

Treball Final de Màster

**Avaluació d'un programa psicoterapèutic per a
l'Anorèxia Nerviosa en pacients adults**

Nàdia Muñoz Barrera

Tutora: Clara Mateu Martínez

Màster Universitari en Psicologia General Sanitària
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Barcelona, 2024

Resum

El present treball té com a objectiu avaluar el benefici que aporta un grup terapèutic per a l'Anorèxia Nerviosa a la unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària de l'Hospital Sant Pau i Santa Creu. Aquest està constituït per tres pacients, té una durada de 7 sessions en total i amb un enfocament cognitiu-conductual. Les pacients han dut a terme una avaluació pre i post tractament per tal de valorar l'eficàcia del grup. Mitjançant un anàlisi quantitatiu descriptiu i un anàlisi qualitatiu de les sessions s'ha pogut concloure un benefici d'aquest grup en les pacients. Destaquen la psicoeducació i l'exposició a por com a abordatges millor valorats per les pacients i que millors resultats han comportat.

Paraules claus: Anorèxia Nerviosa, psicoteràpia, psicoeducació, exposició.

Abstract

The aim of this work is to evaluate the benefit of a therapeutic group for Anorexia Nervosa in the Eating Disorders Unit of Hospital Sant Pau i Santa Creu. This work is composed by three patients, it has a total duration of 7 sessions and it uses a cognitive-behavioural approach. The patients have carried out a pre and post-treatment assessment in order to measure the effectiveness of the group. By means of a quantitative descriptive analysis and a qualitative analysis of the sessions it was possible to conclude a benefit of this group in the patients. Psychoeducation and exposure to fears stand out as the approaches most valued by patients and which have led to better results.

Key words: Anorexia Nervosa, psychotherapy, psychoeducation, exposition.

Agraïments

Aquesta investigació ha estat possible de realitzar gràcies als ànims i la força que m'han donat durant el camí la meva família i la meva parella. També agrair a la meva tutora, Clara, qui ha fet possible que sigui un camí fàcil malgrat la complexitat.

A tots vosaltres, gràcies.

Introducció

L'Anorèxia Nerviosa (AN) és un trastorn de la conducta alimentària (TCA) caracteritzat per un pes corporal anormalment baix, una ingesta restringida d'aliments, una por intensa a augmentar de pes, una percepció distorsionada del cos (APA, 2013; Ascione et al., 2023; Frostad et al., 2018; Jansingh et al., 2020; Lev Ari et al., 2022). Es dona un gran valor al control del seu pes i forma, i utilitzar mesures extremes que tendeixen a interferir significativament amb les seves vides (Garcia-Burgos, Wilhelm et al., 2023; Lev Ari et al., 2022). L'AN és un trastorn psiquiàtric sever i de difícil abordatge que afecta principalment a dones joves (Frostad et al., 2018, Garcia-Burgos et al., 2023; Jansingh et al., 2018). La prevalença d'aquest trastorn al llarg de la vida en dones és de fins a un 2-4%. Té una taxa de mortalitat bruta del 5% per dècada (Garcia-Burgos, 2023; Jansingh et al., 2018).

Encara que es reconeix que la intervenció primerenca millora el pronòstic en els TCA, sovint es dona prioritat als pacients que presenten un inici recent (tres anys o menys), fet que provoca que es redueixin els temps d'espera i augmentar els factors de bon pronòstic (Fursland et al., 2018; Garcia-Burgos et al., 2023). Els pacients amb AN poden presentar un subtipus restrictiu o una combinació d'afartament i purga. Aquest últim subtipus sembla obtenir pitjors resultats en general (Nyman-Carlsson et al., 2018).

Aquest comportament alimentari restrictiu és extremadament resistent al canvi, sovint a causa de la naturalesa egosintònica del trastorn, la qual cosa provoca una baixa motivació per canviar (Lev Ari et al., 2022). Alguns dels factors que poden ser responsables de resultats clínics inadequats són: (a) perfeccionisme clínic, definit com esforços per complir els estàndards personals exigents; (b) baixa autoestima, definida com una visió global negativa de la persona; (c) la intolerància a l'estat d'ànim, definida com una incapacitat per fer front a determinats estats emocionals; i (d) dificultats

interpersonals, definides com a dificultats a llarg termini en les relacions interpersonals (Agras i Bohon, 2021; Nyman-Carlsson et al., 2018).

A la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària de l'Hospital Sant Pau i Santa Creu es treballa amb l'enfoc Cognitiu-Conductual, de tal manera que les intervencions que s'utilitzen per a tractar aquests trastorns seran d'aquesta línia. L'any 2017, tant l'Institut Nacional per a l'Excel·lència en Salut i Atenció (NICE) del Regne Unit com la Fundació Holandesa per al Desenvolupament de Qualitat en l'Atenció a la Salut Mental van publicar la seva guia actualitzada sobre el tractament dels trastorns alimentaris, basant-se en l'evidència fins a aquell punt, i van recomanar la TCC com a teràpia clau per als adults amb baix pes (Mulken i Waller, 2021). Aquesta intervenció té com a principi terapèutic l'abandonament de la lluita contra els símptomes que pateixen i, en el seu lloc, es pretén fer una reorientació de la vida i reestructurar idees al respecte (Moreno, 2012).

De fet, hi ha diversos estudis posteriors que recolzen l'enfocament. Per exemple, en l'estudi de Nyman-Carlsson et al. (2018), en el grup de Teràpia cognitiu-Conductual (TCC), es va evidenciar que una combinació de menys desregulació emocional i més dèficits interoceptius va predir un canvi positiu en l'Índex de Massa Corporal (IMC). Un major grau d'impulsivitat és un predictor positiu, augmentant la probabilitat de recuperació, tot i que la probabilitat disminuïa a mesura que augmentava la durada de la malaltia. Així doncs, s'ha vist que les intervencions que tracten els dèficits en la regulació de les emocions són importants en el tractament dels pacients amb AN, ja que el desenvolupament d'habilitats d'afrontament, com ara la resolució de problemes, té un efecte positiu en la psicopatologia del TCA.

S'ha considerat que els dèficits neurocognitius, en concret els baixos atencionals (BA), estan implicats en el desenvolupament i el manteniment dels TCA, ja que és un fenomen que es defineix com la tendència a centrar l'atenció en la informació percebuda

com una amenaça sobre altres tipus d'informació en resposta a un estímul relacionat al trastorn. El BA pot actuar com a factor de manteniment en els trastorns a través dels mecanismes cognitius i emocionals (Ascione et al., 2023). Els pacients amb AN mostren un BA cap al seu cos, centrant més atenció en les parts del cos que no li agraden o les parts del cos relacionades amb el pes i ignorant parts del cos que no tenen a veure amb el pes. Així doncs, la manera de pensar i de comportar-se del pacient està constantment determinada per aquests esquemes (Ascione et al., 2023).

La motivació inicial per a una alimentació restrictiva podria ser l'efecte ansiolític de la restricció dietètica. Quan l'alimentació restrictiva condueix a una pèrdua de pes, es veu reforçada positivament per sentiments de control, satisfacció personal i rebre elogis. Així doncs, la pèrdua de pes es percep com un resultat positiu i gratificant, afavorint el desenvolupament de conductes anorèxiques (reforç positiu instrumental).

Una variable important que s'ha trobat constantment que contribueix a la longevitat i al resultat del tractament és l'aliança terapèutica (AT) (Lev Ari et al., 2022). Aquesta és crucial per als processos de canvi en tots els enfocaments de tractament psicològic (Lev Ari et al., 2022; Marzola et al., 2019). De fet, l'AT s'ha relacionat amb majors nivells de finalització del tractament (fins a un 5% més de millora), l'augment de pes, la disminució de la simptomatologia depressiva i la simptomatologia general del TCA, la remissió de les cognicions del TCA i recuperacions més curtes (Frostad et al., 2018; Lev Ari et al., 2022; Marzola et al., 2019). Existeix un buit sobre els factors que contribueixen (o dificulten) el desenvolupament d'una AT forta entre pacients amb TCA (Lev Ari et al., 2022). De fet, els mecanismes específics que produeixen aquestes millores en la psicopatologia dels TCA són encara desconeguts (Calugi et al., 2021). En identificar aquests factors, els terapeutes podrien predir millor les possibles ruptures de relació i adaptar les seves intervencions per prevenir-les. En pacients amb AN s'ha vist les auto-

revelacions dels terapeutes sobre els seus sentiments envers els pacients faciliten el desenvolupament de l'AT, tot i que fins ara hi ha poques dades ja que s'ha investigat escassament en aquest camp (Lev Ari et al., 2022; Marzola et al., 2019).

Per als TCA és de suma importància una intervenció multidisciplinària, ja que és una patologia que afecta bio-psico-socialment i comporta complicacions mèdiques (Jansingh et al., 2020; Losada i Zavalía, 2019). Per tant, la recomanació és fer un abordatge terapèutic global. Com que el símptoma més greu és el manteniment d'un baix pes, la restauració d'aquest hauria de ser un dels focus principals en el tractament dels pacients amb AN (Nyman-Carlsson et al., 2020). Els programes de tractament multidisciplinari juguen un paper molt important en la reducció de simptomatologia de l'AN i en la prevenció de recaigudes (Losada i Zavalía, 2019). De fet, la Teràpia Cognitiu Conductual per a TCA (abreviat com TCC-ED, terme que utilitzarem d'ara en endavant per a designar aquest tractament) es va desenvolupar com un tractament per a diferents TCA i es basa en un model transdiagnòstic (Jansingh et al., 2018). Gran quantitat d'estudis han confirmat que s'observa efectivitat tant en pacients amb tractament ambulatori com un tractament en TCC intensiu per a l'AN (Calugi et al., 2021). S'ha demostrat que la TCC intensiva assoleix nivells de recuperació més ràpidament i té un efecte més positiu en l'autoestima del pacient (Jansingh et al., 2018).

El NICE i la Fundació Holandesa per al Desenvolupament de Qualitat en l'Atenció a la Salut Mental, en la gui aneriorment esmentada també van recomanar un conjunt limitat de tractaments psicològics basats en l'evidència per als TCA, que inclouen TCC, tractament basat en la família (TF), gestió clínica de suport especialitzada (SSCM) i model Maudsley de tractament de l'AN per a adults (MANTRA) (Jansingh et al., 2020; Kaidesoja, et al., 2022; Mulkens i Waller, 2021; Waller i Raykos, 2019). Tot i que la TCC es considera clarament com el tractament d'elecció per a aquells trastorns que no

impliquen un pes significativament baix, també ho és per al tractament d'adults amb AN (Kaidesoja et al., 2022). Així doncs, la TCC és recomanada per la majoria de les directrius nacionals basades en l'evidència per al tractament de l'AN (Kaidesoja et al., 2022; Waller i Raykos, 2019). Cadascuna d'aquestes teràpies integra estratègies conductuals amb altres elements (Waller i Raykos, 2019).

