tipus Bulímia Nerviosa.

TCC: Teràpia Cognitiu Conductual.

TDM: Trastorn Depressiu Major.

TDP: Trastorn De Personalitat.

TEF: Trastorn per Exercici Físic.

TF: Teràpia Familiar.

TIP: Teràpia Interpersonal.

TLP: Trastorn Límit de la Personalitat.

TOC: Trastorn Obsessiu Compulsiu.
TOMS: Tolerance Of Mood States Scale.
TP: Trastorn Purgatiu.
TPA: Trastorn de la Personalitat Antisocial.
TPD: Teràpia psicodinàmica.
TUS: Trastorn per Ús de Substàncies.
WAI-S: Working Aliance Inventory- Short form.
WoS: Web of Science.
WSAS: Work and Social Adjustment Scale.
Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Resum

Les dificultats per establir un protocol, amb evidència empírica i demostrada eficàcia, pel tractament del conjunt dels Trastorns de la Conducta Alimentària, juntament amb les elevades taxes de prevalença d'aquestes patologies, especialment del subgrup de Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats, s'estableixen com els factors motivadors del present estudi. La poca utilitat de les categories diagnòstiques actuals per fer front a aquestes qüestions i la discrepància entre investigadors sobre les teràpies més efectives pel tractament de l'Anorèxia Nerviosa i la Bulímia Nerviosa, posen de manifest la necessitat de dur a terme nous estudis per resoldre aquesta situació. Amb aquest context, l'estudi neix amb l'objectiu d'estudiar la validesa d'una teràpia desenvolupada per Fairburn et al., (2008), la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced (CBT-E)], derivada de la Teoria Transdiagnòstica dels Trastorns de la Conducta Alimentària (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Aquesta teoria es centra en els factors mantenidors d'aquestes patologies i considera que l'Anorèxia Nerviosa i la Bulímia Nerviosa comparteixen més similituds que diferències, proposant un tractament que pot abraçar qualsevol d'aquestes presentacions. D'aquest objectiu sorgeix una hipòtesis: La CBT-E s'estableix com un tractament efectiu pel tractament d'aquests trastorns. La metodologia emprada per resoldre l'objectiu i confirmar o desmentir la hipòtesis és una revisió sistemàtica. Per finalitzar, s'ha formulat un objectiu específic, que consisteix en la realització d'una proposta d'intervenció pel tractament dels trastorns de la conducta alimentària estudiats. Els principals resultats de la recerca estableixen que la CBT-E es mostra efectiva pel tractament d'aquestes patologies, conclouent que fan falta més estudis amb mostres més homogènies que permetin confirmar-los.

Paraules clau: Teràpia Cognitiu Conductual Millorada, Anorèxia Nerviosa, Bulímia Nerviosa,, Trastorns de la Conducta Alimentària i Tractament.

Abstract

Difficulties in establishing a protocol with empirical evidence and proven effectiveness for the treatment of Eating Disorders as a whole, together with the high prevalence rates of these disorders, especially the Eating Disorders Not Otherwise Specified, subgroup, are established as the motivating factors of the present study. The low utility of current diagnostic categories in addressing these issues, and the discrepancy between

researchers about the most effective therapies for the treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, highlight the need for further studies to resolve this situation. In this context, the study was born with the aim of studying the validity of a therapy developed by Fairburn et al., (2008), the Cognitive Behavioral Therapy Enhanced (CBT-E), derived from the Transdiagnostic Theory of Eating Disorders (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). This theory focuses on the maintaining factors of these pathologies and considers that Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa share more similarities than differences, proposing a treatment that can embrace any of these presentations. A hypothesis emerges from this objective: CBT-E is established as an effective treatment for the treatment of these disorders. The methodology used to solve the objective and confirm or deny the hypothesis is a systematic review. Finally, a specific objective has been formulated, which consists in the proposal of an intervention for the treatment of the studied eating disorders. The main results of the research shown that CBT-E is effective in treating these pathologies, concluding that more studies with more homogenous samples are needed to confirm they.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy Enhanced, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Eating Disorders and Treatment.

Introducció

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) conformen una temàtica que, durant els últims anys, ha despertat encara més interès per part dels clínics i investigadors. Entre altres coses, aquesta fenomenologia es deu a l'elevada prevalença que presenten, especialment el grup anomenat Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats (TCANE), al seu alt rati de mortalitat, a les dificultats diagnòstiques en nens i adolescents i la freqüent migració entre trastorns. S'ha vist que moltes persones afectades d'un TCA presenten simptomatologia pròpia de l'Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN), alternant el curs del trastorn i no podent pertànyer a cap dels dos grups diagnòstics. Aquesta qüestió, juntament amb la inexistència de protocols fermes establerts per fer front a aquestes problemàtiques que gaudeixin d'evidència empírica, posa en dubte la validesa i utilitat dels criteris de classificació actuals i obre la porta a la necessitat de buscar alternatives efectives pel seu tractament. Sota aquestes premisses i, la creença que tant l'AN com la BN comparteixen més similituds que diferències, sorgeix la Teoria Transdiagnòstica de Fairburn, Cooper i Shafran (2003), de la qual, anys més tard, se'n deriva la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced (CBT-E)] amb l'objectiu d'abraçar el tractament de tots els TCA.

El present Treball de Final de Màster neix de la necessitat de fer front als problemes mencionats anteriorment i de la urgència de trobar noves vies més efectives pel tractament d'aquests trastorns. La vivència d'haver patit un TCA i la creença que encara queda un llarg camí per recórrer respecte al diagnòstic i la intervenció d'aquestes patologies, és la motivació que dirigeix el present estudi. Amb aquest context, s'ha formulat un Objectiu General (OG) que pretén respondre una pregunta d'investigació, de la qual s'ha plantejat una hipòtesis. L'OG1 és *Estudiar la validesa de la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada (CBT-E [Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced]), derivada de la teoria transdiagnòstica dels TCA de Fairburn et al.(2003). Per tant, la pregunta de recerca s'ha formulat de la següent manera: És la CBT-E una tipologia de tractament efectiva pels casos d'AN i BN?* La hipòtesi plantejada és afirmativa, de manera que es considera que la CBT-E sí és una intervenció efectiva pel tractament d'aquests trastorns mentals. Per resoldre les qüestions plantejades s'ha cregut convenient utilitzar una revisió sistemàtica com la metodologia principal de l'estudi, de manera que, donada la impossibilitat d'accedir a una mostra representativa de població amb AN i BN, es recolliran estudis recents que tractin de resoldre la pregunta de recerca.

Així, s'han seleccionat articles que avaluen la validesa i l'efectivitat de la CBT-E i, en alguns casos, la comparen amb altres intervencions.

Un cop resolt l'OG1, es va considerar la inclusió d'un Objectiu Específic (OE), l'OE1, consistent en la realització d'una proposta d'intervenció pel tractament dels TCA estudiats: l'AN, la BN i els TCANE; tot seguint les creences de la teoria transdiagnòstica de Fairburn et al., (2003).

L'estudi s'ha esquematitzat seguint seqüència lògica per facilitar-ne la lectura, quedant conformat per diversos apartats; primerament es presenta el marc teòric, on s'expliquen breument els TCA objecte d'estudi: l'AN i la BN, la seva epidemiologia, l'etiopatogènia, els principals instruments o eines d'avaluació i els tractaments més emprats en l'actualitat (oferint un subapartat on es descriu la CBT-E). El següent punt parla sobre els problemes que mostren els sistemes de classificació categorials actuals i es continua amb l'explicació de la Teoria Transdiagnòstica dels TCA. A continuació es presenten els objectius que conformen el treball i es passa a la part metodològica, on s'especifica el tipus d'estudi, els criteris d'inclusió i exclusió dels articles per formar part de la recerca, el procediment que s'ha seguit i les limitacions destacades que han pogut sorgir. Es conclou els resultats, la discussió, les conclusions i les referències bibliogràfiques. Per últim trobem l'apartat d'annexes, on s'inclou material rellevant per l'enteniment d'alguns dels apartats que conformen l'estudi, la taula de resultats de la recerca sistemàtica i la proposta d'intervenció.

1. Els trastorns de la conducta alimentària

Els TCA són un conjunt de patologies que s'emmarquen dins el grup dels Trastorns de la conducta alimentària i la ingesta d'aliments de la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals [DSM] de l'Associació Americana de Psiquiatria [APA] (APA, 2014) que es caracteritzen per un comportament patològic enfront la ingesta alimentària i una obsessió pel control del propi pes que s'acompanya d'una distorsió de la imatge corporal. Entre els TCA més coneguts trobem: l'Anorèxia Nerviosa¹ (AN), la Bulímia Nerviosa (BN)² i el Trastorn per Afartaments (TA). Tot i això, al DSM-5 es troben altres categories diagnòstiques dins el grup esmentat³. Cal fer especial menció als Trastorns de la Conducta Alimentària No Especificats (TCANE), sovint anomenats "calaix desastre", on van a parar gran part de les persones amb un diagnòstic de TCA, no essent classificats a altres categories per l'incompliment de la totalitat dels criteris necessaris o la fluctuació de simptomatologies pertinents a diferents subgrups.

1.1. Anorèxia nerviosa

L'AN és un TCA en el que els individus manifesten un gran desig per estar primis i s'acompanya de la pràctica de procediments per aconseguir-ho. Bravander et al. (2007) mencionen que tot i que les persones afectades presentin una pèrdua de pes progressiva, continuen mostrant un temor intens a convertir-se en obeses o engreixar-se. Presenten distorsió de la imatge corporal, amb una exagerada vigilància de la dieta, la figura i el pes. No solen tenir consciència de malaltia ni dels riscos que els poden ocasionar les seves conductes (Fairburn, Cooper, Doll i Welch, 1999).

1.1.1. Comorbiditat

Els principals trastorns que poden cursar conjuntament amb l'AN, segons el DSM-5 (APA, 2014), són els trastorns d'ansietat, els trastorns depressius i els trastorns bipolars. S'ha trobat simptomatologia depressiva caracteritzada per tristesa, irritabilitat, sentiments de culpa, baixa autoestima, sentiments de desesperança i idees de mort (Becker i Grilo, 2015). El Trastorn Obsessiu Compulsiu (TOC) s'ha associat especialment amb el subtipus restrictiu i el trastorn per consum de substàncies amb el

¹ Podeu consultar els diferents criteris diagnòstics de l'AN a l'Annex 1.

² Podeu consultar els diferents criteris diagnòstics de la BN a l'Annex 2.

³ La pica, el trastorn per ruminació, el trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments, els trastorns de la conducta alimentària especificats i els trastorns de la conducta alimentària no especificats.

subtipus amb afartaments i purgues. Hi ha la creença que la desnutrició o malnutrició augmenta la personalitat premòrbida obsessiva o pot potenciar un TOC preexistent (Rojo-Moreno et al., 2015). Entre un 20 i un 40% dels pacients que presenten AN desenvolupen algun Trastorn De Personalitat (TDP), especialment el trastorn obsessiu de personalitat i el trastorn evitatiu (Lee-Winn, Townsend, Reinblatt i Mendelson, 2018).

1.1.2. Diagnòstic diferencial

Abans de concloure que una persona presenta un diagnòstic d'AN, s'han de descartar altres patologies o problemàtiques que, per les seves característiques i curs, podrien portar a la confusió clínica. Entre aquestes es troben el trastorn dismòrfic corporal, trastorn per consum de substàncies, Trastorn Depressiu Major (TDM), trastorn d'ansietat social, BN, esquizofrènia, TOC i altres afeccions mèdiques. Segons la Classificació Internacional de les Malalties (CIM-10; OMS [Organització Mundial de la Salut], 1992), l'AN no pot confondre's amb altres causes somàtiques que poden provocar la pèrdua de pes en malalts joves, entre les que es troben malalties cròniques, tumors cerebrals i trastorns intestinals com la malaltia de Crohn o el síndrome de malabsorció. S'haurien de descartar també altres malalties que amb les que l'AN comparteix la pèrdua significativa de pes però no altres característiques concretes, com la percepció alterada del pes o de la imatge corporal, la por intensa a guanyar pes o el desig de perdre'l. Aquestes malalties són les afeccions mèdiques (p. ex., malalties gastrointestinals, hipertiroidisme, càncer i síndrome d'immunodeficiència adquirida), el trastorn depressiu major, els trastorns per consum de substàncies, el trastorn d'ansietat social, el trastorn obsessiu-compulsiu, el trastorn dismòrfic corporal, la bulímia nerviosa i el trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments (APA, 2014).

1.2. Bulímia nerviosa

La BN és un TCA que es caracteritza per episodis repetits de sobreingesta i, d'igual manera que l'AN, per una preocupació exagerada pel control del pes corporal que porten a l'individu que el pateix a prendre mesures extremes per mitigar l'augment de pes induït pels afartaments (Bravander et al., 2007).

1.2.1. Comorbiditat

La BN tendeix a cursar de manera conjunta amb altres trastorns mentals o simptomatologia pròpia d'aquets. Segons el DSM-5 (APA, 2014) els que presenten una freqüència més elevada són els símptomes depressius (p. ex., baixa autoestima), els

trastorns depressius i bipolars, els símptomes o trastorns d'ansietat (p. ex., fòbia o temor en situacions socials), els trastorns de personalitat, especialment el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) i el consum de substàncies.

1.2.2. Diagnòstic diferencial

Prèviament a l'etiquetatge del conjunt de simptomatologia presentada pels individus com propis de la BN, s'han de descartar altres trastorns que podrien portar-nos a la confusió diagnòstica, per la presència de signes i símptomes comuns a ambdós entitats clíniques. Els principals trastorns que s'han de descartar són: l'AN amb Afartaments i Purgues (ANAP), el TA, el Síndrome de Kleine-Levin⁴, el TDM amb característiques atípiques i el TLP (APA, 2014). La CIM-10 (OMS, 1992) estableix que la BN s'ha de diferenciar de malalties tals com els trastorns del tracte digestiu superior que poden produir vòmits repetits i d'una alteració més profunda de la personalitat, ja que segons el mateix manual, la BN pot coexistir amb dependència a l'alcohol, la conducta antisocial i els trastorns depressius.

1.3. Trastorns de la conducta alimentaria especificats

Cal destacar que hi ha una categoria dins el grup dels trastorns de la conducta alimentària del DSM-5 (APA, 2014) anomenada *un altre trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat*, corresponent al codi 307.59 (F50.8), on s'inclouen presentacions en les que predominen els símptomes característics d'un TCA que causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en algun àmbit de la vida de l'individu, però que no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns d'aquesta categoria diagnòstica. Dins d'aquest subgrup trobem l'anorèxia nerviosa atípica i la bulímia nerviosa atípica, d'entre altres que no són rellevants pel present treball (trastorn d'afartaments de freqüència baixa o durada limitada, trastorn de purgues i el síndrome de la ingesta nocturna d'aliments).

- **Anorèxia nerviosa atípica:** Es compleixen tots els criteris per l'AN, excepte que el pes de l'individu, tot i haver sofert una pèrdua de pes significativa, està dins o per sobre de l'interval considerat normatiu.
- **Bulímia nerviosa de freqüència baixa i/o durada limitada:** Es compleixen tots els criteris per la BN, excepte que els afartaments i els comportaments

⁴ Trastorn poc freqüent caracteritzat per episodis recorrents d'hipersòmnia que s'acompanyen d'hiperfàgia i hipersexualitat. Apareix durant la segona dècada de vida.

compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, menys d'una vegada a la setmana i/o durant menys de tres mesos.

1.4. Trastorns de la conducta alimentaria no especificats

Una altra categoria inclosa dins el manual és l'anomenada *trastorn de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat*, la codificació del qual és 307.50 (F50.9). D'igual manera que passa al subgrup anterior, aquesta categoria s'aplica a presentacions en les que estan presents els símptomes característics d'un TCA que causen malestar i deteriorament però, a diferència d'aquest, no compleixen tots els criteris de cap dels trastorns anteriorment esmentats. D'aquesta manera, aquesta categoria s'utilitza o bé en situacions en les que el professional de la salut es decanta per no especificar el motiu d'incompliment dels criteris d'un TCA especificat o quan no existeix suficient informació per realitzar un diagnòstic més concret.

1.5. Epidemiologia

Per norma general, les dades sobre la prevalença i la incidència dels TCA varien en funció de les característiques de la població estudiada, tals com l'edat i el sexe, i les eines utilitzades per dur a terme l'avaluació (Ruiz-Lázaro, Comet, Calvo, Zapato, Cebollada et al., 2010; Lindvall, Wisting i Oyyind, 2017).

