

Juny  
2005



CONSELL DE COL·LEGIS  
DE METGES DE CATALUNYA

# Quaderns de la Bona Praxi

*Detecció i orientacions  
terapèutiques en els trastorns  
del comportament alimentari*

Edita:

COL·LEGI  
OFICIAL  
 DE METGES  
DE BARCELONA

19

# Redacció

## Experts redactors d'aquest quadern

### Coordinació:

**Josep Toro**

Consultor Sènior del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona  
Professor Titular de Psiquiatria. Universitat de Barcelona

### **Josefina Castro**

Consultor i Cap del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

### **Itziar Idiáquez**

Metgessa Forense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. Psiquiatra. Servei de Clínica Medicoforense

### **Lourdes San José Sanz**

Metgessa Forense de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. Jutjat núm. 59 Primera Instància

## Revisió i assessorament científic:

### **Vicente J. Turón**

Metge Psiquiatre. Cap de Secció de l'Hospital Universitari de Bellvitge. Assessor per als Trastorns de l'Alimentació del Departament de Salut. President de la "Asociación Española para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario" (AEETCA).

### **Lluís Sánchez Planell**

Cap de la Unitat de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Professor Titular de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de la UAB.

## Edita

### **COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.**

Centre d'Estudis Col·legials.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

**Direcció Editorial:** Alex Ramos Torre

**Coordinació:** Tonyi Barroso Torrubia

*Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:*

- *Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans.*
- *Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.*
- *Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.*

© 2005 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiat, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

<i>1. Trastorns del Comportament Alimentari (TCA)</i>	<i>4</i>
<i>2. Prevalença dels TCA</i>	<i>4</i>
<i>3. Criteris per diagnosticar els TCA</i>	<i>4</i>
<i>4. Causes dels TCA</i>	<i>6</i>
<i>5. Factors de manteniment dels TCA</i>	<i>8</i>
<i>6. Signes d'alarma</i>	<i>9</i>
<i>7. Exploracions a realitzar</i>	<i>9</i>
<i>8. Com tractar el pacient</i>	<i>10</i>
<i>9. Com orientar la família</i>	<i>14</i>
<i>10. Criteris de derivació</i>	<i>14</i>
<i>11. Aspectes i recomanacions medicolegals</i>	<i>15</i>
<i>12. Bibliografia</i>	<i>18</i>

# Trastorns del comportament alimentari (TCA)

1

Constitueixen un grup de trastorns psiquiàtrics caracteritzats per alteracions en les conductes ingestives, causats per la coincidència en el temps de diferents factors de risc, mantinguts i agreujats per les conseqüències biològiques, psicològiques i socials

inherents al curs dels mateixos trastorns. Actualment s'accepta l'existència de tres tipus de TCA: anorèxia nerviosa (AN), bulímia nerviosa (BN) i trastorns del comportament alimentari no especificats (TCANE).

## Prevalença dels TCA

2

Els estudis epidemiològics realitzats a Espanya indiquen que en el grup de més risc, noies de 12 a 24 anys, la prevalença dels TCA és aproximadament aquesta:

- Anorèxia nerviosa: 0,14 % - 0,69 %
- Bulímia nerviosa: 0,55 % - 1,24 %
- Trastorns no especificats: 2,76 % - 4,71 %
- Total: 4,1 % - 5,17 %

Tanmateix, a qualsevol edat pot aparèixer un TCA, però

amb una freqüència molt més reduïda. Certament, els nois, els homes, també els poden patir: la prevalença en barons sempre acostuma a ésser un 10 % de la detectada en dones. Els percentatges esmentats són similars als trobats arreu del món occidental o occidentalitzat. Fins fa unes dècades, els TCA es presentaven amb més freqüència en les classes socials alta i mitjana; actualment, en totes. Però al tercer món pràcticament no hi ha TCA.

## Críteris per diagnosticar els TCA

3

3.1

### *Anorèxia nerviosa*

Els críteris que ha de complir un/a pacient per ésser diagnosticat d'AN és resumeixen a la **Taula 1**.

Convé considerar algunes de les característiques d'aquests críteris, perquè són fenòmens clínics importants de l'AN:

- a La pèrdua de pes suposa la pràctica de dieta restrictiva. Una pèrdua de pes del 15 % acostuma a

### *Críteris diagnòstics d'anorèxia nerviosa segons el DSM-IV (resum)*

- A. *Pèrdua de pes igual o superior al 15% del pes ideal*
- B. *Por intensa al pes*
- C. *Alteració de la percepció de la imatge corporal*
- D. *Amenorrea (3 cicles pel cap baix)*

Taula 1

implicar alteracions nutricionals, imprescindibles per diagnosticar una AN. Quan el/la pacient és prepuberal o adolescent, al pes perdut s'ha de sumar el no guanyat durant el temps que ha durat la ingestió hipocalòrica.

- b** La intensa por al pes és en realitat una fòbia: involuntària, irracional, desproporcionada. Sol augmentar a mesura que es perd pes.
- c** El/la pacient està prima i es veu grassa. No hi ha cap alteració sensorial; és un trastorn perceptiu determinat pel cos que el/la pacient experimenta o *imagina* tenir. Aquesta distorsió també sol augmentar a mesura que el/la pacient s'aprima. D'altra banda, aquest cos que no li agrada gens determina que no s'agradi com a persona: la seva autoestima és molt baixa. I tot això ho veu com una cosa normal, natural: no té consciència de malaltia.
- d** L'aparició i el manteniment de l'amenorrea significa en la majoria de casos la manifestació més clara dels canvis neurohormonals per malnutrició.

Es diagnostiquen dos **tipus d'AN**:

- **AN restrictiva.** És la majoritària. El/la pacient baixa de pes reduint la ingestió alimentària i, molt sovint, fent exercici físic excessiu.
- **AN purgativa o amb afartaments (bulímica).** El/la pacient vomita, es laxa, pot prendre pastilles per apri-mar-se, diürètics, etc.

### 3.2

## Bulímia nerviosa

A la **Taula 2** hi ha el resum dels criteris diagnòstics de la BN segons el DSM-IV.