La majoria de les teràpies basades en l'evidència per als TCA insisteixen en el canvi nutricional segons sigui necessari, però difereixen en el moment del canvi (Waller i Raykos, 2019). De fet, l'alimentació restrictiva és una manera de regular les emocions en absència d'estratègies reguladores funcionals i, alhora, serveix per mantenir el TCA (Nyman-Carlsson et al., 2018). S'ha proposat que el canvi precoç és clau per al resultat del tractament a llarg termini (Mulken i Waller, 2021). Concretament, s'ha vist que els factors de bon pronòstic en els resultats del tractament en pacients amb AN són l'abordatge familiar, una pujada de pes relativament ràpida i menor edat en l'inici del trastorn (Agras i Bohon, 2021; Calugi et al., 2021; Nyman-Carlsson et al., 2018; Nyman-Carlsson et al., 2018; Nyman-Carlsson et al., 2020). Malgrat que la restauració del pes és un aspecte important del procés de recuperació de l'AN, no és suficient per obtenir una remissió completa, especialment durant el breu període de TCC intensiva (Calugi et al., 2021). Per altra banda, la durada de la malaltia no s'associa amb un pronòstic més dolent per als pacients amb AN en diferents modalitats de tractament. De fet, hi ha poca evidència sobre l'impacte de la durada de la malaltia en teràpies específiques, com ara la TCC-ED (Raykos et al., 2018). Així doncs, les recomanacions de tractament per a l'AN han de ser les mateixes, independentment de la durada o la gravetat de la malaltia (Nyman-Carlsson et al., 2018; Raykos et al., 2018). Tot i així, s'ha vist que aquelles teràpies que tenen un caràcter més introspectiu acostumen a tenir més eficàcia, però

aquestes són més efectives quan els pacients estan més estabilitzats a nivell mèdic (Losada i Zavalía, 2019).

Un altre tractament que ha obtingut bons resultats és la Teràpia Familiar (TF) s'utilitzen per a molts trastorns psiquiàtrics com els trastorns d'ansietat, el trastorn bipolar, l'AN o els trastorns obsessius compulsius (Belemir Sule et al., 2023; Nyman-Carlsson et al., 2020). En concret, la Teràpia Familiar Cognitiu-Conductual (TFCC) és un model de teràpia estructurada que suposa que els membres de la família interactuen entre ells en termes d'aspectes conductuals, emocionals i cognitius en un concepte familiar (Belemir Sule et al., 2023; Jansingh et al., 2020). Ajuda a l'hora de solucionar problemes en un futur mitjançant l'enfrontament a creences distorsionades i educant en estratègies cognitives (Agras i Bohon, 2021; Belemir Sule et al., 2023). A la família se li proporcionen responsabilitats, tals com acompanyar-los, recolzar-los i donant missatges reconfortants al membre de la família que està tenint les situacions problemàtiques. El fet que s'involucrin membres de la unitat familiar en el tractament pot comportar una millora de la simptomatologia i afavorirà la recuperació (Belemir Sule et al., 2023; Losada i Zavalía, 2019). És per això que no es creu que sigui important viure amb els pares durant una intervenció familiar: el suport i la teràpia en si poden ser suficients per avançar (Nyman-Carlsson et al., 2020).

Dins dels mètodes utilitzats en la TFCC, el procés de la teràpia sempre inicia amb psicoeducació (Belemir Sule et al., 2023). Hi ha una àmplia evidència sobre l'eficàcia que proporciona un programa de psicoeducació com a mètode d'abordatge en TCA. La psicoeducació té com a objectiu ensenyar i transmetre informació per tal d'aconseguir una reflexió profunda i adequada envers al trastorn (Fursland et al., 2018; Losada i Zavalía, 2019).

Paral·lelament, per tal de combatre el trastorn amb major eficàcia, cal modificar idees i conceptes erronis que dificulten el tractament. Això es realitza amb l'etapa d'educació i aprenentatge, la qual assolirà els anteriors objectius mitjançant la proporció d'informació detallada i clara sobre el trastorn, el tractament i les pautes. La psicoeducació proporciona resultats favorables ja que promou el coneixement, l'expressió de por i ansietats, canvis d'actituds i creences adaptades al trastorn. Per tant, els programes de breu duració tenen una eficàcia (Mulken i Waller, 2021), però limitada (Losada i Zavalía, 2019). De fet, cal destacar que la psicoeducació funciona com a coadjuvant a altres estratègies terapèutiques (Fursland et al., 2018; Losada i Zavalía, 2019). Hi ha evidència limitada que la psicoeducació millora els resultats dels pacients amb AN (Fursland et al., 2018).

Una innovació és que ara es considera que l'AN es desenvolupa a partir de vulnerabilitats en l'aprenentatge emocional i el processament de la memòria. S'ha proposat que els pacients amb AN aprenen la por amb més facilitat que els seus iguals sans (Garcia-Burgos et al., 2023). S'ha observat que els programes purament conductuals generen efectes força positius a curt termini (Garcia-Burgos, 2023; Losada i Zavalía, 2019). Les teràpies de comportament (en anglès *Behavior Therapy*, BT) es basen en l'acció i estan molt enfocades en reduir o eliminar conductes problemàtiques mitjançant un nou aprenentatge (Garcia-Burgos, 2023; Waller i Raykos, 2019). De fet, es percep l'AN com una fòbia del pes, en la qual els pacients limiten la seva dieta perquè pateixen ansietat per l'augment de pes (Garcia-Burgos et al., 2023). És per aquesta qüestió que es considera que una de les millors opcions, des d'aquesta perspectiva, és utilitzar una exposició gradual dels aliments temuts combinat amb components de relaxació (Waller i Raykos, 2019). L'evidència limitada mostra que l'exposició als aliments *in vivo*

disminueix l'estat d'ansietat i augmenta la ingesta calòrica i l'IMC en AN (Garcia-Burgos et al., 2023).

Tot i així, la manca de diferències significatives entre la TCC i la BT pot ser que la manipulació directa dels processos cognitius mitjançant tècniques com la reestructuració cognitiva és innecessària, ja que el canvi de comportament està mediat per factors cognitius. És a dir, ambdós tractaments poden funcionar mitjançant els mateixos mecanismes de canvi (Waller i Raykos, 2019). Tot i així, hi ha una manca de coneixement sobre els reforços específics que juguen un paper i la seqüència temporal en què es poden produir reforços tant negatius com positius de la restricció alimentària (Garcia-Burgos et al., 2023).

Tot i l'exposat fins ara, també s'ha vist que les intervencions dirigides a la motivació han resultat ser més efectives que els tractaments de baixa intensitat (com ara la psicoeducació) (Jansingh et al., 2018).

Centrant-nos en la xarxa sanitària, l'estudi de Frostad et al. (2018) mostren els resultats principals obtinguts en aplicar TCC-ED en un hospital públic, on més de dos terços dels pacients que van completar el tractament van aconseguir un pes normal després de 12 mesos. La implementació de la TCC-ED per a l'AN va permetre als pacients que abans haurien estat tractats com a pacients hospitalitzats viure la seva vida normal mentre estaven rebent tractament. Cal destacar que diversos procediments clau de la TCC-ED impliquen pràctiques en la vida quotidiana del pacient (com poden ser l'alimentació social i l'exposició corporal) i no es podrien implementar en un entorn de confinament hospitalari, limitant així l'eficàcia del tractament. Per tant, la CTT-E es pot implementar amb relativa facilitat en un entorn ambulatori d'un hospital públic (Dalle Grave et al., 2022).

Amb tot això, i degut a la falta d'evidència sobre l'efectivitat del tractament objecte d'estudi, el present treball pretén avaluar el benefici que aporta aquest grup terapèutic per a l'Anorèxia Nerviosa a la unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària de l'Hospital Sant Pau i Santa Creu. D'aquesta manera, resulta un bon moment per avaluar-ne l'eficàcia i les possibles propostes de millora segons els resultats, per poder implementar-los en grups posteriors i així millorar la qualitat assistencial.

Mètode

Disseny

Es va emprar un disseny de metodologia mixta que incloïa tant dades quantitatives, recollides per mitjà de qüestionaris, com dades qualitatives, recollides a través de la informació derivada de les sessions realitzades,

El mètode d'estudi de cas és una eina valuosa que aporta valor, benefici i utilitat pràctica a la investigació científica (Martínez, 2006). La investigació de cas únic fa possible mesurar i registrar la conducta de les persones en relació amb l'objecte d'estudi (Yin, 1993). Seguint a Chetty (1996), és apropiat quan es persegueix una finalitat descriptiva però també per contrastar o generar teoria, permetent utilitzar, per obtenir les dades, diverses fonts, tant quantitatives com qualitatives.

Participants

L'estudi està configurat per tres noies adultes d'entre 23 i 33 anys (mitjana d'edat de 29 anys). Inicialment era un grup de 6 pacients, però una no va iniciar el tractament i dues d'elles el van abandonar a la meitat. D'aquesta manera, aquestes participants no s'han tingut en compte a l'hora d'avaluar els beneficis que aporta aquest tractament en no poder comprovar els efectes finals en elles. Totes les persones del grup són pacients

no hospitalitzades, sinó que reben tractament ambulatori, i la participació no és remunerada i és voluntària. Les participants de l'estudi han estat obtingudes de manera aleatòria, corresponent a aquelles pacients en la llista d'espera de tractament de la unitat.

Totes les participants coincideixen en que són de sexe femení, s'identifiquen amb el gènere femení, tenen estudis universitaris, parella estable, treballant en el moment de la realització del tractament tenen una evolució del trastorn d'almenys 3 anys.

Les pacients presenten característiques físiques similars: alçada semblant (entre 1,60 i 1,64) i aspecte cuidat. Dues d'elles (pacients 2 i 3, P2 i P3 d'ara en endavant) presentaven un pes molt similar a l'inici del tractament (56 i 57 kg). La tercera (pacient 1, P1), presentava un pes relativament més baix (49 kg) i justament coincidia amb la que presentava conseqüències mèdiques actuals més greus (Amenorrea). Les altres referien no patir cap problema derivat del trastorn. Únicament prenen psicofàrmacs per regular conductes i malestar derivats del propi trastorn la P1 i la P3. Aquestes mateixes també reconeixien consumir algunes substàncies de manera esporàdica (tabac i alcohol i únicament alcohol, respectivament). La P3 és l'única que té antecedents familiars de segon grau amb algun tipus de trastorn psicològic (l'àvia i la germana, amb Trastorn Depressiu Major).

Les tres pacients refereixen haver tingut normopès durant la infància. Per altra banda, les tres comparteixen el diagnòstic d'AN. Només la P1 va patir Bulímia Nerviosa (BN). L'evolució va consistir amb un inici d'AN, en qüestió de 2 anys va derivar en BN i, al cap d'un temps, novament reprendre la restricció sense conductes purgatives pròpies de la BN, atribuint novament el diagnòstic d'AN.

Les edats d'inici del trastorn són diverses. La P1 va desenvolupar-lo en l'adolescència, als 16 anys concretament, i desconeix el desencadenant (17 anys d'evolució). Per altra banda, la P2 ho va desenvolupar a l'edat adulta, als 28 anys,

identificant l'origen en una obsessió per un moviment nutricional desenvolupat a les xarxes socials, anomenat *Real Fooding* (3 anys d'evolució). Per últim, la P3 identifica l'origen als 19 anys degut a la quarantena imposada per la pandèmia del COVID-19 (4 anys d'evolució) (veure Taula 1).

Taula 1.