El DSM-5 (APA, 2014) situa la prevalença als 12 mesos de l'AN entre dones joves sobre el 0,4%. En referència a les mateixes dades per homes es sap molt poc, tot i que s'estima que dins la població clínica per cada home trobem deu dones que pateixen aquest TCA (10:1). La prevalença de la BN entre les dones joves està entre l'1 i l'1,5%. Tot i que s'estima que aquest trastorn és molt menys comú en homes que en dones també (10:1), poc es sap sobre aquestes dades. El mateix manual menciona que la BN té un pic en l'adolescència tardana i l'edat adulta primerenca, essent la prevalença puntual major entre els adults joves.

A Espanya s'han realitzat diversos estudis, els resultats dels quals mostren dades amb una prevalença entre el 0,14% al 0,9% per l'AN, del 0,41% al 2,9% per la BN i del 2,76% al 5,3% pels TCANE, tot i que alguns autors esmenten que els resultats s'haurien d'interpretar amb cautela degut a les discrepàncies metodològiques⁵ entre estudis

⁵ La negació dels símptomes també pot afectar als resultats epidemiològics.

(Lindvall et al., 2017). Peláez Fernández, Labrador i Raich (2010) senyalen uns rangs de prevalença del 4,1 al 6,4% en la població de major risc (dones d'entre 12 i 21 anys) i del 0,27 al 0,90% en homes.

Un estudi sobre la prevalença i la incidència dels TCA dut a terme a Espanya (Larrañaga, 2011) mostra una incidència acumulada de TCA global de 14,1 casos/100.000 al any, sense diferències significatives entre 2005 i 2008. Tampoc es van trobar dades rellevants sobre la variabilitat de la incidència acumulada entre diferents categories diagnòstiques, essent els resultats: AN (3,1/100.000 casos anuals), BN (4,4/100.000 casos anuals) i TCANE (6,5/100.000 casos anuals). La prevalença de TCA global era de 82,8 casos per cada 100.000 habitants. La de l'AN 18,5, de BN 25,7 i TCANE 38,3. Respecte aquestes dades si es van trobar diferències significatives entre subgrups. Al mateix estudi la taxa de recuperació global dels TCA va ser 39,2%, de recuperació parcial del 53,6%, de cronificació 7,1% i de mortalitat del 0%, no trobant-se diferències significatives en la taxa de curació entre els diferents grups de TCA.

1.6. Curs, evolució i pronòstic

Tenint present que alguns autors, entre els quals Peebles et al. (2010) i Knoll et al. (2011) afirmen que els individus amb AN i BN solen alternar entre subtipus durant les diferents etapes del trastorn i amb la teoria transdiagnòstica de Fairburn et al. (2003)⁶ en ment, s'ha cregut convenient unificar el curs, l'evolució i el pronòstic d'aquests dos trastorns mentals en un sol apartat.

La durada de la malaltia és un aspecte que ajuda a mesurar-ne la gravetat i s'ha relacionat amb la llargària de l'ingrés o l'estada a l'hospital (Lievers et al., 2008), essent un predictor de mortalitat (Franko et al., 2013). Seguint aquesta línia, com afirmen Papadopoulos, Ekblom, Brandt i Ekselius (2009) un factor de pronòstic favorable és l'inici primerenc del trastorn, mentre que la comorbiditat psiquiàtrica i somàtica associada s'inclouen dins els factors de pronòstic desfavorable. Els ingressos hospitalaris previs, els trets patològics de la personalitat, la durada del trastorn, l'inici tardà i les relacions familiars conflictives també s'estableixen com factors de pronòstic pobre (Treasure, 1991; Halmi, 1996).

⁶ Vegeu apartat 3. *Teoria Transdiagnòstica dels TCA (Fairburn et al., 2003)* per més informació (pàg. 35).

Una de les problemàtiques principals d'aquestes patologies és la tendència a negar el trastorn i la falta de consciència de malaltia (González, 2011).

Diferents autors (Touyz et al., 2013) suggereixen que menys de la meitat de pacients amb TCA, especialment amb AN, es recuperen completament després del tractament amb una remissió total de la simptomatologia, havent-hi una proporció substancial de persones que desenvolupen un trastorn sever, cronificant-se la simptomatologia, o que perdura en el temps, mantenint els aspectes psicopatològics.

En referència a l'AN, els estudis indiquen que s'inicia típicament durant l'adolescència (essent un factor de bon pronòstic en comparació que quan s'inicia a l'edat adulta segons Hjern, Lindber i Lindblad, 2006) a partir d'una restricció extrema i rígida en la dieta que produeix una pèrdua de pes. En alguns casos el trastorn té poca durada i remet sense tractament o amb una intervenció breu, però en altres tendeix a persistir i requereix tractaments especialitzats, llargs i complexos (Fairburn i Harrison, 2003). El DSM-5 (APA, 2014) descriu tant casos d'inici primerenc com tardà. També associa l'inici del trastorn amb un esdeveniment vital estressant (Del Bosque i Caballero, 2008). Tot i la variabilitat de casos, la taxa de remissió d'aquest trastorn és relativament baixa al poc temps de seguiment (aproximadament entre el 20 i 30%), però augmenta fins al 70-80% després de 8 o més anys de seguiment (Keel i Brown, 2010). Pel que fa a la BN, l'inici precoç del tractament es relaciona amb un millor pronòstic, essent segons Reas, Williamson, Martin i Zucker (2000) el millor indicador de bon pronòstic, més que no pas la durada o el tipus de tractament.

Respecte al curs del trastorn, Keski-Rahkonen et al. (2007) va afirmar que la meitat dels casos es recuperaven totalment; un 20-30% ho feia de manera parcial i un 10-20% acabaven amb un curs crònic o incapacitant (Löwe et al., 2001). Lindblad et al., (2006) no va percebre diferències entre sexes en referència al curs del problema.

Alguns autors esmenten la freqüència de les recaigudes. Un estudi prospectiu de Keel et al. (2005) va trobar que aquestes ocorrien en el 36% dels casos, amb una elevada migració entre diagnòstics. Les pacients diagnosticades inicialment amb AN Restrictiva (ANR) mostraven tendència a desenvolupar simptomatologia pròpia de la bulímia durant les recaigudes. Eddy i cols. (2008) van descobrir que la meitat de les pacients amb AN acabaven mostrant ingestes excessives i complien criteris diagnòstics de la BN. Tozzi et al., (2005) van trobar que les crítiques paternes, l'abús d'alcohol i la poca autonomia, entre d'altres, es configuraven com factors de risc pel canvi de diagnòstic.

1.7. Etiopatogènia: Factors de risc i protectors

Kraemer et al. (1997) entenen els factors de risc com aquelles variables, la presència de les quals incrementa la probabilitat que es desenvolupi un trastorn. D'igual manera que els TCA tenen una sèrie de factors de risc que en faciliten l'aparició o el manteniment, també compten amb alguns factors protectors que, com el seu propi nom indica, són aquells que els prevenen, eliminen, disminueixen o neutralitzen (vegeu Taula 2; pàg. 22). Aquests tenen un paper fonamental en la prevenció dels TCA, la recuperació o l'evitació de recaigudes.

Encara queda lluny l'assoliment d'un consens sobre quins són els factors que determinen el desenvolupament dels TCA, però el que si es sap és que aquests trastorns són d'etiologia multifactorial, amb factors de risc genètics, psicològics i socioculturals implicats en la seva gènesis. S'ha considerat oportú emmarcar els diversos factors de risc en una taula (Vegeu Taula 1) de manera que la informació sigui el més entenedora possible.

Taula 1. Factors de risc associats als TCA.

Chinchilla (1995)	La insatisfacció amb la imatge corporal. La realització de dietes amb freqüència.
Fairburn et al. (1997) Anderluh et al. (2003)	Trets de personalitat perfeccionistes, obsessius, ansiosos, impulsius i inestabilitat emocional.
Bulik et al. (1998) Steiger et al. (2001) Sullivan et al. (1998)	La desregulació del sistema de la serotonina s'associa amb la patologia pròpia de la bulímia nerviosa. També sembla influenciar els afartaments i vòmits.
Hoek i Van Hoeken (2003)	Ser dona. Morbiditat psiquiàtrica.
Chinchilla (2003)	Pares amb una marcada falta d'afecte i empatia cap als seus fills/es.
Castro, Gila, Puig, Rodríguez i Toro (2004)	L'entorn social i els missatges de persones properes potencien l'impacte que els medis de comunicació tenen respecte l'ideal de la imatge corporal.
Shroff i Thompson (2006)	Les influències dels companys s'associen amb la internalització de l'ideal de primesa i amb la comparació social entre les nenes.
Jones i Crawford (2006)	Ser víctima de crítiques i/o burles per part de la família i el grup d'iguals.
Hay (2007)	Obesitat infantil i crítica sobre el pes. Professions de risc com el ballet i el modelatge. Abús durant la infància.
Zehr, Culbert, Sisk i Klump (2007)	La pubertat primerenca, l'ansietat, la impulsivitat enfront el patiment, la preocupació pel control o la pèrdua de pes.

Agras, Bryson, Hammer i Kraemer (2007)	El comportament dels pares que tenen massa control sobre l'alimentació dels fills i la pressió tant d'aquests com dels amics perquè s'aprimin, contribueix al desenvolupament d'una imatge negativa d'un mateix i facilita les conductes inapropiades.
Field et al. (2008)	
de la Serna (2008)	Mares insatisfetes amb la imatge corporal i aficionades a les dietes. Pares sobreprotectors o distants i amb estil de parentalitat rígid.
Mellor, McCabe, Ricciardelli i Merino (2008)	La influència parental sobre els fills. Destaquen que és més important que la influència del grup d'iguals i els mitjans de comunicació en població adolescent.
de la Serna (2008)	Tenir un familiar que hagi sofert un TCA. No es conclou si és degut a l'aprenentatge, l'herència, els missatges parentals o altres circumstàncies ambientals.
Stice, Davis, Miller i Marti (2008)	El dejuni, que pot precedir episodis d'afartaments i bulímia.
Klump et al., (2009)	Les variacions genètiques durant l'adolescència, especialment en nenes.
Rosenfield, Lipton i Drum (2009)	Tenir sobrepès pot contribuir a una major insatisfacció corporal i a conductes inapropiades pel control del pes.
Calderón, Forns i Varea (2010)	La obesitat durant l'adolescència, els símptomes o trastorns d'ansietat i depressió.
Espinoza, Penelo i Raich (2010)	La pèrdua de control sobre la ingesta alimentària i les conductes compensatòries per contrarestar els afartaments i l'augment de pes, que generen sentiments d'ineficàcia.
Eisenbert i Neumark-Sztainer (2010)	Les dietes realitzades per companys del grup de referència.
Markey (2010)	Les xarxes socials d'exposició als mitjans de comunicació.
Pavlova et al. (2010)	Exposició als valors de la cultura occidental.
Stice i Shaw (2010)	La internalització dels ideals de bellesa.
Westerberg-Jacobson, Edlund i Ghaderi (2010)	El desig d'estar prim.
Xu et al. (2010)	La pressió sociocultural per tenir el "cos ideal", que promouen una major valoració de l'aparença. La insatisfacció corporal.
González, Penelo, Gutiérrez i Raich (2011)	La preocupació pel pes i la figura, el gènere femení, el neuroticisme, la morbiditat psiquiàtrica i l'afecte negatiu. L'herència genètica, el context educatiu i un àmbit familiar que avaluï el model de bellesa actual, la carència d'habilitats d'afrontament i de relacions socials, la baixa autoestima i la vivència d'experiències traumàtiques.

Goodwin, Haycraft, Willis i Meyer (2011)	L'exercici físic excessiu. Aquest prediu majors taxes d'obsessió per la primesa i trets de personalitat perfeccionistes i obsessius-compulsius.
González (2012)	L'evitació de conflictes familiars. L'evitació genera intensitat, perillositat i manté la simptomatologia, incrementant la falta de consciència del trastorn.
Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral i Raich (2012)	La pressió social per estar prim, el sobrepès, la insatisfacció corporal, les burles sobre l'aparença física, l'afecte negatiu, el perfeccionisme clínic, els règims restrictius, la baixa autoestima i la interiorització dels canons de bellesa actuals.
Tchanturia et al. (2012)	Problemes de flexibilitat cognitiva, rigidesa, perseverança i falta de reflexivitat.
Kelly, Vimalakanthan i Carter (2014)	Baixa autoestima.

Font: Elaboració pròpia.

Taula 2. Factors protectors dels TCA.

Burak (2001)	Família contenidora amb bona comunicació interpersonal. Nivells alts de resiliència. Locus de control intern ben establert.
Shuster et al. (2004)	Un context familiar positiu, que s'associa amb una menor vulnerabilitat i major protecció social.
Tello (2006)	L'assertivitat i el locus de control intern. Els pares que promouen la independència dels seus fills, que s'hi comuniquen, que estableixen límits clars dins el sistema, que no sobrevaloren l'aparença física, que donen suport a les seves decisions i que els ensenyen a controlar la seva pròpia vida.
Vinnaccia et al. (2007)	Relació emocional estable almenys amb un progenitor, ambient educatiu obert, límits clars, suport social i estils d'afrontament actius enfront esdeveniment vitals estressants.
Nicholls i Viner (2009) Portela de Santana (2012) Iannaccone, D'Olimpio, Cella i Cotrufo (2016)	Autoestima elevada.

Font: Elaboració pròpia.

1.8. Instruments d'avaluació i detecció

Els TCA són patologies amb moltes facetes representades per una gran varietat de símptomes i característiques (Treasure, Claudino i Zucker, 2010) que poden mesurar-se amb l'ajuda de diferents escales i qüestionaris estandarditzats⁷(Vegeu Taula 3; pàg. 26). L'avaluació, al igual que el tractament d'aquest tipus de patologies, ha de ser multidisciplinària, de manera que puguin tenir-se en compte tots els factors, tant físics, cognitius, conductuals com emocionals durant la fase d'intervenció. A continuació se'n presenten un conjunt⁸:

- **Eating Disorder Examination Questionnaire [Examen dels Trastorns Alimentaris. Adaptat per Peláez-Fernández, Labrador i Raich, 2003; revisat el 2012] (EDE-Q; Cooper i Fairburn, 1987; actualitzat el 1993):** És una entrevista semiestructurada administrada per un entrevistador especialitzat en el camp dels TCA que consta de 4 subescales. Es refereix a l'estat actual del pacient, a les conductes i actituds de les últimes quatre setmanes i als últims tres mesos per a les preguntes diagnòstiques. Es mesuren en termes d'intensitat: 0 absència del símptoma, fins a 6 presència del símptoma en el seu grau màxim; també en termes de freqüència: 0 absència i 6 presència del símptoma de manera diària. El temps d'administració, tot i que depèn de cada persona i la gravetat de la simptomatologia, sol oscil·lar entre 30 a 60 minuts.
- **The Body Attitude Test [El Test d'Actitud Corporal. Adaptat per Castro, Gómez, Toro i Salamero, 1999] (BAT; Probst, Vandereyken, Coppinolle i Vanderlinden, 1995):** És un qüestionari compost per 20 ítems que mesura quatre aspectes: (1) apreciació negativa de la mida del cos; (2) falta de familiaritat amb el propi cos; (3) satisfacció corporal general i (4) factor de repòs.
- **The Eating Disorder Inventory [L'Inventari dels Trastorns Alimentaris. Adaptat per Elousa, López-Jáuregui i Sánchez Sánchez, 2010] (EDI-3; Garner, 2004):** Instrument de fàcil aplicació que ofereix una mesura estandarditzada dels trets i constructes psicològics que s'han mostrat clínicament més rellevants en persones amb TCA. L'inventari proporciona un perfil psicològic útil per la planificació del tractament i per valorar-ne l'eficàcia. Sistema de puntuació de 0-4 punts. A diferència de les versions anteriors, incorpora escales pel control dels biaixos de resposta, permetent determinar el grau de confiança que el clínic pot depositar en els resultats obtinguts. Consta 90 ítems dividits en 12 escales principals (3 específiques dels TCA i 9 escales

⁷ Podeu consultar la major part dels instruments presentats als diferents punts de l'Annex 3.

⁸ Altres instruments que mesuren la comorbiditat psiquiàtrica i que no són específics de la simptomatologia TCA s'adjunten a l'Annex 3.1: *Altres instruments d'avaluació*.

psicològiques generals que són rellevants, però no específiques d'aquests trastorns). També s'ha desenvolupat l'**EDI-3 RF**, una mesura breu d'autoinforme dissenyada per avaluar el risc de desenvolupar un TCA.