Algunes consideracions sobre aquests criteris:

- a** S'adopta un criteri objectiu, el que fa la majoria de la gent, i un altre de subjectiu, la sensació de perdre el control.
- b** Els vòmits predominen, són quasi universals.
- c** Si els episodis bulímics són menys freqüents, constitueixen un TCANE.
- d** Els problemes relacionats amb la imatge corporal són els mateixos que en l'AN.
- e** Quan els episodis es produeixen durant una AN es tracta d'una AN purgativa o per afartaments.

Es diagnostiquen dos **tipus de BN**:

- **BN purgativa.** Les conductes compensadores són vòmits, laxants, diürètics o enemes. És la majoritària.
- **BN no purgativa.** La compensació es fa exclusivament amb dejunis o activitat física intensa.

### 3.3

## Trastorns del comportament alimentari no especificats

En general, són trastorns afins a l'AN o la BN, però no satisfan tots els criteris diagnòstics.

Exemples:

- Complir tots els criteris d'AN, però sense amenorrea
- La mateixa situació que en el punt anterior, però mantenint un pes dins de la normalitat (sobrepès previ)
- Complir tots els criteris de BN, però els episodis són menys freqüents
- Incórrer en conductes compensadores després de menjar petites quantitats d'aliments
- Mastegar i escopir gran quantitat de menjar, sense empassar-se-la.
- Trastorn per afartaments: Té totes les característiques de la BN sense conductes compensadores

### Criteris diagnòstics de bulímia nerviosa segons el DSM-IV (resum)

- A. Afartaments recurrents. Es caracteritzen per:**
  - Ingerir més quantitat d'aliment que la majoria de la gent en les mateixes circumstàncies
  - Sensació de pèrdua de control
- B. Conductes compensadores inadequades i freqüents: vòmits, laxants, diürètics, enemes, dejunis, restriccions alimentàries**
- C. Aquests episodis es produeixen 2 cops per setmana durant 3 mesos pel cap baix**
- D. El pes i la silueta influeixen molt en la autoimatge**
- E. El trastorn no es presenta exclusivament durant una AN**

Els TCA són trastorns originats per diverses causes, per tant multifactorials. L'aparició d'un TCA en una persona implica que, en un moment biogràfic concret, es produeix la coincidència d'una sèrie de factors de risc, els quals, interactuant entre ells i actuant conjuntament sobre el subjecte, determinen l'aparició del trastorn. Els factors de risc més importants són els següents:

## 4.1

### Factors genètics

Responsables del 50-60 % de la vulnerabilitat individual als TCA. Aquests factors són els més investigats els darrers anys. Molt probablement aquesta vulnerabilitat estigui relacionada fonamentalment amb disfuncions del sistema serotoninèrgic.

## 4.2

### Sexe femení

Les dones presenten molt més risc que els homes. D'una banda, reben molta més pressió per estar primes. De l'altra, probablement, són més vulnerables que els homes a les alteracions nutricionals.

## 4.3

### Pubertat

Els canvis de tot ordre que es produeixen durant la pubertat tenen com a conseqüència una major inestabilitat emocional. A més, i molt principalment, els canvis corporals obliguen els adolescents a avaluar el seu cos estèticament i a tenir molt present el model de cos ideal que ja han interioritzat a partir de les influències rebudes des de la infància.

## 4.4

### Família

No existeix un model de família *específic* que causi els TCA. Conflictes i disharmonies familiars poden augmentar la vulnerabilitat individual als TCA com poden fer-ho a altres trastorns. Tot i això, és possible que en les famílies de bulímiques hi hagi més conflictivitat. El pares d'anorèctiques tenen certa tendència a ésser més perfeccionistes que la mitjana. Actualment,

el paper de la família en els TCA es concreta fonamentalment en la transmissió del model de cos prim als fills.

## 4.5

### Característiques de personalitat

El *perfeccionisme* és la característica més implicada en l'AN restrictiva. Consisteix a posar-se fites personals molt altes, tenir gran tenacitat per aconseguir-les, ésser molt resistent a l'estrès de l'esforç, valorar poc els èxits i considerar com a fracàs tot el que no sigui perfecte. El *neuroticisme* o la *inestabilitat emocional* intervé especialment en la BN, així com la *impulsivitat*. Totes aquestes característiques tenen una important determinació genètica. L'*autoestima baixa* predisposa a tots els trastorns anteriorment esmentats.

## 4.6

### Factors socioculturals

Són els que més expliquen l'extensió de la prevalença dels TCA en les darreres dècades. Es poden concretar en l'establiment d'un model estètic de cos femení molt prim, especialment a partir de la segona guerra mundial. El cos prim associat a l'èxit social és interioritzat per la comunitat, principalment per les dones, i molt especialment per les adolescents. A la **Figura 1** estan representats els principals agents i fenòmens socials responsables de la difusió dels teòrics avantatges del cos prim (molt prim).

La transmissió a cada individu d'aquest model de cos s'inicia en la infantesa, es fa molt més palesa en l'adolescència i continua exercint influència al llarg de la vida adulta. Però a cada etapa són diferents les vies concretes per les quals arriben totes aquestes influències socials a l'individu. Aquestes són les més rellevants:

#### 4.6.1. La família

La família pot influir significativament en la gènesi dels TCA mitjançant les crítiques, desaprovacions i bromes referides al cos dels fills, especialment de les filles. Aquesta influència negativa està verificada des dels cinc anys d'edat. Les mares excessivament preocupades per la seva silueta —i per la seva alimentació— també poden influir-hi negativament, sobretot si pateixen o han patit un TCA.

*Agents i fenòmens socials que conjuntament influeixen en l'establiment i la difusió del culte al cos i, consegüentment a l'anhel d'ésser prim*