Recull de dades basal de les pacients que han realitzat el tractament.

| Pacient | Pacient 1 (P1) | Pacient 2 (P2) | Pacient 3 (P3) |
|-------------------------------------|---|-----------------------|--|
| Pes a l'inici del tractament | 49 | 57 | 56 |
| Pes màxim en l'edat adulta | 54 | 57 | 66 |
| Pes mínim en l'edat adulta | 48,5 | 51 | 49 |
| Problemes mèdics | | | |
| derivats del trastorn | Amenorrea | No refereix | No refereix |
| Psicofàrmacs | Diazepam | No refereix | Fluoxetina |
| Consum de substàncies | Alcohol (7 unitats/setmana) Tabac (1 unitat/dia) | No refereix | Alcohol (1 unitat/setmana) |
| Trastorn actual | AN | AN | AN |
| Familiars amb diagnòstics de | No refereix | No refereix | Àvia i germana (Trastorn Depressiu Major) |

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|---|-------------------------------------|
| trastorns | | | |
| psicològics | | | |
| Edat d'inici del trastorn | 16 | 28 | 19 |
| Anys d'evolució del trastorn | 17 | 3 | 4 |
| Desencadenant de les conductes | Desconeix | Obsessió amb el moviment nutricional desenvolupat a les xarxes socials, <i>Real Fooding</i> | Quarantena per la pandèmia COVID-19 |

Instruments

Es realitza una recollida de dades inicial a totes les pacients, en les que s'inclou l'administració de les proves psicomètriques Inventari de Trastorns de l'Alimentació (*Eating Disorder inventory*, EDI) (Garner, 1983), Qüestionari d'Actituds davant el Canvi en los Trastorns de la Conducta Alimentària (ACTA) (Bernstein, 2003), Escala de Trets Sobre-controladors (OCRS) (Seretis et al., 2017) i Estils d'Afrontament (Lynch, 2018).

Inventari de Trastorns de l'Alimentació (*Eating Disorder inventory*, EDI de Garner, 1983)

L'EDI és un qüestionari de 64 ítems dissenyat per avaluar trets psicològics i de comportament comuns a l'AN i la BN. Té un format d'autoinforme i consta de vuit

subescales que mesuren: 1) Impuls per estar prim, 2) Simptomatologia de la BN, 3) Insatisfacció corporal, 4) Ineficàcia i baixa autoestima, 5) Perfeccionisme, 6) Desconfiança interpersonal, 7) Consciència interoceptiva i 8) Pors a la maduresa. Des del punt de vista clínic, tenen major rellevància el valor quantitatiu de les escales per separat que la puntuació total (Bobes et al., 2011).

Qüestionari d'Actituds davant el Canvi en los Trastorns de la Conducta Alimentària (ACTA de Bernstein, 2003)

Aquest qüestionari és l'adaptació a espanyola de la prova original desenvolupada per Bernstein (2003). És autoadministrat i es tracta d'un qüestionari dissenyat per avaluar les actituds davant el canvi en tres àrees: cognitiva, conductual i afectiva dels pacients amb TCA. Es basa en el model teòric de les fases del canvi proposades per Prochaska i DiClemente (Precontemplació, Contemplació, Decisió, Acció, Manteniment i Recaiguda). Reflecteix aquelles actituds, cognicions, tipus de relacions i/o emocions establertes i sorgides respecte al trastorn o al tractament, i totes elles són classificades en alguna de les fases del procés de canvi (Beato i Rodríguez, 2003; Bobes et al., 2011).

Escala de Trets Sobre-controladors (OCRS de Seretis et al., 2017)

És una escala que encara no està validada en població espanyola, però de la qual sí existeixen les primeres proves fetes al respecte. Cal tenir en compte, que aquestes puntuacions es basen en dades recollides d'un grup de 253 estudiants universitaris. Actualment s'està investigant en mostres clíniques per determinar la puntuació de tall que pot indicar un sobrecontrol maladaptatiu clínicament significatiu (Seretis et al., 2017). Aquesta identifica aquelles tendències de la personalitat que són de caire més obsessiu i perfeccionista (Seretis et al., 2017; Seretis et al., 2022).

Estils d'Afrontament (Lynch, 2018)

Consisteix en una escala que consta de dos llistats de paraules antònimes, i la persona cal que maqui amb quina de les dues s'identifica en major grau. La columna que tingui el nombre més gran de respostes representa el seu estil de personalitat general. La major quantitat de respostes a la columna A indica una tendència a la personalitat subcontrolada. La major quantitat de respostes a la columna B indica una tendència a la personalitat sobrecontrolada. Mitjançant aquesta anàlisi és possible avaluar els estils de personalitat generals. Un resultat alt a qualsevol de les columnes no indica necessàriament un estil d'afrontament sobrecontrolat desadaptatiu o subcontrolat desadaptatiu. Per avaluar l'afrontament sobrecontrolat desadaptatiu, cal utilitzar l'autoanàlisi de personalitat sobrecontrolada (Lynch, 2018).

Working Alliance Inventory-Short (WAI-S d' Andrade-Gonzalez, 2016)

Consisteix en una escala que avalua diferents elements de l'aliança terapèutica: el grau d'acord que tenen el pacient i el terapeuta en els objectius del tractament, el grau d'acord que tenen ambdós en les tasques a realitzar durant la psicoteràpia i el vincle, mesurat mitjançant la percepció que té el pacient sobre les verbalitzacions del terapeuta, la confiança i el respecte (Andrade i Fernández, 2016).

Escala de satisfacció amb el Tractament Rebut (CRES-4, versió espanyola de Feixas et al., 2012)

L'escala es crea amb la finalitat d'avaluar la satisfacció que té el pacient amb el tractament rebut, no només per proporcionar al pacient un espai per manifestar el que pensa, sinó també per al terapeuta i plantejar millores. Aquest instrument permet comparar tractaments de diferents centres, ja que està estandarditzat (Feixas et al., 2012).

Es mesura mitjançant tres àrees: la satisfacció que té, percepció de solució del problema i la percepció del canvi emocional després del tractament.

Procediment

Previ al grup

L'enquadrament clínic d'aquests casos va tenir lloc a l'Hospital Sant Pau i Santa Creu i va ser l'entitat que va oferir la mostra per al present estudi. L'hospital és un recurs de l'àmbit públic de la Sanitat Pública del país. La realització d'aquest estudi va requerir el consentiment de la psicòloga clínica que dirigeix el grup terapèutic, coincidint ser la mateixa professional que va iniciar l'estudi. Per altra banda, les sessions es van realitzar en el mateix recinte de l'hospital, concretament en el Pavelló 20, a la Sala Polivalent. Previ a l'inici del grup, es va demanar el consentiment informat per a l'ús de les dades obtingudes en aquest grup, amb una finalitat d'investigació (veure Annex 1).

Abans d'iniciar cada sessió i, just a l'acabar, per avaluar si la psicoteràpia era acceptada per les pacients, s'administraven unes preguntes de valoració (PVS), en les que es pretenia mesurar la diferència del grau d'incomoditat amb el seu cos i la vida, de la consciència sobre el problema, del grau de compliment i utilitat de les pautes que es van realitzant al llarg de les sessions, què valoren com a positiu del grup (compromís) i l'aliança terapèutica, mitjançant el test *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S) (Andrade-Gonzalez, 2016) (veure Annex 2).

Un cop finalitzat el tractament, les pacients van tornar a contestar unes proves psicomètriques per a poder comparar els resultats de l'inici amb els del final. En aquesta ocasió, els únics tests administrats van ser l'Inventari de Trastorns de l'Alimentació (EDI), el Qüestionari d'Actituds davant el Canvi en los Trastorns de la Conducta

Alimentària (ACTA) i l'Escales de satisfacció amb el Tractament Rebut (CRES-4, versió espanyola de Feixas et al., 2012).

Grup de teràpia

Al llarg de set setmanes s'assistia a les sessions setmanals del grup de teràpia sotmès a investigació. Es realitzaven els dimarts, entre les 10h i les 12h del matí. Les sessions, exceptuant la 1, 2 i 7, seguien una estructura similar:

- Repàs de la pauta encomanada.
- Proporció d'eines de gestió emocional i del malestar.
- Estratègies davant les dificultats.
- Abordatge de les qüestions que sorgeixin a les pacients.
- Psicoeducació.
- Proporció de la pauta a seguir la següent setmana.

En aquest últim punt, es tractava sobre una temàtica rellevant del trastorn. En concret, es van fer explicacions extenses sobre:

- Consciència sobre el trastorn.
- Origen i causes del trastorn.
- Conseqüències físiques, psicològiques i socials del trastorn.
- Eines, estratègies i resolució de dubtes per a les famílies.
- Estàndards de bellesa
- Moralitat dels aliments.
- Imatge corporal.
- Anticipació a moments de risc i pla d'actuació.

Les sessions tenien una duració d'entre 1 hora i mitja i dues hores, depenent dels continguts, i seguien un format de debat, on les pacients manifestaven opinions i pensaments respecte al tema a tractar i la terapeuta proporcionava dades correctes i confrontava idees i creences desadaptatives del trastorn. Complementat a això, s'anaven establint una sèrie de pautes que permetien una regulació de la conducta alimentària juntament a un trencament amb esquemes rígids i exposició a pors.

Anàlisi de dades

Per a l'anàlisi de dades es van tenir en compte les anotacions recollides de les sessions i les puntuacions obtingudes del qüestionari PVS. Es va realitzar un anàlisi qualitatiu de les sessions i també es va realitzar un anàlisi quantitatiu de caire descriptiu de l'evolució de les puntuacions, a través de les proves administrades al llarg del procés terapèutic. En concret, es van analitzar les diferències que presentaven les pacients al principi i al final del grup i les diferències d'una sessió a l'altra.

Resultats

A continuació, es presenta de manera detallada cinc de les set sessions que han conformat el grup que s'avalua. En elles s'explicita les indicacions de la terapeuta, les respostes, reaccions i reflexions de les pacients, així com altres factors que hagin estat rellevants per al tractament. S'ha considerat escollir les sessions 1, 2, 4, 5 i 6 degut a que la temàtica que es tracta i les tècniques aplicades són les més rellevants del tractament i on les puntuacions de les PVS han fluctuat més.

Sessió 1

Aquesta primera sessió es va desenvolupar el dia 12 de setembre de 2023. Hi havia presents la terapeuta principal i dues co-terapeutes (una psicòloga clínica i l'autora d'aquesta investigació), juntament amb les pacients conformant un cercle tancat.

Per iniciar la sessió, es va començar amb una dinàmica de presentació: les pacients calia que es presentessin a la resta de persones de la sala dient el seu nom, per què estaven aquí (causa) i què esperaven d'aquest grup terapèutic (expectatives). Les contestacions més repetides van ser “estic farta d'estar així”, “aquesta obsessió pot amb mi” o “espero sortir-me'n d'una vegada per totes”.

Seguidament, es va preguntar “què és l'Anorèxia?” i s'escolten les respostes de totes les pacients. Entre elles apareixen elements com “trastorn mental”, “idees dolents cap al menjar”, “control” i “malestar físic i emocional”. Tots aquests conceptes són recollits i anotats per la terapeuta. Acte seguit, la terapeuta explica: “*L'Anorèxia Nerviosa és un trastorn mental, com bé heu dit. Aquest trastorn es caracteritza per una idea que no es correspon amb la realitat. Per exemple, una persona que pateix esquizofrènia pot arribar a pensar que és un enviat del dimoni, o una persona que pateix un Trastorn Obsessiu Compulsiu pot pensar que tot està contaminat i necessita rentar-se les mans a cada moment. Així doncs, algú que pateix Anorèxia creu que ha de controlar el que menja, ja sigui per pensaments dolents cap al menjar o per por a augmentar de pes. Aquesta idea passa a ser la més important de la vida de la persona, de manera que condiciona les nostres accions, interaccions i estat d'ànim*”. Aquesta introducció té una estructura habitual, però es van afegir alguns dels elements anotats en l'anterior intervenció de les pacients per complementar la definició amb conceptes que representaven a les pacients en qüestió i s'identifiquessin amb el que se'ls estava explicant.