- **Eating Attitudes Test [Test d'Actituds Alimentàries. Adaptat per Castro, Toro, Salamero i Guimerá, 1991] (EAT-40; Garner i Garfinkel, 1979):** Avalua les conductes i actituds respecte el menjar, el pes i l'exercici pròpies de l'AN. Està compost per 40 ítem, cadascun dels quals presenta 6 possibles respostes segons una escala de tipus Likert (de "sempre" a "mai"). El rang de puntuació va de 0 a 120. Existeix una versió abreviada d'aquest qüestionari, l'**EAT-26**, desenvolupat el 1982 i que consta dels primers 26 ítems de l'EAT-40. Aquest últim ha sigut validat per Gandarillas i col·laboradors (2002).
- **Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses [Q-EDD; Qüestionari pel Diagnòstic dels Trastorns de la Conducta Alimentària; Adaptat per Rivas, Bersabé i Castro, 2001] (Mintz, Oíhalloran, Mulholland i Schneider, 1997):** Qüestionari que consta de 50 preguntes que operativitza els criteris diagnòstics del DSM-IV pels TCA. Es corregeix seguint un diagrama de decisió, en termes de "si es compleix o no" cadascun dels criteris diagnòstics i d'aquesta manera s'assoleix el diagnòstic final.
- **Body Shape Questionnaire [Qüestionari de la Silueta Corporal. Adaptat per Raich et al., 1996] (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper i Fairburn, 1996):** Prova que mesura la preocupació pel pes i la imatge corporal, la insatisfacció produïda pel propi cos, la falta de valoració per l'aparença física, la por a engreixar-se, l'evitació de situacions en les que l'aparença física pot atraure l'atenció dels altres i el desig de perdre pes. Consta d'un total de 34 ítems, cadascun dels quals presenta 6 possibles respostes (de "mai" a "sempre") segons una escala de Likert. La seva administració precisa entre uns 10-15 minuts.
- **Bulimic Investigatory Test of Edinburgh [Test de Bulímia d'Edimburg. Adaptat per Rivas, Bersabé i Jiménez, 2004] (BITE; Henderson i Freeman, 1987):** Prova que avalua la presència i severitat de simptomatologia pròpia de la BN i aspectes tant cognitius com emocionals relacionats amb els afartaments. Està compost per 33 elements, dividits en 2 subescales diferents. Una puntuació igual o superior a 25 punts indica la presència de símptomes clínicament significatius. La principal limitació d'aquest qüestionari és que es basa en criteris del DSM-III (APA, 1980).
- **Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la conducta Alimentaria [Actituds enfront el canvi en els Trastorns de la conducta Alimentària] (ACTA; Beato i Cano, 2003):** Qüestionari autoaplicat que té la finalitat de valorar

actituds enfront el canvi en pacients amb TCA. Consta de 59 preguntes dividides en 6 subescales: (1) Precontemplació; (2) Contemplació; (3) Decisió; (4) Acció; (5) Manteniment i (6) Recaiguda.

- **Contour Drawing Rating Scale [Escala de les Nou Siluetes] (CDRS; Stunkard, Sorensen i Schlusinger, 1983; Thompson i Gray, 1995):** Aquesta eina mostra frontalment 9 figures d'homes i dones. Cada imatge compta amb una puntuació d'1 a 9, essent la primera la més prima i l'última la més grassa. El seu objectiu és valorar la distorsió i la insatisfacció en relació amb la imatge corporal. Això s'aconsegueix a partir de les preguntes: “*Com creu que figura el seu pes actual?*” i “*Quina figura representa el seu pes ideal?*”.

Altres eines han sigut emprades per l'avaluació de les problemàtiques associades a aquests trastorns, entre les quals l'**Índex de Massa Corporal (IMC)**⁹ i l'**Autoregistre de l'Alimentació (ARA; Saldaña, Sánchez Carracedo i García, 1994)**. Aquest instrument permet al pacient enumerar i descriure les ingestes que realitza diàriament. Es tracta d'una taula de doble entrada que diferencia entre el tipus d'aliment ingerit, la preparació, el lloc i la hora en que es menja durant els quatre àpats principals del dia. També s'han d'enregistrar les conductes de picoteig, els afartaments i les conductes compensatòries si es donessin. La interpretació es realitza en funció dels objectius terapèutics.

Tot i la funcionalitat dels instruments descrits anteriorment, no podem oblidar que ha de prevaler el criteri del professional, motiu pel qual una exhaustiva **entrevista clínica** i l'**exploració psicopatològica** i d'altres variables implicades en el curs del TCA de cada persona ha de ser el més important durant l'avaluació. Tenint en compte que un dels majors problemes d'aquets trastorns és la tendència a negar-los i la falta de consciència de malaltia (González, 2011), la realització d'una segona entrevista amb els familiars o la parella del pacient per contrastar la informació obtinguda hauria de ser un punt a tenir en compte. Cal afegir que, no hi ha cap instrument d'avaluació que serveixi per fer un diagnòstic definitiu d'un TCA per si sol. Donada l'etiologia multifactorial d'aquests trastorns, l'afectació en diverses àrees de la vida de l'individu i l'elevada comorbiditat psiquiàtrica, una avaluació centrada en les necessitats de la persona semblaria ser la millor opció. D'aquesta manera es podran establir uns objectius terapèutics òptims que permetin respondre el més eficaçment a la problemàtica actual presentada per la persona afectada.

⁹ Segons el DSM-5 (APA, 2014), l'IMC s'utilitza en l'actualitat com un criteri per establir la gravetat dels TCA.

Taula 3. Classificació per àrees dels instruments d'avaluació dels TCA.

Entrevistes	Característiques dels TCA i imatge corporal	Característiques de personalitat	Simptomatologia depressiva i ansiosa	Altres àrees i factors a observar
EDE-Q	BAT	MCMII-III	BDI-II	SCL-90-R
SCID-I	EDI-3	MMPI-2	HAM-D	RSES
Q-EDD	EAT-40 /EAT-26		HARS	BIS-II
	BSQ		STAI	RAS
	BITE			TAS-20
	CDRS			Y-BOCS
				ACTA

Font: Elaboració pròpia.

Nota. EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire); SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I); Q-EDD (Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses); BAT (Body Attitude Test); EDI-3 (Eating Disorder Inventory-3); EAT-40 (Eating Attitudes Test-40); EAT-26 (Eating Attitudes Test-26); BSQ (Body Shape Questionnaire); BITE (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh); CDRS (Contour Drawing Rating Scale); MCMII-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III); MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2); BDI-II (Beck Depression Inventory-II); HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale); HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale); STAI (State-Trait Anxiety Inventory); SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised); RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale); BIS-II (Barratt Impulsive Scale-II); RAS (Rathus Assertiveness Scale); Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale); ACTA (Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la conducta Alimentaria).

1.9. Tractament i intervenció

Diferents formes de tractament han estat proposades, al llarg dels anys, per fer front a la creixent problemàtica que suposen els TCA. Tot i els esforços per part dels clínics i investigadors, encara no hi ha un únic protocol de tractament establert per donar resposta a aquests trastorns que sigui fiable i, l'efectivitat del qual, estigui empíricament demostrada. En resposta a aquestes incògnites, Abbate-Daga et al. (2013) proposen que un major coneixement de les variables clíniques implicades en els TCA repercutiria en un tractament més efectiu i adaptat a les peculiaritats de cada pacient.

En referència a l'AN, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) manifesta que l'evidència existent dels tractaments en adults és feble. Pel que fa a la BN, la mateixa guia suggereix que la Teràpia Cognitiu Conductual (TCC) [Cognitive Behavioral Therapy (CBT)] és el principal tractament basat en evidències per fer-li front. La última versió d'aquest tractament, la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced (CBT-E)], adopta un enfocament transdiagnòstic¹⁰ dels TCA, basant-se en el supòsit que hi ha uns mecanismes cognitius comuns que són els encarregats de mantenir la problemàtica (Fairburn, 2008).

¹⁰ Per més informació consulteu Apartat 3. *Teoria transdiagnòstica dels TCA* (Fairburn et al., 2003). (pàg. 35).

Segons el NICE (2017), el suport ofert a les persones amb AN hauria d'incloure psicoeducació sobre el trastorn, monitoratge del pes, la salut mental i física i els factors de risc, hauria de ser multidisciplinari, amb coordinació entre els diferents serveis i involucrar els membres de la família del pacient si es considerés apropiat. La mateixa guia menciona tres tipus de tractaments per adults amb AN (Vegeu Taula 4): (1) Teràpia Cognitiva Conductual Individual [Individual Eating-Disorder-Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-ED)¹¹]; (2) El Tractament Maudsley per Adults amb Anorèxia Nerviosa [Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)¹²] i (3) Psicoteràpia de Suport i Gestió Clínica [Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)¹³]. Si algun d'aquests tractaments està contraindicat, resulta inefectiu o no és acceptat pel pacient, caldria considerar la Teràpia Psicodinàmica Focal [Eating-Disorder-Focused Focal Psychodynamic Therapy (FPT)¹⁴].

En referència al tractament per nens i adolescents amb AN, el NICE (2017) destaca la Teràpia familiar enfocada a l'Anorèxia Nerviosa [Anorexia-Nervosa-Focused Family Therapy (FT-AN)¹⁵] com aquella intervenció amb major evidència empírica, ja sigui únicament a partir de teràpia familiar individual o una combinació d'aquesta i grups multifamiliars. Novament, si aquesta forma de tractament no és acceptada, està contraindicada o no mostra efectivitat, s'hauria de considerar la CBT-ED per nens i adolescents¹⁶ o la Psicoteràpia Enfocada a l'Adolescència per l'Anorèxia Nerviosa [Adolescent-Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa (AFP-AN)¹⁷].

Taula 4. Tractaments amb evidència empírica per l'AN

Nens i adolescents	Adults
<ul style="list-style-type: none"> • FT-AN. • CBT-ED per nens i adolescents. • AFP-AN. 	<ul style="list-style-type: none"> • CBT-ED. • MANTRA. • SSCM. • FPT.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta de NICE Guidelines (2017).

Nota. Tractaments per adults i adolescents amb AN segons el NICE (2017). AN (Anorèxia Nerviosa); FT-AN (Anorexia-Nervosa-Focused Family Treatment); CBT-ED (Individual Eating-Disorder-Focused Cognitive Behavioral Therapy); AFP-AN (Adolescent-Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa); MANTRA (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults); SSCM (Specialist Supportive Clinical Management); FPT (Eating-Disorder-Focused Focal Psychodynamic Therapy).

¹¹ Vegeu Annex 4.

¹² Vegeu Annex 5.

¹³ Vegeu Annex 6.

¹⁴ Vegeu Annex 7.

¹⁵ Vegeu Annex 8.

¹⁶ Vegeu Annex 10.

¹⁷ Vegeu Annex 9.

El NICE (2017) recomana els programes guiats d'autoajuda [Bulimia-Nervosa-Focused Self-Help for Adults¹⁸] pel tractament de la BN en adults (Vegeu Taula 5). Si aquests no han resultat efectius després de 4 setmanes, estan contraindicats per l'estat de salut de la persona demandant d'ajuda o no són acceptats, cal considerar la CBT-ED¹⁹. Per nens i adolescents proposen la Teràpia Familiar enfocada a la Bulímia Nerviosa [Bulimia Nervosa Focused Family Therapy (FT-BN)²⁰], i si aquesta no presenta bons resultats, optar per la CBT-ED en la seva versió per nens i adolescents²¹.

Taula 5. Tractaments amb evidència per la BN

Nens i adolescents	Adults
<ul style="list-style-type: none"> • FT-BN. • CBT-ED. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa guiat d'autoajuda. • CBT-ED.

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta de NICE Guidelines (2017).

Nota. Tractaments per adults i adolescents amb BN segons el NICE (2017). BN (Bulímia Nerviosa) FT-BN (Bulimia-Nervosa-Focused Family Therapy); CBT-ED (Eating-Disorder-Focused Cognitive Behavioural Therapy).

Donat que el treball s'emmarca en la demostració de l'efectivitat de la CBT-E en comparació amb altres tractaments, a continuació, s'explicarà breument aquesta tipologia de teràpia, mentre que d'altres intervencions que han set emprades per tractar aquests TCA s'agrupen a una taula (vegeu Taula 6).

Taula 6. Tractaments pels TCA

Anorèxia Nerviosa	Bulímia Nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> • TCC. • TIP. • TF. • TPD. • TC. 	<ul style="list-style-type: none"> • TCC. • Autoajuda guiada. • TIP. • TF. • TPD. • TC.

Font: Elaboració pròpia.

Nota. TCA (Trastorns de la Conducta Alimentària); TCC (Teràpia Cognitiu Conductual); TIP (Teràpia Interpersonal); TF (Teràpia Familiar); TPD (Teràpia Psicodinàmica); TC (Teràpia Conductual).

¹⁸ Vegeu Annex 11.

¹⁹ Vegeu Annex 12.

²⁰ Vegeu Annex 13.

²¹ Vegeu Annex 14.

En quant a la intervenció amb persones diagnosticades amb un TCANE, es recomana l'ús del tractament específic del TCA al qual més s'assembli la simptomatologia presentada pel pacient.

Per finalitzar, pel que fa al tractament psicofarmacològic, el NICE (2017) considera que no s'ha d'oferir medicació com l'únic tractament d'un TCA, sinó que aquest pot ser un coadjuvant, especialment en casos clínicament complicats i amb una elevada comorbiditat psiquiàtrica.

1.9.1. La Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy Enhanced (CBT-E)] de Fairburn, Cooper i Shafran (2008)

La CBT-E és un tipus de teràpia cognitiva conductual desenvolupada l'any 2008 per Christopher Fairburn i col·laboradors seguint els paràmetres del model transdiagnòstic (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Com s'ha mencionat anteriorment, és una implementació de la CBT, teràpia enfocada específicament al tractament de persones amb BN. Seguint aquesta premissa, la CBT-E s'ha reformulat per ampliar el rang d'intervenció, de manera que en lloc de ser un tractament exclusiu per la BN, s'enfoca a tractar la psicopatologia dels TCA indiferentment del diagnòstic presentat (Fairburn, Cooper i Shafran, 2008). Els mateixos autors proposen dues formes de CBT-E: una forma centrada [Focused Form (CBT-Ef)] i una forma més complexa i àmplia [Complex Broad Form (CBT-Eb)]; la CBT-Ef s'adreça exclusivament a la psicopatologia pròpia del TCA, mentre que la CBT-Eb afegeix l'abordament d'altres problemes addicionals, com són la intolerància dels estats d'ànim, el perfeccionisme clínic, la baixa autoestima i les dificultats interpersonals, que es presenten com els possibles factors mantenidors dels TCA i els encarregats d'ocasionar dificultats durant el tractament. La CBT-E és un tipus de tractament psicològic personalitzat en qualsevol de les seves variants. Inicialment sorgeix com una intervenció en règim ambulatori per adults, però també presenta una versió intensiva per pacients hospitalitzats en règim total o hospital de dia (Dalle Grave, 2012) i una adaptació per adolescents.

Al establir-se com un tractament altament individualitzat, el seu disseny s'encamina a l'adaptació a les necessitats específiques de cada persona, podent ser modificat segons el seu progrés.

La CBT-E consta de quatre etapes (Vegeu Figura 1; pàg. 30):

- **Fase 1:** L'atenció es centra en la comprensió mútua del problema alimentari del pacient, de manera que se'l pugui ajudar a modificar i estabilitzar les seves

pautes alimentàries. Es fa psicoeducació personalitzada i s'aborden les preocupacions sobre el propi pes. L'ideal és realitzar dues sessions setmanals.

- **Fase 2:** Revisió sistemàtica del progrés i creació del pla de tractament, corresponent a l'estadi 3.
- **Fase 3:** Sessions setmanals adreçades a l'abordatge dels processos mantenidors del trastorn. Es treballen, entre altres aspectes, les preocupacions sobre la figura corporal i el menjar, la capacitat de fer front als esdeveniments diaris i estats d'ànim i la restricció dietètica extrema.
- **Fase 4:** Al final de la tercera fase i principis de la quarta, l'èmfasi de la intervenció es centra en el futur. S'adreça la persona al manteniment dels canvis assolits, potenciant les seves estratègies d'afrontament.