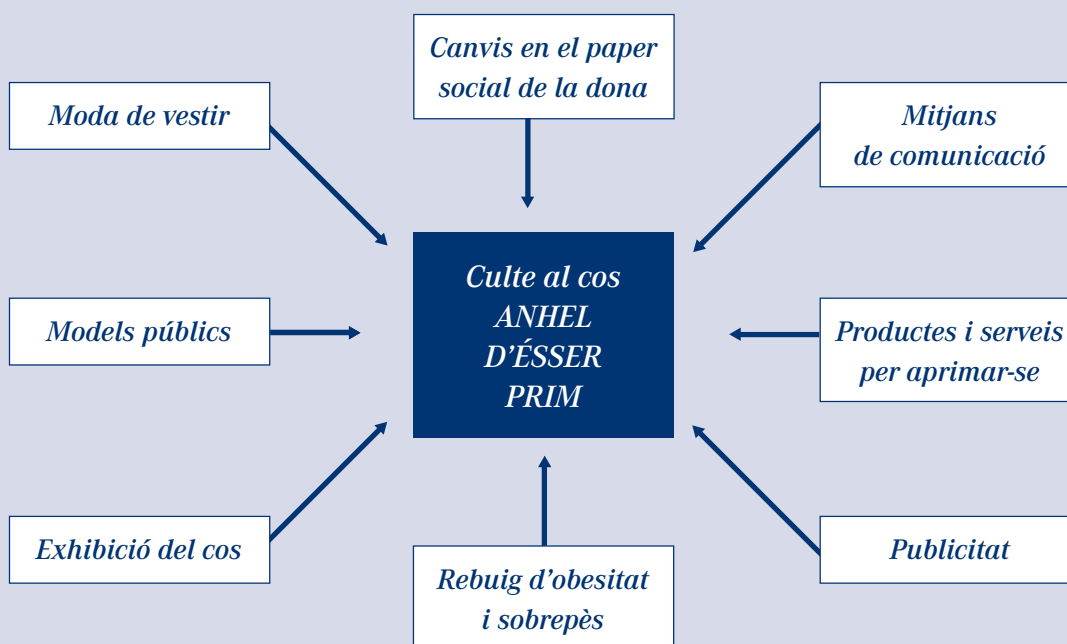


Figura 1

#### 4.6.2. *Amigues i companyes*

El grup de coetànies és un factor de risc essencial en l'adolescència. El cos de les amigues, les opinions, converses i comentaris constitueixen els punts de referència de l'adolescent per jutjar-se ella mateixa, el seu cos, i avaluar la seva imatge corporal.

#### 4.6.3. *Mitjans de comunicació*

Són els responsables de la difusió i universalització del cos prim ideal. Cinema, televisió, revistes, articles, ràdio, cartells, vídeos musicals, Internet i altres mitjans de comunicació constitueixen un conjunt d'emissors de missatges, imatges i models que bombardegen ulls i oïdes de tothom pràcticament des del bressol. Són aquests mitjans els que ja han influït i continuen influïent en pares, germans i germanes, amics i amigues, de la nena, l'adolescent o l'adult en risc.

4.7

#### *Activitats d'alt risc*

Hi ha una sèrie d'activitats sovint relacionades amb l'exercici físic que impliquen per als seus practicants molt més risc de l'habitual. Les més importants són els

anomenats esports estètics: gimnàstica, patinatge artístic, natació sincronitzada, animació (*cheerleaders*), així com la dansa també implica alt risc. Corredors de fons i esportistes de modalitats en les quals compta el pes (boxa, lluita, halterofília...) també corren algun perill.

4.8

#### *Homosexualitat masculina*

El percentatge de barons homosexuals amb TCA és significativament superior al d'heterosexuals.

4.9

#### *Factors precipitants*

Pràcticament no compten en l'AN. En canvi, són bastants els trastorns bulímics precedits de situacions d'estrès.

Els TCA, un cop establerts, generen una sèrie de conseqüències fisiològiques, psicològiques i psicosocials que mantenen i agreugen els mateixos trastorns. Aquests són els fonamentals:

## 5.1

### Alteracions nutricionals

La malnutrició de l'AN, a través dels seus efectes sobre els neurotransmissors, provoca alteracions de l'humor (síntomes depressius), increment de l'obsessivitat i compulsivitat, distorsió de la imatge corporal, alteracions de la gana, etc. Tot això reforça l'AN en curs. En la BN, l'alternança entre afartaments i dejunis altera la regulació de la gana i empitjora el quadre bulímic i l'humor del pacient.

## 5.2

### Conflictes familiars

Els conflictes familiars són permanents en l'AN i freqüents en la BN si la família s'assabenta del trastorn. Aquests conflictes suscitats per la percepció del problema generen una situació col·lectiva d'estrès, amb l'empitjorament de l'estat emocional del pacient. La

## 5.3

### Aïllament social

És més freqüent en l'AN. Es redueixen les relacions socials, el que sol implicar alteracions emocionals, símptomes depressius. L'empitjorament de l'humor també fa empitjorar qualsevol trastorn en curs.

## 5.4

### Autoestima baixa

Tots aquests factors empitjoren progressivament l'autoestima del pacient, el que implica una avaluació més negativa del seu cos i, per tant, un agreujament del TCA.

Tot aquest conjunt de factors intervinents queda resumit en la **Figura 2**, on es pot observar la gran quantitat d'aquests factors que estan determinats o influïts per factors genètics.

