

Patricia VALLDEPERAS FANLO

DISSENY D'UN PROTOCOL OBJECTIU DE
VALORACIÓ CLÍNICA AMB PACIENTS AMB
TRASTORN PER AFARTAMENT (TA):

*Treball Fi de Carrera
dirigit per
Enrique ARMENGOU ORÚS*

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS
Llicenciatura en Psicologia

2012

L'home s'autorealitza en la mateixa mesura que es compromet al compliment del sentit de la seva vida.

VIKTOR FRANKL

Resum

En aquest treball es pretén dissenyar un protocol de valoració clínica objectiu del Trastorn per Afartament (TA). Per dur-lo a terme, hem començat per delimitar els símptomes dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA). Seguidament hem revisat la literatura i les investigacions sobre el trastorn. Per poder explicar les característiques més importants, les hem dividit en tres apartats, nosologia, prevalença i factors de risc. Arrel dels factors psicològics i psicopatològics, més transcendents en la gènesis clínica i l'evolució dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) hem valorat quins instruments, són més útils per valorar aquesta patologia, detectant els factors psicològics més rellevants en la definició i l'evolució vital del trastorn. Finalment els hem descrit i comparat amb els altres instruments més utilitzats per valorar la patologia alimentària.

Resumen

En este trabajo se pretende diseñar un protocolo de valoración clínica objetivo del Trastorno por Atracón (TA). Para llevarlo a cabo, hemos comenzado por delimitar los síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Seguidamente se ha revisado la literatura y las investigaciones sobre el trastorno. Para poder explicar las características más importantes, las hemos dividido en tres apartados, nosología, prevalencia y factores de riesgo. A raíz de los factores psicológicos y psicopatológicos, más trascendentes en la génesis clínica y la evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hemos valorado qué instrumentos, son más útiles para valorar esta patología, detectando los factores psicológicos más relevantes en la definición y la evolución vital del trastorno. Finalmente los hemos descrito y comparado con los otros instrumentos más utilizados para valorar la patología alimentaria.

Abstract

This paper aims to design an objective clinical assessment protocol of binge eating disorder (TA). To accomplish this, we have begun to delineate the symptoms of eating behavior disorders (TCA). Subsequently reviewed the literature and research on the disorder. To explain the most important features, we have divided into three sections, nosology, prevalence and risk factors. Following the psychological and psychopathological factors, most significant in the pathogenesis and clinical evolution of Feeding Behavior Disorders (TCA) we evaluated which tools are most useful to assess this condition, detecting the most important psychological factors in the definition and the vital development of the disorder. Finally we have described and compared with the other instruments used to assess eating pathology.

Paraules claus / Keywords

Obesitat – Instruments psicològics fiables - Afartament- Trastorn per Afartament - Trastorns de la Conducta Alimentària- Nosologia- Factors de Risc- Prevalença.
--

Sumari

Introducció.....	8
1.Explicació general dels Trastorns de la Conducta Alimentària.....	10
1.1 Classificació DSM-IV dels TCA	10
1.2 Explicació clínica breu dels TCA	11
1.3 Prevalença dels TCA.....	14
2. Nosologia, Prevalença i Factors de risc del TA.....	16
2.1 Nosologia del Trastorn per Afartament (TA).....	16
2.1.1. Definició del trastorn i de l'afartament.....	16
2.1.2 Criteris diagnòstics DSM-IV.....	19
2.1.3 Evolució del Trastorn per Afartament (TA).....	20
2.1.4 Canvis en el DSM-V.....	22
2.1.5 Síntomes clínics.....	23
2.1.6 Diferències fonamentals del Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat i obesitat sense el Trastorn per Afartament.....	25
2.1.7 Els factors psicopatològics del trastorn.....	29
2.1.8. Diagnòstic diferencial.....	31
2.1.9 Curs natural del Trastorn per Afartament (TA).....	33
2.2 Prevalença del Trastorn per Afartament (TA).....	35
2.3 Factors de risc del Trastorn per Afartament (TA).....	36
3. Instruments utilitzats per realitzar el protocol objectiu de valoració clínica de pacients amb Trastorn per Afartament (TA).....	38
3.1. Organització instruments psicològics.....	38
3.2 Descripció dels instruments.....	38
3.2.1 Entrevistes semi-estructurades.....	39
3.2.2 Instruments per al cribat o screening dels TCA.....	40
3.2.3 Instruments per a la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la Conducta Alimentària.....	40
3.2.4 Instruments per a l'avaluació psicopatològia.....	43
3.2.5 Instruments per valorar l'esquema corporal.....	46
3.2.6 Instruments per a l'avaluació de la personalitat.....	47
3.2.7 Instruments per valorar la comorbiditat.....	48
4. Comparació dels instruments psicològics més utilitzats en la pràctica clínica amb el nostre protocol.....	49
4.1 Descripció dels instruments psicològics més utilitzats en la pràctica clínica dels (TCA).....	49

4.1.1 Instruments de cribat dels TCA.....	49
4.1.2 Instruments per la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la conducta alimentària.....	50
4.1.3 Instruments per a l'avaluació psicopatològica.....	50
4.1.4 Instrument per valorar el esquema corporal.....	51
4.1.5 Instruments per l'avaluació de la personalitat.....	51
4.2 Comparació dels instruments utilitzats en el disseny del protocol amb Pràctica Clínica dels TCA.....	52
4.2.1 Instruments de cribat dels (TCA).....	52
4.2.2 Instruments per la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la conducta alimentària.....	52
4.2.3 Instruments per a l'avaluació psicopatològica.....	53
4.2.4 Instruments per valorar l'esquema corporal.....	54
4.2.5 Instruments per a l'avaluació de la personalitat.....	54
4.2.6 Instrument de valoració de la comorbiditat.....	55
Conclusió.....	56
Bibliografia	
Annexa	

Introducció

El Trastorn per Afartament (TA), com a Trastorn no especificat de la Conducta Alimentària (TCANE), cada vegada afecta més la població dels països desenvolupats, a causa de la pressió social pel culte al cos, com el camí principal cap a l'èxit i la felicitat, que es manifesta en el nostre entorn mitjançant la publicitat i la moda. Actualment l'estudi d'aquest trastorn provoca un gran interès en els investigadors clínics, perquè en el nou DSM-V el TA figurarà amb entitat pròpia com a trastorn.

L'objectiu principal d'aquest Treball de fi de carrera, és dissenyar o proposar un protocol objectiu de valoració psicològica en pacients amb Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), subtipus el Trastorn per Afartament (TA).

Ens interessa aportar amb aquest treball quines són les eines psicològiques considerades més adequades per buscar els factors psicològics amb més influència en la definició i la evolució vital del TA. Així doncs, proposem un protocol per valorar la psicopatologia pròpia, les escales generalistes, les escales dels símptomes, els factors psicològics, els factors de personalitat i la comorbiditat psiquiàtrica.

Per realitzar aquest protocol, s'utilitzaran els següents instruments psicològics: els instruments de cribat per detectar si existeix un trastorn de la conducta alimentària (SCOFF) i els instruments per valorar la imatge corporal (BSQ i el BAT), la personalitat (MCMI-II), els símptomes de la conducta alimentària (EAT-40, EDI-2 i el BITE), la psicopatologia (STAI, BIS-11, BECK, ROSEMBERG i el TAS-20) i la comorbiditat (SCL-90). Totes aquestes mesures psicològiques estan adaptades a la població espanyola i gaudeixen d'una fiabilitat i una validesa reconegudes.

A partir d'aquest objectiu general, es poden enumerar els següents objectius específics:

- Conèixer millor el Trastorn per Afartament (TA).
- Establir una definició clara d'aquest trastorn.
- Investigar quins són les millors eines psicològiques per la valoració clínica.
- Experimentar si els instruments triats són adequats per realitzar un protocol de valoració clínica.
- Evidenciar la fiabilitat i la validesa dels instruments utilitzats per aquest protocol.
- Realitzar una comparació dels instruments més utilitzats en la pràctica clínica.

- Evidenciar la nosologia del trastorn, és a dir, els símptomes clínics, les diferències principals entre el trastorn i la obesitat, els factors psicopatològics i de personalitat, la comorbiditat, l'evolució i els futurs i actuals criteris diagnòstics del TA.
- Conèixer la prevalença del trastorn.
- Profunditzar en els factors de risc.

Un objectiu futur possible d'aquest treball és aplicar aquest protocol en pacients amb aquest trastorn i, d'altre banda, valorar la millora clínica en un grup de pacients diagnosticats de Trastorn per Afartament (TA) en tractament en un Centre ABB.

El nostre estudi es basa en la hipòtesis inicial que els instruments utilitzats en aquest protocol de valoració del Trastorn per Afartament (TA) són adequats per realitzar una bona valoració d'aquest trastorn tant de manera general com en els diferents nivells d'aquesta patologia. De manera més concreta, volem delimitar la psicopatologia pròpia, les escales generalistes, els factors psicològics, els factors de la personalitat i la comorbiditat psiquiàtrica del Trastorn per Afartament (TA), per poder definir-lo correctament.

La metodologia que s'ha seguit consisteix majoritàriament en revisar les investigacions i la literatura del TA en la bibliografia disponible. Així doncs les fonts són principalment estudis que valoren i expliquen aquest trastorn.

L'estructura del treball s'organitza de la següent manera. En el primer apartat es realitza una explicació breu dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), específicament el sistema de classificació, les característiques clíniques, les complicacions mèdiques i la prevalença de l'Anorèxia Nerviosa (AN), de la Bulímia Nerviosa (BN) i dels Trastorns no especificats de la conducta alimentària (TCANE). El segon apartat tracta la nosologia del Trastorn per Afartament (TA), la prevalença i els factors de risc. En l'apartat tercer s'organitzen i s'expliquen els instruments que considerem més fiables i que valoren millor la psicopatologia pròpia del trastorn: les escales generalistes, les escales del símptomes, els factors psicològics, els factors de la personalitat i la comorbiditat psiquiàtrica. En l'apartat quart, per acabar, es contraresten els principals instruments i es realitza una comparació de les eines psicològiques amb les altres mesures més utilitzades en la pràctica clínica en l'estudi del Trastorn per Afartament (TA).

1. Explicació general dels Trastorns de la Conducta

Alimentària (TCA):

Abans d'explicar concretament el Trastorn per Afartament (TA), explicarem breument els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) principals, és a dir la seva classificació, la descripció clínica de l'Anorèxia Nerviosa, la Bulímia Nerviosa i la prevalença, per poder entendre'l dintre del seu context .

1.1 Classificació DSM-IV dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA):

Gorab (2005) defineix els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) com: Trastorns mentals en què la por a engreixar-se, l'alteració de la percepció de la imatge corporal i del pes, així com el pensament obsessiu en el menjar comporten una greu modificació de la conducta alimentària que ocasiona problemes mèdics i nutricionals marcats, els quals posen en risc la vida (pàg.33). Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) presenten una gran prevalença entre la població actual. Aquests es poden classificar principalment en tres grups segons el DSM-IV-TR Breviari (2002). El primer Trastorn de la Conducta Alimentària que trobem és l'Anorèxia Nerviosa (AN). Segons el DSM-IV-TR Breviari (2002) ha de complir els següents criteris (pàg.249):

1. Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre del valor mínim normal, considerant l'edat i la talla.
2. Por intens a guanyar pes o a convertir-se en obès, inclús estant per sota del pes normal.
3. Alteració de la percepció del pes o de la silueta corporal, exageració de la seva importància en l'autoavaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.
4. En les dones post-puberals, presència d'amenorrea, per exemple absència de, al menys, tres cicles menstruals consecutius.

Dins d'aquest trastorn hi ha dos subtipus: Anorèxia Nerviosa Restrictiva, quan durant l'episodi, l'individu no recorre regularment a afartaments o a purgues compensatòries. El segon subtipus és l'Anorèxia Nerviosa Compulsiva o Purgativa, si durant el episodi, l'individu recorre regularment a afartaments o purgues.

El segon Trastorn de la Conducta Alimentària és la Bulímia Nerviosa (BN), que, segons el DSM-IV-TR Breviari (2002), ha de complir els següents criteris per poder ser diagnosticada (pàg.250):

A- Presència d'afartaments recurrents. L'afartament es caracteritza per ingesta de l'aliment en un curt espai de temps, en una quantitat superior a la que la majoria de persones ingeririen en un període de temps similar i en les mateixes circumstàncies, i amb una sensació de pèrdua de control sobre la ingesta de l'aliment.

B- Conductes compensatòries inadequades, de manera repetida per no guanyar pes, com provocació de vòmit, ús excessiu de laxants, diürètics, ènemes o altres fàrmacs, dejú i exercici excessiu.

C- Els afartaments i les conductes compensatòries tenen lloc, com a mitjana, al menys dues vegades per setmana durant un període de tres mesos.

D- L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta.

E- L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs de l'Anorèxia Nerviosa.

Dins d'aquest trastorn trobem dos subtipus segons el DSM-IV-TR Breviari (2002). El tipus purgatiu (ANP) és dóna quan la persona es provoca regularment el vòmit, fa servir laxants, diürètics, etc, en excés. El tipus no purgatiu (ANR), apareix quan la persona realitza altres conductes compensatòries com dejú i exercici intents.

El tercer grup, segons el DSM-IV-TR Breviari (2002), agrupa els Trastorns de la Conducta Alimentària sense especificar (TCANE). Aquest grup abasteix els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) que no compleixen els criteris de cap Trastorn de la Conducta Alimentària específica esmentat prèviament. Dins d'aquestes formes incompletes del TCA, trobem, segons El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA,1995) els següents,(pàg.564):

- Anorèxia sense amenorrea.
- Anorèxia sense baix pes.
- Afartaments de baixa freqüència o poc temps.
- Conductes purgatives davant d'ingestes normals.
- Mastegar el menjar i escopir-lo sense empesar-lo.
- Trastorn per Afartament (TA).

1.2 Explicació clínica breu dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA):

Primerament, explicarem clínicament l'Anorèxia Nerviosa (AN), a continuació la Bulímia Nerviosa (BN) i després el diagnòstic diferencial.