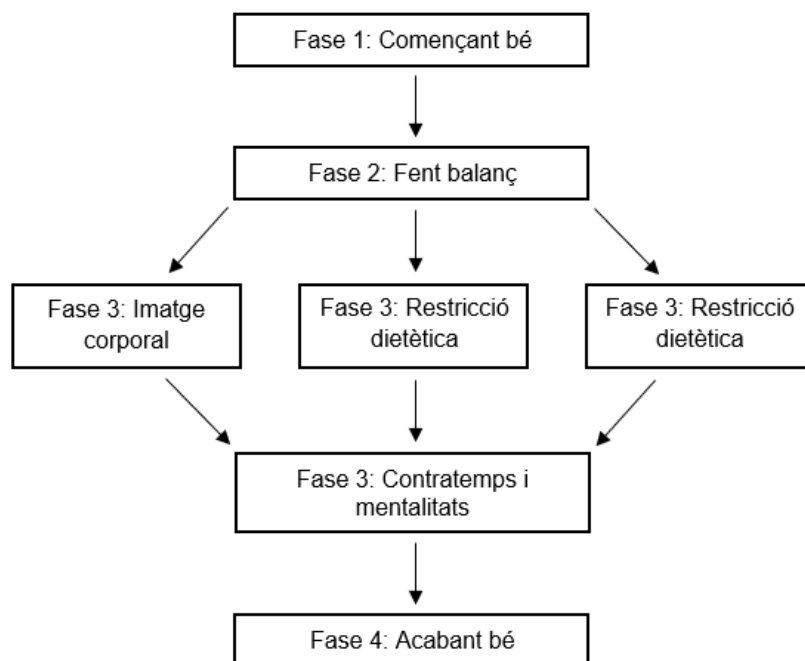


Figura 1. Fases de la CBT-E.

Font: Adaptat de Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

En relació a la temporalitat de la intervenció, aquesta depèn de diversos factors, especialment per la presentació o no d'un pes significativament baix. En ambdós casos s'inicia amb una primera visita d'avaluació. Amb persones que no pateixen un pes significativament baix, la teràpia generalment implica 20 sessions de tractament d'uns 50 minuts aproximadament (amb la visita inicial a part). Per pacients amb infrapès, el tractament s'amplia, oferint-los 40 sessions al llarg de 40 setmanes. Generalment es realitza una sessió de revisió un mesos després de la finalització del tractament, oferint l'oportunitat per revisar els avenços i resoldre els problemes que hagin pogut sorgir.

2. El dilema de les classificacions categorials actuals: DSM-5 (APA, 2014) i CIM-10 (OMS, 1992)

La publicació de la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals [DSM-5] (APA, 2014) ha suposat diversos canvis en la concepció de les diferents tipologies dels TCA (Vegeu Taula 7; pàg. 32 i Taula 8; pàg. 33). Aquestes modificacions tenien, en gran part, la intenció de reduir els individus classificats dins la categoria un altre TCANE; tot i això, aproximadament un 40-60% de les persones amb un diagnòstic de TCA segueixen formant part d'aquesta categoria diagnòstica no especificada en l'actualitat (Stice, Marti i Rohde (2013); Keel, Brown, Holm-Denoma i Bodell (2011)), posant de manifest que els canvis realitzats no són suficients i queda oberta la porta a la necessitat de trobar noves vies més efectives per interpretar-los que procurin un major ajustament en el diagnòstic i el tractament d'aquests, de manera que pugui reduir-se l'elevada prevalença que els envolta i se'n pugui millorar el pronòstic.

A banda de no poder frenar l'elevat creixement dels TCANE els últims anys²², el DSM-5 (APA, 2014) mostra altres limitacions, entre les quals, la pobre estabilitat longitudinal dels subtipus de TCA, amb freqüents migracions diagnòstiques entre trastorns (Forbush et al., 2017). Alguns autors (Krug et al., 2013) han percebut que individus amb un diagnòstic inicial d'AN migraven a un de BN i de BN a TA, difuminant els límits entre les categories diagnòstiques actuals. Com afirmen Forbush et al. (2017), un canvi en un sol símptoma pot canviar el diagnòstic d'una persona, de manera que proporcionar diferents etiquetes diagnòstiques a les persones que experimenten aquesta fluctuació de símptomes pot resultar en una reducció de la validesa de constructe d'un diagnòstic particular. Segons Luo, Donellan, Burt i Klump (2016) més que un canvi significatiu en la psicopatologia o les necessitats del pacient, la migració diagnòstica pot estar reflectint els límits arbitraris dels TCA definits pel DSM-5 (APA, 2014).

Addicionalment als problemes entre diagnòstics, Keski-Rahkonen i Mustelin (2016) mencionen que aproximadament el 80% de persones amb un TCA mostren una elevada comorbiditat amb altres trastorns, especialment problemes d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim, trastorn obsessiu compulsiu i relació amb experiències traumàtiques. Aquesta tendència ens porta a preguntar-nos si alguna d'aquestes presentacions seria

²² Tot i això, el DSM-5 (APA, 2014) sembla haver reduït els ratis de TCANE segons Flament et al. (2015) i Ornstein et al. (2013), encara que segueix sent l'entitat diagnòstica més prevalent.

simptomatologia pròpia del curs dels TCA més que no pas un trastorn mental diferenciat que cursa al mateix temps que el diagnòstic principal.

Taula 7. Diferències diagnòstiques AN entre DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014)

	Criteris diagnòstics AN DSM-IV-TR (APA, 2000)	Criteris diagnòstics AN DSM-5 (APA, 2014)
criteri A	Rebuig a mantenir el pes corporal inferior o per sobre el valor mínim normal considerant l'edat i la talla ²³ .	Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix ²⁴ amb relació a l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física.
criteri B	Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obès, inclús estant per sota del pes normal.	Por intensa a guanyar pes o engreixar-se, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, inclús amb un pes significativament baix.
criteri 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.	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.
criteri D	En dones post-puberals, presència d'amenorrea. Absència d'almenys tres cicles menstruals consecutius.	
Especificar subtipus	<u>Tipus restrictiu:</u> 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).	<u>Tipus restrictiu:</u> Durant els últims tres mesos, l'individu no ha tingut episodis recorrents d'afartaments o purgues ²⁵ . Aquest subtipus descriu presentacions en les que la pèrdua de pes és deguda sobretot a la dieta, l'exercici físic excessiu i/o el dejuni.

²³ 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.

²⁴ Es defineix el pes significativament baix com un pes que és inferior al mínim normal o en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.

²⁵ És a dir, vòmit autoinduit o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes.

<u>Tipus compulsiu/purgatiu:</u> 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).	<u>Tipus amb afartaments o purgues:</u> Durant els últims tres mesos, l'individu ha tingut episodis recorrents d'afartaments o purgues ²⁶ .
---	--

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014).

Nota. AN (Anorèxia nerviosa); DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals] 4ª edició, Text Revisat); DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals] 5ª edició); APA (American Psychiatric Association [Associació Americana de Psiquiatria]).

Taula 8. Diferències diagnòstiques BN entre DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014)

	Criteris diagnòstics BN DSM-IV-TR (APA, 2000)	Criteris diagnòstics BN DSM-5 (APA, 2014)
criteri A	<p>Presència d'afartaments recorrents. Un afartament es caracteritza per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Episodis recorrents d'afartaments que es caracteritzen pels fets següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta, en un període determinat, d'una quantitat d'aliments que és clarament superior a la que la majoria de persones ingeriria en un període de temps similar i en circumstàncies semblants. 2. Sensació de pèrdua de control sobre el que s'ingereix durant l'episodi.
criteri B	<p>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 i exercici excessiu.</p>	<p>Comportaments compensatoris inapropiats recorrents 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.</p>
criteri C	<p>Els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades tenen</p>	<p>Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es</p>

²⁶ És a dir, vòmit autoinduït o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes.

	lloc, com a mitjana, almenys dues vegades a la setmana durant un període de tres mesos.	produeixen de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.
criteri D	L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta corporals.	L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal.
criteri E	L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs de l'AN.	Aquesta alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'AN.
Especificar subtipus	<p><u>Tipus purgatiu</u>: Durant l'episodi de BN, l'individu es provoca regularment el vòmit o utilitza laxants, diürètics o ènemes en excés.</p> <p><u>Tipus no purgatiu</u>: 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.</p>	

Font: Elaboració pròpia. Informació extreta del DSM-IV-TR (APA, 2000) i DSM-5 (APA, 2014).

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); DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals] 5ª edició); APA (American Psychiatric Association [Associació Americana de Psiquiatria]).

Els sistemes de classificació tradicionals assumeixen que els símptomes d'un trastorn mental reflecteixen una construcció latent subjacent: el trastorn en sí mateix (Borsboom i Cramer, 2013). Segons aquesta premissa, es concep que l'AN subjau a un conjunt de símptomes clínics i la BN a un altre conjunt de símptomes per separat. Segons Tabri et al. (2015), aquest model no té en compte que certs símptomes són quasi omnipresents entre les persones amb TCA, independentment del seu diagnòstic específic, com per exemple la sobrevaloració de la figura corporal i/o el pes. Ni el DSM-5 (APA, 2014) ni la CIM-10 (OMS, 1992) poden explicar les transicions entre diferents categories diagnòstiques tenint en compte els canvis de simptomatologia. Arrel aquestes dificultats, s'han proposat models alternatius pel diagnòstic dels TCA que minimitzen el problema dels TCANE, com l'aproximació transdiagnòstica, que els percep com un conjunt de símptomes comuns (Fairburn, 2008), l'enfocament dimensional, en el que els diagnòstics s'apliquen àmpliament en funció dels símptomes dominants (Sysko i Walsh,

2011) i l'enfocament en xarxa [network analysis], que entén que els diagnòstics psiquiàtrics representen un conjunt de símptomes connectats entre si de manera causal no com manifestacions d'una condició latent subjacent (Fried et al., 2016).

3. Teoria transdiagnòstica dels TCA (Fairburn et al., 2003)

Els TCA estan associats amb el rati de mortalitat més elevat dels trastorns mentals (Smink, van Hoeken i Hoek, 2012). Aquest fet, juntament amb les dificultats diagnòstiques en nens i adolescents associades a les consideracions del desenvolupament i les significatives taxes de migració diagnòstica (Allen, Byrne, Oddy i Crosby, 2013), posa de manifest la necessitat d'aconseguir crear models de diagnòstic i classificació clínica útils, de manera que alguns autors (Keel, Brown, Holland i Bodell, 2012) han proposat diferents models de classificació alternatius durant els últims anys (Vegeu Figura 2) amb la intenció, entre d'altres, de millorar el pronòstic d'aquestes patologies. Un d'aquests és l'anomenada Teoria Transdiagnòstica dels TCA (Vegeu Figura 3; pàg.36) que van desenvolupar Christopher Fairburn et al. (2003).

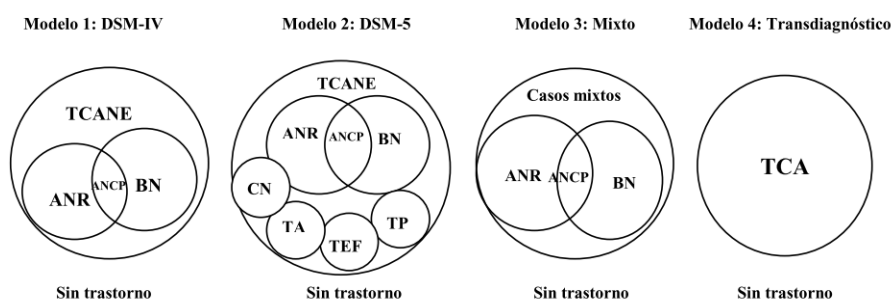


Figura 2. Diferents models de classificació dels TCA.

Font: Extret de Waller (2008).

Nota. ANR (Anorèxia Nerviosa Restrictiva); ANCP (Anorèxia Nerviosa Compulsiva Purgativa); TCANE (Trastorn de la Conducta Alimentària No Especificat); AN (Anorèxia Nerviosa); BN (Bulímia Nerviosa); CN (Comedor Nocturno [Menjador Nocturn]); TA (Trastorn per Afartaments); TEF (Trastorn per Exercici Físic); TP (Trastorn Purgatiu); TCA (Trastorn de la Conducta Alimentària).

Fairburn, Cooper i Shafran (2003) deien que, tot i que la classificació del DSM-IV (APA, 2000) promou la visió que l'AN i la BN siguin enteses com condicions diferents, cadascuna de les quals precisa una aproximació d'intervenció pròpia, hi ha diverses raons per qüestionar aquest punt de vista. De fet, recentment han assenyalat que el que més crida l'atenció dels TCA són les característiques comunes que comparteixen més que no pas les que els distingeixen. Fairburn considera que aquestes dues patologies comparteixen moltes característiques clíniques, inclòs el nucli psicopatològic comú als TCA: la sobrevaloració de la importància de la figura corporal i el pes.

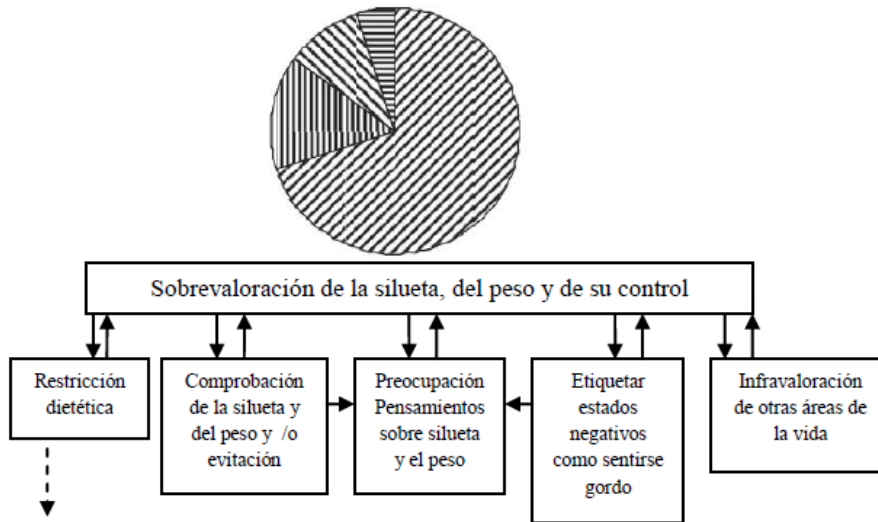


Figura 3. La sobrevaloració de la figura, el pes i el seu control: una formulació extensa.

Font: Extret de Fairburn et al. (2008), pàg. 47-193.

Nota. El cercle central seria la representació gràfica de les diferents àrees que conformen l'autoconcepte d'una persona amb TCA. El sector de major grandària és el que es correspon amb la valoració de la imatge corporal, del pes i del seu control.

Com ja s'ha mencionat anteriorment, alguns estudis longitudinals indiquen que la major part de pacients amb TCA migren entre diagnòstics amb el pas del temps (Fairburn i Harrison, 2003), proposant que pot haver-hi una utilitat limitada en la distinció entre trastorns. Parlen doncs, de simptomatologia compartida i mecanismes transdiagnòstics comuns que estarien involucrats en el manteniment de les psicopatologies. Podeu consultar la formulació transdiagnòstica composta (Vegeu Figura 4), on s'il·lustren els processos fonamentals que es considera que podrien estar mantenint els TCA.

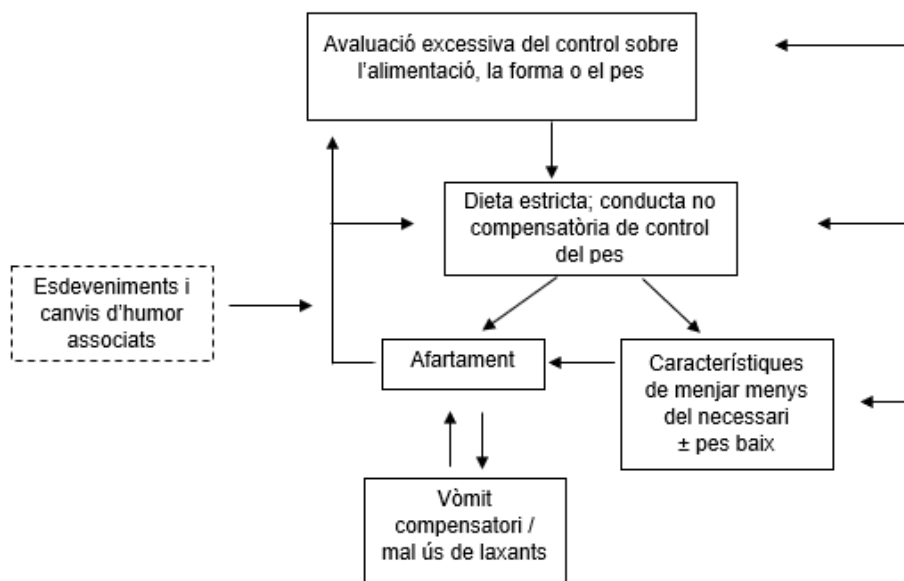


Figura 4. La formulació cognitiva conductual "transdiagnòstica" composta. Trastorns de la conducta alimentària: la visió transdiagnòstica i la teràpia cognitiva conductual de Christopher Fairburn.