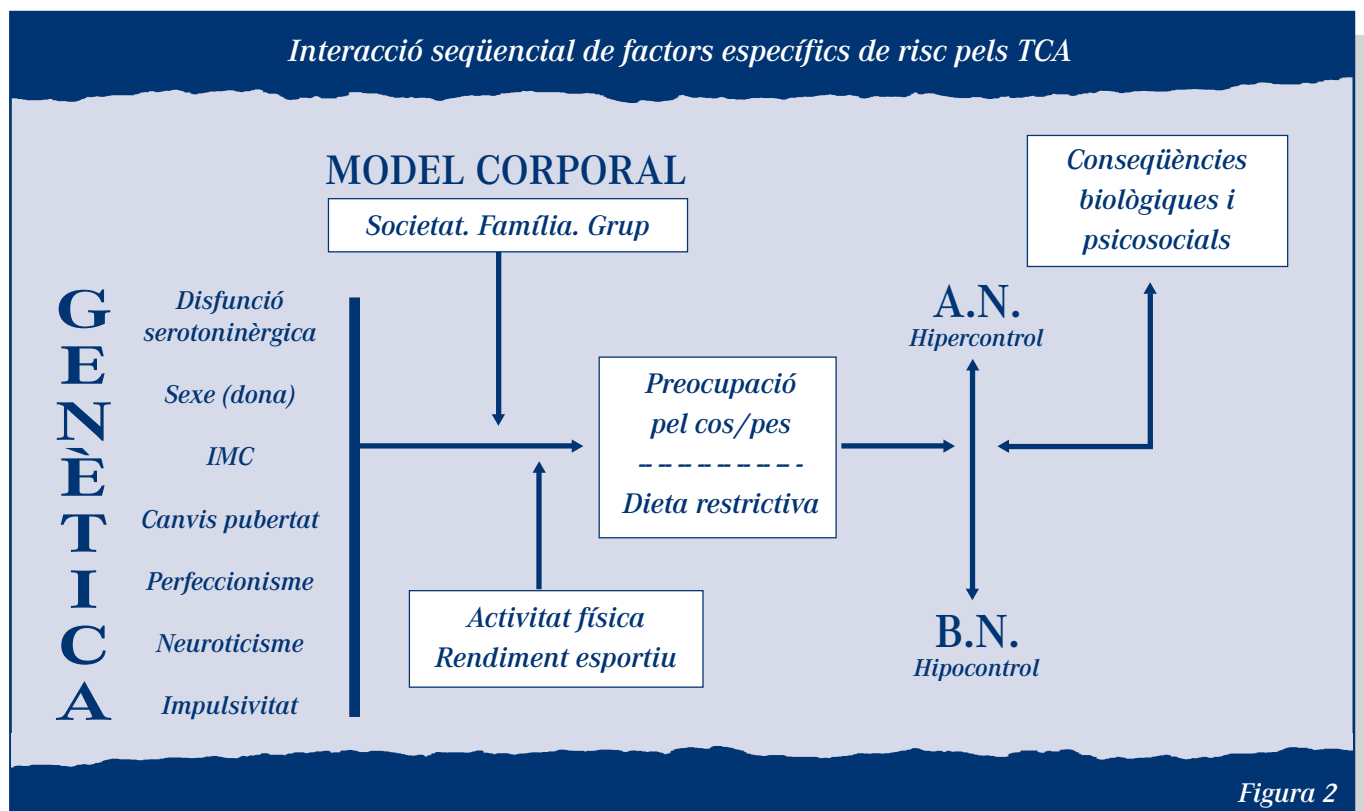


Figura 2



# Signes d'alarma

6

6.1

## *Anorèxia nerviosa i afins*

- Amagriment no justificat per raons mèdiques
- Canvis d'humor: irritabilitat, tristesa
- Retraïment social progressiu
- Amenorrea

6.2

## *Bulímia nerviosa i afins*

Molt difícil de detectar si no és que s'observen

pràctiques bulímiques (afartaments i conductes compensadores), se'n trobin "pistes" , o el/la pacient ho expliqui .

En casos greus o crònics, poden fer sospitar:

- Estomatitis, gingivitis, alteracions dentàries
- Inflamacions de paròtides
- Alteracions gastrointestinals

# Exploracions a realitzar

7

7.1

## *Anamnesi*

L'anamnesi ha d'incloure tots els aspectes importants del TCA, com la història dels canvis de pes, menstruació, tipus de dieta, conductes purgatives o altres conductes anòmales en relació amb la ingestió de menjar. És recomanable utilitzar una entrevista estructurada per realitzar de forma objectiva i completa aquesta anamnesi.

7.2

## *Exploració física*

A l'inici del trastorn cal fer una exploració biològica i psicològica completa per determinar la gravetat i prendre les mesures urgents, en cas que siguin necessàries. L'exploració ha d'incloure pes i alçada, càlcul de l'Índex de Massa Corporal, avaluació del desenvolupament puberal, freqüència cardíaca i tensió arterial, electrocardiograma (urgent si les conductes purgatives són molt freqüents). L'analítica general ha d'incloure sodi, potassi (urgent si hi ha conductes

purgatives freqüents), glucosa, creatina, urea, proteïnes totals, colesterol, triglicèrids, GOT, GPT, bilirrubina, àcid úric, albúmina, amilasa, calci, CK, ferro, fosfatases alcalines, gamma-GT, LDH, lipasa, magnesi, fòsfor; hemograma complet, coagulació i VSG. Determinacions hormonals (T3, T4, TSH, LH, FSH, estradiol (noies), testosterona (nois), prolactina, cortisol). El perfil nutricional (vitamines A, E, C, B1, B6, B12, àcid fòlic, àcid fòlic eritrocitari, prealbúmina, zinc) no és imprescindible, però sí aconsellable, especialment en casos crònics.

7.3

## *Exploració psicopatològica*

L'exploració psicopatològica ha de descartar altres trastorns. Els que amb més freqüència estan associats són el trastorn depressiu i el trastorn obsessiu-compulsiu. Encara que no es compleixin criteris per al diagnòstic d'aquests trastorns, molt sovint apareix simptomatologia depressiva, obsessiva, ansiosa i impulsiva que pot interferir amb l'evolució del trastorn alimentari. És aconsellable administrar proves com el CDI ("Children Depression Inventory") o BDI ("Beck Depression Inventory") i el LOI ("Leyton Obsessive-compulsive Inventory").

7.4

### Exploració psicològica

És aconsellable administrar alguna escala d'avaluació d'alteracions psicològiques de la conducta alimentària, per exemple, l'EAT ("Eating Attitudes Test") o l'EDI ("Eating Disorders Inventory").

En el cas de la bulímia també cal administrar altres qüestionaris més específics, com el BULIT ("Bulimia Test").

7.5

### Exploracions complementàries

En adolescents és aconsellable fer una radiografia de mà i canell per calcular l'edat òssia i el seguiment del creixement. La densitometria òssia de columna i fèmur està indicada si existeix amenorrea secundària de més de sis mesos d'evolució o si el trastorn té una duració de més d'un any en nenes d'edat prepuberal o en nois.

## Com tractar el/la pacient

8

Aquí resumirem les característiques bàsiques d'un programa terapèutic per TCA, en el benentès que aquests programes s'han de desenvolupar en l'àmbit assistencial de la salut mental.

8.1

### Objectius del tractament

El tractament de l'anorèxia nerviosa haurà de tenir presents els diferents aspectes biològics i psicològics que influeixen en l'origen i el manteniment d'aquest trastorn. Els objectius i les prioritats del tractament dependran de l'etapa en què es trobi el/la pacient. En una primera etapa, els **objectius a curt termini** consistiran fonamentalment a corregir les alteracions biològiques que poden posar en risc la vida del pacient, incrementar el pes i millorar la nutrició, normalitzar la ingestió de menjar i interrompre conductes purgatives. Encara que també s'ha d'iniciar el tractament de les alteracions psicopatològiques i l'abordatge psicològic, és difícil que el/la pacient presenti una gran millora en aquests aspectes sense una recuperació nutricional.