Halmi (1996) descriu l'Anorèxia Nerviosa (AN) com: Un trastorn caracteritzat per la preocupació pel pes corporal i el menjar, una conducta dirigida cap a la pèrdua de pes, patrons peculiars de manipulació del menjar, pèrdua de pes, por intens a guanyar pes i distorsió de la imatge corporal i amenorrea (pàg. 907).

Pel que fa als símptomes o trastorns associats a aquest trastorn, segons El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA,1995) es poden presentar símptomes del tipus de: estat d'ànim deprimit, retraïment social, irritabilitat, insomni i pèrdua d'interès pel sexe a causa del seu baix pes; a més, poden presentar quadres clínics característics del Trastorn Depressiu Major (TDM). També poden tenir comorbiditat o símptomes propis del Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC). Si aquests no estan relacionats amb el menjar, el pes o la imatge corporal, és important fer un segon diagnòstic de Trastorn Obsessiu- Compulsiu.

Finalment en l'Anorèxia Nerviosa de tipus compulsiu hi ha més probabilitats de presentar conductes impulsives, com, per exemple, abús de substàncies addictives, promiscuïtat sexual, com també labilitat emocional.

En el cas de l'Anorèxia de tipus Restrictiu, és més freqüent l'aïllament social en tots els diferents àmbits. Així doncs, és primordial veure si els símptomes d'altres trastorns desapareixen en la recuperació del pes, per tenir clar el segon diagnòstic, si es dóna el cas.

Pel que fa a l'exploració física d'aquest trastorn, seguint El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA,1995), trobem diferents complicacions que es poden donar a causa de la malaltia, i que són les següents (pàg. 556):

- Bradicàrdia.
- Amenorrea.
- Estrenyiment.
- Dolor abdominal.
- Intolerància al fred.
- Letàrgia i vitalitat excessiva.
- Hipotensió.
- Hipotèrmia.
- Sequedat en la pell.
- *Lanugo*.
- Edemes perifèrics.
- Hipertrofia de les glàndules paròtides.
- Erosions dentals.
- Hiperqueratosis en el dors de la mà (signe de Russell).
- Color de pell groguenc.

Un altre Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), que explicarem clínicament és la Bulímia Nerviosa (BN), que es caracteritza per la presència d'afartaments que es donen de manera episòdica, on s'ingereixen grans quantitats d'aliments en un curt període de temps amb sensació de pèrdua de control.

Aquest episodi va seguit d'un sentiment de culpa i malestar que provoca una conducta compensatòria (vòmits autoinduïts, ús de diürètics, laxants...), per tal de disminuir els efectes dels afartaments i controlar el pes (Halmi, 1996).

Pel que fa als símptomes o trastorns associats a la Bulímia Nerviosa (BN), segons El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA,1995),els pacients poden presentar obesitat moderada a causa de l'afartament, símptomes o trastorns de l'estat d'ànim, sobretot depressius, a causa de la seva baixa autoestima, així com elevada probabilitat de patir trastorns d'ansietat o símptomes típics d'aquest trastorn. En aquest cas, d'altre banda, la probabilitat d'abús de substàncies addictives és elevada ja que aquest quadre presenta una gran impulsivitat. Finalment entre un terç i la meitat de la població dels pacients tenen atributs de personalitat amb criteris diagnòstics per a un o més Trastorn de la Personalitat (TP), així doncs la majoria pot presentar el Trastorn Límit de la Personalitat.

Pel que fa a l'exploració física, la Bulímia Nerviosa (BN), segons El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA,1995), presenta les següents complicacions mèdiques (pàg. 561):

- Pèrdua significativa i permanent de l'esmalt dental, especialment de la superfície posterior dels incisius.
- Glàndula paròtida augmentada de tamany.
- Signe de Russell (durícies en el dors de la mà).
- Irregularitats menstruals i amenorrea.
- Arítmies cardíagues.
- Esofagitis.

Després de la descripció dels Trastorns principals de la Conducta Alimentària i de la diferenciació bàsica existent entre ells, és important establir la distinció amb els quadres psiquiàtrics que més es poden confondre en fer el diagnòstic. Aquests són segons Armengou (2003), són els següents (pàg.121):

- Trastorns afectius: en la depressió, el pacient verbalitza la gana i presenta símptomes de anhedonisme i depressius; en canvi en l'Anorèxia Nerviosa (AN), apareix la sensació de gana i motivació en altres parcel·les de la vida. En els trastorns maníacs, en canvi, hi ha hiperfàgia, taquipsíquia i hiperactivitat, no amb l'objectiu de perdre pes.

- Trastorns fòbics: en les fòbies, la por al menjar es limita a determinats aliments o a situacions concretes, en canvi en els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) hi ha rebuig a tots aliments per la por a engreixar-se.
- Trastorn obsessius-compulsius (TOC): la diferenciació en aquest cas és difícil, però la diferència principal és que en el TOC els rituals no són només amb el menjar; en canvi en els TCA els rituals es manifesten únicament en la ingesta.
- Trastorns delirants: la negació a menjar pròpia d'aquest trastorn és deguda a que està associada a un aspecte delirant; en canvi en els TCA el rebuig al menjar és causat per la por a augmentar de pes.
- Trastorns orgànics cerebrals: en aquest tipus de trastorns, trobem normalment desorientació, estats de confusió o altres alteracions cognitives; mentres que en els TCA no hi ha distorsió cognitiva.
- Quadres orgànics: en aquests no hi ha alteracions de la percepció ni desig de tenir un baix pes; tampoc presenten respostes ansioses a les indicacions mèdiques.

1.3 Prevalença dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA):

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) cada vegada més tenen més presència en la nostre societat, a causa del ideal de la bellesa com a model d'èxit i felicitat. Per això és important conèixer la prevalença en la població, establir la incidència del sexe i l'edat d'aparició més comuna tant de l'Anorèxia Nerviosa (AN), de la Bulímia Nerviosa (BN), com dels TCANE en general.

Troben diferents estudis que ens mostren la prevalença dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA). L'any 1994, segons El Manual Diagnòstic, Estadístic dels Trastorns Mentals (APA, 1995), la prevalença de l'Anorèxia Nerviosa (AN) en la població adolescent femenina es movia entre el 0,5 i l'1%, i la de la Bulímia Nerviosa (BN) entre l'1 i el 3%.

Els dos estudis més rellevants sobre els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) i la seva prevalença són el de Morandé (1997 citat en García i Gaspà, 2003) i el de Pérez Gaspar (2000 citat en García i Gaspà, 2003). Aquests indiquen:

“Una elevada prevalença dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) en la població adolescent” (pàg.129).

Segons Morandé (1997 citat en García i Gaspà,2003) la prevalença és la següent:

“En l’Anorèxia Nerviosa, un 0,69%; en la Bulímia Nerviosa, un 1,24%; en els Trastorns no especificats de la conducta alimentària (TCANE). Un 2,76%, és a dir, un total de 4,7% de prevalença dels Trastorns de la Conducta Alimentària” (pàg. 129).

Els resultats són segons Pérez Gaspar (2000 citat en García i Gaspà,2003) els següents:

“En l’Anorèxia Nerviosa, un 0,3% de prevalença; en la Bulímia Nerviosa, un 0,8%; en els Trastorns no Especificats de la conducta alimentària (TCANE), un 3,1%, és a dir un total de 4,1% en els TCA” (pàg.129).

Finalment Toró (2000 citat en García i Gaspà,2003), explica el següent:

“Ja no es necessiten més estudis sobre la epidemiologia dels TCA, ja que s’ha establert que al voltant d’un 4,5% de la població femenina de 12 a 25 anys necessita assistència terapèutica per tenir un desordre en la conducta alimentària” (pàg.129).

Pel que fa a la variable del gènere, la prevalença és molt més elevada en dones que homes, concretament un 6/1 i 10/1 en tots els tipus de Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), en la població adulta. En l’Anorèxia Nerviosa (AN) encara trobem més proporció de dones, en aquesta patologia que homes, el percentatge és d’un 95%. En el cas la Bulímia Nerviosa (BN) els percentatges són més semblants. En la població infantil les diferències entre el gènere no són tant elevades, la prevalença en els nens és de la tercera part aproximadament.

Pel que fa a la edat, fonamentalment el TCA es desenvolupa en l’adolescència o en la joventut, però trobem casos de TCA que es desenvolupen en la infància i a partir dels 40 anys. Veiem concretament cada trastorn, en l’Anorèxia Nerviosa (AN) apareix durant la pubertat, l’adolescència i el inici de la joventut, les xifres disminueixen a partir dels 25 anys i són molt més baixes abans dels 9 anys. Finalment en la Bulímia Nerviosa (BN) comença una mica més tard que en l’Anorèxia nerviosa (AN), concretament a la vora dels 18 els 20 anys (García-Camba,2001). Més endavant, explicarem la prevalença del Trastorn per Afartament (TA).

2. Nosologia, Prevalença i Factors de risc del TA:

2.1 Nosologia del Trastorn per Afartament (TA):

A continuació explicarem la definició característica del TA, nombrarem els criteris diagnòstics del DSM-IV i els canvis més primordials en el DSM-V, com també l'evolució, els símptomes clínics d'aquet quadre. Posteriorment s'enumerant els factors psicològics, el diagnòstic diferencial i el curs natural del TA.

2.1.1. Definició del trastorn i de l'afartament:

El Trastorn per Afartament (TA) o *Binge Eating Disorder* (BED) és un Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA) que es troba en el grup dels Trastorns no Especificats (TCANE). Esta inclòs en l'Apèndix B del DSM-IV (APA,1995), i es reservat a possibles noves categories diagnòstiques no incloses en el DSM-IV (APA,1995), ja que no va haver dades suficients per justificar-hi la seva inclusió (Grilo,2002).

Encara que en el nou DSM-V és possible que el Trastorn per Afartament (TA) tingui una entitat nosològica pròpia com a trastorn.

El Trastorn per Afartament (TA) es defineix com a:

“ Episodis recurrents d'afartaments sense fer servir conductes impròpies és dir conductes compensatòries característiques de la Bulímia Nerviosa (BN)” (Grilo, 2002, pàg. 178).

Així doncs el afartament és, segons Mitchell,Devlin,Zwaan, Crow i Peterson (2008), ingerir una gran quantitat d'aliments i els pacients tenen una sensació de pèrdua de control sobre l'episodi de que tenen un afartament de manera objectiva i es defineix en termes quantitativus i no qualitativus.

La definició de l'episodi de l'afartament en el DSM-IV (APA,1995) és aplicable tant a la Bulímia Nerviosa (BN), com al Trastorn per Afartament (TA).

“El quadre clínic es descriu per episodis recurrents d'afartaments de menjar amb sensació subjectiva i manifestacions comportamentals de falta de control sobre ells mateixos, i sobretot amb el menjar” (García-Camba ,2001, pàg.141).

És important tenir clara la definició de l'afartament en la vesant psicològica, per poder diagnosticar correctament aquest trastorn. Així doncs, segons el DSM-IV (1995), explica que per diagnosticar el Trastorn per Afartament (TA) és necessari que els episodis d'afartaments provoquin un mal estar clínicament significatiu, durant i després dels episodis i preocupació per els seus efectes a llarg plaç sobre el pes i la imatge corporal (pàg.142).

La principal característica de l'afartament és la pèrdua de control, és a dir, ingerir grans quantitats d'aliments de forma compulsiva, però és difícil establir la quantificació de manera objectiva (García-Camba, 2001).Després de l'afartament hi

ha un gran sentit de culpabilitat i mal estar en sí mateix, però contràriament a la Bulímia Nerviosa (BN), no es recorreix a cap conducta compensatòria. Per considerar l'afartament de forma correcta dins del camp psicològic hi ha d'haver la sensació de falta de control amb l'ingesta i una gran quantitat de menjar ingerit.

Les manifestacions psicològiques de la pèrdua de control són: menjar molt de pressa, menjar fins notar una desagradable sensació de plenitud i ingerir grans quantitats d'aliments quan no existeix gana, i posteriorment sensació de disgust, culpabilitat després dels episodis, és a dir de l'afartament (García-Camba,2001). Diferents investigacions o estudis han intentat que el Trastorn per Afartament (TA) tingui una entitat nosològica a partir d'una definició clara i definir els aspectes bàsics d'aquest trastorn, però aquesta tasca planteja diferents dificultats. La primera té relació amb la definició de l'afartament. Spitzer i col·laboradors (1992 citats en Sánchez-Planell i Fernández-Valdés, 2002) el van descriure en base a dos criteris:

- Episodis curts actualment, conservat en el DSM-IV tant en a la BN i el TA.
- Menjar grans quantitats d'aliments durant el dia no inclòs en el DSM-IV.

En l'EDE segons Sánchez-Planell i Fernández-Valdés (2002) es classifiquen els episodis d'afartament, per tal de poder-los diferenciar de manera objectiva o subjectiva com podem veure en la següent taula (pàg.315) :

	Gran quantitat de menjar.	No gran quantitat de menjar, però subjectivament excessiva.
Pèrdua de control	Episodis bulímics objectius.	Episodis bulímics subjectius.
No pèrdua de control.	Sobreingesta subjectiva`.	Sobreingesta subjectiva.

Fer l'avaluació correcta de l'afartament ha provocat una gran problemàtica. Un instrument per valorar l'afartament com hem dit anteriorment, és l'EDE de Cooper i Fariburn (1987 citat en Mitchell et al., 2008) una entrevista semi-estructurada que valora la patologia de l'alimentació i diferencia l'afartament objectiu i el subjectiu, és a dir, el del pacient que ho percep de manera subjectiva, i el de l'especialista que ho veu de manera objectiva. Els dos tipus requereixen la sensació de pèrdua de control. En un episodi objectiu l'entrevistador està d'acord amb el pacient en que la quantitat de menjar és gran, comparada amb la ingerida per altres persones que mengen en aquelles circumstàncies. Aquesta entrevista inclou el picar que es defineix con una forma de menjar sense ser planificada i repetida sense pèrdua de control.

L'estudi de Pratt(1998 citat en Sánchez-Planell i Fernández-Valdés, 2002) diu:

" El tamany i la intensitat dels afartaments no esta relacionat amb altres mesures de psicopatologia, del qual diu que no és un factor significatiu" (pàg.315).