Font: Adaptat de Fairburn. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. Nova York: Guilford Press. 7-22.

Aleshores, quan parlem de la teoria transdiagnòstica ens referim a aquella perspectiva que, a diferència de les classificacions categorials actuals i passades, s'enfoca en les característiques comunes dels TCA. Es dona suport a aquesta perspectiva a través de dues consideracions primordials: (1) Els TCA comparteixen un nucli psicopatològic distintiu que no s'observa en altres trastorns psiquiàtrics (com ja s'ha comentat, aquest es refereix a la sobre-avaluació de la figura i el pes i el seu control) i que es considera que és l'encarregat del manteniment de les patologies esmentades, i (2) estudis del curs dels TCA suggereixen que les persones afectades es mouen entre diverses categories diagnòstiques. En l'actualitat, Cooper i Dalle Grave (2017) consideren que aproximadament la meitat d'individus que inicialment reben el diagnòstic d'AN acaben complint els criteris per la BN i una minoria dels TCANE havien complert criteris per l'AN i la BN en el passat.

L'aproximació transdiagnòstica cognitiva conductual va ser desenvolupada a principis dels anys vuitanta amb la intenció d'entendre i aconseguir un tractament eficaç per la BN (Fairburn, Cooper i Cooper, 1986). Des de l'inici es centra més en entendre els processos que mantenen el trastorn més que no pas en les causes del seu desenvolupament. Aquesta primera teoria pel tractament de la BN es va millorar i ampliar basant-se en dos aspectes principals: es va estendre per cobrir tots els TCA i per abraçar quatre processos addicionals de manteniment que, en certs pacients, interactuen amb el nucli del TCA mantenint-los i constitueixen obstacles pel canvi. Altres característiques clíniques que l'autor considera que provenen directament d'aquesta psicopatologia central són el comportament extrem de control del pes, les diferents maneres de comprovar i evitar el pes corporal i la pròpia figura, i les preocupacions associades al menjar, el pes i la forma del cos. No consideren que els episodis de sobreingesta o afartaments siguin una expressió directa del nucli psicopatològic, tot i que ocorren en diferents categories diagnòstiques dels TCA, sinó que creuen que es mantenen pels intents d'adherir-se a les normes dietètiques tant estrictes que s'imposen als individus amb AN o BN; d'aquesta manera, els afartaments mantenen el nucli principal dels TCA, ja que intensifiquen les preocupacions respecte la seva habilitat per controlar el que mengen, la seva silueta i el pes, encoratjant-los a seguir amb la restricció alimentària.

Entre els quatre mecanismes addicionals que es considera que mantenen la psicopatologia trobem: (1) el perfeccionisme clínic; (2) la dificultat per tolerar estats anímics intensos (intolerància a les emocions negatives); (3) l'impacte d'una baixa autoestima generalitzada i (4) dificultats interpersonals (Fairburn et al., 2008).

4. Objectius

4.1. Objectiu general

OG1 Estudiar la validesa de la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada (CBT-E [Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced]), derivada de la teoria transdiagnòstica dels TCA de Fairburn et al. (2003).

4.2. Objectiu específic

OE1 Oferir una proposta d'intervenció transdiagnòstica pels casos d'AN, BN i TCANE.

5. Metodologia

5.1. Tipus d'estudi

La realització del present treball persegueix l'assoliment d'una resposta per la pregunta de recerca establerta: *Quina efectivitat presenta la CBT-E [Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced] proposada per Fairburn et al. (2008) per tractar els diferents casos de TCA com l'AN i la BN?*. Per donar resposta a aquesta qüestió, s'ha considerat oportú emprar la següent metodologia: una Revisió Sistemàtica (RS).

L'objectiu principal d'una RS és reunir tota l'evidència empírica disponible que compleixi amb uns criteris d'elegibilitat prèviament establert, amb la finalitat de respondre una pregunta d'investigació específica (Cochrane, 2011).

Segons Antman (1992) i Oxman (1993), les RS utilitzen una metodologia explícita i sistemàtica amb l'objectiu de minimitzar biaixos i aportar resultats més fiables a partir dels quals puguin extreure's conclusions i prendre's decisions.

Higgins i Green (2011) estableixen un conjunt d'elements fonamentals que ha de presentar una RS:

- Objectius clarament definits, amb criteris d'elegibilitat d'estudis prèviament establerts.
- Metodologia explícita i reproducible.
- Recerca sistemàtica que identifiqui tots els estudis que compleixin els criteris d'inclusió o elegibilitat.

- Avaluació de la validesa dels resultats dels estudis inclosos, per exemple, a partir de l'avaluació del risc de biaixos.
- Presentació sistemàtica i síntesi de les característiques i els resultats dels estudis inclosos.

Existeixen dos tipus de RS, cadascuna de les quals s'encamina a complir diferents propòsits, les qualitatives i les quantitatives:

- A les **RS qualitatives** l'evidència es presenta de manera descriptiva i sense la realització d'anàlisis estadístics. Aquest tipus de revisions identifiquen sistemàticament i avaluen diversos estudis del mateix tipus amb un objectiu comú.
- Les **RS quantitatives** o **metaanàlisis** comparteixen la presentació de la informació de manera descriptiva, però afegeixen l'ús de tècniques estadístiques mitjançant les quals es combinen els resultats dels estudis per obtenir paràmetres de mesura globals (Glass, 1976).

5.2. Procediment

Donat que l'objectiu principal d'aquest estudi era estudiar la validesa de la CBT-E creada per Fairburn et al. (2008) a partir de la Teoria Transdiagnòstica dels TCA (2003), es va considerar la revisió sistemàtica de la literatura com el mètode més apropiat per obtenir respostes. Es van seguir els criteris de la Llista Prisma²⁷ per garantir la bona elaboració de la RS. Un cop descrits els objectius i seleccionada la metodologia, es va iniciar el procés de recerca, no sense haver establert prèviament uns criteris d'inclusió i exclusió (Vegeu Taula 9; Pàg. 41) i unes paraules clau per la seva realització. Les paraules clau escollides van ser les següents: Cognitive Behavioral Therapy Enhanced AND eating disorder*. Amb la premissa clara, es va procedir a iniciar la cerca.

El procés de recollida d'informació, també anomenat fase d'identificació, es va dur a terme entre el període comprès entre agost 2019 i novembre 2019, utilitzant les següents Bases de Dades (BBDD): PsycINFO, Pubmed, Scopus, Web of Science (WoS) i Cochrane²⁸. Per accedir-hi s'ha utilitzat el portal U-CercaTot de la Biblioteca de la Universitat de Vic, ja que permet l'accés a les BBDD mencionades sense restriccions. Inicialment es van emprar altres paraules clau: "Transdiagnostic theory" AND "Anorexia

²⁷ Vegeu Annex 15.

²⁸ Inicialment s'havia inclòs Dialnet Plus com una de les BBDD utilitzades en la recerca, però donada la poca rellevància i adequació dels articles obtinguts, va descartar-se la cerca.

nervosa” AND “Bulimia nervosa” NOT “Binge eating disorder”; “Migration” AND “Anorexia nervosa” AND “Bulimia nervosa” NOT “Human migration”; però donat que els resultats distaven molt dels esperats, es van provar diverses combinacions fins arribar a la final, esmentada anteriorment. Els articles extrets de les primeres cerques s’han emprat per complementar els apartats del marc teòric. D’entre totes les BBDD es van pre-seleccionar un total de 863 articles: PsycINFO (N=45), Pubmed (N=127), Scopus (N=460), WoS (N=162) i Cochrane (N=69). Durant la fase de cribratge, es van excloure 635 registres, entre altres coses perquè no estaven centrats en l’objecte d’estudi o no eren articles científics o assajos clínics. Un cop eliminats els duplicats de la mostra, es va procedir a delimitar per títol (N=68). A la fase d’elegibilitat es va limitar la cerca per abstract (N=29). Diferents problemàtiques, com la inaccessibilitat per llegir els articles, van provocar l’exclusió de 16 articles, però van afegir-se’n 5 de les referències bibliogràfiques dels seleccionats (un dels quals s’extreu de Dialnet Plus), fent un total de 18 articles inclosos (Vegeu Figura 5). Un cop seleccionada la mostra que conforma l’estudi es va procedir a la interpretació dels resultats, que podeu consultar als pròxims apartats.

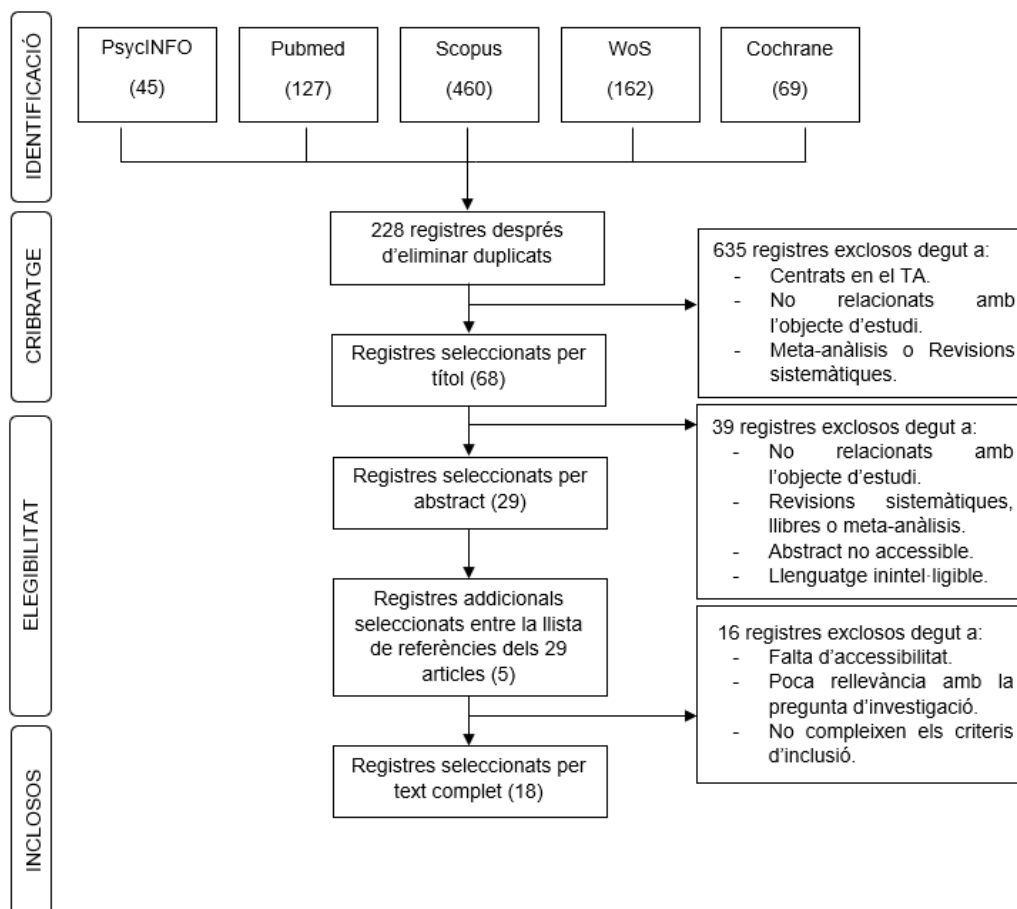


Figura 5. Resum procediment selecció d’articles per la recerca.
 Nota. WoS (Web of Science); TA (Trastorn per Afartaments).
 Font: Elaboració pròpia.

5.3. Criteris d'inclusió i exclusió

Per garantir l'eficàcia de la recerca es van seleccionar prèviament uns criteris d'inclusió i exclusió (Vegeu Taula 9). Entre els requisits per incloure els articles a la recerca s'estableix un rang temporal que abraça el període d'any entre 2014 i 2019, de manera que els estudis subjectes a avaluació siguin el més recents possible. Es busca que tinguin accés obert per poder-ne extreure tota la informació necessària per l'estudi i siguin articles científics o assajos clínics.

Taula 9. Criteris d'inclusió dels articles a la recerca.

Període d'anys	2014 -2019
BBDD	PsycINFO, Pubmed, Web of Science, Scopus, Cochrane
Tipologia document	Articles i estudis científics, assajos clínics
Accessibilitat	Accés obert
Llenguatge	Anglès, Català i Castellà

Font: Elaboració pròpia.

Nota. BBDD (Bases de Dades).

S'exclouen de la mostra els articles publicats fora del període d'any esmentat als criteris d'inclusió, altres bases de dades, els articles de revisió, llibres, capítols de llibres i altres tipologies d'arxiu no mencionades, els documents sense accés obert o altres idiomes als presentats. Tampoc s'inclouen estudis que tinguin per finalitat avaluar la validesa de la CBT-E o d'altres teràpies en persones que pateixin altres TCA que no siguin l'AN, la BN i els TCANE, ja que no conformen l'objectiu de la cerca.

5.4. Limitacions de l'estudi

Diferents limitacions s'han posat sobre la taula durant la realització del present treball, dificultant-ne el procés.

En primer lloc, cal destacar la poca accessibilitat d'articles rellevants per la recerca. Molts dels articles trobats no tenien accés obert, permetent visualitzar només una petita mostra de l'abstract. En relació a aquesta primera limitació, és necessari afegir que donada la inexistència de fons econòmics per dur a terme l'estudi, no es podien costejar les taxes sol·licitades per algun dels autors accedir a l'article complet, reduint la mostra. A més, la gran majoria d'articles als quals es podia accedir eren revisions sistemàtiques o metaanàlisi, exclosos de l'estudi.

En segon lloc, no s'ha pogut aconseguir una mostra tant gran com s'esperava inicialment. La CBT-E és una tipologia de tractament que, en els últims anys, ha estat molt estudiada per la intervenció en persones amb TCA, però les diferents limitacions d'accés als articles científics trobats a les BBDD i els criteris d'exclusió escollits (especialment la limitació d'anys de la recerca), han provocat una mostra restringida. Tot i això, la intenció de la recerca era mostrar els resultats de la CBT-E més actuals, d'aquí que el període de temps escollit per dur a terme la recerca fos limitat als últims 5 anys.

En referència a les dificultats que presentaven les BBDD, cal mencionar que la gran majoria comptaven amb un límit de temps per dur a terme la recerca i, quan aquest es superava, la pàgina tornava a carregar perdent tot el progrés i havent de tornar a començar des de zero. Aquesta problemàtica va alentir el procés de cerca de la informació, havent de revisar més d'una vegada la mateixa base.

Per finalitzar, no hi ha massa homogeneïtat entre els diferents estudis seleccionats; presentant mostres molt diferents (moltes d'elles amb una mida petita) i procediments diversos (dissenys longitudinals diferents, amb seguiment i sense, amb mesures de resultat molt diverses, amb o sense grup control, etc.). Aquest fet dificulta la interpretació dels resultats i fa més difícil la generalització. Serien necessaris estudis més homogenis per poder extreure resultats amb major validesa empírica.

6. Resultats

A continuació es presenten els resultats obtinguts de la realització de la recerca sistemàtica. De manera que es presentessin de la forma més entenedora possible i per facilitar-ne la lectura, s'ha considerat oportú organitzar-los en gràfiques i taules.

Un total de 863 articles es van trobar a les diferents bases de dades emprades (PsycINFO, Pubmed, Scopus, WoS i Cochrane) per dur a terme la recerca sistemàtica. Aquests es distribueixen segons la seva font a una gràfica (Vegeu Figura 6; pàg. 43).