Els **objectius a mig termini** ja se centren plenament en l'abordatge d'aspectes psicològics (autoimatge, autoestima, habilitats socials, cognicions anormals respecte a l'alimentació i a la imatge corporal, problemes en les relacions familiars, característiques de personalitat, etc.), que poden haver intervingut en l'inici i en el manteniment del trastorn. A més, s'ha de continuar o iniciar el tractament de les alteracions psicopatològiques, així com mantenir l'increment de pes, la millora de la conducta alimentària i de les conductes purgatives. Si s'aconsegueix avançar en la millora psicològica, es passa progressivament a una última etapa, amb uns **objectius a llarg termini**, que seran la consolidació i el mante-

niment dels progressos biològics i psicològics, l'evolució normal del pacient adolescent, i la integració social, així com la gradual responsabilització del pacient respecte al seu cos i la seva alimentació. No es podrà arribar a considerar que el trastorn està realment solucionat si no s'aconsegueix que mantingui una alimentació adequada sense necessitat del control estricte per part de la família o del terapeuta. En aquesta etapa, el seguiment ha de ser llarg (almenys durant un any) per assegurar que els canvis es mantenen i no hi ha retrocés.

8.2

### Psicoeducació

S'han de fer sessions psicoeducatives amb el/la pacient per tal d'informar-lo sobre la malaltia, les conseqüències físiques, psicològiques i socials i els riscos de complicacions a curt i llarg termini. S'han de destacar els avantatges de superar el trastorn, comunicar els conceptes de pes biològic adequat i de pes mínim, i informar sobre nutrició i el que són normes d'alimentació i control adequades. Tot això està encaminat a augmentar la motivació pel canvi i la col·laboració en el tractament. Les sessions de grup també són eficaces en aquest abordatge.

8.3

### Psicoteràpia

#### 8.3.1. Anorèxia nerviosa

Els objectius generals de la psicoteràpia seran: reduir l'ansietat davant del menjar i de l'increment de pes,

ajudar a normalitzar la ingestió d'aliments i els hàbits en el menjar, disminuir l'activitat física compulsiva, modificar les creences errònies respecte al pes i el cos, millorar les alteracions de la imatge corporal i l'ansietat associada, i normalitzar l'autoestima i l'estat d'ànim.

Convé millorar les habilitats socials i les relacions amb els altres i reduir les conductes d'evitació (de menjars, vestits, persones, situacions socials). Si hi ha conductes purgatives o autolesives, s'ha d'intervenir per tal que el/la pacient pugui controlar-les.

Tant si el tractament és ambulatori, com en hospital de dia o en hospitalització completa, cal aplicar un programa conductual de recuperació de pes. Aquest programa és important en la primera etapa del tractament i està centrat a aconseguir que el/la pacient compleixi les pautes d'alimentació per tal d'augmentar el pes i normalitzar la conducta de menjar. Durant el tractament, s'ha d'evitar l'estancament del pes per no córrer el risc de cronificar el trastorn i l'empitjorament de les conseqüències biològiques. Després de la primera etapa del tractament, la teràpia cognitiva conductual és prioritària. Si és possible, convé fer-la individualment i en grup, ja que són dos abordatges complementaris.

### 8.3.2. *Bulímia nerviosa*

En tots els casos de BN, atesos tant en hospital de dia com ambulatoriament convé practicar una psicoteràpia d'orientació cognitiva conductual per la seva eficàcia en la reducció d'afartaments i vòmits a curt i mig termini. Com en el cas d'AN, també s'aconsella fer una psicoteràpia individualment i en grup. Consisteix a autoregistrar menjars, afartaments i conductes purgatives, i els pensaments i sentiments que acompanyen aquestes conductes; normes de conducta alimentària; normes per aconseguir el control dels afartaments; reestructuració cognitiva de les conviccions errònies que ajuden al manteniment del trastorn, identificant i modificant els pensaments i les creences irracionals dels pacients.

## 8.4

### *Tractament farmacològic*

#### 8.4.1. *Anorèxia nerviosa*

En una primera etapa, no s'ha de prescriure cap tractament farmacològic antidepressiu per als símptomes afectius, ansiosos o obsessius que poden ser propis de la malnutrició. El tractament farmacològic no ha resultat ser específicament eficaç en el tractament de l'AN; només pot millorar alguns

símptomes parcials, com l'ansietat o l'insomni. En canvi, sí que pot convenir a pacients que, després de la primera recuperació nutricional, presenten, a més de l'AN, un trastorn depressiu o obsessiu. En aquests casos, el tractament farmacològic serà l'habitual en aquest tipus de trastorns. Un cop recuperat el pes, els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) poden ser eficaços per evitar recaigudes, ja que milloren la simptomatologia obsessiva relativa a alimentació i pes, el perfeccionisme o la irritabilitat que poden persistir. Davant un pes molt baix (per exemple, un  $IMC < 16$ ) no és aconsellable prescriure tractament farmacològic. Quan l'IMC ja es troba com a mínim entre 16 i 18, es pot plantejar el tractament farmacològic si hi ha un segon diagnòstic (p. ex. trastorn depressiu o obsessiu). Quan l'IMC ja està normalitzat, el tractament farmacològic amb ISRS pot estar indicat si la simptomatologia depressiva o obsessiva és important tot i que no es compleixin els criteris diagnòstics d'aquels trastorns.

#### 8.4.2. *Bulímia nerviosa*

El tractament farmacològic de la BN pot reduir significativament el nombre d'afartaments i està indicat en la majoria de pacients. El tractament de primera elecció serà un ISRS (p. ex., *fluoxetina* fins 60-80 mg/dia; *paroxetina* fins a 60 mg/dia). Si amb aquest tractament no s'aconsegueixen resultats positius, el *topiramát* també ha demostrat ser eficaç. El tractament ha de mantenir-se almenys durant sis mesos. Encara que la disminució d'afartaments és significativa, al voltant del 50 %, un nombre elevat de pacients no arriben a estar asimptomàtics només amb el tractament farmacològic. Per tant, sempre s'ha d'associar a una intervenció psicològica cognitiva conductual.

## 8.5

### *Dispositius assistencials*

Per portar a terme aquest complex abordatge terapèutic, és convenient comptar amb diferents dispositius assistencials, com són la consulta ambulatoria, l'hospital de dia o la sala d'hospitalització completa. Pot caldre un o altre d'aquests dispositius segons l'estat clínic i la col·laboració del pacient.