La segona dificultat segons Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002) és el criteri de l'absència de conductes compensatòries perquè aquestes no estan ben definides, no se sap quines conductes compensatòries, presents també en el Trastorn per Afartament (TA), es consideren inadequades. El tercer problema i el considerat més important segons Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002) és la definició del Trastorn per Afartament (TA) que no es diferencia clarament de la Bulímia Nerviosa no purgativa (BNnoP), considerada més greu que la Bulímia Nerviosa purgativa (BNP) i menys greu que el Trastorn per Afartament (TA), tot i que hi ha estudis que mostren que cada trastorn té la seva pròpia gravetat i els seus propis símptomes característics.

Trobem diferents autors, com Flater i Quadflieg (2001 citats en Mitchell et al., 2008), que valoren, l'afartament de manera experimental per poder complir amb les definicions del DSM-IV, és a dir amb els criteris de l' afartament establerts per aquest manual.

Però Marcus i els seus col·laboradors (1992 citats en Mitchell et al.,2008), van observar:

"El 25% dels episodis d'afartament amb obesos poden durar un dia sencer, així que el criteri de duració del DSM-IV de l'afartament normalment falla" (pàg.5).

Cooper i Faiburn (2003 citat en Mitchell et al. 2008), diuen, que és molt difícil diferenciar els episodis d'afartament, com ara determinar si les quantitats ingerides són realment grans i determinar la pèrdua de control.

El problema principal del Trastorn per Afartament (TA) com a trastorn segons Mitchell et al.(2008), és el seu principal símptoma, els afartaments, que no estan ben establerts de manera funcional. Així doncs costa molt diferenciar els tipus d'afartaments i classificar-los. L'afartament del Trastorn per Afartament (TA), per exemple, és difícil de recordar perquè té una presència constant en el procés i no està clarament marcat el final de l'episodi.

Glandis (1998 citat en Mitchell et al., 2008), diu:

“La definició de l'afartament no s'ajusta a criteris clínics” (pàg. 6).

Els criteris diagnòstics han de ser ampliat segons les investigacions, ja que la major part dels pacients amb aquest trastorn, no compleixen els criteris de freqüència que indica el diagnòstic.

Segons Beumont (1994 citat en Mitchell et al., 2008), diu:

“El criteri de freqüència no té tanta utilitat per al diagnòstic” (pàg.6).

Per altre banda, segons Mitchell et al.(2008) expliquen que l'angoixa present en el pacient quan pateix l'episodi d'afartament és un component psicològic necessari per diagnosticar aquest trastorn. Aquesta angoixa comporta sensacions desagradables durant i després de l'episodi i preocupacions a llarg plaç sobre el seu efecte en el pes i el cos.

Spitzer (1992 citat en Mitchell et al., 2008), explica aquest tret psicològic fa que disminueixin els falsos positius, ja que en l'estudi de en què se suprimeix aquest tret, van augmentant els individus amb criteris del Trastorn per Afartament (TA).

Finalment, aquest criteri és difícil d'avaluar perquè implica un estat emocional. Un altre risc segons Mitchell et al.(2008) és el de superposició de les definicions relacionades amb la majoria de les categories. La frontera més problemàtica és l'existent entre Trastorn per Afartament (TA) i la Bulímia Nerviosa no purgativa (BNnoP).

2.1.2 Criteris diagnòstics DSM-IV (APA, 1995):

El Trastorn per Afartament (TA) el trobem dins del grup de trastorns no especificats (TCANE), però actualment s'està plantejant fer una revisió d'aquesta taxonomia per tal de considerar-lo un trastorn independent, a causa de la seva elevada prevalença, recentment s'ha aconseguit una individualització nosològica.

Segons el DSM-IV (APA,1995) el Trastorn per afartament (TA), té el següents criteris diagnòstics (pàg.745):

- A. Episodis recurrents d'afartaments.
- B. Presència de tres o més dels següents símptomes:

- Ingesta molt més ràpida del normal.

- Menjar fins sentir-se desagradablement ple.
- Ingesta de grans quantitats de menjar sense gana
- Menjar a soles per amagar la seva voracitat.
- Sentir-se a disgust amb un mateix, depressió, o gran culpa darrera de l'afartament.

- C. Profund malestar en recordar els afartaments
- D. Afartaments amb mitja de dos dies a la setmana durant sis mesos.
- E. L'afartament no s'associa a estratègies compensatòries inadequades i no apareixen exclusivament en el transcurs d'una Anorèxia o una Bulímia nerviosa.

2.1.3 Evolució del Trastorn per Afartament (TA) :

El trastorn per afartament (TA) com a Trastorn de la Conducta alimentària (TCA), té una gran participació, a causa de les noves investigacions sobre aquest trastorn (García-Camba, 2001). Si ens fixem en les observacions prèvies a la classificació dels trastorns, Korhober (1949 citat en Guisado i Vaz, 2001), va definir:

El stuffing syndrome com: “ una entitat d'obesos caracteritzats per tres símptomes; hiperfàgia, malestar emocional i depressió” (pàg.27).

Stunkard (1959 citat en Guisado i Vaz, 2001), va observar en un grup d'obesos l'existència d'afartaments. Aquest el va descriure com:

“ Episòdi d'ingesta de grans quantitats de menjar seguit de culpa, malestar i intent de fer dietes, tot sense conductes compensatòries” (pàg.27).

Aquestes observacions es van fer prèviament per Hamburger (1951 citat en Guisado i Vaz, 2001) va veure en els obesos un tipus de hiperfàgia, aquesta anava acompanyada d'un desig compulsiu per el menjar.

Pel que fa a la nosologia del diagnòstic, aquest trastorn ha anat canviant amb els anys, és a dir, han canviat els criteris diagnòstics del DSM, pel que fa als afartaments. Les variacions han sigut les que explicaré a continuació.

L'any 1980, en el DSM-III , citat per Sánchez-Planell i Fernández-Valdés (2002) es va introduir la Bulímia, considerada com a tal per la descripció de Stunkard (1959 citat en Sánchez-Planell i Fernández-Valdés, 2002) que considerava pacients amb

aquest quadre a tots els que realitzaven afartaments, tant si hi havia conductes compensatòries o no.

Posteriorment en 1987, en la versió revisada del DSM-III-TR, citat per Sánchez-Planell i Fernández-Valdés (2002) es va canviar el terme de la bulímia per el de Bulímia Nerviosa (BN), terme utilitzat per Russell (1979 citat en Sánchez-Planell i Fernández-Valdés,2002),(pàg.314). El diagnòstic de la Bulímia Nerviosa (BN) s'aplicava a les persones que realitzaven episodis d'afartaments amb conductes compensatòries, per evitar els efectes contraproductes de l'afartament, és a dir, l'augment de pes.

L'any 1994 es van establir els dos canvis més innovadors, en el DSM-IV, segons Sánchez-Planell i Fernandez-Valdés (2002):

El primer va estar dedicat a la Bulímia Nerviosa (BN), que van dividir en dos subtipus: purgativa i no purgativa. El segon canvi va ser en el apèndix B de criteris i eixos proposats per el diagnòstic, on es va incloure el Trastorn per Afartament (TA),(pàg.314).

Gràcies a l'estudi realitzat per Spitzer i cols (1992 citat en García-Camba, 2001) explica:

El Trastorn per Afartament (TA) s'ha delimitat com a entitat nosològica s'aplicava a un grup d'individus amb problemes d'afartaments recurrents, però sense conductes compensatòries. El estudi conclouia dient que el Trastorn per Afartament (TA) es podia diagnosticar amb un gran índex de fiabilitat i molt freqüentment, ja que podia afectar el 30% dels pacients inclosos en programes hospitalaris d'aprimament (pàg. 143).

Abans de la publicació d'aquest estudi, diferents autors havien observat diferents quadres, on es presentaven afartaments sense conductes compensatòries, com ara (García-Camba,2001):

- Síndrome del menjador nocturn: es caracteritza per una sobreingesta nocturna d'aliments, mentre durant el dia hi ha un restricció alimentària. A diferència del TA no hi ha preocupació pel menjar ni per la dieta.
- Obesitat amb afartaments.
- Síndrome de l'hipermenjador compulsiu.
- Síndrome del *relleno*.

Les diferències esmentades anteriorment entre el Trastorn per Afartament (TA) i la obesitat sense TA, resultat de les diferents investigacions, van provocar la proposta d'incloure el DSM-IV com a trastorn amb entitat nosològica pròpia. Aquesta proposta es va veure rebutjada perquè encara faltava molta investigació sobre aquest trastorn.

Però actualment en el DSM-V el debat torna a estar obert, per tal de poder tenir una definició clara i concreta d'aquest trastorn i incloure'l amb entitat nosològica pròpia en la futura edició del DSM-V (García-Camba,2001).

2.1.4 Canvis en el DSM-V:

El DSM-V ha generat molts interrogants sobre els canvis dels trastorns. No tots els canvis proposats satisfan els clínics i els investigadors. Els canvis que nombraré a continuació sobre els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), encara no són considerats com a definitius, perquè encara s'hi estan realitzant modificacions d'anàlisis.

Segons la APA (2010) la posició dels TCA estaria considerat just després dels trastorns somàtics i quedaria darrera dels trastorns del son i els trastorns sexuals. Es proposa un canvi de nom *Feeding and Eating Disorders* (Trastorn de la ingestió i de la Conducta Alimentària), com es diu en el DSM-IV la secció del Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA) en l'inici de la infantesa i l'adolescència, així doncs tots els trastorns s'inclouen en la mateixa categoria. El canvi que més ens interessa és el del Trastorn per Afartament (TA), que ja no estarà inclòs en el apartat dels trastorns no especificats (TCANE) sinó que serà catalogat com a un trastorn independent, amb una entitat nosològica pròpia.

Així doncs, la categoria diagnòstica dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) inclou els següents trastorns segons la APA (2010):

- Pica.
- Trastorn per ruminació.
- Trastorn de la ingestió alimentària evitativa o restrictiva.
- Anorèxia Nerviosa (AN).
- Bulímia Nerviosa (BN).
- Trastorn per Afartament (TA).
- Altres Trastorns Especificats i conducta alimentària.
- Trastorn no especificada de la ingestió i la conducta alimentària.

Pel que fa als criteris diagnòstics les variacions dels Trastorns de la Conducta Alimentària són les següents segons l'APA (2010), en el DSM-V:

- Anorèxia Nerviosa (AN): en el criteri A canvia la paraula rebuig per restricció. Com també s'elimina la quantitat de pes per diagnosticar aquest trastorn. Al criteri B, la presència de por intents a guanyar pes, se li afegeix o conducta persistent que interfereix amb el augment del pes. El criteri D desapareix, així doncs la amenorrea com a criteri es suprimeix per diagnosticar aquest trastorn. Finalment al subtipus AN s'afegeix una durada de tres mesos per poder-lo identificar.

- Bulímia Nerviosa (BN): en aquest trastorn només es modifica el criteri C, així doncs es canvia el període de temps de realització de conductes compensatòries de 2 vegades per 1 vegada per setmana, però es manté com a paradigma d'un període de temps de tres mesos. També s'eliminen els subtipus perquè, en la practica clínica, costa molt diferenciar el no purgatiu del TA.

- Trastorn per Afartament (TA): no es canvien els criteris diagnòstics del DSM-IV, la única variació és el criteri de duració de l'afartament una vegada per setmana durant tres mesos, igual que en la Bulímia Nerviosa (BN).

Finalment, tots aquests canvis contribuiran a un millor diagnòstic dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), i en el cas del Trastorn per Afartament (TA) permetrà establir una definició més clara del trastorn, així com fer-ne una millor identificació.

2.1.5 Síntomes clínics:

Considerem essencial establir els símptomes clínics del Trastorn per Afartament (TA), per tal de poder conèixer les seves característiques psicològiques i poder-lo diferenciar d'altres Trastorns Psiquiàtrics.

El TA té les següents característiques físiques segons Guisado i Vaz (2001):

- Moltes fluctuacions de pes.
- Major obesitat.
- Dificultats elevada per perdre pes.
- Dificultat per mantenir el pes perdut.
- Ingesta de gran quantitat de menjar en poc temps.

Seguint Guisado i Vaz (2001), les característiques clíniques principals del Trastorn per Afartament (TA), són les següents:

- Major deteriorament de l'àrea del treball. Deteriorament de l'àrea social i les relacions interpersonals.
- Preocupació elevada pel pes i la forma corporal, insatisfacció però sense distorsió.
- Comorbiditat en diferents eixos diagnòstics.
- En l'adulthood ,excessiva dedicació a realitzar dietes.
- Problemes emocionals.
- Consum i abús de substàncies, sobretot d'alcohol.
- Antecedents de depressió en la història clínica.
- Historia d'obesitat severa (IMC superior el 35).
- Inici precoç de sobrepès.
- Inici de les dietes en edats joves

Les emocions del Trastorn per Afartament (TA) han sigut estudiades per diferents autors, que observen que abans del trastorn hi ha estats emocionals i situacions socials negatives. Quan el o la pacient menja obté una gratificació però les vivències després de l'afartament són negatives (culpa, ràbia, remordiments...), (García-Camba,2001).

El estudi de Johnson i cols (1995 citat en García-Camba,2001) explica les emocions arriba a la conclusió de què a major tensió emocional major tendència a l'afartament amb estat d'ànim negatiu.

Pel que fa a l'imatge corporal, seguint a García-Camba (2001) en el TA no hi ha distorsió de l'esquema corporal per l'evident obesitat, però hi ha una elevada insatisfacció corporal.

En el cas del Trastorn per Afartament (TA), el funcionament psicològic d'aquest trastorn presenta diferents problemes psicològics comorbids. Alguns d'aquests problemes són la baixa autoestima causada per la insatisfacció amb el cos, la inhibició social a causa de les poques habilitats socials i, per excel·lència, l'angoixa, provocada per no poder controlar els constants episodis d'afartament i a la vegada per la insatisfacció amb la imatge física (Grilo, 2002).

Finalment, diferents estudis mostren la presència d'alexitimia amb el Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat. Alexitimia és un tret de la personalitat que es caracteritza per l'incapacitat de viure experiències i d'expressar emocions. Hi ha una relació entre el menjar emocional i l'alexitimia.