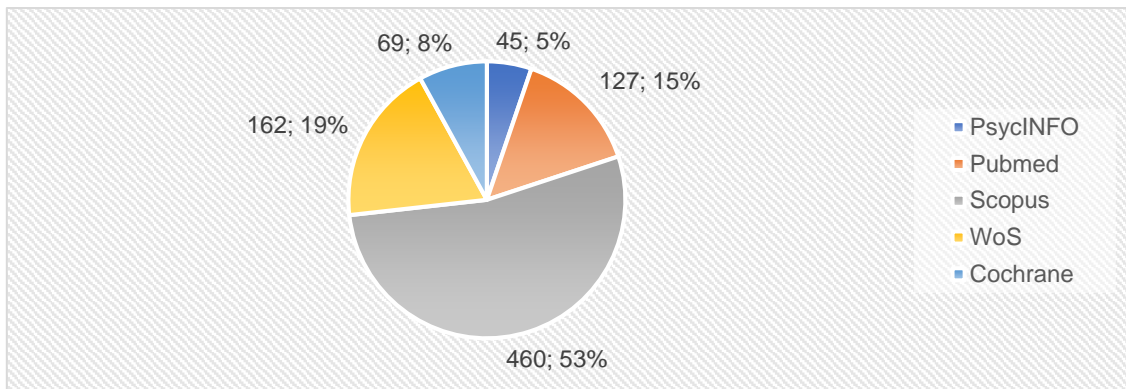


Figura 6. Articles trobats durant la recerca segons BBDD.
 Nota. BBDD (Bases de Dades); WoS (Web of Science).

Com queda recollit a la gràfica anterior, la BBDD en la qual s'han trobat més articles és Scopus (N=460), seguida de Web of Science (N=162) i Pubmed (N=127). Per últim, les BBDD amb menys resultats són Cochrane (N=69) i PsycINFO (N=45).

Els articles utilitzats poden consultar-se seguidament a la Figura 7. Aquests es corresponen amb els articles finalment emprats per la realització de l'estudi, un cop seleccionats els que s'adeqüen als criteris d'inclusió i exclusió. A la gràfica podem observar un total de 54 articles, d'entre els quals en trobem 35 de repetits. D'aquesta manera, el nombre d'articles totals inclosos en la recerca són 18.

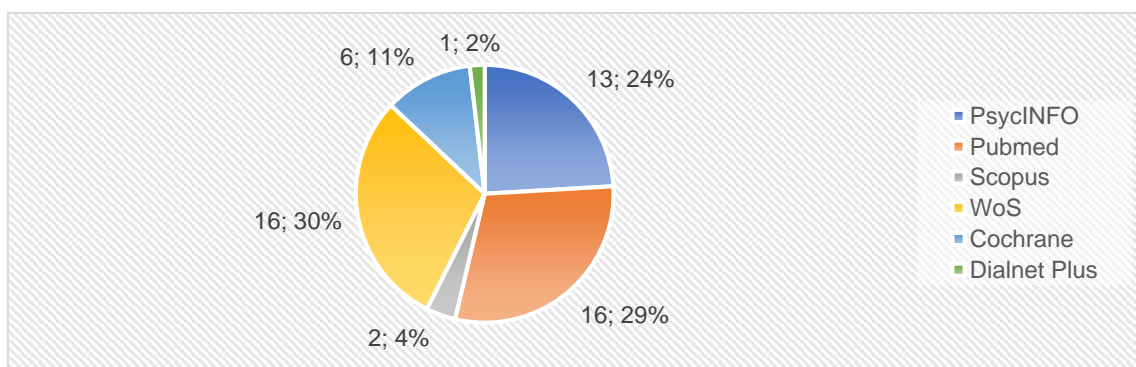


Figura 7. Articles emprats per la recerca segons BBDD.
 Nota. BBDD (Bases de Dades); WoS (Web of Science).

Web of Science i Pubmed han estat les BBDD amb més articles seleccionats per la recerca final (N=16) i amb una major idoneïtat per respondre la pregunta de recerca, seguides de prop per PsycINFO (N=13). Les BBDD amb menys resultats són Cochrane (N=6), Scopus (N=2) i Dialnet Plus (N=1). És important mencionar que tot i que Dialnet Plus no es trobava entre les BBDD emprades per dur a terme la RS, durant la fase d'elegibilitat dels articles, es van consultar les corresponents referències bibliogràfiques, obtenint un nou estudi, l'article de Dialnet Plus.

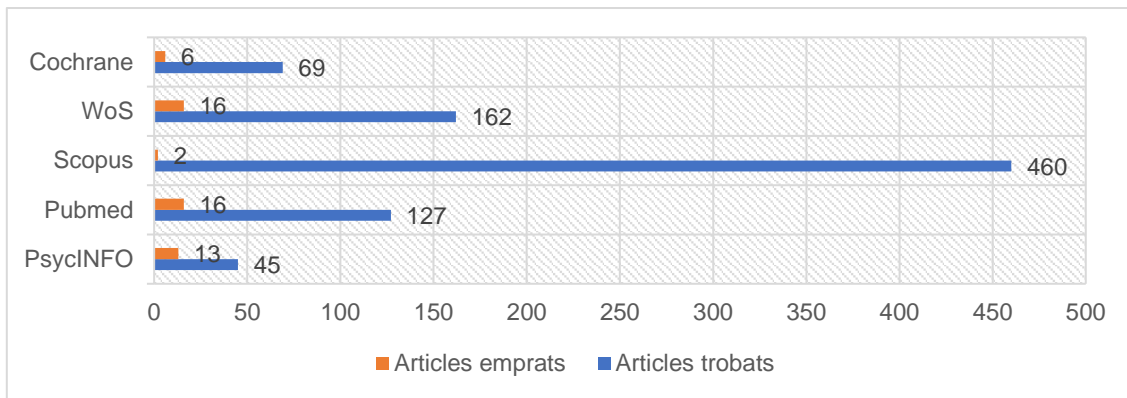


Figura 8. Articles trobats i emprats segons BBDD.
 Nota. BBDD (Bases de Dades); WoS (Web of Science).

A la Figura 8 podeu observar la diferència entre el nombre d'articles trobats dels utilitzats per desenvolupar la recerca sistemàtica. Tot i que Scopus va ser la BBDD amb més articles trobats (N=460), finalment va esdevenir la que presentava menys articles seleccionats (N=2). Web of Science es va posicionar com la segona BBDD amb més articles trobats (N=162), però en aquest cas va esdevenir una de les que presentaven més articles emprats (N=16). Pubmed, la tercera en la llista d'articles trobats (N=127), també va ser una de les quals es van seleccionar més estudis (N=16). De Cochrane es van extreure 69 articles, seleccionant-ne un total de 6. Per últim, a la BBDD PsycINFO es troben 45 articles, però se n'utilitzen 13 finalment.

A continuació es presenta una gràfica amb els instruments o eines psicomètriques que més s'han emprat pels diferents estudis inclosos a la recerca (Vegeu Figura 9). S'ha considerat afegir aquells que es repetien en més d'un article, obviant els que només formaven part d'un estudi.

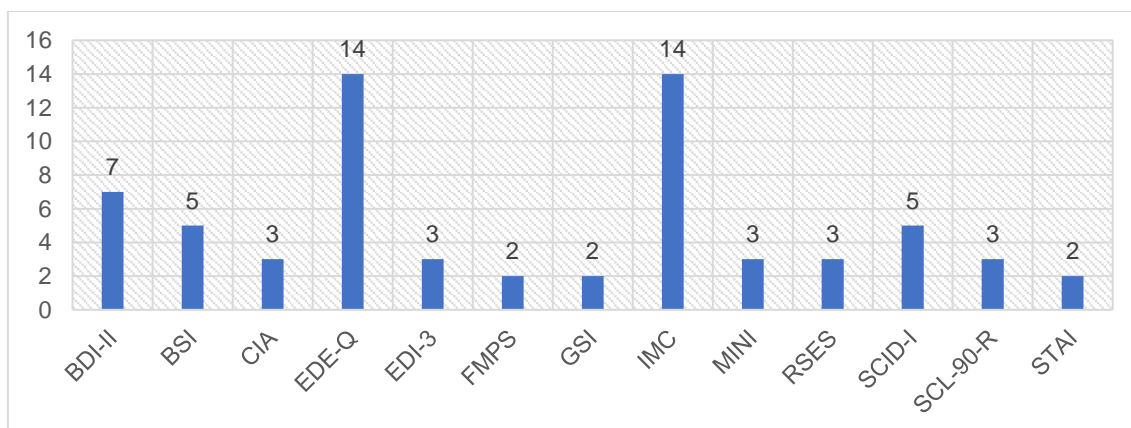


Figura 9. Instruments més emprats pels estudis que conformen la recerca.
 Nota. BDI-II (Beck Depression Inventory version 2); BSI (Brief Symptom Inventory); CIA (Clinical Impairment Assessment Questionnaire); EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire); EDI-3 (Eating Disorder Inventory version 3); FMPS (Frost Multidimensional Perfectionism Scale); GSI (Global Severity Index); IMC (Index de Massa Corporal); MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview); RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale); SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I); SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised); STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

En quant als instruments de mesura utilitzats pels diferents estudis inclosos en la recerca, els més emprats per avaluar les mesures de resultat han estat l'IMC i l'EDE-Q (N=14), seguits de la BDI-II (N=7), la SCID-I i el BSI (N=5), el CIA, la SCL-90-R, la RSES, la MINI i l'EDI-3 (N=3) i l'STAI, el GSI i la FMPS (N=2). Aquests no són els únics instruments utilitzats pels articles de la recerca, però sí els més destacats. Podeu consultar-ne la resta a la *Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica*²⁹.

Pel que fa als tractaments psicològics utilitzats pels diferents estudis, dels quals es pretenia avaluar-ne l'eficàcia, la validesa o l'efectivitat, aquests queden recollits a la gràfica següent (Vegeu Figura 10).

La CBT-E es presenta com el tractament més emprat pels diferents articles de la recerca (N=13). Aquest fenomen té sentit, ja que la recerca es basa en l'estudi de la validesa d'aquest tipus d'intervenció. La CBT-Eb és el segon tractament més utilitzat (N=3), seguit per la IPT (N=2). Els tractaments menys usats són la ACT, la CBT-Ef, la CBT, la FPT i la ICAT (N=1).

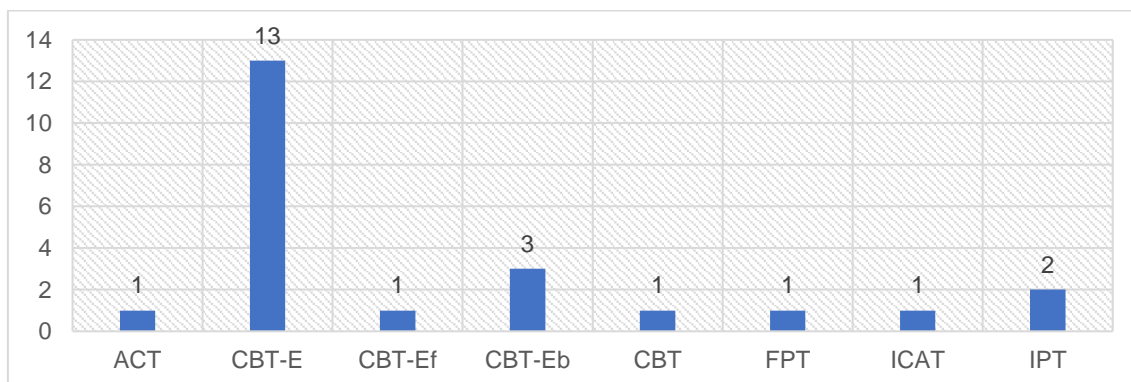


Figura 10. Tractaments psicològics emprats pels articles de la recerca.

Nota. ACT (Acceptance and Commitment Therapy); CBT-E (Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced); CBT-Ef (Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Focused); CBT-Eb (Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced Broad); CBT (Cognitive Behavioral Therapy); FPT (Focal Psychodynamic Therapy); ICAT (Integrative Cognitive-Affective Therapy); IPT (Interpersonal Therapy).

Seguidament es presenta la metodologia usada pels diferents articles que conformen la mostra de la recerca (Vegeu Figura 11; pàg. 46). Els assajos clínics aleatoris controlats amb grup control són els tipus d'estudis més utilitzats pels articles de la recerca (N=4), seguits per els assajos clínics aleatoris controlats amb un grup de subjectes diferents i els assajos clínics controlats amb un sol grup de subjectes (N=3), els estudis de cas únic i els assajos clínics aleatoris controlats multicèntrics (N=2) i els assajos clínics controlats de cohort amb un sol grup de subjectes, els assajos clínics controlats de cohort amb

²⁹ Vegeu Annex 17.

grup control, els assajos clínics controlats amb un grup de subjectes diferents i els assajos clínics aleatoris controlats amb un sol grup de subjectes (N=1), essent aquests últims, els menys emprats pels articles inclosos a la recerca.

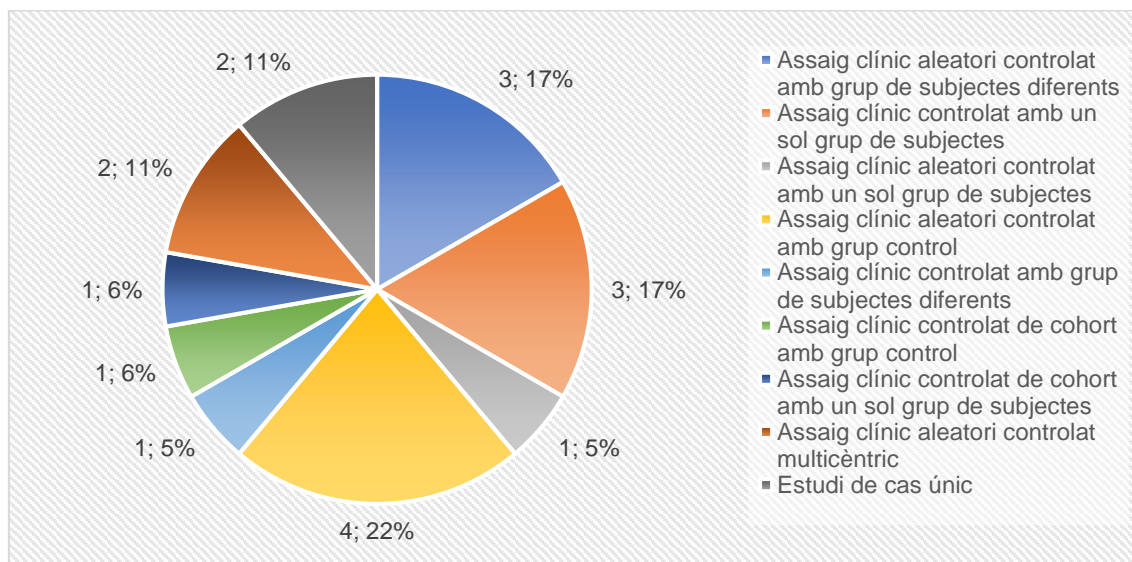


Figura 11. Tipus d'estudis emprats pels articles de la recerca.
 Font: Elaboració pròpia.

Per donar resposta a la pregunta de recerca i complir l'objectiu general del present treball: *Estudiar la validesa de la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada (CBT-E [Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced]), derivada de la teoria transdiagnòstica dels TCA de Fairburn et al. (2003), s'han analitzat els diferents resultats obtinguts dels articles inclosos a la recerca, recollint-los a una taula³⁰. A continuació es descriuen els resultats principals, prèviament a la seva discussió.*

Als diferents estudis que han estudiat l'efectivitat de la CBT-E s'ha trobat un augment considerable de l'IMC (IMC $\geq 18,5$) després de sotmetre's al tractament objecte d'estudi, essent els adolescents el grup que presenta més facilitat i rapidesa per assolir-lo. Aquesta també s'ha associat amb resultats clínicament significatius en quant a la remissió de la simptomatologia pròpia dels TCA. Segons els diferents estudis analitzats, sembla que les millores es mantenen durant els mesos posteriors al tractament, és a dir, durant el període de seguiment. L'efectivitat no només s'aconsegueix mitjançant el règim d'ingrés hospitalari, sinó que les intervencions amb CBT-E en règim ambulatori també ha presentat resultats òptims, presumint de la validesa d'aquesta tipologia de teràpia. De la mateixa manera, s'avalua l'eficàcia d'aquest tractament per pacients que

³⁰ Consulteu Taula 7. Resultats de la recerca sistemàtica a l'Annex 17.

formen part d'un grup terapèutic. Es posa de manifest la seva utilitat per intervenir en pacients amb qualsevol tipologia de TCA, especialment l'AN i la BN, aconseguint millores significatives tant en l'IMC com en la simptomatologia pròpia del TCA i la psicopatologia general.