#### 8.5.1. *Criteris d'urgència*

Després de la primera exploració, en alguns casos, tant d'AN com de BN, pot ser necessari prendre mesures de control i tractament mèdic urgent abans de plantejar-se cap abordatge psicològic.

A la **Taula 3** s'enumeren les alteracions que determinen una intervenció urgent.

### *Críteris d'atenció mèdica urgent en anorèxia i bulímia nervioses*

- *Pèrdua de pes superior al 50 % en els últims mesos*
- *Convulsions, deshidratació*
- *Alteracions hepàtiques o renals*
- *Pancreatitis*
- *Alteracions de l'ionograma*
- *Arítmia cardíaca greu*
- *Freqüència cardíaca <40-45*
- *Altres alteracions de l'ECG*
- *Presència de síncope*
- *Hematemesi greu*
- *Dilatació gàstrica aguda*

*Taula 3*

**8.5.1.1. Anorèxia nerviosa.** Sense que li calgui atenció mèdica urgent, el/la pacient pot requerir iniciar el tractament en règim d'ingrés si presenta alguna de les característiques que es descriuen a la **Taula 4**. En funció de la intensitat amb què es presentin els criteris esmentats i de la col·laboració del pacient, l'ingrés podrà fer-se en sala d'*hospitalització completa* o en *hospital de dia*.

Sempre que sigui possible, s'iniciarà el tractament en règim *ambulatori* perquè és el que menys interfereix en la integració social i escolar, però si es presenta en qualsevol moment del tractament algun dels criteris esmentats a la **Taula 4** s'haurà de procedir a l'ingrés hospitalari. Durant l'ingrés i els primers dies s'han de prendre les constants cada 8 hores per passar després

### *Críteris d'ingrés hospitalari en anorèxia nerviosa*

- *Estat biològic que impliqui risc de complicacions previsiblement greus: nul·la ingestió d'aliments, i especialment de líquids; IMC <14; freqüència cardíaca <40-45; potassi <4'5; hematemesi, rectorràgies.*
- *Síntomes depressius importants amb risc de suïcidi.*
- *Conductes autolesives importants.*
- *Altres trastorns psiquiàtrics que dificultin el tractament.*
- *El/la pacient es nega a seguir les normes del programa ambulatori: freqüència de visites, limitació de l'activitat física, alimentació indicada.*
- *Comportament problemàtic a casa o conflictes familiars impossibles de controlar ambulatòriament.*
- *El pes no segueix el ritme pautat en el programa de recuperació de pes*

*Taula 4*

a cada 12 hores; s'ha de realitzar monitorització cardíaca nocturna si la freqüència cardíaca és menor de 45 pulsacions per minut. S'ha de controlar estretament el pes, la ingestió d'aliments, l'hídrica i les conductes purgatives. Si el/la pacient té un IMC molt baix (p. ex., inferior a 15) o la ingestió alimentària abans de l'ingrés era molt escassa, la dieta inicial no ha de ser superior a 1.250 calories/dia, incrementant-la progressivament fins a arribar a una dieta d'unes 2.500 calories/dia. Durant els àpats s'han de controlar i corregir per part d'infermeria les conductes anòmales.

**8.5.1.2. Bulímia nerviosa.** En el tractament de la BN també s'han d'abordar aspectes biològics i psicològics, així com també es poden requerir els tres dispositius assistencials ja esmentats. Un cop realitzada l'exploració física i analítica, en cas que el/la pacient presenti algun dels criteris esmentats a la **Taula 3**, s'ha de procedir al control i tractament mèdic *urgent* per tal de corregir les alteracions que representen un risc immediat, p. ex., les hidroelectrolítiques.

Un cop descartats els criteris d'atenció mèdica *urgent*, s'analitzarà si cal l'hospitalització completa o si s'ha de fer tractament en hospital de dia. Tots els pacients que no compleixin criteris d'ingrés d'hospitalització completa (**Taula 5**) i que no visquin lluny d'un hospital de dia, haurien de fer el seu tractament en aquest dispositiu.

L'*hospitalització completa*, si no hi ha alteracions psicopatològiques greus, serà d'un màxim de dues setmanes per tal de controlar i tractar les alteracions biològiques, l'estabilització de la simptomatologia alimentària, i les conductes purgatives. L'objectiu és poder seguir posteriorment el tractament, si és possible,

en règim d'hospital de dia; si no és possible, el tractament es farà en règim ambulatori.

El tractament en *hospital de dia* ha d'incloure un programa d'activitats terapèutiques, com grups educatius, activitat física, grup d'imatge corporal, d'autoestima i d'habilitats socials. Els objectius són: normalitzar les conductes alimentàries, suprimir afartaments i conductes purgatives, reduir les alteracions de la imatge corporal, millorar les conductes alimentàries a casa, establir hàbits d'exercici físic saludables, millorar l'autoestima i l'adaptació general. L'etapa posterior de manteniment i seguiment és molt important per consolidar els guanys assolits, i promoure la integració social del pacient. En pacients prepuberals, el seguiment pot ser llarg perquè els objectius de pes i talla no es poden establir fins que no finalitzi aquesta etapa evolutiva.

## 8.6

### L'Alta

Abans de l'alta, s'ha d'aconseguir que la millora es mantingui sense necessitat de control per part del terapeuta per tal que el/la pacient es responsabilitzi del seu cos i de la seva alimentació. Com a criteris per a l'alta, es pot incloure: el manteniment del pes estable durant un any, la recuperació de la menstruació en el cas de l'AN i que no existeixin alteracions patològiques alimentàries o associades.

En la BN també cal un seguiment llarg per a la prevenció de recaigudes. Per a l'alta és necessari que no hagin aparegut afartaments ni conductes purgatives durant un any i que no hi hagi alteracions patològiques alimentàries o associades.