Larsen (2006, citat en Mitchell et al.,2008), explica sobre aquest tret psicològic:

“S'ha demostrat que està més present en homes que en dones” (pàg.18)

2.1.6 Diferències fonamentals del Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat i obesitat sense el Trastorn per Afartament (TA):

Abans de parlar de les diferències entre els pacients obesos sense Trastorn per Afartament i el Trastorn per Afartament amb obesitat, és important tenir clara la definició de l'obesitat, les seves característiques clíniques, les complicacions mèdiques i l'etiologia.

L'obesitat és l'acumulació excessiva de grassa corporal, que es considera sobrepès. L'obesitat no és un trastorn psiquiàtric com l'Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN), sinó un trastorn mèdic, ja que normalment presenta causes físiques. La mesura psicomètrica més correcta per calcular la massa corporal s'anomena Índex de massa corporal (IMC), que s'obté amb la fórmula matemàtica: el pes dividit per l'altura al quadrat (Halmi,1996).

Bray (1978, citat en Halmi, 1996) diu:

“L'Índex de Massa corporal (IMC) posseeix la correlació més elevada de 0,8 amb la mesura de la grassa corporal realitzada mitjançant mètodes de laboratori més precisos” (pàg.920).

Va proposar una classificació de les persones amb gran pes per classificar-les segons el seu risc per a la salut que és el següent d'acord amb el seu IMC: baix risc (IMC de 25-30), de risc moderat (IMC de 31-40) i alt risc (IMC > 40), (pàg.920).

Segons l'IMC, podem diferenciar diverses categories, seguint a Bray (1978, citat en Halmi,1996),(pàg.920):

- Obesitat, IMC superior de 30.
- Sobrepès, IMC de 25-30.
- Normopès, IMC de 18 a 25.

- Baix pes, IMC de 17 a 18.
- Infrapès, IMC de 16 a 17.

Pel que fa a les característiques clíniques de l'obesitat, la majoria de les causes són físiques i comporten complicacions mèdiques degut a aquest elevat pes. A nivell conductual i psicològic trobem alteració de la conducta alimentària i pertorbació emocional (Halmi,1996).

Segons Halmi (1996), les persones amb obesitat manifesten preocupació per no poder aturar la ingestió incontrolada d'aliments i problemes per saciar-la. Normalment l'obesitat es manifesta per una alteració emocional, així doncs aquestes persones mengen quan senten debilitat emocional o tenen problemes. Des del punt de vista metodològic, seguint a Halmi (1996), els diferents estudis han demostrat que no existeix una psicopatologia excessiva en l'obesitat.

En un estudi aplicat a pacients obesos en preparació per a una operació cirúrgica de bypass gàstric, el diagnòstic més freqüent va ser el de Trastorn Depressiu Major. No obstant, la prevalença en la població anterior no va ser més elevada que en la població general. Les persones obeses presenten un menyspreu elevat cap a la seva imatge corporal, sobretot si la obesitat ha estat present des de la infantesa. Aquests pacients pateixen perjudicis i burles constants a causa de la seva imatge, per això presenten una contínua desavantatge educativa, social i laboral.

Segons Halmi i cols (1980 citat en A.Halmi,1996):

“La major part dels obesos presenten un quadre d'ansietat i depressió quan Intenten fer regim” (pàg.920).

L'obesitat presenta diferents complicacions mèdiques, ja que afecta a moltes funcions fisiològiques. Les complicacions poden ser les següents seguint a Halmi (1996): dificultats amb la circulació sanguínia; problemes cardíacs; elevada hipertensió; intolerància als carbohidrats; diabetis mellitus. Una altra complicació és el dèficit en la funció pulmonar, que a la vegada comporta hipoventilació, hipercàpnia, hipòxia i somnolència; aquest últim conjunt de símptomes s'anomena la síndrome de Pickwick. Aquesta síndrome provoca un grau elevat de mortalitat. L'obesitat comporta el desenvolupament de osteoartritis i problemes dermatològics

com l'estirament de la pell. En les dones presenta un gran risc obstètric i una predisposició a la toxèmia i a la hipertensió.

L'obesitat està relacionada amb diferents càncers. La probabilitat de contraure aquesta malaltia és elevada sobretot en el càncer de vesícula biliar i en el de mama per l'elevada producció d'estrògens.

També es pot presentar càncer del cèrvix, a l'endometri, a l'úter i càncer d'ovari. Finalment, les lipoproteïnes de baixa densitat augmenten amb l'obesitat i les d'alta densitat amb colesterol-HDL estan reduïdes. Així doncs, aquests baixos nivells poden ser un mecanisme per el qual l'obesitat s'associa amb un increment de risc de la malaltia cardiovascular.

Pel que fa a l'etiologia de l'obesitat, no existeix un sol origen. La causa més comuna, segons les investigacions, és l'herència genètica que interfereix amb les influències culturals i ambientals, com ho mostren els resultats. El 80% de la descendència de pares obesos són fills obesos. Els estudis amb bessons i amb nens adoptats demostren que els factors genètics influeixen en aquest trastorn (Halmi,1996).

Finalment, les persones que presenten obesitat són menys actives, motiu pel qual no tenen una despesa calòrica.

Després d'explicar en què consisteix l'obesitat, és important nombrar les diferències principals entre el TA amb obesitat i l'obesitat sense aquest quadre.

Troben diverses diferències entre el Trastorn per Afartament i l'obesitat sense aquest trastorn, de fet la única característica que comparteixen és l'obesitat. A continuació explicaré les diferències més importants investigades per els especialistes clínics.

Primerament, trobem la diferència en la prevalença d'aparició del trastorn.

El Trastorn per Afartament (TA) es produeix en dones més joves que presenten sobrepès respecte a l'aparició de l'obesitat en pacients sense aquest quadre (Guisado i Vaz, 2001).

En segon lloc,seguint a Guisado i Vaz (2001) trobem diferents estudis que mostren tasses més elevades de problemes psicològics en pacients amb aquest trastorn de la conducta alimentària que en d'altres controlats o amb obesitat sense aquest trastorns. Els resultats mostren que presenten un índex més elevat en comorbiditat

de trastorns psiquiàtrics i trastorns de la personalitat, que en els grups control i el individus amb obesitat sense Trastorn per Afartament (TA).

Concretament, en el Eix I el Trastorn per Afartament (TA) presenta una comorbiditat del 60%, en canvi en els pacients obesos sense Trastorn per Afartament (TA) en presenta un 34%.

En el cas de trastorns de la personalitat, aquest presenta una prevalença del 35%, en canvi en els obesos sense aquest símptoma, un 16%. És evident doncs, que el Trastorn per Afartament (TA) presenta major comorbiditat amb altres trastorn psiquiàtrics.

La psicopatologia també inclou segons Mitchell et al. (2008) un major nivell de depressió i ansietat, augment de la freqüència dels pensaments automàtics negatius, major prevalença de conductes impulsives i elevats nivells d'ira.

Altres estudis sobre psicopatologia comòrbida, també mostren diferències respecte al Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat i obesitat sense aquest trastorn: aquestes són segons Sánchez-Planell i Fernández-Valdés (2002):

- 30%-50% de pacients amb el Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat presenten més episodis depressius. No hi ha diferència en la *dístímia*.
- Trobem diferències significatives en prevalença del Trastorn de pànic.
- Obesos amb Trastorn per Afartament (TA) presenten major abús d'alcohol i substàncies, comparat amb els obesos sense Trastorn per Afartament (TA).
- Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat, tenen major possibilitats de presentar Trastorn Evitatiu de la Personalitat, Trastorn histriònic de la Personalitat i Trastorn Límit de la Personalitat.
- Major presència de trastorns psiquiàtrics en funció dels afartaments.

En tercer lloc, diferents investigacions presenten diferències entre els obesos amb afartaments i els obsessos sense aquest segon símptoma segons García-Camba (2001), aquestes són:

- Proporció directa entre la quantitat d'afartaments i el grau d'adipositat.

- Major abandonament dels programes d'aprimament i el major prevalença a recuperar el pes perdut en menor rapidesa.
- Més resistència a perdre pes.
- No hi ha diferències físiques (concentració de lípids, metabolisme basal...).

En quart lloc, si ens fixem en la insatisfacció corporal, els pacients amb Trastorn per Afartament (TA), presenten un grau més elevat de insatisfacció corporal i el pes (Guisado i Vaz, 2001).

Cinquenament, un estudi sobre afectats pel Trastorn per Afartament (TA) i obesos sense aquest trastorn, mostra que el primer grup ingereix major número de calories. (García-Camba, 2001). D'altra banda, segons Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002), tenen més baixa autoestima, dificultats per interpretar la gana i la sensació de sacietat. Hem d'afegir, a més, que els obesos amb Trastorn per Afartament (TA) i els obesos sense TA tenen en comú que no hi ha nivells de restricció.

Per altre banda, segons Hundson (2006 citat en Mitchell et al., 2008) diu:

L'associació del Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat és fa més forta quan s'incrementen els nivells de l'Índex de Massa Corporal (IMC), (pàg.17).

Finalment, Zwaan (2003 citat en Mitchell et al., 2008) explica que el Trastorn per Afartament (TA) amb obesitat en comparació amb obesos sense aquest, tenen més afectades les qualitats relacionades amb la salut i les qualitats relacionades amb el pes de la vida.

2.1.7 Els factors psicopatològics del trastorn:

Després d'explicar les diferències principals entre el Trastorn per Afartament amb Obesitat i la Obesitat sense Trastorn per Afartament, ens centrarem en els factors psicopatològics.

“ El Trastorn per Afartament (TA) es considera que està entre la BN i els obsessos sense TA” (Guisado i Vaz, 2001, pàg. 29).

El Trastorn per Afartament (TA), com que és un Trastorn de la Conducta alimentària (TCA), presenta com la majoria d'aquests actituds alterades respecte al pes i a la forma corporal. Diferents investigacions mostren que la gravetat de la psicopatologia

d'aquest trastorn no està relacionada amb el grau de obesitat. Així doncs, les característiques cognitives del Trastorn per Afartament (TA) són més importants i no només reflecteixen la obesitat (Grilo,2002). El Trastorn per Afartament (TA) la comorbiditat no està relacionada amb obesitat, sinó amb la gravetat dels afartaments, és a dir els símptomes depressius comportant una vulnerabilitat a recaure en els afartaments, com també a afartar-se per pal·liar els símptomes depressius, fet que mostra que la depressió és conseqüència del Trastorn per Afartament (TA).

Mitchell et al.(2008), expliquen la relació el Trastorn Ansietat i els Trastorn per Abús de Substàncies són polèmiques. Fairbun (1998 citat en Mitchell et al., 2008) explica, el Trastorn per Afartament (TA) sembla que hagin heretat segons de la família sobretot en el cas de dones, el Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), l'ansietat i depressió.

Bulik (2002 citat en Mitchell et al.,2008), diu:

Les mostres de la comunitat dels estudis, en les mostres de la població van observar, en relació amb el *binge eating*, podia tenir més risc a presentar segons Trastorn depressiu Major (DM), Trastorn de pànic, Fòbia i Dependència el alcohol (pàg.21).

Wilfley i Colaboradors (2001 citat en Mitchell et al.,2008), van veure:

Que el Trastorn per Afartament (TA) en mostres comunitàries presentaven nou vegades més possibilitats de tenir un Trastorn de Ansietat i que aquest trastorn provocava que els individus amb Trastorn per Afartament (TA) no busquessin tractament a causa de la comorbiditat (pàg. 21).

Si continuem mirant els estudis de comorbiditat, la presència d'aquesta és més alta, sobretot en el Trastorn Depressiu Major (TDM), concretament del 50 al 60%. Però la comorbiditat també és presenta elevada en el Trastorn per Abús de l'alcohol i el Trastorn de Ansietat (Grilo, 2002). Com també és més freqüent trobar aquesta en Trastorns afectius, Trastorn de personalitat. Un estudi del *National Women* mostra que el Trastorn per Afartament (TA) té més comorbiditat amb els trastorns de pànic, en les disfuncions familiars, el abús i el abandonament emocional.

Com també, major tendència a la cleptomania i a les compres compulsives. Si comparem aquest quadre amb la Bulímia Nerviosa (BN) no tenen major impulsivitat i tampoc autoagressions. Es destaca l'abús en el consum de cànnabis i d'altres

substàncies, com també antecedents d'alcoholisme en familiars. Per totes aquestes comorbiditats es creu que el Trastorn per Afartament (TA) s'hauria de incloure en els Trastorns Afectius o en el Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC) (García-Camba, 2001). Un estudi en pacients de diferents sexes, revela que els homes tenen més tendència a presentar major comorbiditat en el Trastorn d'Abús de Substàncies, concretament el 57-28% (Grilo, 2002). D'altres estudis mostren alts percentatges del Trastorn de la Personalitat (TP) i inhibició socials dels pacients amb Trastorn per Afartament (TA), concretament si mirem la comorbiditat del Trastorn per Afartament (TA) amb el Trastorn de Personalitat no trobem molts estudis que examinin els patrons de diagnòstic del Eix II amb els individus amb Trastorn per Afartament (TA). Els estudis anteriors suggereixen, entre els subjectes que pateixen TA que hi ha més probabilitats de presentar els següents trastorns de la personalitat: evitació, comportament obsessiu-compulsiu i límit (Mitchell et al., 2008).

Finalment, com hem dit anteriorment, la comorbiditat és més elevada si es relaciona amb la gravetat de l'afartament, així doncs, en la psicopatologia, l'Eix II es relaciona significativament amb la gravetat dels afartaments, així com en la psicopatologia relacionada amb l'alimentació en el inici de l'estudi i el Trastorn de la Personalitat (TP) del clúster B, on van coincidir amb els resultats de la predicció dels nivells significativament més alts dels afartaments, en un any de seguiment del grup, segons Wilfley (2000 citat en Mitchell et al., 2008), (pàg. 22).

2.1.8. Diagnòstic diferencial:

Pel que fa el diagnòstic diferencial, les diferències són de difícil definició, i en la pràctica no és tan fàcil veure-les, sobretot en el Trastorn de la Bulímia Nerviosa (BN) de tipus no purgatiu. De tota manera, en el Trastorn per Afartament (TA) no hi ha mesures compensatòries inadequades per a l'afartament, pròpies de la Bulímia Nerviosa (BN) (García-Camba, 2001).