Sumat a aquestes explicacions, la terapeuta va advertir sobre la perillositat del trastorn i va explicar que hi ha tres factors de bon pronòstic mentre es fa un tractament psicològic: voluntat de la pacient, recolzament familiar i bons professionals assistencials. Després, es van nombrar aquells efectes secundaris que pot tenir qualsevol tractament, però aquest en qüestió podria comportar: augment de pes i augment de l'ansietat i malestar. Aquí també es va exposar l'objectiu del grup, el qual consistia en la regulació de la conducta alimentària i promoure-ho des d'una perspectiva de salut biològica, psicològica i social. Es va comentar que es pot tardar d'entre 1 a 2 anys fins estar bé del tot, a nivell de cognicions, però que la regulació de la conducta alimentària es pot fer en relativament poc temps. Així doncs, la terapeuta exposava de manera clara la realitat del trastorn i d'aquest procés, així com fomentar unes expectatives realistes.

Acte seguit, es va demanar a les pacient que firmessin un full de "Compromís terapèutic", el qual permetia, d'una manera simbòlica, sentir que es lligaven i s'implicaven en un procés de millora. En aquest s'explicitava tot el que s'ha exposat fins al moment i la condició que, malgrat seguissin amb cognicions i desitjos referents a la pèrdua de pes, prioritzaven la seva recuperació i el compliment de les pautes que s'anirien establint per millorar, amb tot el que això implica. Es va permetre que les pacients se l'enduguessin a casa per valorar la seva decisió. Totes van retornar el full a la mateixa sessió, a excepció de la P1, que va preferir reflexionar-ho i dir quelcom el pròxim dia.

Sessió 2

Aquesta sessió es va desenvolupar el dia 19 de setembre de 2023. Es va repartir un full on hi constava una llista de conseqüències, tant físiques i mèdiques com psicològiques, que pot comportar l'AN. En aquesta, calia que anotessin quines d'elles havien patit o, sinó, quines els havien sorprès més (ja sigui per inesperades, per por a

patir-les, etc.). Un cop marcades, es va procedir a parlar-ne. La P1 remarcava sobretot l'Amenorrea, ja que ella l'estava patint en aquell moment. Les altres dues pacients comentaven que en el passat també la van patir, tot i que poc temps. Quant a conseqüències psicològiques, totes les pacients les van marcar gairebé totes i va ser quelcom que van manifestar que les alarmava. Pel que comentaven, les que més preocupació els causaven eren: baixa concentració i les que implicaven qüestions socials.

En aquest punt, es va realitzar l'explicació sobre què havia succeït en el seu cervell per estar així: *“El cervell és l'òrgan que ho controla tot. Dins d'aquest hi ha diferents parts, i una d'elles s'anomena sistema límbic. El sistema límbic és aquella part del cervell més primitiva, la més antiga, i és l'encarregat de fer conductes i generar emocions bàsiques per a la supervivència de l'individu. En temps ancestrals, quan a un individu li faltava aliment, el seu sistema límbic s'estressava, i s'engegaven una sèrie de mecanismes, encarats a garantir la supervivència: la rigidesa, on l'individu tendia a ser poc creatiu i molt estricte amb què fer i com fer-ho per tal que no se li escapés cap oportunitat per alimentar-se; la irritabilitat, ja que no era el moment de socialitzar, era necessari ser egoïsta i procurar pel benestar d'un mateix; la “gula”, la qual permet que constantment s'estigui pensant en menjar perquè, en cas de trobar aliment, es mengi més del necessari per si retorna un període restrictiu; i, per últim, el perfeccionisme. Quins d'aquests mecanismes considereu que predominen en el vostre cas?”*.

D'aquesta manera, es va plantejar la pregunta: *com curem l'AN?*. Les pacients, després de l'explicació, van respondre “menjant”. A partir d'aquí, la terapeuta matisava l'objectiu del grup plantejat l'anterior dia, i és que si normalitzaven la conducta alimentària, permetíem calmar aquest sistema límbic estressat. Es va explicar que les pautes eren progressives, per tal de donar dosis al cervell d'enfrontament a pors, però no el suficientment intenses com a perquè l'abromessin i el portessin a abandonar el

tractament. Aquí, es va presentar la primera pauta: establir uns horaris fixos d'àpats. Així doncs, es pretenia fomentar l'aprenentatge del cervell mitjançant la freqüència en el temps de l'acció (acte de menjar) que no tant la quantitat de menjar. Es va remarcar que les menjades calia que fossin realitzades amb consciència i enviant-se mentalment el missatge que *cada dia, a aquesta hora, tindrè menjar*. Es va demanar que anotessin el que menjaven a cada àpat per portar un registre, on cal destacar: l'hora, què menjaven i què sentien/pensaven en fer-ho.

Sessió 4

Aquesta sessió es va desenvolupar el dia 3 d'octubre de 2023. Es va iniciar la sessió igual que l'anterior, responent l'enquesta inicial, fent un repàs de cada pacient dels registres dels àpats, les dificultats trobades i la proporció d'eines per gestionar les situacions. En aquestes intervencions es va observar que començaven a aparèixer comentaris com *“Comença a no agradar-me el meu físic”*, *“faig els àpats però em costa”*, *“sento que m'estic engreixant molt”*. Tot això, coincidint en què s'havia complert un període de quatre setmanes on la ingesta era suficient com per començar a notar canvis a nivell corporal i mental. Totes elles havien dut una evolució correcta de les pautes proporcionades fins al moment i, això, estava suposant un impacte a nivell emocional. Totes elles esmentaven alguns moments de la setmana on s'havien notat més irritables, sensibles o reactives. Per exemple, es van comentar esclats d'ira contra figures com la parella, tristesa sobtada o que estaven més pendents del que passava al seu voltant. En aquest punt es va explicar que aquestes reaccions eren normals davant el trencament de rigideses que presentaven de fa molt temps i la inclusió d'aliments “prohibits”. No era altra cosa que trencar pors que tenien i, això, les feia estar més alerta en general.

Aquí es va repartir el full de la sessió 3. En aquest es va presentar la tercera pauta, la qual consistia en retirar de la seva dieta habitual productes i aliments “segurs”. La finalitat era flexibilitzar la ment i exposar-se haver de recórrer a altres alternatives, probablement aliments que no els proporcionaven aquesta seguretat. Es van anotar quines opcions identificaven cadascuna d'elles dins la seva dieta i per quines alternatives estaven disposades a canviar-ho. A la pròxima sessió es comentarien.

Un cop acabat, van entrar els familiars a la sessió i es van asseure al costat de la pacient a la que acompanyaven. Es va iniciar aquesta part amb una ronda de presentació dels familiars, on deien el seu nom i les expectatives que tenien d'aquella reunió. Un cop finalitzades les intervencions, la terapeuta va procedir a explicar el mateix que en les sessions 2 i 3, d'una manera més resumida, als familiars. La finalitat va ser proporcionar de manera clara i entenedora què els estava passant a les pacients, per què els ha passat i treure qualsevol sentiment de culpa als acompanyants (en especial als que eren família directa) sobre l'origen del trastorn. Un cop acabada l'explicació, es va cedir la paraula per a que traslladessin dubtes i preguntes al respecte.

Aquí es van introduir eines i/o estratègies per a ajudar de manera més correcta a les pacients en el procés: no jutjar les seves accions, acompanyar en moments de dificultats davant els àpats, recolzar davant de davallades emocionals, preguntar què necessiten en aquests moments abans de fer res, no cedir davant de conductes pròpies del trastorn (com ara servir menys quantitat o cuinar una altra cosa per comoditat de la pacient), no realitzar comentaris respecte el físic o l'alimentació, que els temes de conversa tinguin el focus en quelcom que no sigui el trastorn i reforçar altres àmbits de la vida de la pacient. Es van acabar de resoldre dubtes que poguessin tenir els familiars, es va compartir les sensacions amb les que marxaven i es va finalitzar la sessió agraint la seva assistència.

Sessió 5

Aquesta sessió es va desenvolupar el dia 10 d'octubre de 2023. Es va repetir la primera part de la sessió igual que en la resta de les exposades. A més, aquí es va demanar per quines sensacions tenien respecte la sessió amb els familiars. Van comentar, sobretot, que havien observat canvis en les actituds davant els àpats, no se sentien tan pressionades ni observades, així com que percebien més comprensió i afecte. Es van reforçar aquests canvis i es va animar a les pacients a que comunicuessin als familiars el seu grat per aquestes noves interaccions.

Per altra banda, van aparèixer més comentaris respecte al disgust amb la imatge corporal i les pors associades. Davant aquestes declaracions, es va proporcionar psicoeducació i estratègies per reduir el malestar emocional i tècniques de distracció mental.

Un cop finalitzat, es va incorporar la pauta 4, consistent en la introducció de manera freqüent a la seva dieta (valorat en la quantitat de dies a la setmana que ho consumien) d'aliments que els costés menjar, que s'auto-prohibien o que no es permetien consumir en determinats moments del dia. Totes elles en van nombrar entre dos i tres i es van comprometre a introduir-los una quantitat específica de cops a la setmana. Tots ells es van observar que els relacionaven amb una proporció calòrica elevada, aliments que saciaven molt o creences esteses socialment sobre la moralitat d'aquells aliments.

Sessió 6

Aquesta sessió es va desenvolupar el dia 17 d'octubre de 2023. Es va realitzar la mateixa dinàmica que en les anteriors. Es van reforçar positivament totes aquelles conductes a favor de la recuperació, malgrat haver-se sentit “excessivament plenes”, “amb ganes de compensar-ho en altres àpats” o “voler abandonar el tractament”. La

terapeuta va realitzar psicoeducació al respecte, explicant que les senyals de gana i sacietat es trobaven alterades, degut a que l'hipotàlem no estava proporcionant senyals correctes encara; d'aquí es va remarcar la importància de mantenir els horaris i les quantitats.

Un cop finalitzada aquesta part, es va iniciar la psicoeducació, aquest cop referent a la imatge corporal. Es va parlar sobre la percepció del cos com un objecte: quelcom que servia per ser mirat, jutjat i comparat; envers al cos com un subjecte: quelcom que em permetia fer. Aquí es van realçar les funcions del cos, més enllà de les coses bàsiques de supervivència, sinó aquelles que aportaven valor a les pacients com a persones (viatjar, treballar, relacionar-se...). En aquest punt la P2 va plorar, degut a ser l'àmbit del trastorn que més càrrega emocional li estava suposant. La terapeuta li va agrair que es permetés sentir això en l'espai del grup.