### Criteris d'ingrés hospitalari en la bulímia nerviosa

- Alteracions electrolítiques
- Alteracions en l'electrocardiograma
- Hematemesi recent
- Ideació autolítica greu
- Trastorns psicopatològics greus
- Desorganització conductual greu
- Autolesions importants

Taula 5

## *Com orientar la família*

9

L'abordatge familiar és imprescindible per establir una aliança terapèutica amb els pares (o la parella), informar sobre el trastorn, aconseguir coherència familiar amb les normes aplicades pel terapeuta, donar suport emocional als pares en els diferents moments del tractament, que en la majoria de casos resulta llarg, desculpabilitzar els pares, aconsellar pautes a seguir a casa respecte als temes alimentaris, ajudar a mantenir les pautes educatives prèvies al trastorn si ja eren adequades, evitar caure en la sobreprotecció o en el càstig sistemàtic si el/la pacient no compleix les pautes alimentàries, ajudar a diferenciar els problemes i les conductes motivats pel mateix trastorn de les habituals del pacient o de l'adolescència. Si el tractament ambulatori no és eficaç i s'ha de procedir a l'ingrés, s'ha d'atendre l'impacte que afecta no solament el/la

pacient, sinó també la família. A l'inici, els pares han d'afrontar la separació i, a més, la idea que el seu fill necessita un ingrés psiquiàtric. En aquest moment, és important que no pensin que el professional els considera la causa del trastorn del seu fill i que quedin apartats del procés de tractament. S'ha de comptar amb ells, tant per col·laborar durant l'ingrés com per preparar la sortida, i s'ha d'aconseguir que comprenguin el trastorn, el perquè de les normes indicades, etc. L'equip terapèutic ha d'establir un sistema útil i constructiu de comunicació i col·laboració amb els pares, que li permeti informar-los sistemàticament i donar-los suport continuament. És molt important no prendre decisions ni adoptar actituds de forma unilateral. Tots els temes s'han de plantejar de forma oberta i s'han de clarificar els freqüents dubtes respecte al tractament.

## *Criteris de derivació*

10

Els pediatres, metges de família, altres especialistes consultats (endocrins, dermatòlegs, ginecòlegs, etc.) han d'estar atents als signes d'alarma i procedir al diagnòstic precoç, si és possible. Els casos lleus i molts dels TCANE poden ser tractats per l'assistència primària.

Però els casos que plantegen dubtes diagnòstics, els lleus que empitjoren o no es modifiquen, i els de gravetat moderada i elevada han de ser derivats als centres de salut mental. En el cas que compleixin criteris d'ingrés, haurien d'ésser derivats immediatament a una unitat d'hospitalització de referència.

### 11.1 *Situacions clíniques més freqüents en les quals se sol·licita al jutjat l'internament involuntari d'un malalt amb un TCA*

Els casos més freqüents en què se sol·licita una autorització judicial d'internament per portar a terme un internament involuntari són malalts en situacions de gravetat, en els quals el metge aconsella hospitalització per una de les situacions clíniques següents:

- Risc orgànic greu (per exemple, bradicàrdies), IMC<16
- Risc de suïcidi o conductes autolesives
- Fracàs en el tractament ambulatori, en què el/la pacient és incapaç de posar fi als seus hàbits alimentaris de risc.

### 11.2 *Patologia més freqüent dins dels TCA en què se sol·licita una autorització judicial d'internament involuntari*

Són els casos d'anorèxia nerviosa, concretament del tipus restrictiva. De les sol·licituds d'internament per TCA en menors de 18 anys, l'any 2004, el 84 % dels casos corresponia al diagnòstic d'anorèxia nerviosa restrictiva, el 7 % al de bulímia nerviosa, el 3,4 % a anorèxia nerviosa purgativa i el 5,4% a TCA no especificat. Tanmateix, en menors de 18 anys, els TCA són la patologia més freqüent del total de sol·licituds d'internament involuntari per malalties psíquiques, amb unes xifres del 70 %.

### 11.3 *Casos en què se sol·licita internament involuntari*

En el cas dels adults, aquells que per raó de trastorn psíquic no poden decidir per ells mateixos. En el cas dels menors de 18 anys o incapacitats civilment, serà necessària l'autorització judicial sempre que siguin ingressats per malaltia psíquica, tant si es tracta d'un ingrés voluntari com involuntari.

### 11.4 *Característiques típiques del pacient que serà ingressat involuntàriament per un TCA*

Són majoritàriament dones menors de 18 anys, encara que cada vegada són més freqüents les sol·licituds d'adolescents homes. L'edat mitjana dels malalts és de 13-14 anys, i s'observa una disminució progressiva de l'edat, amb casos de nens de 9 anys. El diagnòstic més freqüent serà, com ja s'ha dit anteriorment, l'anorèxia nerviosa tipus restrictiva.

### 11.5 *Per quin article es regula l'internament involuntari en els TCA?*

Per l'article 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil (LEC), que regula tots els casos d'internament involuntari per raó de trastorn psíquic.

### 11.6 *Què es produeix abans, la sol·licitud d'internament en el jutjat o l'internament?*

Es poden donar les dues circumstàncies. Es pot sol·licitar primerament l'autorització judicial d'internament involuntari, però en situacions d'urgència es pot ingressar primer el malalt i comunicar l'internament al jutjat que sigui competent en un termini de 24 hores.

### 11.7 *Procediment a seguir habitualment*

En el cas en què primerament se sol·licita l'autorització judicial d'internament, aquesta es presentarà davant del jutjat competent (Jutjats de Primera Instància) de la localitat on viu el malalt. Abans de concedir l'autorització judicial, el jutge escoltarà la persona afectada, el Ministeri Fiscal i qualsevol altra persona que consideri convenient. A més, el metge forense del jutjat examinarà el malalt i farà un informe sobre la conveniència o no de l'internament. Finalment, el jutge emetrà una resolució judicial per la qual s'autoritzarà o no l'internament

involuntari. En el cas de la ciutat de Barcelona, el mateix jutjat avisa una ambulància per tal que faci el trasllat des del jutjat a l'hospital corresponent.

Segons l'article 763 de la LEC, en els casos d'internament urgents, el responsable del centre hospitalari en el qual s'ingressa el malalt haurà de comunicar aquest fet al jutjat competent, tal i com s'ha comentat al punt anterior, dins d'un termini màxim de 24 hores. En aquest cas, el jutjat competent no estarà a la localitat on viu el/la pacient, sinó a la localitat on es troba el centre hospitalari. Un cop notificat l'ingrés al jutjat, jutge i metge forense es traslladaran al centre i examinaran el/la pacient amb la finalitat de ratificar la legalitat de l'internament, actuació que haurà de portar-se a terme dins d'un termini màxim de 72 hores des que la notícia de l'internament arriba al jutjat.