El grau d'obesitat també diferencia aquests dos trastorns com ho demostra l'estudi de Spitzer i cols. (1992 citat en García-Camba, 2001), que demostra que:

El Trastorn per Afartament (TA) és més freqüent en l'obesitat greu, és a dir, en un índex de massa corporal superior al 33 i majors fluctuacions ponderals que en la Bulímia Nerviosa (BN). Però la preocupació pel cos i el pes es dona igual en la Bulímia Nerviosa (BN) que en el Trastorn per Afartament (TA). El mateix estudi citat anteriorment mostra que la Bulímia Nerviosa (BN) presenta major afectació en el rendiment laboral, així com major consum

d'alcohol i substàncies addictives i més antecedents d'abús sexual (pàg.148).

Una altra diferència del tipus de l'afartament entre el Trastorn per Afartament (TA) i la Bulímia Nerviosa (BN), segons Mitchell, et al. (2008) és l'hedonisme.

En aquest estudi es va constatar que els pacients afectats pel TA eren més propensos a afirmar que gaudien amb el menjar. També informaven que els provocava un estat de relaxació i menys molèsties físiques, així com disminució de l'ansietat després de l'afartament comparat amb el grup de pacients amb la Bulímia Nerviosa (BN).

Els pacients amb Trastorn per Afartament (TA) són molt semblants als afectats per la Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN) pel que fa al nivell d'actituds disfuncionals en relació amb les idees sobrevalorades del menjar, el pes i la forma corporal. En la Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN) la principal diferència amb el Trastorn per Afartament (TA) és que el Trastorn per Afartament (TA) presenta puntuacions molt més baixes de menjar amb moderació. En el cas de la Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN) hi ha una restricció alimentària extrema, és una característica psicopatològica que no presenta el TA (Mitchell et al., 2008).

Hi ha diversos estudis centrats en la característica somàtica del Trastorn per Afartament (TA) que han mostrat diferències en els pacients que inicien el quadre clínic amb afartaments i els que comencen amb conductes restrictives segons Sánchez-Planell i Fernández-Valdés (2002). Els resultats indiquen que els pacients que comencen amb l'afartament (35-40% del TA), comparats amb els restrictius, presenten episodis d'afartament més d'hora, així com també, a causa dels episodis, presenten obesitat d'inici més aviat, tenen més vulnerabilitat i major afectació de les crítiques externes a la seva figura corporal i al pes, major presència d'esdeveniments estressants i són diagnosticats com afectats per Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) en edats més primerenques.

Els pacients amb Trastorn per Afartament (TA) són significativament diferents, que els subjectes de control amb sobrepès i pes normal sense aquest trastorn, en diferents aspectes de la psicopatologia alimentària (Mitchell et al., 2008).

2.1.9 Curs natural del Trastorn per Afartament (TA):

El curs natural del Trastorn per Afartament (TA) mostra controvèrsia en quant als resultats de les variables respecte a l'estabilitat del temps i en quant a les taxes de remissió espontània en pacients amb aquest trastorn.

Diferents estudis o mostres Cachelin i col·laboradors (1999 citat en Mitchell et al., 2008) van descriure:

El curs de 6 mesos en 31 pacients amb TA en la comunitat diagnosticats a partir de l'EDE. Al final dels 6 mesos 10 s'havien perdut durant el seguiment; dels 21 restants, 11 (52,4%) seguien complint criteris de Trastorn per Afartament (TA), els altres 10 es trobaven en remissió parcial (pàg.16).

Un altre estudi en una gran comunitat va estudiar el curs de 5 anys de 48 pacients amb Trastorn per Afartament (TA). Segons Fairburn (2000 citat en Mitchell, et al., 2008) 8 pacients es van perdre durant el seguiment i dels 40 restants, només un 7 (18%) tenia el Trastorn per Afartament (TA) després de 5 anys.

Aquest estudi proporciona l'evidència de què el Trastorn per Afartament (TA) pot tenir una remissió espontània de taxa alta o pot ser un estat inestable on els símptomes disminueixen. No obstant la mostra investigada era molt jove (24,7 anys) i tenien una taxa baixa d'obesitat (21%).

Els subjectes amb Trastorn per Afartament (TA) va guanyar una mitjana de 4,2 kg durant els 5 anys i el tant per cent de subjectes amb un Índex de Massa Corporal (IMC) superior a 30 va augmentar del 22 al 39%. Això demostra que el Trastorn per Afartament (TA) presenta el factor de risc d'augment de pes en el futur i, si el TA no es tracta, provoca un augment de pes continu, segons Agras (1995 citat en Mitchell et al., 2008) (pàg.16). A més a més el seguiment dels resultats del Trastorn per Afartament (TA) a partir dels estudis del tractament, suggereix que continuen menjant amb excés, està associat a un resultat de pes menys favorable segons Agras (1997 citat en Mitchell et al. 2008), Raymord (2002 citat en Mitchell et al.,2008) i Wilfley (2002 citat en Mitchell et al., 2008).

El estudi més ampli, va ser finançat per la Fundació *Mckright*. Aquest estudi segons Crow (2002 citat en Mitchell et al.,2008) va evidenciar una taxa de fiabilitat diagnòstica. L'estudi tenia una mostra de pacients amb Anorèxia Nerviosa (AN), Bulímia Nerviosa (BN) i Trastorn per Afartament (TA). Les observacions de l'estudi

van durar quatre anys. Els resultats obtinguts van ser que els Trastorns de la Conducta Alimentària amb gravetat, persisteixen durant tres anys, de la mateixa manera que el Trastorn per Afartament (TA).

Un altre estudi realitzat per Fitch i els seus col·laboradors (1992 citat en Mitchell et al., 2008) va observar el curs durant un període de temps de 6 i 12 anys, en una mostra de dones diagnosticades de Trastorn per Afartament (TA).

Segons els resultats, els sis primers anys de seguiment un 5,9% presentava el Trastorn per Afartament (TA); el 7,9% presentava Bulímia Nerviosa (BN) de tipus purgatiu; el 7,4 % presentava un altre Trastorn no específic de la Conducta Alimentària (TCANE) i un pacient s'havia mort. Els resultats evidenciaven que durant els 12 anys de seguiment el 7,8% complien encara criteris d'afectació del Trastorn per Afartament (TA); el 9,4% presentava Bulímia Nerviosa (BN) de tipus purgatiu; el 12,5 presentaven trastorn no especificat de la conducta alimentària (TCANE) i el 3,2 havien mort.

Així van poder veure a partir dels resultats, que el curs del Trastorn per Afartament (TA) era molt semblant al de la Bulímia Nerviosa (BN), a causa de la comorbiditat psiquiàtrica l'evolució dels trastorns es va veure que era dolenta.

Un altre estudi realitzat per Wade i col·laboradors (2006 citat en Mitchell et al., 2008) va observar que:

“El 10% de les dones amb historial de Trastorn per Afartament (TA) encara presentava tots els criteris d'aquest trastorn durant l'entrevista, realitzada 13,5 anys després. El 34,5% dels pacients van ser asimptomàtics i el 69% va tenir un bon resultat” (pàg.16).

Finalment, els diferents estudis del curs natural amb pacients amb Trastorn per Afartament (TA), mostren que és un trastorn estable i persistent segons Popeet (2006 citat en Mitchell et al., 2008) i Wilfley (2003 citat en Mitchell et al., 2008). Mussell i col·laboradors (1995 citat en Mitchell et al., 2008) i que l'edat mitjana dels pacients amb Trastorn per Afartament (TA) que sol·liciten tractament és els 45 anys, quan el quadre apareix 20 anys abans (pàg.17).

Però la literatura del tractament mostra que, en general els pacients amb Trastorn per Afartament (TA) quan realitzen tractament milloren considerablement, així doncs és compatible el curs d'aquest trastorn amb un augment de remissió espontània.

2.2 Prevalença del Trastorn per Afartament (TA):

Segons Guisado i Vaz (2001) pel que fa a la prevalença en la població general trobem entre 2-5% del Trastorn per Afartament (TA). En programes per perdre pes trobem un 30% de prevalença del TA.

Segons Grilo (2002) en la mostra de població obesa és del 8%, com també ho mostra Spitzer i els seus col·laboradors (1992 citat en Mitchell et al., 2008) que van realitzar el primer estudi multicèntric, on la meitat dels pacients de la mostra amb Trastorn per Afartament (TA) presentava obesitat (IMC superior 27,5 kg, m).

En canvi Smith i col·laboradors(1998 citat en Mitchell et al., 2008) van comprovar el següents:

La prevalença Trastorn per Afartament (TA) entre els participants amb sobrepes era el doble (2/9) que la del cohort /tall general .El Trastorn per Afartament (TA) és més comú que la Bulímia Nerviosa (BN) i la Anorèxia Nerviosa (AN) en la població en general 2% (pàg.9).

Els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), si analitzen les taxes per gènere, normalment són més altes en dones, sobretot l'AN i la BN, contràriament al Trastorn per Afartament (TA) que es dona també bastant en homes; la majoria dels estudis revelen una relació d'un 1,5 de casos en dones per 1 d'home (Grilo, 2002).

El trastorn normalment s'inicia en l'adolescència tardia o en la joventut, principalment en casos on veiem historial de realització de diferents dietes estrictes, que s'han abandonat i en conseqüència les pacients han pujat de pes ràpidament. Normalment els estudis revelen que es desenvolupa en edats compreses entre els 30 anys i els 50 (García-Camba, 2001).

Els estudis de prevalença del Trastorn per Afartament (TA) com es sabut, han tingut les seves limitacions per no tenir una entitat nosològica (Grilo,2002).

Des de l'aparició del Trastorn per Afartament (TA) Spitzer (1992 citat en Sánchez-Planell i Fernandez-Valdés, 2002), en el seu estudi inicial va senyalar, la prevalença era del 3% en la població en general, que en un estudi posterior es va reduir al 2%.

Un altre estudi de població general femenina de diversos estudis mostra aquests percentatges de prevalença, seguint Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002); 1% Austràlia, 1% França, 3% Noruega, 3% Àustria.

Finalment, segons Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002) estudis posteriors han demostrat taxes en un ampli rang (1-1-30%) amb un augment de prevalença en relació amb el grau d'obesitat, i clarament inferior quan s'utilitzen les entrevistes estructurades.

Troblem pocs estudis que valoren o es basen en entrevistes de dos etapes i no hi ha estudis que valoren la incidència en mostres representatives en la comunitat segons Striegel, Moore i Franko (2003 citats en Mitchell et al., 2008).

Però les estimacions basades en entrevistes en lloc d'autoinformes són més baixes, concretament entre el 9% i el 19% segons Stunkard (1996 citat en Mitchell et al., 2008) i Brody (1994 citat en Mitchell et al., 2008).

2.3 Factors de risc del Trastorn per Afartament (TA):

Segons Sánchez-Planell (2002) i Fernández-Valdés (2002), només trobem estudis que esmenten les causes de l'afartament, no hi ha un model bio-psicosocial integratiu. Per valorar aquest factor tant sols disposen d'estudis de risc retrospectius del Trastorn per Afartament (TA) en població comunitària.

L'estudi de Faribum i els col·laboradors (1998 citat en Mitchell et al., 2008) va voler identificar els factors de risc putatius abans de desenvolupar el Trastorn per Afartament (TA); la mostra es va aplicar en 52 dones amb Trastorn per Afartament (TA), 104 sense Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), 102 amb Bulímia Nerviosa (BN) i 102 amb un altre Trastorn Psiquiàtric. Els resultats demostren que el Trastorn per Afartament (TA), comparat amb altres Trastorns Psiquiàtrics, el pateixen fonamentalment dones amb més exposició a experiències negatives infantils (abús físic o sexual, assetjament i altres problemes familiars, com ara sobreprotecció, falta d'afecte o antecedents psiquiàtrics dels pares). També en aquest estudi van demostrar que els factors psicològics com la timidesa i l'autovaloració negativa augmenten el risc de patir el Trastorn per Afartament (TA), també el component de l'obesitat és un factor de risc (pàg.7).

Un altre estudi de Striegel-Moore i col·laboradors (2002 citat en Mitchell et al., 2008) en el projecte de salut de nova Anglaterra, va demostrar que l'abús sexual és un factor detonant del Trastorn per Afartament (TA).

Pel que fa als factors etiològics, les diferents investigacions evidencien que l'episodi d'afartament es desencadena per dietes relacionades amb situacions negatives específiques, és a dir, tant a restricció alimentària com la desinhibició alimentària.

Així com també en la literatura de la Bulímia Nerviosa (BN) l'afartament segons Polivy i Herman (1985 citats en Mitchell et al., 2008) expliquen:

“És sovint desenvolupat en el context de dieta o restricció . En el cas del Trastorn per Afartament (TA) la relació entre la dieta i la moderació en el menjar de forma compulsiva no està tan clara “(pàg. 13).

Altres investigacions esmenten que una elevada impulsivitat és un factor de predisposició per presentar l'episodi d'afartament (Guisado i Vaz, 2001).

Seguint Guisado i Vaz (2001) trobem diferents factors de risc en el TA aquests són:

- Experiències traumàtiques d'infantessa.
- Antecedents de trastorns afectius en els pares.
- Predisposició a l'obesitat.
- Obesitat en l'infantessa.
- Comentaris negatius en la figura i el pes per part dels demès.
- Personalitat perfeccionista.
- Autovaloració negativa i baixa autoestima.

Finalment Fairbun (2000 citat en Sánchez-Planell i Fernandez-Valdés, 2002) va realitzar un estudi per determinar els factors de risc del Trastorn per Afartament (TA). Aquest estudi va realitzar un estudi compartiu en quatre grups de dones amb Trastorn per Afartament (TA), Bulímia Nerviosa (BN), malalties psiquiàtriques i grup de control sa. Els resultats evidencien que el Trastorn per Afartament (TA) s'associa a dos factors de risc: un trastorn psiquiàtric en general i una elevada predisposició a l'obesitat.

3. Instruments utilitzats per realitzar el protocol objectiu de valoració clínica de pacients amb Trastorn per Afartament (TA):

Primerament, cal dir que els instruments escollits per aquest protocol, estan ajustats per poder valorar: les variables psicològiques, psicopatològiques, els símptomes, de personalitat, del esquema corporal i de la comorbiditat que més es donen en el Trastorn per Afartament (TA); com hem pogut evidenciar en la literatura d'aquest. El que hem fet es organitzar-lo per categories, seguidament descriure les eines psicològiques i finalment realitzar una comparació amb els instruments més utilitzats en la practica clínica.