També es va explicar el triangle interactiu que conformen els pensaments, les emocions i les conductes, sent tres entitats que estaven constantment retroalimentant-se entre elles i perpetuant aquestes actituds maladaptatives i desagradables respecte la imatge corporal. Aquí es va fer un petit esquema d'exemple sobre l'esmentat respecte a un pensament recurrent que tenia la P3 sobre el seu cos. Aquí es va evidenciar que el pensament en qüestió desencadenava una emoció desagradable sempre, de manera que la conducta que es realitzava en conseqüència sempre anava en la línia de mantenir el cercle. Així doncs, la terapeuta va posar èmfasi en la importància de canviar les conductes ja que, els pensaments requerien d'un treball més exhaustiu per a canviar-los, i les emocions no podien ser canviades. D'aquesta manera, s'explica: *“Si incidim en qualsevol de les tres, les altres dues canvien en conseqüència. Però, si ens esforcem en canviar les conductes que fem habitualment quan apareix aquesta roda explicada, les conseqüències obtingudes probablement seran diferents a les habituals. Així doncs, si aquestes*

conseqüències són diferents, la recompensa en el cervell també serà diferent. Què comportarà això? Doncs que les altres dues entitats també canviïn de mica en mica, creant-se un circuit diferent”. En aquest moment es va realitzar una llista de conductes de comprovació i comparació que realitzaven i que caldria que procuressin modificar d'ara en endavant, ja que l'atenció anava encarada a allò que és significatiu per un mateix i sempre realitzaríem comparacions amb quelcom que algú altre tenia i un propi no.

Aquí es van proporcionar estratègies per ajudar a realitzar conductes per tal de trencar el cercle: comportar-se de manera contrària al que la ment els dicta fer. Es va recalcar que calia generar aprenentatges nous mitjançant l'exposició a situacions desagradables i suportar el malestar que es generés, de tal manera que s'anés rebaixant la intensitat. En aquest punt la terapeuta es va anotar els reptes als que les pacients es proposaven enfrontar-se. Un cop aparaulat, es va finalitzar la sessió.

Anàlisi descriptiu

En primer lloc, a la Taula 2 es presenta les puntuacions obtingudes en la prova psicomètrica ACTA, tant abans del grup com al finalitzar-lo. D'aquí, en destaca que, a l'inici del grup, les tres pacients van obtenir la major puntuació en la subescala de Reaiguda, indicant que era la fase del procés terapèutic en la que es trobaven en aquell moment. Paral·lelament, al final del tractament totes elles van tornar a coincidir en una major puntuació en una mateixa escala, en aquesta ocasió la d'Acció, corresponent ser una fase on es realitzen conductes que van dirigides a la modificació o eliminació de les conductes problema. Per altra banda, d'aquesta prova en destaca que, totes tres van puntuar en la fase de Precontemplació tot i que no resultava una puntuació significativa per a cap de les pacients. Al finalitzar el grup, aquesta xifra es va veure reduïda a zero en totes elles.

Taula 2.

Puntuacions obtingudes en la prova psicomètrica ACTA a l'inici del grup i a la seva finalització.

| | ACTA previ al grup | | | ACTA posterior al grup | | |
|------------------------|--------------------|--------------|--------------|------------------------|-----------|-----------|
| | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 |
| Precontemplació | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Contemplació | 18,18 | 20,90 | 14,54 | 12,72 | 12,72 | 27 |
| Decisió | 27,27 | 29,09 | 11,81 | 21,81 | 15,45 | 13,63 |
| Acció | 13 | 24 | 27 | 33 | 38 | 38 |
| Manteniment | 3 | 5 | 9 | 13 | 19 | 19 |
| Recaiguda | 34,28 | 35,71 | 37,14 | 20 | 18,57 | 17,14 |

Pel que fa a la prova EDI, representada en la Taula 3, s'observa més diversitat que l'anterior. En primer lloc, la P1 destacava com a puntuació més alta, tant previ com posterior al grup, en la subescala d 'Ineficàcia i Baixa Autoestima. Malgrat tot, observem com la xifra era menor al final del tractament. Per altra banda, la P2 i la P3 presentaven com a tret més elevat la Insatisfacció Corporal, tant a l'inici com al final del grup. També en destaca que ambdues van augmentar un punt en aquesta escala al final del grup. Cal destacar que la P2 va augmentar la xifra en Simptomatologia Bulímica i en Perfeccionisme.

Taula 3.

Puntuacions obtingudes en la prova psicomètrica EDI a l'inici del grup i a la seva finalització.

| | EDI previ al grup | | | EDI posterior al grup | | |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|
| | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 |
| Impuls per estar prim | 19 | 16 | 16 | 11 | 12 | 14 |
| Simptomatologia de la BN | 0 | 0 | 9 | 0 | 3 | 6 |
| Insatisfacció corporal | 16 | 22 | 18 | 12 | 21 | 19 |
| Ineficàcia i baixa autoestima | 20 | 2 | 6 | 14 | 1 | 2 |
| Perfeccionisme | 9 | 2 | 7 | 5 | 4 | 3 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----|----|----|---|---|----|
| Desconfiança interpersonal | 2 | 11 | 4 | 7 | 3 | 2 |
| Consciència interoceptiva | 12 | 8 | 15 | 7 | 8 | 11 |
| Pors a la maduresa | 12 | 5 | 7 | 4 | 1 | 1 |

En l'Escaleta de Trets Sobrecontroladors, representada en la Taula 4, observem que la P1 i la P3 van obtenir puntuacions per sobre de 79,5 (91 i 112, respectivament), corresponent a xifres dins del barem de trastorn de l'espectre autista (TEA).

Taula 4.

Puntuacions obtingudes en l'Escaleta de Trets Sobrecontroladors.

| Escaleta de trets sobrecontroladors | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | P1 | P2 | P3 |
| TOTAL | 91 | 64 | 112 |

En l'Escaleta d'Estils d'Afrontament s'observa com totes les pacients van obtenir una puntuació major en la llista B, corresponent a una tendència a la personalitat sobrecontrolada. Si més no, la P3, en aquesta ocasió, va obtenir una puntuació més equilibrada entre ambdues llistes, fet que se situava un estil sobrecontrolador marcat però no a uns nivells considerats significatius. En la P1 i la P2 s'observa el cas contrari, veient com hi havia més diferència entre ambdues puntuacions i fent més notable aquest estil sobrecontrolador enfront els problemes (veure Taula 5).

Taula 5.

Puntuacions obtingudes en l'Escaleta d'Estils d'Afrontament.

| Estils d'afrontament | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | P1 | P2 | P3 |
| Llista A | 15 | 15 | 23 |
| Llista B | 32 | 32 | 24 |

Com que en el present treball únicament es valoren cinc sessions del tractament, l'avaluació qualitativa es realitza de l'Escala WAI-S sobre aliança terapèutica (veure Taula 6) i dels PVS previs i posteriors a les sessions descrites (veure Taula 7).

S'observa com, en general, les puntuacions en l'Escala WAI-S al llarg de les sessions tendien a augmentar en totes les pacients (veure Taula 6). A la Taula 7 observem que, després de la sessió 2, la P1 i la P2 augmentaven la seva consciència sobre el problema, observant-se en una pujada d'un punt en aquests ítems (puntuació de 4 en ambdues). Per altra banda, P2 i P3 també van presentar major sensació de capacitat de canvi respecte a l'inici d'aquesta, denotant-se de la mateixa manera que l'anterior. L'aspecte que destacaven de la sessió, totes tres van coincidir en que va ser útil l'explicació sobre què els ha succeït a nivell cerebral per trobar-se en aquesta situació, considerant-la com a molt entenedora. Les puntuacions del WAI-S eren encara poc destacables.

En aquest punt, en destacava que les tres pacients, en totes les sessions, van obtenir la puntuació més elevada en l'escala de Tasca. Per altra banda, s'observa un canvi en les pacients P1 i P3 en les tres subescales de la sessió 2 a la 4. Les dues pacients van augmentar menys d'un punt cada factor (la P1 5 – 5,25; 4,25 – 4,5; 4 – 4,5 i la P2 6,25 – 6,75; 5,25 – 5,5; 5 – 5,5). La P2, per la seva banda, també va augmentar en els tres dominis, però de manera més significativa: tant en Tasca com en Vincle gairebé un punt en ambdues (5,75 – 6,25 i 4 – 4,75).

A nivell de valoració a la sessió 4, s'observa un compliment de més del 90% de la pauta 1 per part de les tres pacients. A més, van valorar amb una mitjana de 9 la seva utilitat. De les puntuacions després de la sessió, en destacaven que eren exactament iguals a les de l'inici.

Pel que fa a la sessió 5, la P2 i P3 es van mantenir en la mateixa xifra a nivell de consciència del problema i motivació pel canvi (puntuació de 3 i 4, respectivament), però

la P1 va augmentar un punt quant a preocupació pel trastorn i, per tant, en consciència d'aquest (puntuació de 3 i de 4, abans i després de la sessió, respectivament). Novament, a nivell de compliment de pautes, s'observen barems alts (>90%). Malgrat tot, van aparèixer puntuacions baixes en la valoració de la utilitat de la pauta 3 (mitjana de 7 punts sobre 10). Pel que fa a l'aliança en aquesta sessió (veure Taula 6) s'observa que, a nivell general, es van mantenir respecte l'anterior sessió. Malgrat tot, s'observa que la P1, en les sessions posteriors a la descrita, va disminuir lleugerament les xifres en la subescala de Tasca (d'una puntuació de 5 passa a 4,75).

Per últim, la sessió 6 va suposar millors resultats en els barems de compliment de les pautes i valoració de la utilitat d'aquestes, augmentant a una mitjana de 8,5 punts (1,5 més que l'anterior sessió). Van valorar molt positivament l'exposició per part de les companyes dels reptes que van anar assumint i l'obtenció d'eines per començar a canviar esquemes de la imatge corporal. A nivell de l'escala WAI-S (veure Taula 6), les puntuacions es van seguir mantenint igual. A més, en destacava que la P3 va puntuar amb la xifra màxima l'acord respecte a les tasques a realitzar per arribar a sortir-se'n (puntuació de 7).

Taula 6.

Puntuacions mitjanes obtingudes en els factors que conformen l'Escala WAI-S de les sessions 1, 2, 4, 5 i 6.

| | Sessió 1 | | | Sessió 2 | | | Sessió 4 | | | Sessió 5 | | | Sessió 6 | | |
|-----------------|----------|------|-----|----------|------|------|----------|------|------|----------|------|-----|----------|------|-----|
| Subescala | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 |
| Tasca | 4,75 | 5,75 | 5,5 | 5 | 5,75 | 6,25 | 5,25 | 6,25 | 6,75 | 5 | 6,25 | 7 | 4,75 | 6,25 | 7 |
| Vinle | 3,75 | 4 | 4 | 4,25 | 4 | 5,25 | 4,5 | 4,75 | 5,5 | 4 | 4,75 | 5,5 | 4,25 | 5 | 5,5 |
| Objectiu | 3,25 | 4 | 5 | 4 | 3,75 | 5 | 4,5 | 3,75 | 5,25 | 4,25 | 3,75 | 5,5 | 4,25 | 4 | 4 |

A nivell de satisfacció amb el tractament rebut (veure Taula 8), s'observa que totes les pacients van valorar que a l'inici del tractament estaven en un estat emocional força

baix (puntuació d'1 en totes elles), de la mateixa manera que també van considerar que el tractament va contribuir a una millora en la seva qualitat de vida general, tot i que P2 i P3 van puntuar aquest canvi com a millor que P1 (puntuacions de 3 per ambdues i puntuació de 2 per la P1).

Al final del procés, novament la P2 i la P3 van valorar el seu estat emocional com a positiu, sense dificultats que consideressin com un problema greu, mentre que la P1 es va situar en un nivell més neutre, depenent de les circumstàncies estava millor o pitjor (puntuacions de 5 per ambdues i puntuació de 4 per la P1).