**11.8**

### ***Persones que poden efectuar la petició d'internament o l'internament en cas d'urgència***

La Llei no fa referència expressa respecte d'aquesta qüestió, però s'entén que, quan el/la pacient està sotmès a tutela o a pàtria potestat (menors o incapacitats), correspondrà fer la petició als titulars de l'una o de l'altra. Quan no sigui així, correspondrà al Ministeri Fiscal. A la pràctica, s'admet la sol·licitud d'altres persones o entitats (serveis mèdics, socials...). En el cas dels menors, generalment són els pares els qui acudeixen al jutjat sol·licitant l'internament involuntari, o bé és el centre hospitalari on ha ingressat el menor qui ho comunica per a la ratificació de la mesura d'internament. En el cas dels adults no incapacitats, són membres de la família els qui habitualment fan la petició. Moltes vegades aporten un informe del psiquiatre o facultatiu que porta el malalt en règim ambulatori, i que aconsella l'ingrés.

**11.9**

### ***És necessària la intervenció d'advocat i procurador?***

Per presentar la sol·licitud d'internament, no és necessària la intervenció d'advocat o procurador. Per altra banda, el/la pacient té dret a disposar de la representació i defensa per part d'un advocat, però no és habitual a la pràctica diària.

**11.10**

### ***Passos a seguir després de l'internament involuntari***

Tant si l'internament s'ha dut a terme prèvia autorització

judicial o per via d'urgència, els metges responsables del pacient durant el seu ingrés estan obligats per la Llei a informar periòdicament el jutge sobre la necessitat de mantenir aquesta mesura de privació de llibertat. Aquests informes s'emetraran cada sis mesos (art. 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil).

Si els metges responsables consideren que el/la pacient és tributari d'alta hospitalària, el donaran d'alta, i posteriorment n'informaran el jutjat competent. No és necessària autorització judicial per donar l'alta hospitalària un cop estabilitzada la malaltia o remesa la causa que va motivar l'ingrés. A la ciutat de Barcelona, si al cap de dos mesos de l'ingrés el malalt continua ingressat, el jutge i el metge forense tornaran al centre hospitalari per tal de fer una revisió del malalt i de la seva situació (en virtut del que es disposa a l'article 255 del Codi de Família Català).

**11.11**

### ***L'alimentació forçada per sonda nasogàstrica requereix una autorització específica per part del jutge competent?***

No. L'alimentació per sonda nasogàstrica és un recurs terapèutic dins del programa de tractament dietètic de l'anorèxia nerviosa, que s'aplicarà segons criteri del metge responsable quan sigui necessari.

**11.12**

### ***En el cas que una pacient ingressada involuntàriament estigués embarassada i volgués interrompre la gestació, requeriria un tràmit especial?***

L'autorització judicial atorgada per mantenir una mesura d'internament no voluntari es refereix només a la permanència d'un/a pacient en un centre tancat, privada de llibertat, amb l'objectiu de rebre un tractament determinat. El jutge és la figura que garanteix la legalitat de l'internament, però no intervindrà si es planteja la interrupció de la gestació en una dona embarassada. En el cas d'una pacient internada per un TCA que volgués interrompre voluntàriament l'embaràs s'hauria de donar una de les tres circumstàncies previstes per la Llei:

- a** Que sigui necessari per evitar un greu perill per a la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada i així consti en dictamen emès per metge especialista.
- b** Que l'embaràs sigui conseqüència d'un delictes de violació segons l'article 429 del Codi Penal espanyol, i que la violació hagi estat denunciada.



- c** Que sigui presumible que el fetus naixerà amb greus tares físiques o psíquiques) i així consti en dictamen emès per dos metges especialistes.

Per procedir a la interrupció voluntària de l'embaràs seria necessari el consentiment exprés de la dona embarassada.

**11.13**

***Es presenten al jutjat sol·licituds per esterilitzar dones ingressades involuntàriament per un TCA?***

No és habitual però, en tot cas, l'internament sota autorització judicial no atorga poders a ningú per decidir l'esterilització de la malalta. Hi hauria d'haver una sentència d'incapacitació prèvia, i, un cop incapacitada, el/els tutor/s podrien interposar una demanda d'esterilització. Si no fos el cas i la pacient no estigués

incapacitada per sentència judicial, només ella pot decidir sobre la realització d'una esterilització.

**11.14**

***La persona ingressada involuntàriament pot interposar un "habeas corpus"?***

El procediment d'"habeas corpus" està contemplat, entre d'altres situacions, per a aquelles persones que estiguin il·licitament internades. Està basat en el dret que té qualsevol persona privada de llibertat contra la seva voluntat de comparèixer immediatament davant del jutge competent (Jutjat d'Instrucció) perquè, escoltant-la resolgui si la seva "detenció" és legal o il·legal, i si aquesta mesura s'ha de mantenir o s'ha de suspendre. A la pràctica diària, aquest procediment no és freqüent en els malalts amb TCA ingressats involuntàriament, procediment que, per altra banda, no prosperarà si s'han complert els requisits legals esmentats.

1. **Calvo R.** Anorexia y bulímia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta, 2002.
2. **Cervera M.** Riesgo y prevención de la anorexia y la bulímia. Madrid: Pirámide, 2005.
3. **Código Penal y Leyes Penales especiales 10ª ed.** Editorial Aranzadi, 2004.
4. **Farré Advocats.** Col·lecció Legislativa de Dret Civil Català. Tom II (Codi de Família). Atelier Editorial. Barcelona, 1999.
5. **Gisbert Calabuig, J.A.** Medicina legal y toxicología. 6ª edición. Editorial Masson. Barcelona, 2004.
6. **Ley de Enjuiciamiento Civil y otras normas procesales 9ª ed.** Editorial Aranzadi, 2004.
7. **Memòria de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya.** Any 2004.
8. **Raich RM.** Més enllà del desig d'aprimar-se. Com detectar indicis d'anorèxia, bulímia i altres trastorns alimentaris. Barcelona: Viena, 2002.
9. **Rojo L, Cava G (eds.):** Anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel, 2003.
10. **Toro J.** El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel, 1996.
11. **Turón V (ed.):** Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997.

# Números publicats



# Quaderns de la Bona Praxi

COL·LEGI  
OFICIAL  DE METGES  
DE BARCELONA  
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

*Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.*