3.1. Organització instruments psicològics:

- Entrevistes semi-estructurades: EDE i Enquesta Fènix.

- Instruments per el cribat o *screening* dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA): SCOFF.

- Instruments per a la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la Conducta Alimentària: EAT-40, EDI-2 i BITE.

- Instruments per a l'avaluació psicopatològica: STAI, BIS-11, BECK, ROSEMBERG i TAS-20.

- Instruments per valorar l'esquema corporal: BSQ i BAT.

- Instruments per a l'avaluació de la personalitat: MCMI-II.

- Instruments per valorar la comorbiditat: SCL-90.

3.2 Descripció dels instruments:

A continuació s'explicaran breument les eines psicològiques escollides per el nostre protocol de valoració objectiva del trastorn per afartament, totes estan adaptades en població espanyola i validades.

3.2.1 Entrevistes semi-estructurades:

The Eating Disorder Examination (EDE):

És l'entrevista semi-estructurada més utilitzada arreu del món per la valoració dels Trastorns de la Conducta Alimentària, creada per Fairburn i Cooper (1993 citats en Robles, Oberst, Sánchez-Planell i Chamarro, 2006).

Gràcies a aquest instrument, podem obtenir tres nivells de dades a partir dels diferents ítems. En el primer nivell els ítems estan destinats a diagnosticar si existeixen conductes inapropiades que ens demostrin que es pateix un Trastorn de la Conducta Alimentària (Robles et al., 2006).

El segon nivell consta de 22 ítems distribuïts en quatre subescales que valoren principalment l'actitud i les conductes del Trastorn de la Conducta Alimentària; són el següents (Robles et al., 2006):

- 5 ítems per a la restricció.
- 5 ítems per a la preocupació pel menjar.
- 5 ítems per a la preocupació pel pes.
- 7 ítems per a la preocupació per la figura.

Les escales anteriors es valoren en un puntuació de 0 a 6 per mostrar la intensitat dels ítems.

El tercer nivell s'utilitza per obtenir la puntuació en general de la gravetat del trastorn. La duració de l'entrevista és d'una hora i que el psicòleg ha d'estar ben preparat per dur-la a terme. Els 62 ítems totals estan referits a les 4 últimes setmanes prèvies a l'entrevista. Finalment l'entrevista presenta alta fiabilitat i permet un bona discriminació del quadre, com també diferenciar el tipus de trastorn.

L'adaptació espanyola va ser realitzada l'any 1993 per Robles et al. (2006).

Enquesta Fenix:

Enquesta auto-administrada creada pel centre ABB, específicament per al tractament del Trastorn per Afartament. Aquesta inclou ítems relacionats amb els següents aspectes:

- Dades personals del pacient.
- Historia de sobrepès i obesitat.

- Antecedents familiars de malalties, obesitat o trastorns mentals.
- Història clínica personal (si li han diagnosticat de jove un TA, si ha realitzat tractaments previs i si ha pres medicació).
- Antecedents traumàtics.
- Etiologia de l'origen del TA.

3.2.2 *Instruments per al cribat o screening dels Trastorns de la Conducta Alimentària:*

Enquesta SCOFF:

El SCOFF creat per Morgan (1999 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

Segons la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, (2009) és un instrument psicomètric que serveix per al cribat de TCA. Consta de cinc preguntes, només de dos opcions si/ no. Aquestes valoren la pèrdua de control sobre la ingesta, les purgues i la insatisfacció corporal. S'aplica en l'atenció primària. El rang de puntuació oscil·la de 0 a 5 punts; el *no* puntua 0 punts i el *si*, 1 punt. El resultat total de 2 o més punts indica les persones amb risc de TCA. Aquest instrument és autoadministrat perquè les respostes siguin més sinceres.

Disposa d'una versió espanyola adaptada i validada al nostre medi per García-Campayo (2004 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

3.2.3 *Instruments per a la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la Conducta Alimentària:*

- Eating Attitudes Test (EAT-40):

Creat per Garner i Garfinkel (1979 citats en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

Segons la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària (2009), el qüestionari avalua les actituds alimentàries anòmales, especialment aquelles que estan relacionades amb la por a guanyar pes, l'impuls d'aprimar-se i la

presència de patrons alimentaris restrictius. És un qüestionari auto-administrat d'una duració de 10 minuts. La intenció de l'instrument és dissenyar una eina fàcil d'administrar i corregir; resulta sensible als canvis dels símptomes al llarg del temps. És un instrument auto-administrat que consta de 40 ítems. Cada ítem es valora en una escala Likert de 6 punts, que va des de *mai* a *sempre*. El rang de puntuació va de 0 a 120. És un qüestionari vàlid i fiable que s'utilitza per a la avaluació dels TCA. El punt de tall és de 30 punts o més. Dels diferents instruments desenvolupats des dels anys 70 fins a l'actualitat, l'EAT-40 és el que ha aconseguit major acceptació per a la detecció del TCA en la població general, i és un instrument que sembla vàlid per identificar els casos actuals o incipients de l'AN i la BN, per la seva fàcil aplicació, alta fiabilitat i sensibilitat i validesa transcultural. Té la limitació de què no discrimina l'Anorèxia Nerviosa (AN) de la Bulímia Nerviosa (BN).

Els ítems estan agrupats en 7 factors; aquests són:

- Conductes bulímiques.
- Imatge Corporal amb tendència a estar prim.
- Ús i/o abús de laxants i presència de vòmits.
- Dieta o restricció alimentària.
- Lentitud a l'hora de menjar.
- Menjar a amagades.
- Percepció de la pressió social per a augmentar el pes.

A Espanya, la versió adaptada i validada en el nostre medi va ser realitzada per Castro J, et al. (1991 citats en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

- BITE Test d'investigació de Bulímia de Edimburg:

Realitzat per Henderson i Freeman (1987 citats en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

El BITE és un qüestionari auto-administrat, que serveix per detectar els símptomes bulímics de les persones amb Trastorns de la Conducta alimentària (TCA). La duració és de 10 minuts. Consta de 36 ítems i consta de dos subescales :

- L'escala de símptomes, que avalua el número i el grau dels símptomes que estan presents; consta de 30 ítems, la màxima puntuació és 30 i el punt de tall són 20 punts o més.

- L'escala de gravetat, que proporciona un índex de gravetat del trastorn que es basa en la freqüència en què es produeixen les conductes patològiques; consta de 6 ítems i el punt de tall és de 5 o més punts .Si la puntuació final dóna 25 punts o més, indica que hi ha presència d'un Trastorn de la Conducta Alimentària greu (Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

La versió adaptada i validada en el nostre context va ser realitzada per Rivas, et al.,(2004 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

- *EDI* David M. Garner(1983 citat en García-Camba ,2001):

És un qüestionari auto-administrat que té una duració aproximada de 20 minuts. Discrimina els subtipus de l'Anorèxia, és a dir, la purgativa i la restrictiva. Identifica la Bulímia Nerviosa en les seves tres subescales.

Es considera millor l'EDI que l'EAT-40 pel que fa a la identificació dels símptomes i el pronòstic d'avaluació. La nova versió de l'EDI és l'EDI-2, un valuós instrument d'auto-informe, que consta d '11 escales de 91 elements que es contesten en una escala de 6 punts. Precisa de certs atributs psicològics importants per a la comprensió i tractament dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA).

Les escales són les següents (pàg.65):

- 1- Obsessió per la primesa.
- 2- Preocupació pel pes, les dietes i la por a engreixar-se
- 3- Bulímia.
- 4- Insatisfacció corporal.
- 5- Ineficàcia.
- 6- Perfeccionisme.
- 7- Desconfiança interpersonal.
- 8- Consciència interoceptiva.

- 9- Por a la maduresa.
- 10- Ascetisme.
- 11- Impulsivitat.
- 12- Inseguretat social.

De l'escala 1 a la 3, fan referència a les actituds i conductes relacionades amb el menjar, el pes i el cos. De la 4 a la 12, fan referència als trets psicopatològics.

La adaptació espanyola es realitzada per Guimera E, Torrubia (1987 citats en García-Camba,2001).

3.2.4 Instruments per a l'avaluació psicopatològica:

- STAI - Inventari d'ansietat estat- atribut:

Creat per Spielberger (1970 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

Segons la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària (2009) el STAI avalua l'ansietat estat i l'ansietat tret. Es pot aplicar en adolescents a partir de 13 anys i en adults. L'instrument psicomètric té dos parts i cada una consta de 20 preguntes. La primera, la de l'ansietat estat, avalua l'estat emocional transitòria, i que es caracteritza per la presència de sentiments subjectius, conscientment percebuts, d'atenció, aprensió i per hiperactivitat del sistema nerviós autònom. La segona part avalua la propensió ansiosa, que es caracteritza per la manera que els pacients a percebre una situació com a amenaçant. El test té una adequada validesa i fiabilitat.

Disposa de la versió espanyola adaptada al nostre medi per TEA Ediciones (1982 citat en Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

- BIS-11, Escala d'impulsivitat:

Creada per Barrat (1995 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

És una enquesta que serveix per valorar la impulsivitat. Consta de 30 ítems, dividits en quatre subescales (pàg.185):

- Impulsivitat cognitiva.
- Impulsivitat motora.
- Impulsivitat no planejada.
- Impulsivitat total.

Aquests ítems es puntuen mitjançant una escala Likert de 4 opcions. Els resultats obtinguts del BIS-11 constitueixen una mesura vàlida i fiable de la impulsivitat, encara que no presenta punts de tall, però s'ha proposat la mitjana de la distribució.

Disposa de la versió espanyola adaptada i validada en el nostre medi per M Oquendo, et al. (2001 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

- *BDI o Beck, Inventari de depressió :*

L'inventari de Depressió de Beck (1961 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

Segons la Guia de Pràctica Clínica sobre els Trastorns de la Conducta Alimentària (2009), és un qüestionari auto-administrat que valora l'existència de símptomes de depressió. L'aplicació es vàlida a partir dels 16 anys. És el més utilitzat per detectar si hi ha depressió o no per la seva elevada validesa i fiabilitat, provada tant en poblacions clíniques, com en no clíniques, és útil en el cribat de la població general i de pacients somàtics. El qüestionari consta de 21 ítems, que tenen com objectiu identificar els símptomes típics de la depressió severa i estimar la intensitat d'aquesta, així doncs l'estudi de la població global permet estimar la intensitat de la depressió.

La puntuació obtinguda va de 0 a 63 punts i els punts de tall són els següents (pàg.186):

- 0-9 normal.
- 10-18 depressió lleu
- 19-29 depressió moderada.
- 30-63 depressió greu.

Disposa d'una versió adaptada i validada per a la població espanyola, realitzada per Conde i Useros (1975 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

- *Escala d'autoestima de Rosenberg* (1965 citat per Vázquez, Jiménez i Vázquez-Morejón, 2004):

És un qüestionari auto-administrat per identificar el grau de satisfacció personal, és a dir, l'autoestima personal (sentiments de vàlua personal i respecte per un mateix). Consta de 10 ítems, dels quals cinc són enunciats de manera negativa i els altres cinc, enunciats de manera positiva. En la interpretació dels ítems de l'1 al 5, les respostes de l'A a la D puntuen del 4 a l'1. Dels ítems del 6 al 10, les respostes de l'A a la D puntuen de l'1 al 4.

El resultat del test mostra diferents punts de tall mesurar la intensitat d'autoestima de l'individu, (pàg.2):

- De 30 a 40 punts: autoestima elevada. Considerada com autoestima normal.

- De 26 a 29 punts: autoestima mitja. No presenta problemes d'autoestima greus, però és convenient millorar-la.

- Menys de 25 punts: autoestima baixa, existeixen problemes significatius d'autoestima.

Disposa de l'adaptació espanyola realitzada per Vázquez et al. (2004).

- *Escala de Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*:

Realitzada per Bagby, Parker i Taylor (1994 citats en Romero, 2007).

Consta de 20 ítems, que es contesten a través d'una escala de resposta tipus *Likert* de cinc punts, que mostra el grau de conformitat o disconformitat de cada enunciat. La puntuació final obtinguda oscil·la entre 20 i 100 punts. El punt de tall és de 61, que mostra que la persona a qui se li administra el test presenta símptomes alexítics.

L' anàlisi factorial identifica tres factors que són els següents (pàg.118):

1- Sentiments diferenciats de les sensacions corporals que corresponen a l'avaluació emocional.

2- Dificultat per descriure els propis sentiments i els aliens.

3- Patró de pensament orientat cap al extern, amb preocupació pels detalls i els esdeveniments externs.

Disposa d'una versió adaptada a població espanyola realitzada per Sandin i Chorot (1995 citats en Romero,2007).

3.2.5 *Instruments per valorar l'esquema corporal:*

- *BSQ - Qüestionari sobre forma corporal:*

És un instrument auto-administrat, creat per Cooper (1987 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària,2009):

Mesura la insatisfacció corporal, la por a engreixar-se, l'auto-desvalorització per la aparença física, el desig de perdre pes i l'evitació de les situacions on l'aparença física pot atreure l'atenció des altres. Serveix per detectar les persones en risc de desenvolupar un TCA. El qüestionari consta de 34 ítems (Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària,2009)

Permet obtenir una puntuació global (suma de les puntuacions directes dels ítems) i se'n poden derivar 4 subescales (pàg.183):

- Insatisfacció corporal.

- Por a engreixar.

- Baixa estima per l'aparença i desig de perdre pes.

El punt de tall de la puntuació total s'ha establert en 105.

El BSQ ha estat adaptat i validat en la nostre població per Raich, et al. (1996 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària,2009).

- *BAT - Qüestionari d'actitud corporal:*

És un qüestionari que valora l'imatge corporal subjectiva, és a dir, les actituds cap al cos. Creat per Probst (1995 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

Consta de 20 ítems, que s'agrupen en tres factors principals (pàg.183):

- Apreciació negativa del tamany corporal.
- Pèrdua de familiaritat amb el propi cos.
- Insatisfacció corporal general.

Es considera vàlid i fiable pels seus resultats psicomètrics en la població.

Disposa de versió espanyola adaptada i validada en el nostre medi per Gila (1999 citat en la Guia de Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009).