S'ha donat suport a la necessitat de dur a terme intervencions psicològiques de caire integrador que tinguin en compte la individualitat de cada pacient, podent respondre a les seves necessitats concretes. La CBT-E s'estableix com una teràpia de caire transdiagnòstic i transcultural, podent-la posar en pràctica fora d'entorns occidentals.

Tot i la seva utilitat, s'ha vist que altres formes de teràpia, com l'ICAT, també poden aconseguir millores significatives en pacients afectats de BN. La CBT-E però, comparada amb altres tractaments, esdevé la més efectiva i amb major rapidesa per tractar els TCA estudiats segons els articles inclosos en la recerca i aconseguir bones taxes de remissió de la simptomatologia.

Les millores en l'autoestima, el perfeccionisme clínic, la intolerància als estats d'ànim intensos i les dificultats interpersonals, s'associen al bon pronòstic dels TCA; essent punts tractats per la CBT-Eb.

Tenint en compte tots els resultats esmentats anteriorment, i en resposta a l'objectiu general (OG1) del present treball, es considera que la CBT-E és efectiva i es mostra vàlida pel tractament dels TCA.

Per concloure, cal mencionar que s'ha donat resposta a l'objectiu específic (OE1), realitzant una proposta d'intervenció pel tractament dels TCA en règim d'hospitalització total per població infantojuvenil³¹, per la qual s'ha seguit la Llista Agree³².

³¹ Vegeu Annex 18.

³² Vegeu Annex 16.

7. Discussió

Com afirmen Forbush et al. (2017), un canvi en un sol símptoma pot canviar el diagnòstic d'una persona, de manera que proporcionar diferents etiquetes diagnòstiques a les persones que experimenten aquesta fluctuació de símptomes pot resultar en una reducció de la validesa de constructe d'un diagnòstic particular.

Amb aquesta afirmació en ment, es considera que els principals manuals de classificació diagnòstica actuals (DSM-5 [APA, 2014] i CIM-10 [OMS, 1992]) presenten mancances i tenen una utilitat limitada. La teoria transdiagnòstica dels TCA, que contempla aquests trastorns com un contínuum, semblaria acostar-se més a la realitat de l'ocurrència d'aquestes patologies. Amb la posada en pràctica d'aquesta teoria també es reduirien dràsticament les elevades taxes dels TCANE, ja que no seria necessari complir al peu de la lletra tots els criteris diagnòstics requerits pel diagnòstic d'un TCA. La migració entre símptomes dels TCA podria no representar un canvi en el diagnòstic, sinó la variació d'un mateix trastorn en evolució.

Cooper et al., (2016) mencionen que el tipus de diagnòstic assignat segons criteris DSM-IV (APA, 2000), no prediu els resultats del tractament. Així, es posa en dubte novament la utilitat dels manuals de classificació diagnòstica categorials, donant validesa a la teoria transdiagnòstica de Fairburn et al., (2003) i per consegüent, a la CBT-E. El fet que el tipus de diagnòstic no pugui predir els resultats de la intervenció, posa de manifest que un tractament enfocat a tots els TCA podria ser pertinent per tractar aquestes patologies, enfocant-se més en els factors que la mantenen que no pas en les diferències terminològiques. D'altre banda, Dakanalis et al., (2015) manifesten una reducció de la prevalença dels TCANE quan s'apliquen criteris del DSM-5 (APA, 2014). Tot i que els canvis conceptuals del DSM-IV (APA, 2000) al DSM-5 (APA, 2014) redueixen aquest tipus de presentacions, els estudis epidemiològics conclouen que encara queda molt camí per endavant per reduir aquestes taxes. Dakanalis et al., (2015) també van veure que la CBT-E presentava major variància de les conductes associades als TCA que la seva forma inicial, la CBT.

Zipfel et al., (2014) manifesten que la CBT-E és més efectiva en la rapidesa del guany de pes i la millora de la psicopatologia TCA que la FPT [Focal Psychodynamic Therapy]. Calugi, Dalle Grave, Sartirana i Fairburn (2015) van descobrir que els adolescents presentaven major facilitat per assolir l'IMC desitjat que els adults, precisant menys temps per aconseguir-lo. En consonància amb l'estudi anterior, Dalle Grave et al., (2014)

consideren que la CBT-E és un tipus d'intervenció prometedora pels adolescents amb AN severa, ja que s'aconsegueix un augment de l'IMC fins assolir el normopès (IMC \geq 18,5) i millora la psicopatologia TCA, mantenint els progressos als 12 mesos de seguiment. Pel que fa als adolescents amb un pes dins la normalitat, la CBT-E es mostra efectiva (Dalle Grave, 2015). La CBT-E es mostra, novament, efectiva pel tractament de l'AN en adolescents, en aquest cas pels que presenten un IMC $<$ 18,5, aconseguint que assolixin un IMC saludable i millorin la psicopatologia associada als TCA (Dalle Grave, Sartirana i Calugi (2019); els progressos es mantenen a les 20 setmanes de seguiment.

D'aquesta manera, la CBT-E esdevé una teràpia que no només provoca l'increment de l'IMC, sinó que s'enfoca a diferents grups de pacients (adults i adolescents) i ofereix tractament per totes les tipologies de TCA existents, atacant els diferents processos i factors implicats en el manteniment d'aquestes patologies. Tot i que el guany de pes s'estableix com una mesura de resultat en la gran majoria dels estudis, segons Maxwell et al., (2011), els marcadors físics de la salut potser només ens estiguin indicant el principi de la recuperació. Així, centrar-nos només en aquests resultats pot limitar la nostra capacitat per valorar la millora de la persona en altres àrees de la seva vida que estiguin igualment afectades. El mateix autor afirma que una persona pot tenir un IMC dins el rang considerat saludable (IMC \geq 18,5) i, tot i així, seguir utilitzant conductes restrictives o compensatòries, presentant un deteriorament social i psíquic. Seguint aquesta premissa, és vital oferir intervencions que s'adrecin al tractament de les seqüeles i factors mantenidors del trastorn i no s'enfoquin tant en la millora del pes dels pacients, ja que poden manca d'utilitat. La proposta de la CBT-Eb, un tipus de CBT-E que adreça el tractament de factors que mantenen els trastorns, seria una bona manera de fer front a aquesta problemàtica.

El fet que els adolescents presentin taxes més elevades de remissió de la simptomatologia i millors resultats, responent més adequadament al tractament, podria ser degut al fet que els trastorns no han tingut una durada tant àmplia com en el cas d'adults que pateixen la malaltia des de l'adolescència. Així, la durada del trastorn semblaria confirmar-se com un factor de mal pronòstic dels TCA (Lievers et al., 2008). Com bé afirmen Papadopoulos, Ekblom, Brandt i Ekselius (2009), l'inici primerenc del trastorn seria un factor de pronòstic favorable.

Els resultats d'un estudi (Fairburn et al., 2013) on 99 pacients adults (IMC $<$ 18,5) amb AN que havien rebut tractament amb CBT-E van posar de manifest que dos terços dels pacients que van completar la intervenció de 40 setmanes presentaven guanys de pes

clínicament significatius i reduccions significatives de la simptomatologia associada al TCA. Aquests canvis es mantenen estables després d'un període de seguiment de 60 setmanes. Les persones que van participar en aquesta intervenció van rebre tractament en règim d'ingrés hospitalari, passant per hospital de dia i règim ambulatori. Per Frostad et al., (2018), la CBT-E també es mostra efectiva en pacients en règim ambulatori. Com queda constatat, s'ha vist que aquest tipus d'intervenció amb CBT-E que perdura durant 40 setmanes és efectiva pel tractament dels TCA. Altres estudis (Dalle Grave, Calugi, Sartirana i Fairburn, 2015; Fairburn, Bailey-Straebl, Basden, Doll, Jones, Murphy, O'Connor i Cooper, 2015; Cooper et al., 2016), han provat l'efectivitat de la CBT-E amb una durada de 20 setmanes (per casos amb IMC $\geq 18,5$), aconseguint resultats igualment eficaços per la reducció de la simptomatologia TCA.

Fairburn et al., (2015) troben que la CBT-E és un tractament potent per la majoria de pacients en règim ambulatori que presenten qualsevol variant dels TCA, amb una taxa de remissió de la simptomatologia i la psicopatologia associada a aquests trastorns més elevada que la IPT [Interpersonal Therapy]. Presenten, però, la IPT com una alternativa a la CBT-E, tot i que mencionen que garanteix una menor resposta al tractament i és més lenta. Cooper et al., (2016) també conclouen que la CBT-E presenta millors taxes de remissió que la IPT. Novament, els autors de l'estudi mencionat troben que a major durada del trastorn i major sobrevaloració de la imatge corporal, menor efectivitat de la teràpia.

Un dels problemes principals de les intervencions o tractaments proposats per pal·liar les conseqüències dels TCA és la baixa taxa de remissió de la psicopatologia associada. Al enfocar-se, no només en el tractament de les característiques pròpies dels TCA, la CBT-E aconsegueix taxes més elevades de remissió que altres tractaments. La majoria dels estudis aconsegueixen taxes de remissió total de la psicopatologia associada als TCA de mínim el 70%.

Calugi, El Ghoch i Dalle Grave (2017) avalen la utilitat de la CBT-E en la reducció de les preocupacions sobre la imatge corporal i les conductes de comprovació que se'n deriven. Per contrabanda, Calugi, El Ghoch, Conti i Dalle Grave (2018) associen la CBT-E amb la millora significativa de les variables de resultat (reducció de la psicopatologia TCA i augment de l'IMC fins un mínim de 18,5) i dels diferents components de la imatge corporal.

Tenint en compte que un dels principals factors de risc que precipita l'aparició dels TCA és la insatisfacció amb la imatge corporal, essent el nucli psicopatològic d'aquestes patologies, aconseguir reduir aquestes preocupacions hauria de ser un objectiu clau de qualsevol intervenció que vulgui dur-se a terme amb les persones amb TCA. Tenir en compte aquest punt pel desenvolupament de nous protocols d'intervenció d'aquests trastorns podria ser beneficiós a llarg termini.

Un estudi de Wade, Byrne i Allen (2017), que té per objectiu principal avaluar l'efectivitat que presenta la CBT-Eb quan es desenvolupa en un grup terapèutic, constata que aquesta proporciona una millora de l'autoestima, redueix el perfeccionisme clínic, la intolerància als estats d'ànim negatius i les dificultats interpersonals, denotant l'efectivitat de la CBT-Eb aplicada al grup. Els participants també aconseguixen reduir la psicopatologia pròpia dels TCA i mostren una bona adherència al tractament (el 70% el finalitzen). Caldrien nous estudis que validessin l'efectivitat de la CBT-Eb en un grup terapèutic, ja que les millores podrien estar condicionades per la simple participació, esdevenint el grup un factor protector dels TCA, donada la font de suport i seguretat que pot oferir.

Seguint les pautes d'aquest estudi, la teràpia proposada per Fairburn et al., (2008) ataca diferents mecanismes mantenidors del trastorn, aconseguint bones taxes de remissió de la simptomatologia associada als TCA. En aquest sentit, la Teoria Transdiagnòstica s'avalua, ja que considera que hi ha 4 factors encarregats de mantenir la problemàtica i, s'ha pogut observar que amb un tractament (com la CBT-Eb) que els tingui en compte, s'afavoreix la recuperació dels pacients.

Un estudi realitzat a Noruega per Frostad et al., (2018) que oferia 40 sessions de CBT-E en règim ambulatori i comparava el grup de tractament amb un grup control, va trobar que un 50% dels pacients (N=22) no van finalitzar el tractament. A diferència de l'estudi anterior, Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch i Calugi (2018) manifesten que el 72,7% (N=93) de pacients van completar-lo. Aquestes diferències en les taxes d'adherència al tractament podrien deure's, entre altres coses, a l'aliança terapèutica, ja que ambdós grups estudiats presentaven infrapès i eren adults que van rebre el mateix tipus d'intervenció amb la mateixa durada. Altres estudis que avaluen l'efectivitat de la CBT-E en règim ambulatori han trobat resultats semblants, amb bones taxes d'adherència al tractament; Strandskov et al., (2017) parlen de taxes d'abandonament del 21,7% dels pacients. L'estudi de Wonderlich et al., (2014) troba que el 80% (N=64) acaben el tractament, el 5% (N=4) el finalitzen parcialment i el 15% (N=12) l'abandonen. Per últim,

Dalle Grave, Calugi, Sartirana i Fairburn (2015) expliquen que el 75% (N=51) van completar la totalitat del tractament. Faltarien més estudis que valoressin l'adherència dels pacients a la CBT-E, per confirmar o descartar les troballes i veure quina tipologia de CBT-E (si la CBT-Eb o la CBT-Ef) pot encarar millor aquesta qüestió.

Tot i els bons resultats que presenta la CBT-E en comparació amb altres tipus d'intervencions, Wonderlich et al., (2014) no van trobar diferències significatives entre aquesta tipologia de tractament i la ICAT [Integrative Cognitive-Affective Therapy], assegurant que ambdues s'associen amb millores dels símptomes de la BN i altres variables estudiades. Tot i això, la CBT-E va mostrar menys taxes d'abandonament (22,5% post tractament i durant el seguiment) que la ICAT (37,5% post tractament i 32,5% durant el seguiment). Aquest assaig clínic controlat suggereix que les intervencions que s'orienten a la millora de la cognició i l'emoció dels participants en el context de la rehabilitació nutricional poden ser eficaces, tot i que promouen la realització de més estudis per confirmar els resultats.

En un estudi de cas únic (Segura, Villegas, Placencia i Sanjuan, 2016) es dona suport a la necessitat de dur a terme intervencions psicològiques de caire integrador que tinguin en compte la individualitat de cada cas concret, per poder fer front a les necessitats de cada pacient. El tractament proposat per aquest estudi és la CBT-E, però s'afegeixen altres tècniques per implementar-la, com són les narratives, la contextuals (pròpies de la teràpia d'acceptació i compromís) i l'entrevista motivacional. Els resultats d'un altre estudi de cas únic (Liyanage, Suraweera i Rodrigo, 2019) suggereixen que la CBT-Eb és una forma de tractament efectiva pels TCANE, inclús en entorns no occidentals, mencionant que la CBT-E és un tractament transcultural i transdiagnòstic.

Donat que la presentació dels TCA dista molt entre persones i, com bé afirma la teoria transdiagnòstica, no són tant importants les classificacions diagnòstiques, l'enfocament integrador de les intervencions que s'adrecen a la remissió de la simptomatologia dels TCA i tenen en compte la individualitat dels pacients, semblen ser la millor opció pel tractament d'aquestes patologies. La CBT-Eb s'adreça a l'afrontament dels factors mantenidors dels TCA, establint-ne 4 de principals (la intolerància als estats d'ànim negatius i intensos, la baixa autoestima, les dificultats de relació interpersonal i el perfeccionisme clínic). Si, a banda d'establir pautes per modificar aquests factors, s'encaminés a la resolució d'altres factors de risc que poguessin presentar-se de manera individual i potenciés els factors protectors, la seva efectivitat podria veure's catapultada.

8. Conclusions

En primer lloc, es podria considerar que l'objectiu general del present treball s'ha assolit, ja que s'ha pogut estudiar la validesa i l'efectivitat de la Teràpia Cognitiu Conductual Millorada [Cognitive Behavioral Therapy – Enhanced (CBT-E)] de Fairburn et al., (2008). Com heu pogut observar tant a l'apartat resultats, la discussió i la taula: Resultats de la recerca sistemàtica (adjuntada a l'Annex), la CBT-E s'estableix com una tipologia de tractament eficaç pel tractament dels TCA estudiats: AN, BN i, fins i tot, casos de TCANE. Seguint aquesta línia, semblaria que la Teoria Transdiagnòstica de Fairburn, Cooper i Shafran (2003), la qual precedeix el tractament, també gaudeix de bona evidència empírica, ja que és la que estableix les bases de la CBT-E. D'igual manera que s'estima que s'ha resolt l'objectiu general, també es considera que s'ha aconseguit respondre a la pregunta de recerca que s'hi associava i que s'ha confirmat la hipòtesis del treball. Així, la hipòtesis es resol afirmativament, valorant que la CBT-E sí que és efectiva pel tractament de les diferents tipologies de TCA estudiades i que la literatura inclosa a la recerca avala els resultats obtinguts.