On van aparèixer més diferències és pròpiament a la valoració del tractament, on la P1 va manifestar estar bastant satisfeta (puntuació de 3), la P2 molt satisfeta (puntuació de 4) i la P3 completament satisfeta (puntuació de 5).

Taula 7.

Puntuacions obtingudes en les PVS de les sessions 1, 2, 4, 5 i 6.

| | SESSIÓ 1 | | | SESSIÓ 2 | | | SESSIÓ 4 | | | SESSIÓ 5 | | | SESSIÓ 6 | | |
|--|----------|----|----|----------|----|----|----------|-----|-----|----------|-----|-----|----------|------|------|
| | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 | P1 | P2 | P3 |
| Tinc un problema amb la conducta alimentària | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Desitjo canviar la meva conducta alimentària | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 |
| En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 1? | | | | | | | 95% | 60% | 80% | 85% | 70% | 80% | 90% | 100% | 100% |
| En quin grau has trobat útil la pauta 1? | | | | | | | 9,5 | 9 | 8 | 9 | 9 | 10 | 9 | 10 | 10 |
| En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 2? | | | | | | | | | | 80% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|-----|------|------|------|------|
| En quin grau has trobat útil la pauta 2? | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 6 | 9 | 10 | 8,5 | 9 | 9 |
| En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 3? | | | | | | | | | | 100% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| En quin grau has trobat útil la pauta 3? | | | | | | | | | | 6 | 6 | 10 | 8 | 3 | 10 |
| En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 4? | | | | | | | | | | | | | 100% | 100% | 100% |
| En quin grau has trobat útil la pauta 4? | | | | | | | | | | | | | 8,5 | 8 | 10 |
| Tinc un problema amb la conducta alimentària | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Desitjo canviar la meua conducta alimentària | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Tinc intenció de canviar la meua conducta alimentària | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| Em sento capaç de canviar la | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 |

| meva conducta alimentària | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|---|---|---|--|-------------------------------------|---|---|--|--|---|---|
| T'ha agradat la sessió d'avui? | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 |
| Què és el que més t'ha agradat de la sessió d'avui? | La claredat de l'objectiu i les conseqüències | La claredat de l'explicació | La claredat de l'explicació | Explicacions clares i entenedores. / Pauta que sembla assequible per la pròxima setmana. | Relacionar la part primitiva amb el motiu dels meus actes i pensaments actuals. | Sentir-me compresa amb les meves companyes. / Entendre la malaltia. | Que m'acompanyessin els familiars i fessin preguntes. | Compartir amb la família la malaltia, des del punt de vista d'altres pacients i des de la perspectiva teòrica. | Escollir als altres. | Saber que les companyes van fent el seu procés i que ho fan amb força èxit. Em fa enveja i alhora em sembla encoratjador. | Continuar aprenent, m'he sentit acollida per les companyes, hem rigut i hem après alhora. | Compartir i sentir que ajudo a les altres. | La posada en comú dels reptes que hem anat assumint. | El cercle vicios de la imatge corporal. | Entendre que la IC no és el que veig. / És quelcom més complex relacionat amb pensaments i emocions / Que per a canviar-ho he de modificar conductes. |
| Has trobat útil la sessió d'avui? | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| Què és el que has trobat més útil de la sessió d'avui? | L'objectiu establert | L'explicació respecte al trastorn | L'objectiu establert | La pauta per a seguir aquesta setmana. | El raonament de les coses i la teoria. | Entenc la malaltia, i això fa més fàcil el tractament i saber per on agafar-la. | Indicacions i recomanacions per a què els familiars ens puguin acompanyar millor. | "La teoria" per a la família i els exemples aportats. | Conèixer les realitats dels altres. | Poder obrir-me i explicar que ho estic passant malament anímicament. | Les noves pautes. | Enderrocar les idees i pensaments que tenia. | Les explicacions sobre la imatge corporal. | Entendre el cicle de la IC | Entendre la meva malaltia sempre. |

Taula 8.

Puntuacions obtingudes en l'Escala CRES-4.

| CRES-4 | | | |
|---|---|---|---|
| | P1 | P2 | P3 |
| 1. En general, quant de satisfet/a està amb la manera en què el seu terapeuta ha tractat el problema pel que va consultar? | 3 - bastant satisfet | 4 - Molt satisfeta | 5 - Completament satisfeta |
| 2. ¿En quina mesura l'ha ajudat el tractament en relació al problema específic que l'ha dut a consultar? | 4 - Ha fet que les coses millorin | 5 - Ha fet que les coses millorin molt | 5 - Ha fet que les coses millorin molt |
| 3. ¿Quin era el seu estat emocional general quan va iniciar el tractament? | 1 - Estava bastant malament, la vida se'm feia dura molts cops. | 1 - Estava bastant malament, la vida se'm feia dura molts cops. | 1 - Estava bastant malament, la vida se'm feia dura molts cops. |
| 4. ¿Quin és el seu estat emocional general en aquest moment? | 2 - Regular, tinc els meus alts i baixos | 3 - Estic bé, no tinc problemes greus | 3 - Estic bé, no tinc problemes greus |

Discussió

Aquesta investigació tenia com a objectiu avaluar el benefici que aporta un grup terapèutic per a l'Anorèxia Nerviosa que es duu a terme a la unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària de l'Hospital Sant Pau i Santa Creu.

Els resultats de l'estudi mostren que el tractament avaluat ha obtingut resultats favorables. Se'n destaca un especial efecte positiu en les pacients a la sessió on s'inclou als familiars, els reptes relacionats a l'exposició a porcs i la psicoeducació sobre el trastorn.

L'objectiu principal del grup era donar prioritat a una regulació de la conducta alimentària i la inclusió d'aliments ja que els canvis de comportament relacionats amb la conducta alimentària tenen un impacte generalitzat en la millora de l'estabilitat de l'estat d'ànim i l'afecte positiu, la flexibilitat cognitiva, la seguretat biològica i el funcionament interpersonal/social (Waller i Raykos, 2019). Precisament, en la sessió 2 es van exposar conseqüències psicològiques que podia comportar l'AN i, tal i com s'ha descrit en la redacció de les sessions, les pacients destacaven preocupacions en aspectes cognitius i d'interacció social, coincidint amb l'exposat en aquest article esmentat. De fet, tractaments creats específicament per al trastorn en qüestió, com per exemple la SSCM, posen especial èmfasi en la normalització de la conducta alimentària (Jansingh et al., 2018). Així doncs, aquest objectiu està ben formulat quant a prioritzar aspectes que concorden amb les característiques de les pacients del tractament.

Quant a l'estructura de les sessions és molt estable. Aquest fet coincideix amb el que exposen Belemir et al. (2023) en què especifiquen que les sessions inicien normalment amb una revisió de les tasques encomanades per a casa i realitzant una breu síntesi de la sessió prèvia. Per a concloure les sessions, s'encomanaven tasques per a casa focalitzades en el problema a resoldre i per promoure canvis cognitius i conductuals que s'havien explicat en la sessió.

De les sessions també en destaquen dos tipus d'enfocaments que s'apliquen en gairebé totes elles: la psicoeducació i l'exposició a estímuls temuts. L'abordatge psicoeducatiu permet disminuir la sobrecàrrega i preocupació, així com augmentar els sentiments positius cap a l'equip de professionals a càrrec del tractament (Losada i Zavalía, 2019). Per tant, els objectius principals de la psicoeducació són el recolzament i la informació. El primer pretén donar un espai a diversitat de sentiments (ira, culpa, hostilitat, etc.) que sorgeixen en les famílies quan s'inicia el tractament, així com afrontar

possibles angoixes o impotència que aparegui en el transcurs. El segon promou la consciència de la malaltia i els seus riscos, així com la importància de fer un tractament a tots els nivells (Losada i Zavalía, 2019), tal i com es detalla en l'explicació de la primera sessió, on es destaca l'enfoc de la intervenció des d'un punt de vista bio-psico-social. En les intervencions psicoeducatives grupals, els participants comparteixen experiències entre ells, de manera que es crea un clima de comprensió i recolzament mutu. Així doncs, aconsegueixen beneficiar-se factors com l'empatia, altruisme, trobar sentiments compartits amb altres en una mateixa situació, aprenentatge interpersonal i cohesió grupal (Losada i Zavalía, 2019).

Tot i que s'ha assolit una disminució de simptomatologia pròpia del trastorn al llarg de les sessions, també s'ha observat que no és del tot significativa en un temps de 7 setmanes. L'evidència destaca que les sessions de teràpia grupal cal que durin idòniament entre de 90 minuts (Belemir et al., 2023) i un programa psicoeducatiu té una durada de 5 a 8 sessions amb una freqüència setmanal (Losada i Zavalía, 2019), coincidint amb les característiques del tractament en qüestió. Tot i així, tractaments més intensius i dissenyats específicament per població que pateix AN, tals com el MANTRA, destaquen que el nombre de sessions de tractament va de 20 a 40 (Jansingh et al., 2018). Així doncs, es destaca la necessitat de major nombre de sessions per a futures aplicacions del tractament.

També s'observa un augment en relació a la insatisfacció corporal, tant a l'inici com al final del grup. Això es relaciona amb que ha estat una temàtica molt present al llarg del tractament i ho segueix sent en la seva finalització. Això s'explicaria que, gràcies al tractament s'han vist disminuïdes les preocupacions respecte a altres aspectes del trastorn, tals com pors, però l'augment de pes degut a una millora en la conducta alimentària ha provocat que s'elevi també aquesta preocupació.

A nivell de característiques personals, s'observa una tendència a conductes relacionades amb el sobrecontrol en les pacients amb AN. Segons destaquen en l'estudi de Nyman-Carlsson et al. (2018), els nivells baixos de regulació d'impulsos estava associada a un canvi clínicament significatiu en la puntuació total de l'EDI, la qual cosa suggereix que les pacients amb AN tenen dificultats per regular les seves emocions i presenten un mal control dels impulsos. Quelcom que es destaca en aquest mateix article i no es realitza al llarg del tractament estudiat, és que hi ha procediments específics utilitzats en la TCC, en què s'aborden les respostes de l'individu als estats emocionals i els esdeveniments desafiants, així com estratègies de resolució de problemes, i s'ha demostrat que milloren el resultat i la restauració del pes. La regulació emocional es pot identificar com un problema al principi del tractament i, per tant, caldria dedicar-hi un esforç considerable a aquesta àrea específica (Nyman-Carlsson et al., 2018).

Aquesta tendència explicada es pot relacionar també amb les resistències trobades al llarg del tractament i que han pogut ser factors d'influència. El fet d'incloure d'aliments temuts, desafia a la rigidesa de la seva conducta alimentària i són factors que poden xocar davant aquesta tendència general al control. Relacionat amb aquesta situació, trobem que en l'AN, els pacients sovint es descriuen com a rígids, inflexibles i perfeccionistes, a més de participar en patrons de comportament fixos pel que fa a la compra, la preparació i el consum d'aliments. Fins i tot després de rebre un tractament dirigit a normalitzar el pes i els patrons d'alimentació, les pacients amb AN continuen consumint menys calories totals i menys calories del greix que els seus companys sans. Aquestes característiques poden reflectir una tendència a desenvolupar comportaments repetitius i estereotipats, i una vulnerabilitat a formar forts hàbits aberrants en la vida quotidiana d'aquests pacients (Garcia-Burgos et al., 2023).