3.2.6 *Instruments per a l'avaluació de la personalitat:*

- *Qüestionari d'avaluació de la personalitat:*

Inventari Clínic Multiaxial de Millon (MCMI-II) de Millon (1998 citat en Aymamí i Jiménez, 2006).

Segons Aymamí i Jiménez (2006), el MCMI-II és un qüestionari de personalitat auto-aplicat que proporciona informació al professional sobre les dificultats emocionals i interpersonals de la persona a qui se li administra. No serveix com *screening*, sinó per realitzar una exploració diagnòstica. L'instrument serveix per detectar patrons específics dels diferents Trastorns de la Conducta Alimentària i les diferents alteracions de la personalitat. Consta de 26 escales clíniques, conformades per 175 ítems, dels quals el mode de resposta pot ser *verdader/ fals*. El test dura de 20 a 24 minuts i es pot aplicar col·lectivament o individual. Quatre escales indiquen la validesa, desitjabilitat, alteració i sinceritat .

Les altres 22, valoren diferents aspectes de la personalitat que s'agrupen del següent mode (pàg.99):

- Deu escales de personalitat (esquizoide, fòbica, dependent, histriònica, narcisista, antisocial, agressiva -sàdica, compulsiva, passiva -agressiva i autodestructiva -masoquista).
- Tres escales de personalitat patològica (esquizoide, límit i paranoide).
- Sis escales per els síndromes clínics de gravetat moderada (ansietat, histeriforma, hipomaní, distímia i abús d'alcohol i de drogues).

- Tres escales para síndromes clínics de gravetat severa (pensament psicòtic, depressió major i trastorn delirant).

Disposa de l'adaptació espanyola realitzada per Jiménez i cols (1998 citat en Aymamí i Jiménez,2006).

3.2.7 *Instruments per valorar la comorbilitat:*

- *Inventari de símptomes SCL-90-R de L. Derogatis* (1977 citat en Aymamí i Jiménez,2006).

Segons Aymamí i Jiménez (2006),aquest inventari serveix per identificar si existeix comorbilitat amb altres trastorns, com també per avaluar els patrons de símptomes per al diagnòstic clínic. La duració de l'instrument és de 15 minuts i la persona ha de contestar en funció de com s'ha sentit en els últims set dies i de com se sent actualment. S'aplica a partir dels 13 anys fins els 65 anys. Consta de 40 ítems sobre la base d'una escala que els integra en cints punts (0-4). Es valora l'inventari en funció de nou dimensions primàries i tres índex globals de malestar psicològic, aquest mostren els aspectes diferencials dels trastorns.

Les nou dimensions primàries són les següents Aymamí i Jiménez (2006) (pàg.99):

Somatitzacions, obsessions i compulsions, sensibilitat personal, depressió, ansietat,hostilitat,ansietat fòbica,ideació paranoide,psicotisme.

Seguint Aymamí i Jiménez (2006), els tres índex globals són els següents (pàg.99):

- Índex global de severitat.
- Índex positiu de malestar.
- Total de símptomes positius.

Finalment l'inventari inclou set ítems addicionals, que no estan dins de les nou dimensions, però no se'ls considera de rellevància clínica; aquests són (pàg.99):

- Poc apetit.
- Problemes per dormir
- Pensaments sobre la mort.

- Menjar amb excés.
- Despertar molt d'hora.
- Son intranquil·la.
- Sentiments de culpa.

Adaptació espanyola va ser realitzada per TEA edicions (1988 citat en Aymamí i Jiménez ,2006).

4. Comparació dels instruments psicològics més utilitzats en la pràctica clínica amb el nostre protocol:

4.1 Descripció dels instruments psicològics més utilitzats en la pràctica clínica dels Trastorns de la Conducta Alimentària(TCA):

És important primer descriure els instruments utilitzats per tal de poder-los conèixer correctament en el moment de realitzar la nostre comparació.

4.1.1 Instruments de cribat dels TCA:

Els instruments que apareixen en la pràctica clínica dels TCA, pel que fa a aquest grup, i no hem inclòs en el nostre protocol són:

- *BET (Branched Eating Disorders Tests)* realitzat per Selzer, Hamill, Bawes i Patch (1996 citat en Loeb, Brown i Munk, 2011):

Es va realitzar per eliminar les deficiències de les mesures d'auto-informe i de les entrevistes. S'administra per l'ordinador i consta d'un total de 47 qüestions.

- *EDOS (Eating Disorder Diagnostic Scale)* de Strice, Telch i Rizui (2000 citat en Loeb et al., 2011):

És un auto-informe, que té l'objectiu de diagnosticar els Trastorns de la Conducta Alimentària, concretament l'Anorèxia Nerviosa (AN), la Bulímia Nerviosa (BN) i el Trastorn per Afartament (TA).Consta de 23 ítems que estimen els símptomes elaborats en el DSM-IV. Les respostes són si o no. Destinat a adults i adolescents.

- *SED (Survey for Eating Disorders)* de Gotestam i Agras (1995 citat en Loeb et al.,2011):

És un auto-qüestionari que s'aplica per diagnosticar els Trastorns de la Conducta Alimentària segons el DSM-IV. Consta de 36 preguntes, que es poden respondre amb diferents opcions i també omplint els espais en blanc. Destinat a adults.

4.1.2 Instruments per la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la conducta alimentària:

- *ACTA*, instrument creat per Beato i Rodriguez (2003 citat per la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

Detecta l'actitud cap al canvi dels TCA. Consta de sis subescales, que són: pre-contemplació, contemplació, decisió, acció, manteniment i recaiguda.

- *ABOS*, tests creats per Vondereycken (1992 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

És un qüestionari auto-aplicat destinat als pares perquè mostrin les conductes i actituds dels seus fills o filles amb símptomes característics de l'Anorèxia Nerviosa (AN) i la Bulímia Nerviosa (BN).

- *BULIT*: Serveix per detectar els símptomes alimentaris característics de la Bulímia Nerviosa (BN).

4.1.3 Instruments per a l'avaluació psicopatològica:

- *Escala de Hamilton Ansietat (HAR-S)*, creada per Hamilton (1959 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

És heteroaplicada. Valora l'ansietat, la tensió i els símptomes neurovegetatius i somàtics. Consta de 14 ítems de 0 a 1 punt en funció de la gravetat.

- *Escala de Hamilton Depressió (HAM-D)*, creada per Hamilton l'any 1959, citat en la Guia Pràctica Clínica sobre els TCA, 2009):

Qüestionari heteroaplicat. Valora la severitat dels símptomes de la depressió i consta de 21 ítems.

- *CDI*: valora la depressió infantil.
- *CETA*: valora l'ansietat infantil
- *Y-Bocks* (Escala de Yale-brown per el TOC), creada per Goodman i col·laboradors (1989 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària,

2009): Aquesta escala valora la intensitat del Trastorn Obsessiu- Compulsiu (TOC), però no analitza del contingut dels símptomes. Només s'aplica a pacients que presenten aquest tipus de trastorn.

4.1.4 Instrument per valorar el esquema corporal:

- *BIA* avaluació de la imatge corporal, creada per Collins (1991 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària,2009):

És una escala visual, de set figures de nens o nenes i set figures d'adolescents en diferents graus d'IMC (infrapès, normopès, sobrepès, i l'obesitat). El pacient ha de senyalar la figura que considera que correspon al seu estat físic. S'utilitza per valorar les discrepàncies visuals.

- *BES* (Autoestima corporal), realitzada per Mendelson i White (1982 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

És un instrument auto-aplicat. Consta de 24 ítems que valoren l'autoestima dels nens i nenes més grans de 7 anys.

- *CIMEC* (Qüestionari d'influències del model estètic corporal), creat per Toró (1994 citat en la Guia Pràctica Clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

Mesura les influències culturals importants que justifiquen la primesa i les raons estètiques i socials. Consta de 40 ítems que mesuren l'ansietat a causa de la imatge corporal deguda al model social. Les respostes es valoren a partir d'una escala de 0 a 3 punts.

4.1.5 Instruments per l'avaluació de la personalitat:

- *TCI-R* (Inventari de temperament i característiques revisat), realitzat per Cloninger (1994 citat en la Guia Pràctica Clínica Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

És un instrument auto-aplicat que abasteix 7 dimensions de la personalitat i els 25 atributs d'aquesta. Consta de 240 ítems que responen a l'escala Likert de 5 punts.

- *IPDE* (Examen Internacional dels trastorns de la personalitat), Creat per Loronger (1997 citat per la Guia Pràctica Clínica Trastorns de la Conducta Alimentària, 2009):

És una entrevista clínica semi-estructurada compatible amb la CIE-10 i el DSM-IV. Mesura les categories dels desordres de la personalitat que es suprimeixen. Ofereix un diagnòstic fiable.

- *MMPI* (Inventari Multifàsic de la Personalitat Minnesota) Jenkins, Tinsley i Van Loon (2002) ens expliquen en que consisteix aquest instrument creat el any 1939.

És un dels instruments més utilitzats per a l'avaluació psicològica de la personalitat. Consta de 556 preguntes de resposta *veritable o fals*. Requereix de 60 a 120 minuts per administrar-lo. Té 10 escales de clíniques i 3 escales de validesa. L'edat de aplicació és de 18 anys.

Aquest instrument té una versió revisada que és el MMPI-II, que es va elaborar l'any 1989. Suprimeix ítems de la versió original per adaptar-los al seu context temporal. Requereix també uns 60-120 minuts per administrar-lo. Consta de 567 preguntes de resposta *veritable o fals*. També presenta 10 escales clíniques i 3 de validesa de la versió original, 3 escales noves de validesa i 15 escales també noves de contingut. Edat de realització a partir de 18 anys.

4.2 Comparació dels instruments utilitzats en el disseny del protocol amb Pràctica Clínica dels TCA:

4.2.1 Instruments de cribat dels Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA):

L'instrument BET (*Branched Eating Disorders Tests*) no és útil perquè l'edat d'aplicació és els 12 anys, i el TA no es desenvolupa en aquesta edat tant primerenca.

Finalment, els instruments EDOS i el SED no els fem servir dins del nostre protocol, perquè preferim utilitzar el SCOFF, utilitzat també en la pràctica clínica dels TCA, perquè és l'únic instrument que està validat i adaptat a la població espanyola, tal com vaig explicar en l'apartat de la descripció dels instruments.

4.2.2 Instruments per la detecció de la psicopatologia o dels símptomes de la conducta alimentària:

L'instrument psicomètric ACTA no l'hem inclòs en aquest protocol, perquè valora el procés terapèutic i l'actitud del pacient davant del canvi.

El nostre protocol només es basa en la valoració del TA a partir dels instruments i no en el tractament. Pel que fa al qüestionari destinat a pares, l'ABOS, utilitzat en la pràctica clínica, creiem que no cal utilitzar-lo en el cas de pacients amb TA, ja que la prevalença mostra que l'aparició és més tardana que altres Trastorns de la Conducta Alimentària i, dins del nostre disseny de valoració, no incloem els progenitors dels pacients. Preferim utilitzar el EAT-40 i el EDI-2 per analitzar els símptomes de la conducta alimentària dels pacients, ja que ho plantegem d'una forma més general.

Finalment, el qüestionari BULIT no l'utilitzem en l'avaluació psicopatològica del nostre protocol, ja que aquest instrument serveix per detectar la simptomatologia de la Bulímia Nerviosa i no del Trastorn per Afartament.

Encara que el TA i la BN presenten semblances com a trastorn, pel que fa als afartaments, en el TA no hi ha conductes compensatòries inadequades, com és en el cas de la BN. Així doncs, fem servir els instrument BITE per veure el grau d'impulsivitat, ja que està demostrat que el TA presenta aquest tret psicològic en elevat grau.

4.2.3 Instruments per a l'avaluació psicopatològica:

Dins de la psicopatologia, hem utilitzat el STAI com instrument per valorar l'ansietat. perquè valora l'ansietat estat i l'ansietat atribuït. És important incloure aquest instrument, ja que, com podem veure en la literatura del TA, la majoria de pacients presenta un elevat grau d'ansietat. No hem utilitzat l'HAR-S perquè considerem el STAI un instrument complet per valorar l'ansietat, tant l'estat com la genètica; a més, la seva escala del HAR-S és heteroaplicada per el terapeuta (visió objectiva) i el STAI és un auto-informe (visió subjectiva). Dins del nostre protocol volem apreciar la visió subjectiva dels pacients per no quedar-nos només amb el diagnòstic sinó, anant més enllà, considerar les característiques clíniques de cada pacient.

Hem preferit elegir el BDI en comptes que l'HAM-D perquè el considerem més complet i perquè està validat; d'altra banda presenta una gran fiabilitat per valorar la intensitat de la depressió i els seus símptomes principals. És important detectar la depressió perquè les característiques clíniques del TA mostren que la majoria de pacients presenten aquest símptoma. Com en el cas de l'HAR-S és una escala heteroaplicada i preferim veure la visió subjectiva del pacient, que considerem important valorar.

No hem utilitzat el CDI ni el CETA perquè estan indicats per a població infantil i la nostre protocol es centra en població adulta.

Finalment, hem inclòs l'escala d'autoestima de Rosemberg, ja que en tots els TCA i també amb el TA l'índex d'autoestima és molt baix i és un component important per valorar. No utilitzem el test que valora el grau d'obsessió Y-BOCKS perquè només valora la gravetat del Trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) quan ja està elaborat el diagnòstic i no contempla els continguts del símptomes. A part, la literatura del TA mostra que aquest trastorn és més compulsiu que obsessiu.

4.2.4 Instruments per valorar l'esquema corporal:

Pel que fa a la valoració de l'esquema corporal, en el nostre protocol no incloem els cinc instruments més utilitzats en la pràctica clínica dels TCA que mostraré a continuació:

No hem inclòs el BIA perquè, en el cas de pacients amb Trastorn per Afartament, aquests no presenten una distorsió de la imatge corporal com seria en el cas de la AN i la BN, a causa del seu evident sobrepès o obesitat.

Pel que fa a l'instrument BES, el descartem, perquè el TA es presenta en edat adulta i el BES només es pot aplicar en nens o nenes.