Tot i aquests resultats, faltarien nous estudis que s'encaminessin a la investigació tant de la teoria transdiagnòstica com de la CBT-E i comptessin amb mostres més homogènies que permetessin generalitzar i extrapolar els resultats a tota la població. D'aquesta manera es podrien acabar de confirmar o desmentir les troballes. Aconseguir mostres de major grandària també hauria de ser un punt a tenir en compte. Quedaria pendent establir els factors involucrats en la poca adherència al tractament d'alguns participants dels estudis, amb resultats força dispersos entre articles; així, podrien adoptar-se noves postures que resolguessin aquest fenomen o, si més no, el pal·liessin. Poder fer front als factors involucrats en el manteniment d'aquestes patologies, indiferentment de l'etiqueta diagnòstica de la persona hauria de ser un punt primordial. El descobriment d'aquests factors també permetria formular nous protocols de prevenció, rebaixant l'elevada prevalença i incidència d'aquests trastorns mentals.

Per finalitzar, la realització d'aquest treball no només ha servit per resoldre la pregunta plantejada inicialment, sinó que ha suposat un procés de creixement personal i professional, aprenent a prendre consciència del llarg camí que queda per endavant referent a l'actuació enfront aquestes patologies, manifestant que una intervenció de qualitat centrada en les necessitats específiques de cada persona atesa és un pas important per garantir bons resultats en la intervenció i assegurar el manteniment dels canvis aconseguits.

9. Bibliografia i webgrafia

- Agras, S., Bryson, S., Hammer, L., & Kraemer, H. (2007). Childhood Risk Factors of Thin Body Preoccupation and Social Pressure to Be Thin. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 162 (6), 574-9. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31802bd997>
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA (2014). *DSM-5. Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Panamericana.
- Arroyo, S. (2015). *Escala de Funcionamiento Parental (EFP)*. (Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid). Recuperat de <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2646/retrieve>
- Asuero, R. (2017). Influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria. (Universidad de Sevilla). Recuperat de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/76229/Tesis%2015%20mayo%20Definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Atienza, L., Balaguer, I., & Moreno, Y. (2000). Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Recuperat de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/8%20Escala%20de%20Autoestima%20de%20Rosenberg.pdf>
- Avargues, M., Borda, M., Asuero, R., Pérez, M., Martín, A., Beato, L., Bardone, A., & Sánchez, M. (2017). Purging behaviors and therapeutic prognosis of women with eating disorders treated in a healthcare context. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17 (2), 120-127. Recuperat de <https://www.sciencedirect-com.biblioremot.uvic.cat/science/article/pii/S169726001730008X>
- Bancalero, C. (2015). *Alternativas de Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de una muestra clínica procedente de una unidad específica ambulatoria* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura,

Extremadura. Recuperat de <https://studylib.es/doc/8322998/alternativas-de-clasificaci%C3%B3n-de-los-trastornos-de-la-con...>

Beato, L., & Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (3), 111-119. Recuperat de <https://docplayer.es/21164828-El-cuestionario-de-actitudes-frente-al-cambio-en-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-acta-desarrollo-y-propiedades-psicometricas.html>

Benito, R. (2016). *Guía para elaborar citas bibliográficas en formato APA*. Recuperat de https://www.uvic.cat/sites/default/files/altres_a2016_guia_elaborar_citas.pdf

Brouwers, M., Kerkvliet, K., Spithoff, K., & AGREE Next Steps Consortium. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. Mar 8;352:i1152. <https://doi:10.1136/bmj.i1152>

Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., & Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4ª Ed.). (Ávila-Espada i Jiménez Gómez, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones. Recuperat de <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/MMPI-2-Extracto-manual.pdf>

Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour research and therapy*, 105, 63-68. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29689516>

Calderon, C., Santacana, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (4), 641-647. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/262756200_Implicacion_de_la_ansiedad_y_la_depresion_en_los_trastornos_de_alimentacion_de_jovenes_con_obesidad

Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with

- anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 105(April), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.001>
- Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). Body checking behaviors in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 437–441. <https://doi.org/10.1002/eat.22677>
- Calugi, S., Grave, R. D., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0057-z>
- Castejón, M. (2017). *Aspectos Psicopatológicos y Variables de Personalidad como Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Universidad de Murcia). Recuperat de <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
- Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S., & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 36 (1), 22-30. Recuperat de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20009>
- Center for Research on Eating Disorders at Oxford [CREDO]. (s.d.). *What is CBT-E?* Recuperat de <https://www.credo-oxford.com/4.1.html>
- Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. (2012). *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones*, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Consejo General de la Psicología de España. (2016). *Evaluación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)*. Recuperat de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2016/EDI-3.pdf>
- Cooper, Zafra & Dalle Grave, Riccardo. (2017). Chapter 14, Eating Disorders: Transdiagnostic Theory and Treatment. Recuperat de

https://www.researchgate.net/publication/317721705_Chapter_14_Eating_Disorders_Transdiagnostic_Theory_and_Treatment/citation/download

Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M., & Fairburn, C. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *84*, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.002>

Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Zanetti, M., Gaudio, S., Caccialanza, R., ... Clerici, M. (2015). Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic-type eating disorder diagnostic groups: a multi-centre study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *265*(8), 663–676. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0560-2>

Dakanalis, A., Timko, A., Clerici, M., Zanetti, A., & Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, *15*(1), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.003>

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(9), 1042–1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>

Dalle Grave, R., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Calugi, S. (2018). DSM-5 severity specifiers for anorexia nervosa and treatment outcomes in adult females. *Eating Behaviors*, *31*(August 2017), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.07.006>

Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Fairburn, C. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: Immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*, *5*(FEB), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00014>

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder WHO are not

- underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79–82.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*. Nova York: Haupauge.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep Cognitive Behavioural Therapy for Eating Disorders*. Maryland: Jason Aronson.
- Danielsen, Y., Rekkedal, G., Frostad, S., & Kessler, U. (2016). Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) in the treatment of anorexia nervosa: A prospective multidisciplinary study. *BMC Psychiatry*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1056-6>
- Eating Disorder Examination Questionnaire-Spanish Version (S-EDE-Q). (s.d.). Recuperat de https://psiquiatria.com/trabajos/usr_649245308.pdf
- Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 47 (1), 67-73. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030>
- Escala de Ansiedad de Hamilton. (s.d.). Recuperat de http://rehabilitacioncardiaca.org/files/Puntuacion_de_Hamilton.pdf
- Espinoza, P., Penelo, E., & Raich, R. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later?. *Body Image*, 7 (1), 70-3. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.002>
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>

- Fairburn, C., & Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370. Recuperat de <http://cedd.org.au/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/Eating-Disorder-Examination-Questionnaire-EDE-Q.pdf>
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., & Davies, B. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry*, 162 (12), 2249-55. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2249>
- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 509-528. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711261>
- Fernández, R., & Valdés-Díaz, M. (2019). Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa. Variables asociadas: autoestima, impulsividad, culpa y miedo a la madurez. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4 (9), 887-909. Recuperat de <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3002>
- Field, A., Javaras, K., Aneja, P., et al. (2008). Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162 (6), 574-579. <http://doi.org/10.1001/archpedi.162.6.574>
- Frostad, S., Danielsen, Y., Rekkedal, G., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø., & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y>
- Goldschmidt, A., Crosby, R., Cao, L., Moessner, M., Forbush, K., Accurso, E., & Le Grange, D. (2019). Network Analysis of Pediatric Eating Disorder Symptoms in a Treatment-Seeking, Transdiagnostic Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 251–264. <https://doi.org/doi:10.1037/abn0000327>
- González M., Penelo E., Gutiérrez T., & Raich R. (2011). Disordered Eating Prevention Programme in Schools: A 30 Month FollowDup. *European Eating Disorders*

Review, 19(4), 349-56. Recuperat de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.1102>

Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A., & Meyer, C. (2011). Compulsive exercise: The role of personality, psychological morbidity, and disordered eating. *International journal of eating disorders*, 44 (7), 655-60. Recuperat de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.20902>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. Recuperat de <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/10/Gu%C3%ADa-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-Trastornos-de-la-conducta-alimentaria.pdf>

Higgins J., & Green, S. [The Cochrane Collaboration] (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. Recuperat de www.cochrane-handbook.org.

Hoek, H., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 34 (4), 383-96. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica* (Barcelona). Recuperat de <http://www.prisma-statement.org/documents/Hutton%20NMA%20Spanish%20Medicina%20Clinica%202016.pdf>

Iannaccone, M., D'Olimpio, F., Cella, S., & Cotrufo, P. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behavior*, 21, 80-83. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.010>

Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. (s.d.). *E.A.T-40*. Recuperat de <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=EAT40-Cast.pdf>

Inventario de Depresión de Beck-II. (s.d.). Recuperat de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf

Jorquera, M., Baños, R., Perpiñá, C., & Botella, C. (2005). La escala de estima Corporal (BES): Validación de una muestra espanyola. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (3), 173-192. Recuperat de [http://aepcp.net/arc/04.2005\(3\).Jorqueraetal.pdf](http://aepcp.net/arc/04.2005(3).Jorqueraetal.pdf)

Kelly, A., Vimalakanthan, K., & Carter, J. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 15 (3), 388-91. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.008>

Klump, K., Suisman, L., Burt, S., McGue, M., & Iacono, W. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 797–805. <https://doi.org/10.1037/a0017204>

La realidad inventada: centro de psicología. (s.d.). *Mi árbol de cualidades*. Recuperat de <http://www.larealidadinventada.com/wp-content/uploads/2016/04/arbol-afirmaciones-2.jpg>

Larrañaga, A. (2011). *Incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en Galicia. Evolución y respuesta al tratamiento de los pacientes con TCA*. (Universidade de Vigo). Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157864>

Lawler, M. & Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: The Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal Youth Adolescence*, 40 (1), 59-71. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>

- Letelier, L., Manríquez, J., & Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Revista Médica de Chile*, 133, 246-249. Recuperat de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000200015&lng=en
- Liyanage, N., Suraweera, C., & Rodrigo, A. (2019). Cognitive Behavioral Therapy Management of a Patient with Atypical Anorexia Nervosa. *Case Reports in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1155/2019/4736419>
- Losada, A., & Marmo, J. (2013). *Herramientas de Evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid. Editorial Académica Española. Recuperat de <https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/14.pdf>
- Markey, C. (2010). Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal Youth Adolescence*, 39 (12), 1387-1391. Recuperat de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-010-9510-0>
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., & Merino, M. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: the role of sociocultural factors. *Body Image*, 5 (2), 205-15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.01.004>
- Mínguez, F. (2017). *Factores psicosociales en la adolescencia y riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria* (Universidad Complutense de Madrid). Recuperat de <https://eprints.ucm.es/50253/1/T40681.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (6): e1000097. <https://doi:10.1271/journal.pmed1000097>
- Murphy, R., Straebl, S., & Fairburn, C. (2010). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- NICE. (2017). Eating disorders: recognition and treatment. *National Institute for Health and Care Excellence*, (May 2017), 1–41. <https://doi.org/May 2017>

- Nicholls, D., & Viner, R. (2009). Childhood Risk Factors of Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 48 (8), 791-799. <http://doi.org/10.1097.CHI.0b013e3181ab8b75>
- OMS. (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Méditor.
- Overstreet, N., & Quinn, D. (2012). Contingencies of self-worth and appearance concerns: Do domains of self-worth matter?. *Psychology of Women Quarterly*, 36 (3), 314-325. Recuperat de <https://psycnet.apa.org/record/2012-23367-005>
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión, *Terapia psicológica*, 29 (1), 85-95. Recuperat de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- Paxton, S., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Dev Psychol*, 42 (5), 888-99. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.42.5.888>
- Pedrós, A., Hoyo, B., & López, E. (2011). Síndrome de Kleine-Levin: análisis clínico comparativo. A propósito de dos casos. *Psiquiatría Biológica*, 18(3), 124–126. Recuperat de <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-sindrome-kleine-levin-analisis-clinico-comparativo--S113459341100042X>
- Peláez-Fernández, M., Labrador, F., & Raich, R. (2012). Validation of the Spanish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for the screening of eating disorders in community samples. *Spanish Journal of Psychology*, 15 (2), 817-824. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893
- Pérez, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología. Recuperat de <https://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>

- Portela de Santana, M., da Costa Ribeiro, H., Mora Giral, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Probst, M., Kürsa, K., Van Damme, T., Diedens, J., & Vanderlinden, J. (2018). Changes in eating disorder characteristics over the years. *European Eating Disorders Review*, 26(5), 417–421. <https://doi.org/10.1002/erv.2603>
- Ramos-Brieva, J., & Cordero-Villafáfila, A. (s.d.). *Escala de Hamilton para la Depresión*. Recuperat de [https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION de Ramos Brieva y Cordero Villa ffila.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ESCALA_DE_HAMILTON_PARA_LA_DEPRESION_de_Ramos_Brieva_y_Cordero_Villafila.pdf)
- Rojó-Moreno, P., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2 year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52–57. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25771751>
- Rosenfield, R., Lipton, R., & Drum, M. (2009). Thelarche, Pubarche, and Menarche Attainment in Children With Normal and Elevated Body Mass Index. *Pediatrics*, 123(1), 84–88. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0146>
- Ruiz, C. (2006). *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Recuperat de [https://www.academia.edu/10882960/ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES EHS](https://www.academia.edu/10882960/ESCALA_DE_HABILIDADES_SOCIALES_EHS)
- Sampieri, R., Fernández-Collado, C., i Lucio, P. (2007). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill. Recuperat de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_158/recursos/e-books/16062015/metodologia.pdf
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización española de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18 (3), 287-304. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a03.pdf>

- Segura, M., Villegas, R., Placencia, P., & Sanjuan, J. (2016). La necesidad de una intervención psicológica integradora en los trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de un caso. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, 4(2), 101–120. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912887>
- Shroff, H., & Thompson, J. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3 (1), 17-23. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089205>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Buena-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (8ª ed.). Madrid: TEA. Recuperat de <https://fdocumento.com/document/stai-ansiedad-estado-rasgo.html>
- Stice, E., Davis, K., Miller, N., & Marti, C. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (4), 941-6. <http://doi.org/10.1037/a0013644>
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 51 (4), 518-25. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
- Strandskov, S., Ghaderi, A., Andersson, H., Parmskog, N., Hjort, E., Wärn, A., ... Andersson, G. (2017). Effects of Tailored and ACT-Influenced Internet-Based CBT for Eating Disorders and the Relation Between Knowledge Acquisition and Outcome: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 48(5), 624–637. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.02.002>
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1992). *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Recuperat de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670905/basto_isaac_anexo1_e_scala_alexitimia_toronto.pdf?sequence=2
- Test de Asertividad de Rathus. (s.d.). Recuperat de <http://alertate.com/educacion/conformacion/doc/Test%20de%20Asertividad.pdf>

- Test de Imagen Corporal – Cuestionario B.S.Q. (Body Shape Questionnaire). (2017). Recuperat de <http://foodtraining.es/wp-content/uploads/2017/01/Test-de-Im%C3%A1gen-Corporal-Cuestionario-B.S.Q..pdf>
- Tiggemann, M., & Polivy, J. (2010). Upward and downward: Social comparison processing of thin idealized media images. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3): 356-364.
- Universitat de Vic. (2019). *Màster Universitari en Psicologia General Sanitària: Treball de Final de Màster*. Recuperat <https://campus.uvic.cat>
- Universidad Nacional de Loja. (2011). *Inventario de Asertividad de Rathus (RAS)*. Recuperat de <https://www.studocu.com/es/document/universidad-nacional-de-loja/psicometria/resumenes/inventario-de-asertividad-de-rathus/3721267/view>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135 (11), 507-511. Recuperat de https://www.academia.edu/10159061/Declaraci%C3%B3n_PRISMA_una_propuesta_para_mejorar_la_publicaci%C3%B3n_de_revisiones_sistem%C3%A1ticas_y_metaan%C3%A1lisis
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 863–872. <https://doi.org/10.1002/eat.22723>
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20 year old girls. *European Eating Disorders Review*, 18 (3), 207-19. <https://doi.org/10.1002/erv.983>
- Wonderlich, S., Peterson, C., Crosby, R., Smith, T., Klein, M., Mitchell, J., & Crow, S. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3), 543–553. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L., McCabe, M., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences of body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.003>
- Yacila, G., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A., Reyes-Bossio, M., & Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Acta Med Peru*, 33 (3), 253-5. Recuperat de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a18v33n3.pdf>
- Zehr, J., Culbert, K., Sisk, C., & Klump, K. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior*, 52(4), 427–435. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2007.06.005>
- Zipfel, S., Wild, B., Grob, G., Friederich, H., Teufel, M., Schellberg, D., ... Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomized controlled trial. *Lancet*, 383(9912), 127–137. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)