S'observa un canvi general en l'AT entre les sessions 2 i 4. Aquest fet ja és indicatiu d'un cert impacte en elles, i l'esdeveniment que provoca aquesta millora és que a la sessió 4 és on s'inclou als familiars. Tal i com s'ha vist i el descrit en la sessió, a la família se li proporcionen algunes responsabilitats (escollir l'àpat de la pacient en cas de bloqueig o por extrema), acompanyar-les, recolzar-les i donar missatges reconfortants a la pacient. El fet que s'involucrin membres de la unitat familiar en el tractament pot comportar una millora de la simptomatologia i afavoreix la recuperació (Belemir Sule et al., 2023; Losada i Zavalía, 2019). De la mateixa manera, l'AT s'ha relacionat amb majors nivells de finalització del tractament (fins a un 5% més de millora), l'augment de pes, la disminució de la simptomatologia depressiva i la simptomatologia general del TCA, la remissió de les cognicions del TCA i recuperacions més curtes (Frostad et al., 2018; Lev Ari et al., 2022; Marzola et al., 2019). En els casos de sessions multi-familiars, es genera un espai on s'adquireixen noves maneres d'afrontar les dificultats, des d'un punt de vista professional com des d'altres vivències que proporcionen els altres casos amb situacions i experiències similars. En aquestes sessions, com que el principal objectiu consisteix en proporcionar la informació que requereixin, es contesten les preguntes que s'exposin de manera breu i concisa per no generar debats (Losada i Zavalía, 2019). Així doncs, que la inclusió de la família en el procés, la proporció d'eines a aquestes i un augment en les puntuacions de les pacients en l'AT, mostra un augment dels factors de bon pronòstic en el tractament. Lev Ari et al. (2022) destaquen la importància de separar els pacients del seu TCA en el procés d'aliança, juntament amb reconèixer la por dels pacients a ser jutjats per la seva malaltia

Pel que fa a la sessió 5, apareixen puntuacions baixes en la valoració de la utilitat de la pauta 3, consistent en la retirada d'aliments segurs per a cadascuna d'elles. Això denota, novament, un augment de la por i els efectes de l'exposició a rigideses i

simptomatologia de la pròpia AN. Garcia-Burgos et al. (2023) van exposar a pacients amb AN a situacions d'alimentació temudes sense utilitzar rituals que reduïssin l'ansietat i comportaments de seguretat permeten l'extinció amb èxit i provocaven un modest augment de la ingesta. Tot i així, la investigació sobre l'aprenentatge de la por de Pavlovià en AN és escassa.

Per últim, la sessió 6 ha suposat millors resultats en els barems de compliment de les pautes i valoració de la utilitat d'aquestes. Aquí es pot observar com la repetició a l'exposició a aliments prohibits ha suposat una disminució progressiva de la por a aquests i de la por a augmentar de pes, ja que elles mateixes veuen que aquest no varia en excés com s'esperaven. Es valora molt positivament els avenços de les companyes, ja que els proporciona un augment de la motivació en veure que és possible assolir-ho, i l'obtenció d'eines per començar a canviar esquemes de la imatge corporal, degut a que és una de les majors preocupacions al llarg i després del tractament. Malgrat que la imatge corporal és un tema important per aquest grup concret, denotant-se en mostres com plors, gran participació i dubtes exposats per part de les pacients (descrites en l'explicació de la sessió), només es dedica un dia a proposar-ne estratègies i eines per promoure canvis en aquesta. Aquesta troballa indica la necessitat de recomanar a les pacients un tractament ambulatori post-grup dissenyat per abordar la seva psicopatologia residual del TCA, en particular els problemes d'imatge corporal, per tal de reduir el risc de recaiguda (Calugi et al., 2021).

Amb tot l'esmentat, observem que les pacients que més puntuen més alt en una tendència a l'estil d'afrontament de sobrecontrol puntuen més baix en les subescales del WAI-S. Aquest tarannà més rígid dificulta lleugerament l'establiment de l'AT, ja que en les pacients que puntuen en major flexibilitat són aquelles que en l'establiment de l'AT també proporcionen puntuacions més elevades. Malgrat aquest fet, les puntuacions

generals mostren xifres elevades. De fet, l'AT mesurada després de l'alta prediu la millora i manteniment de la simptomatologia alimentària i depressiva fins a 12 mesos després del tractament (Marzola et al., 2019), de manera que, en aquest grup concret, els valors obtinguts suposen un factor de bon pronòstic al respecte de possibles recaigudes.

On apareixen més diferències és pròpiament a la valoració del tractament, on les valoracions es correlacionen positivament entre la combinació de trets sobrecontroladors de cada pacient i els avenços realitzats a nivell de millora de la conducta alimentària. Succeeix el mateix entre una major exposició a pors i als reptes i una millor percepció qualitativa del tractament rebut.

Malgrat haver resultat efectiu l'enfoc psicoeducatiu adoptat en aquest tractament, es requereix més investigació per conèixer l'impacte de la psicoeducació activa, especialment per a l'AN (Fursland et al., 2018). A més, s'ha vist que es necessiten intervencions basades en l'aprenentatge i la plasticitat dependent de l'experiència per reconnectar les associacions cerebrals més enllà dels enfocaments tradicionals (Garcia-Burgos et al., 2023).

S'ha vist que les pacients amb AN solen evitar el consum d'aliments rics en calories en comparació amb la resta de població, fins i tot després de completar el tractament i recuperar el pes. Per entendre per què, la teoria de l'aprenentatge associatiu moderna proporciona les eines per dur a terme una anàlisi que requereix identificar les representacions mentals implicades i les associacions que s'estableixen entre aquestes representacions. (Garcia-Burgos et al., 2023). Així doncs, aquest enfoc per entendre el manteniment del trastorn, pot aportar les eines necessàries per a l'extinció d'aquestes conductes. Aquest punt és quelcom que no es duu a la pràctica en el grup avaluat, i seria una perspectiva interessant a introduir ja que permetria que cada pacient entengui el

procés d'adquisició de les seves pors personals així com individualitzar en major grau el tractament.

Aquest estudi presenta algunes limitacions. En primer lloc, la mostra utilitzada per aquesta investigació és molt petita, de manera que seria necessària la seva avaluació en diversos passatges per extreure conclusions representatives. Per altra banda, han estat seleccionades aquelles sessions que es considera que tenen el contingut més rellevant pel tractament. Tot i així, cal tenir en compte que les sessions restants poden tenir certes qüestions importants a l'hora de l'avaluació i que no s'han tingut en compte en el present anàlisi.

Tal com s'ha exposat anteriorment, el fet de millorar la capacitat del pacient per regular les emocions i abordar un dèficit en el reconeixement i la resposta als estats emocionals podria resultar útil en el tractament (Nyman-Carlsson et al., 2018) i és quelcom que caldria incloure en el tractament. A més, es proposa la inclusió d'alguns dominis del model MANTRA, que fou creat específicament per al tractament de l'AN. Aquest inclou factors de manteniment tant intra com interpersonals, i proposa estratègies per abordar-los. El pacient i el terapeuta descriuen quins aspectes perpetuadors mantenen l'AN i com intervenir-hi, així els pacients tenen un paper actiu en el seu tractament (Jansingh et al., 2018). Amb l'enfocament psicoeducatiu aplicat en totes les sessions, les pacients adquireixen menys autonomia en la reunió terapèutica.

Referències

Agras, W. S. i Bohon, C. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 417-438. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907>

American Psychological Association [APA]. (2013). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Andrade, N. i Fernández, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*, 35, 169-177. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>

Ascione, M.; Carulla-Roig, M.; Miquel-Nabau, H.; Porrás-García, B.; Meschberger-Annweiler, F.-A.; Serrano-Troncoso, E.; Ferrer-García, M.; Moreno-Sánchez, M.; Gutiérrez-Maldonado, J. (2023). Attentional Bias Modification Training Based on Virtual Reality and Eye Tracking in Anorexia Nervosa Patients. *J. Clin. Med.*, 12, 5932. <https://doi.org/10.3390/jcm12185932>

Beato, I. i Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA) (2003). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(3), 111-119.

Belemir Sule, S., Akkus, K., Kütük, B. (2023). Effectiveness of Cognitive-Behavioural Family Therapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar – Current Approaches in Psychiatry*, 15(1), 175-188. doi: 10.18863/pgy.1115301

Bobes, J., Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A. i Bousoño, M. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Médica, 3ª edición.

Calugi, S., Dametti, L., Chimini, M., Dalle Grave, A. i Dalle Grave, R. (2021). Change in eating-disorder psychopathology network structure in patients with Anorexia

Nervosa treated with intense cognitive behavior therapy. *Int J Eat Disord.*, 1-10. DOI: 10.1002/eat.23590

Dalle Grave, R., Dalle Grave, A., Bani, E., Oliosi, A., Conto, M., Dametti, L. i Calugi, S. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on intensive cognitive behavioral therapy outcomes in patients with Anorexia Nervosa – A cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 1-9. DOI: 10.1002/eat.23765

Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. i Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>

Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. A., Jevne, C., Dalle Grave, R., Ro, O. I Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with Anorexia Nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, 6(12), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y>

Fursland, A., Erceg-Hurn, D. M., Byrne, S. M. I McEvoy, P. M. (2018). A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: Impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*, 51, 1373-1377. DOI: 10.1002/eat.22983

Garcia-Burgos, D.; Wilhelm, P.; Vögele, C.; Munsch, S. (2023). Food Restriction in Anorexia Nervosa in the Light of Modern Learning Theory: A Narrative Review. *Behav. Sci*, 13, 96. <https://doi.org/10.3390/bs13020096>

Garner, D., Olmstead, M. i Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulímia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. <https://doi.org/10.1002/1098-108>

Jansingh, A., Danner, U. N., Hoek, H. W. I van Elburg, A. A. (2020). Developments in the psychological treatment of Anorexia Nervosa and their implications

for daily practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 534-541.

DOI:10.1097/YCO.0000000000000642

Kaidesoja, M., Cooper, Z. i Fordham, B. (2022). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *International Journal of Eating Disorders*, 56, 295-313.

Lev Ari, H. S., Gur, E., Lotan-Wohl, M., Bernstein, Z. L. i Tuval-Mashiach, R. (2022). Facilitators and obstacles to therapeutic alliance among patients with Anorexia Nervosa: A qualitative dyadic research. *Couns Psychother Res*, 1-18. DOI: 10.1002/capr.12617

Losada, A. V. i Zavalía, C. (2019). Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología*, 41, 131-146. <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/35>

Lynch, T. R. (2018). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and Practice for Treating Disorders of Overcontrol*. New Harbinger, England.

Marzola, E., Albini, E., Delsedime, N., Fassino, S. i Abbate-Daga, G. (2019). Therapeutic Alliance in inpatients with severe anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders*, 1-11. DOI: 10.1002/erv.2687

Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo- Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>

Mulkens, S. i Waller, G. (2021). New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Current Opinion*, 34(6), 576-583.

Nyman-Carlsson, E., Birgegård, A., Engström, I., Gustafsson, S. A. I Nevenon, L. (2018). Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomized controlled trial. *Eur Eat Disorders*, 27, 76-85. DOI: 10.1002/erv.2630

Nyman-Carlsson, E., Norring, C., Engström, I., Gustafsson, S. A., Lindberg, K., Paulson-Karlsson, G. i Nevenon, L. (2020) Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(8), 1011-1025. DOI: 10.1080/10503307.2019.1686190

Raykos, B.C., Erceg-Hurn, D.M., McEvoy, P.M. et al. (2018) Severe and enduring anorexia nervosa? Illness severity and duration are unrelated to outcomes from enhanced cognitive behaviour therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(8), 702-709. <https://doi.org/10.1037/ccp0000319>

Seretis, D., Hempel, R.J. & Lynch, T.R (2017). *The Brief Overcontrol Scale*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Southampton, Southampton, United Kingdom.