Finalment, excloem del nostre estudi l'instrument CIMEC, perquè serveix per detectar les influències socials que justifiquen la primesa del pacient, sobretot en casos d'AN. En el cas del TA no s'afirma l'existència de la pressió social per el culte a la primesa, perquè els pacients amb Trastorn per Afartament no poden reduir el pes.

Els dos instruments de l'esquema corporal que utilitzem conjuntament amb la Pràctica Clínica són el BAT, arran que considerem que és un instrument que valora la imatge corporal subjectiva i les actituds cap el cos, tant la distorsió corporal, que en aquest tipus de trastorn no existeix, com la insatisfacció estètica i l'apreciació negativa del cos així com la pèrdua de familiaritat amb la pròpia imatge.

L'últim test utilitzat és el BSQ, també present en la Pràctica Clínica dels TCA, l'hem escollit, ja que valora la insatisfacció corporal, la por a engreixar-se, component que ens interessa en el TA, perquè l'augment de pes provoca baixa autoestima; també valora el desig de perdre pes que es manifesta moltíssim en el pacients amb TA.

4.2.5 Instruments per a l'avaluació de la personalitat:

Pel que fa a la valoració de la personalitat, els instruments utilitzats en la Pràctica Clínica són tests dimensionals. No utilitzem el TCI-R ni l'IPDE, ja que preferim utilitzar el MCMI-II per valorar la personalitat, perquè ens sembla més complet. Aquest instrument valora les dificultats emocionals, interpersonals i sobretot detecta els patrons específics dels TCA i les diferents alteracions de la personalitat. A més a més, és més fàcil de corregir, més curt i ens facilita l'eficiència del nostre protocol. Concretament l'IPDE ens dona directament el diagnòstic del trastorn de la personalitat, però no evidenciar els trets de la personalitat del pacient, que és el que interessa. A part el MCMI-II ens permet veure l'evolució dels seus trets psicològics.

En el cas del MMPI, que és l'instrument més utilitzat, no el fem servir perquè resulta molt exhaustiu degut a la quantitat de preguntes que presenta. En el nostre possible protocol millor que la quantitat de preguntes siguin més curtes, però que ens

permetin avaluar els factors de les personalitats més importants en el Trastorn per Afartament (TA).

Finalment en el cas del MCMI-II els factors que valora aquest ens interessaven molt, perquè es corresponen freqüentment amb el Trastorn per Afartament com ens mostra la literatura d'aquest trastorn explicada anteriorment. Per això hem decidit utilitzar-lo en el nostre protocol.

Els factors de personalitat que trobem en la literatura són:

- Defensivitat: els pacients amb Trastorn per Afartament (TA), es mostren moltes vegades en estat defensiu per les constants burles que han patit sobre la imatge corporal, com també per la seva baixa autoestima.
- Evitatiu: *El Binge Eating Disorder* presenta molts símptomes d'evitació, ja que es caracteritza per un deteriorament social, a causa de tenir poques habilitats socials.
- Depressiu: La investigació mostra que el TA presenta una elevada comorbiditat amb els símptomes depressius, com també amb el trastorn depressiu major.
- Dependent: El TA sol presentar moltes característiques de dependència, ja que les seves relacions personals són nul·les, s'aferra a les persones que té més a prop, per la seva elevada inseguretat i baixa autoestima.
- Compulsiu: El TA presenta una alta compulsivitat amb menjar, fins al extrem de no poder controlar el que ingereix, ja que el afartament es caracteritza per pèrdua de control.
- Trastorn límit: El TA presenta una elevada impulsivitat pel seu grau de descontrol amb el menjar (episodis constants d'afartaments); per això pot presentar símptomes característics del Trastorn Límit de la Personalitat, com alta impulsivitat en diferents àrees, en aquest cas amb el menjar i el abús de substàncies com ho mostren les investigacions, com també comparteixen l'afectivitat aplanada, és a dir incapacitat per expressar els seus sentiments (alexitimia).
- Ansietat: La literatura presenta que el TA té una elevada prevalença de trastorns de ansietat, ja que el factor desencadenant del afartament és un estat emocional negatiu que li provoca ansietat, per això, s'afarta perquè utilitza el menjar com a calmant de la seva elevada ansietat; a la vegada té angoixa per no poder controlar els episodis d'afartament i per la seva insatisfacció corporal.
- Dependència alcohol i a substàncies: Els estudis mostren una elevada comorbiditat amb la dependència de substàncies i concretament de alcohol en pacients amb TA.

4.2.6 Instrument de valoració de la comorbiditat:

En la Pràctica Clínica dels TCA, no es sol utilitzar cap test per valorar la comorbiditat, en canvi en el nostre protocol utilitzem el SCL-90, ja que ens interessa poder veure si existeixen trastorns secundaris associats al principal.

Conclusió:

Al realitzar aquest treball, hem pogut tenir una idea molt més clara sobre els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA), concretament del Trastorn per Afartament (TA). A partir de les investigacions hem pogut evidenciar: la nosologia del trastorn, els seus factors de risc i la seva prevalença actual.

A més a més, dintre dels Trastorns de la Conducta Alimentària, el Trastorn per Afartament té rellevància clínica. Amb la seva aplicació el protocol es veuen les característiques pròpies del TA, per això a partir de la literatura, considerem que ha de tenir un espai propi en les classificacions internacionals i no estar dintre dels Trastorns de la Conducta Alimentària no especificats.

D'altre banda, per poder dissenyar el nostre protocol objectiu de valoració clínica del Trastorn per Afartament, hem revistat tota la literatura d'aquest, que hem tingut en el nostre abast, per tal de poder detectar les variables psicològiques, psicopatològiques, de la personalitat i la comorbiditat que més influeixen en la seva definició i la seva evolució vital del trastorn.

La hipòtesis inicial la considerem factible, ja que, els instruments psicològics inclosos en el nostre protocol permeten valora totes les variables nombrades anteriorment del Trastorn per Afartament. D'aquesta manera el protocol es pot aplicar clínicament en els pacients que presenten aquest quadre.

Aquest treball s'inclou en una línia de treball interdisciplinari, doncs, aquest protocol es farà servir per valorar als pacients, per elaborar i controlar un protocol de tractament; sent a la vegada un model interessant de col·laboració Universitat i en l'Empresa.

Finalment, el treball ens ha permès aclarir i profunditzar coneixements d'aquest trastorn, concretament dels seus factors psicològics i quins són els instruments psicològics que tenim al abast per realitzar una bona valoració clínica, del qual ho considerem primordial per el tractament integral del pacient.

Bibliografia:

a) Bibliografia Bàsica o fonts Primàries:

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual Diagnòstic Estadístic dels Trastorns Mentals* (4ª ed.). Barcelona: Masson,
- American Psychiatric Association (2010). *Revisions Anteprojecto de Trastorns DSM y Criteris*. Virginia. Recuperat en [ranslate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.dsm5.org/&ei=6yUMT7GRB8iYOU3LhK8H&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CC8Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Ddsm%2B%2Borg%26hl%3Des%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DscG%26rls%3Dorg.mozilla:es-ES:official%26biw%3D1280%26bih%3D650%26prmd%3Dimvns](https://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.dsm5.org/&ei=6yUMT7GRB8iYOU3LhK8H&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CC8Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Ddsm%2B%2Borg%26hl%3Des%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DscG%26rls%3Dorg.mozilla:es-ES:official%26biw%3D1280%26bih%3D650%26prmd%3Dimvns) [2011, 03 de octubre].
- Armengou, E. (2003). Comprensió terapèutica dels Trastorns de la Conducta Alimentària. En S. Isoletta (Ed.), *L'anorèxia com a símptoma social* (pàgs.103-126). Barcelona: Edicions Experiencia.
- Guia de pràctica clínica sobre Trastorns de la Conducta Alimentària. Guia de pràctica clínica en el SNS. (2009). Agència d'avaluació de tecnologia e investigació mèdica de Catalunya. Barcelona.
- García-Camba, E. (2001). Trastorn per afartament. En E. García-Camba (Ed.), *Avanços en Trastorns de la Conducta Alimentària. Anorèxia nerviosa, Bulímia nerviosa, Obesitat*. (pàgs. 141-155). Barcelona: Masson.
- García-Camba, E. (2001). Avaluació i motivació en los Trastorns de la Conducta Alimentària. En E. García-Camba (Ed.), *Avanços en Trastorns de la Conducta Alimentària. Anorèxia nerviosa, Bulímia nerviosa, Obesitat*. (pàg.78). Barcelona: Masson.
- García-Camba, E. (2001). Trastorns de la Conducta Alimentària en el moment actual. En E. García-Camba (Ed.), *Avanços dels Trastorns de la Conducta Alimentària. Anorèxia Nerviosa, Bulímia i Obesitat* (pàgs.3-26). Barcelona: Masson.
- García,S. i Gaspà J. (2003). Trastorns alimentaris: Anorèxia, Bulímia. Epidemiologia. En S. Isoletta (Ed.), *L'anorèxia com a símptoma social* (pàgs.127-133).Barcelona: Edicions Experiencia.
- Grilo, M. (2002). Binge eating disorder. En G. Fairburn i D.Brownell (Ed.), *Eating Disorder and Obesity* (pàgs.178-182). New York: The Guilford Press.
- Guisado, J. A., i Vaz, F. J. (2001). Aspectes clínics del trastorn per afartament o "binge eating disorder". *Revista de la Associació Espanyola de Neuropsiquiatria*, 77, 27-32. doi:10.4321/S0211-57352001000100003
- López-Ibor,J.J.,Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR: *breviari criteris diagnòstics*. Barcelona: Masson,S.A.
- Mitchell, E., Devlin,J., Zwaan, M.,Crow,J., Peterson, B.(2008). Diagnosis and Epidemiology of Binge-Eating Disorder. En *Binge-eating disorder* (pàgs..3-12). New York: The Guilford Press.
- Mitchell, E., Devlin,J., Zwaan, M.,Crow,J., Peterson, B.(2008). Clinical Features, Longitudinal Course, and Psychopathology of Binge-Eating Disorder. En *Binge-eating disorder* (pàgs..13-22). New York: The Guilford Press.
- Halmi,H. (1996). Trastorns de la Conducta Alimentària Anorèxia Nerviosa, Bulímia Nerviosa i Obesitat. En E.Hales, C. Yudofsky i A. Talbott (Ed.), *Tractat de psiquiatria* (pàgs.905-924). Barcelona: Ancora S.A.
- Sánchez-Planell, L., i Fernández-Valdés, R. (2002). Trastorn per Afartament i Obesitat. *Nutrició i Obesitat*, 5(6), 314-324

b) Bibliografia complementaria o fonts secundàries:

- Aymamí, N. i Jiménez, S. (2006). Mètodes per clínics de diagnòstic en psiquiatria (II): Mètodes de exploració psicològica. En J.Vallejo (Ed.), *Introducció a la psicopatologia i a la psiquiatria* (pàgs.87-110). Barcelona: Masson S.A.
- Gorab, A. (2005). Trastorn de la conducta alimentària. En C. Iñarritu, *Trastorn de la conducta alimentària Anorèxia i Bulímia* (pàgs.33-34). Mèxic: Com o veus?
- Jenkins, C. , Tinsley, A. i Van Loon, A. (2002). Paper del psicòleg en l'avaluació del pacient psiquiàtric. En C. Jenkis (Ed.), *Manual de psiquiatria*(pàgs.17-32). Madrid: Harcourt S.A.
- Loeb, L., Brown, M. i Munk, M. (2011). Assessment of Eating Disorders in Children and Adolescents. En D. Grange i J. Lock (Ed.), *Eating Disorders in Children and Adolescents A Clinical Handbook* (pàgs.156-186). New York: The Guilford Press.
- Romero, E. (2007). Mètode. En E. Romero (Ed.), *Variables psicològiques i d'auto maneig en el asma de risc vital* (pàgs. 118-119). Santiago Compostela: USC.
- Robles, M. E., Oberst, U. E., Sánchez-Planell, L., i Chamarro, A. (2006). Adaptació transcultural el castellà de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735.
- Vázquez, J., Jiménez, R. i Vázquez-Morejón (2004). *Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilitat i validessa en població clínica Espanyola*, 22 (2), pàgs. 247-255.

Annexa:

ABOS Escala d'observació de conducta anorèxica per pares/espòs.
ACTA Actitud cap el canvi en els TCA.
AN Anorèxia Nerviosa.
ANP Anorèxia Nerviosa Purgativa.
ANR Anorèxia Nerviosa Restrictiva.
APA Associació de Psiquiatria Americana.
BAT Body Attitude Test.
BDI Beck Depresión Inventory.
BED Binge Eating Disorder (denominació originària del trastorn per afartament).
BES The Binge Eating Scale.
BET Branched Eating Disorders Test.
BIA Avaluació de l'imatge corporal.
BIS-11 Escala de impulsivitat de Barrat.
BITE Bulimic Investigatory Test Edinburgh.
BN Bulímia Nerviosa.
BNnoP Bulímia Nerviosa no Purgativa.
BNP Bulímia Nerviosa Purgativa.
BSQ Body Shape Questionnaire.
BULIT Bulímia Test.
Centre ABB Centre de Prevenció i Tractament Anorèxia, Bulímia Barcelona.
CETA Avaluació dels trastorns Ansietat en nens i adolescents.
CDI Inventari de depressió infantil.
CIMEC Qüestionari de influències del model estètic corporal.
DSM Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
EAT -40 The Eating Attitudes Test.
EDE Eating Disorders Examination.
EDI Eating Disorder Inventory.
EDI-2 Segona versió del ED.I
HAM- A Escala Hamilton per la ansietat.
HAM- D Escala Hamilton per la depressió.
IMC Índex de Massa Corporal.
IPDE Examen internacional del trastorn de la personalitat.
MCMI Millon Clinical Multiaxial Inventory.
MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory.
MMPI-2 Segona versió del MMPI.
SCL-90 Symptom Checklist -90.
SCOFF Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire.
TA Trastorn per Afartament.
TAS-20 Toronto Alexithymia Scale.
TCA Trastorn de la Conducta Alimentària.
TCANE Trastorn de la Conducta Alimentària no especificat.
TCI-R Temperament and Character Inventory.
TDM Trastorn depressiu major.
TOC Trastorn obsessiu-compulsiu.
TP Trastorn de personalitat.
Y-BOCKS Escala Yale-Brown per el TOC.