Seretis, D., Hart, C. i Maguire, T. (2022). Validity of a Revised Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD) Trait Profile and Its Relationship with Social Interaction Anxiety and Coping. *Journal of personality Assessment*, 105(5), 647-656. <https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2145963>

Waller, G. i Raykos, B. (2019) Behavioral interventions in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42 (2). 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.002>

Annexos

Annex 1 – Full de Consentiment Informat per a les pacients



Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació
i de l'Esport

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El estudio *Avaluació d'un programa psicoterapèutic per a l'Anorèxia Nerviosa en pacients adults* forma parte del Trabajo Final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria está realizando Nàdia Muñoz Barrera en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna (Universitat Ramon Llull, Barcelona).

La participación en el estudio es voluntaria, de manera que puede abandonarse en cualquier momento.

Los datos de los participantes serán confidenciales y utilizados solo a efectos de esta investigación. Los datos serán tratados según el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (15/1999)*, y según la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (41/2002)*.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, mayor de edad, con DNI

Declaro que he recibido información sobre el estudio para el que se solicita mi participación. He sido informado/a de todos los aspectos relacionados con la confidencialidad y la protección de datos, de que mi participación es totalmente voluntaria y de que tengo derecho a retirarse en cualquier momento.

En Barcelona, a 12 de setembre de 2023

[FIRMA PARTICIPANTE]

[FIRMA DE QUIEN REALIZA EL TFM]

Annex 2 – Preguntes PVS de les sessions 1, 2, 4, 5 i 6

Preguntes de Valoració de la Sessió 1

PRE-SESSIÓ

Durant l'última setmana:

1. Com valores la satisfacció amb el teu cos?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

2. Com valores la satisfacció amb tu mateix?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

3. Com valores la satisfacció amb la vida en general?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

4. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

5. Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

6. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

7. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

8. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

POST-SESSIÓ

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

9. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

10. Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

11. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

12. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

13. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

Respecte a la sessió d'avui:

14. T'ha agradat?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

14.1. Què és el que més t'ha agradat?

15. L'has trobat útil?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

15.1. Què és el que has trobat més útil?

Working Alliance Inventory-Scale (WAI-S)

1. La meva terapeuta i jo estem d'acord en el que cal fer per a contribuir a millorar la meua situació.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

2. El que faig a teràpia em permet veure noves maneres de considerar el meu problema.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

3. Caic bé a la meua terapeuta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

4. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents sobre el que intento aconseguir a teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

5. Confio en la capacitat de la meua terapeuta per ajudar-me.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

6. La meua terapeuta i jo estem treballant amb metes que hem acordat ambdues.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

7. Sento que la meua terapeuta m'aprecia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

8. La meua terapeuta i jo estem d'acord en quines són les coses importants en què hauria de treballar a la teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

9. La meua terapeuta i jo confiem l'una en l'altra.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

10. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents respecte a quins són els meus problemes.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

11. La meua terapeuta i jo hem arribat a una bona comprensió del tipus de canvis que serien bons per a mi.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

12. Crec que la forma en què estem treballant amb el meu problema és la correcta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

Preguntes de Valoració de la Sessió 2

PRE-SESSIÓ

Durant l'última setmana:

1. Com valeres la satisfacció amb el teu cos?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

2. Com valeres la satisfacció amb tu mateix?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

3. Com valeres la satisfacció amb la vida en general?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

4. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

5. Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

6. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

7. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

8. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

POST-SESSIÓ

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

9. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

10. Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

11. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

12. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

13. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

Respecte a la sessió d'avui:

14. T'ha agradat?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

14.1. Què és el que més t'ha agradat?

15. L'has trobat útil?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

15.1. Què és el que has trobat més útil?

Working Alliance Inventory-Scale (WAI-S)

1. La meua terapeuta i jo estem d'acord en el que cal fer per a contribuir a millorar la meua situació.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

2. El que faig a teràpia em permet veure noves maneres de considerar el meu problema.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

3. Caic bé a la meua terapeuta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

4. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents sobre el que intento aconseguir a teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

5. Confio en la capacitat de la meua terapeuta per ajudar-me.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

6. La meua terapeuta i jo estem treballant amb metes que hem acordat ambdues.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

7. Sento que la meua terapeuta m'aprecia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

8. La meua terapeuta i jo estem d'acord en quines són les coses importants en què hauria de treballar a la teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

9. La meua terapeuta i jo confiem l'una en l'altra.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

10. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents respecte a quins són els meus problemes.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

11. La meua terapeuta i jo hem arribat a una bona comprensió del tipus de canvis que serien bons per a mi.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

12. Crec que la forma en què estem treballant amb el meu problema és la correcta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

Preguntes de Valoració de la Sessió 4

PRE-SESSIÓ

Durant l'última setmana:

1. Com valeres la satisfacció amb el teu cos?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

2. Com valeres la satisfacció amb tu mateix?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

3. Com valeres la satisfacció amb la vida en general?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

4. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

5. Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

6. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

7. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

8. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

9. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 1? (En percentatge, entre 0 i 100)

10. En quin grau has trobat útil la pauta 1? (Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)

POST-SESSIÓ

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

9. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

10. Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

11. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

12. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

13. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

Respecte a la sessió d'avui:

14. T'ha agradat?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

14.1. Què és el que més t'ha agradat?

15. L'has trobat útil?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

15.1. Què és el que has trobat més útil?

Working Alliance Inventory-Scale (WAI-S)

1. La meua terapeuta i jo estem d'acord en el que cal fer per a contribuir a millorar la meua situació.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

2. El que faig a teràpia em permet veure noves maneres de considerar el meu problema.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

3. Caic bé a la meua terapeuta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

4. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents sobre el que intento aconseguir a teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

5. Confio en la capacitat de la meua terapeuta per ajudar-me.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

6. La meua terapeuta i jo estem treballant amb metes que hem acordat ambdues.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

7. Sento que la meua terapeuta m'aprecia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

8. La meua terapeuta i jo estem d'acord en quines són les coses importants en què hauria de treballar a la teràpia.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

9. La meua terapeuta i jo confiem l'una en l'altra.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

10. La meua terapeuta i jo tenim idees diferents respecte a quins són els meus problemes.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

11. La meua terapeuta i jo hem arribat a una bona comprensió del tipus de canvis que serien bons per a mi.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

12. Crec que la forma en què estem treballant amb el meu problema és la correcta.

| | | | | | | |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. Mai | 2. Molt poques vegades | 3. En ocasions | 4. Punt mig | 5. Bastant sovint | 6. Quasi sempre | 7. Sempre |
|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|

Preguntes de Valoració de la Sessió 5

PRE-SESSIÓ

Durant l'última setmana:

1. Com valeres la satisfacció amb el teu cos?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

2. Com valeres la satisfacció amb tu mateix?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

3. Com valeres la satisfacció amb la vida en general?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

4. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

5. Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

6. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

7. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

8. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

9. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 1? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

10. En quin grau has trobat útil la pauta 1? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

11. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 2? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

12. En quin grau has trobat útil la pauta 2? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

13. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 3? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

14. En quin grau has trobat útil la pauta 3? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

POST-SESSIÓ

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

9. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

10. Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

11. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

12. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

13. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

Respecte a la sessió d'avui:

14. T'ha agradat?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

14.1. Què és el que més t'ha agradat?

15. L'has trobat útil?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

15.1. Què és el que has trobat més útil?

Working Alliance Inventory-Scale (WAI-S)

1. La meva terapeuta i jo estem d'acord en el que cal fer per a contribuir a millorar la meva situació.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

2. El que faig a teràpia em permet veure noves maneres de considerar el meu problema.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

3. Caic bé a la meva terapeuta.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

4. La meva terapeuta i jo tenim idees diferents sobre el que intento aconseguir a teràpia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

5. Confio en la capacitat de la meva terapeuta per ajudar-me.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

6. La meva terapeuta i jo estem treballant amb metes que hem acordat ambdues.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

7. Sento que la meva terapeuta m'aprecia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

8. La meva terapeuta i jo estem d'acord en quines són les coses importants en què hauria de treballar a la teràpia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

9. La meva terapeuta i jo confiem l'una en l'altra.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

10. La meva terapeuta i jo tenim idees diferents respecte a quins són els meus problemes.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

11. La meva terapeuta i jo hem arribat a una bona comprensió del tipus de canvis que serien bons per a mi.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

12. Crec que la forma en què estem treballant amb el meu problema és la correcta.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

Preguntes de Valoració de la Sessió 6

PRE-SESSIÓ

Durant l'última setmana:

1. Com valeres la satisfacció amb el teu cos?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

2. Com valeres la satisfacció amb tu mateix?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

3. Com valeres la satisfacció amb la vida en general?

1. Gens satisfet /a 2. Poc satisfet/a 3. Una mica satisfet/a 4. Molt satisfet/a

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

4. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

5. Em preocupa el meu problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

6. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

7. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

8. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

9. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 1? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

10. En quin grau has trobat útil la pauta 1? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

11. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 2? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

12. En quin grau has trobat útil la pauta 2? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

13. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 3? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

14. En quin grau has trobat útil la pauta 3? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

15. En quin grau has aconseguit complir amb la pauta 3? *(En percentatge, entre 0 i 100)*

16. En quin grau has trobat útil la pauta 3? *(Entre 1 i 10, on 1 és gens útil i 10 és totalment útil)*

POST-SESSIÓ

En quin grau estàs d'acord amb les següents afirmacions?

9. Tinc un problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

10. Em preocupa el meu. Problema amb la conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

11. Desitjo canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

12. Tinc intenció de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

13. Em sento capaç de canviar la meva conducta alimentària

1. En desacord 2. Poc 3. Una mica 4. Totalment d'acord

Respecte a la sessió d'avui:

14. T'ha agradat?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

14.1. Què és el que més t'ha agradat?

15. L'has trobat útil?

1. Gens 2. Gairebé gens 3. Una mica 4. Bastant 5. Molt

15.1. Què és el que has trobat més útil?

Working Alliance Inventory-Scale (WAI-S)

1. La meva terapeuta i jo estem d'acord en el que cal fer per a contribuir a millorar la meva situació.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

2. El que faig a teràpia em permet veure noves maneres de considerar el meu problema.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

3. Caic bé a la meva terapeuta.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

4. La meva terapeuta i jo tenim idees diferents sobre el que intento aconseguir a teràpia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

5. Confio en la capacitat de la meva terapeuta per ajudar-me.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

6. La meva terapeuta i jo estem treballant amb metes que hem acordat ambdues.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

7. Sento que la meva terapeuta m'aprecia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

8. La meva terapeuta i jo estem d'acord en quines són les coses importants en què hauria de treballar a la teràpia.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

9. La meva terapeuta i jo confiem l'una en l'altra.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

10. La meva terapeuta i jo tenim idees diferents respecte a quins són els meus problemes.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

11. La meva terapeuta i jo hem arribat a una bona comprensió del tipus de canvis que serien bons per a mi.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre

12. Crec que la forma en què estem treballant amb el meu problema és la correcta.

1. Mai 2. Molt poques vegades 3. En ocasions 4. Punt mig 5. Bastant sovint 6. Quasi sempre 7. Sempre