
Trastorns de la conducta alimentària



Els trastorns de la conducta alimentària (TCA), com poden ser l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i els trastorns per afartaments, així com els seus quadres atípics, són un greu problema de salut que creen una forta alarma social. Són patologies causades per molts factors que afecten majoritàriament nens, nenes i dones joves, encara que també afecten cada vegada més homes joves.

Els TCA es caracteritzen per alteracions importants de la conducta en relació amb l'alimentació amb conseqüències nutricionals, biològiques, psicològiques i socials. Són malalties psicosomàtiques que es consideren trastorns mentals.

Els trastorns de la conducta alimentària no compleixen tots els criteris diagnòstics; tanmateix, el component patològic és intens. Són malalties produïdes per diversos factors inespecífics que poden estar presents en persones sanes o en persones que presenten altres malalties. Per tant, aquests factors inespecífics no haurien d'incloure al diagnòstic, però sí a l'anàlisi de la situació de la persona afectada.

Factors de risc per als TCA

1. Vulnerabilitat constitucional

- Existeix vulnerabilitat genètica en el desenvolupament dels TCA, però no com a factor determinant, ja que són patologies conductuals d'etiologia multifactorial.
- L'obesitat infantil, si no és secundària a una endocrinopatia, és la conseqüència d'uns mals hàbits alimentaris que es poden veure molt potenciat per un estil de vida sedentari.
- La menarquia precoç també és un factor de risc. El desenvolupament corporal en la pubertat no és progressiu, ordenat i harmònic i pot fer que la nena-adolescent, amb aspecte de persona més adulta però en realitat no prou madura a la pressió cultural de l'entorn, sucumbeixi més fàcilment als desitjos de primor.

2. Vulnerabilitat per factors personals

- Cada persona té uns trets característics que poden afavorir el desenvolupament dels TCA. **L'obsessió i el perfeccionisme són trets de personalitat que poden induir a l'aparició de l'anorèxia nerviosa**; posteriorment la mateixa malaltia potenciarà encara més aquests trets. Acostumen a ser persones:

- ❖ Ordenades
- ❖ Rígidess

- ❖ Estrictes
 - ❖ Complidores
 - ❖ Formals
 - ❖ Normatives
 - ❖ Perfeccionistes
- Presenten trets temperamentals bastant específics: **poca tendència a la recerca de sensacions, alta tendència a l'evitació del dolor i dependència de la recompensa.**
 - **Els pacients bulímics** són radicalment diferents: en aquests s'ha trobat una **baixa tendència a la integració social, una disminució de l'autosuficiència i una alta impulsivitat amb sensació de descontrol.**
 - Altres **característiques** de la personalitat que marquen vulnerabilitat per patir els **TCA són la introversió, la inseguretat i l'autoestima baixa.** Considerem l'autoestima com l'acceptació d'un mateix, de la imatge pròpia. En les persones amb risc de patir TCA, l'autoestima està vinculada únicament amb la imatge corporal percebuda per un mateix i sense contrastar amb l'entorn. Si aquesta imatge no és perfecta segons el parer d'aquesta persona, l'autoestima baixa. L'autoestima no és més que el resultat entre els objectius acceptats i assequibles i les expectatives possibles o utòpiques.
 - També **alguns estats afectius com l'ansietat i la depressió** en qualsevol de les seves formes **poden fer augmentar la vulnerabilitat** d'algunes persones i desenvolupar un trastorn de la conducta alimentària. Però no oblidem que es tracta de trastorns multideterminats en què perquè es manifestin fa falta l'existència de factors de risc i més d'un factor predisposant.
 - **Els trastorns de la personalitat són freqüents en els TCA** i la seva presència pot agreujar la gravetat i empitjorar el pronòstic.
 - Els TCA poden fer aparèixer conductes aparentment causades per un trastorn de la personalitat. En aquests casos la millora del TCA fa millorar també el que semblava un trastorn de la personalitat.
 - En l'anorèxia nerviosa i quadres incomplets associats apareixen els trastorns de tipus temorós, evitatiu, dependent i ansiós. En la bulímia nerviosa, en els seus quadres atípics i en el trastorn per afartaments es presenta amb més freqüència el trastorn límit de la personalitat.

3. Vulnerabilitat per distòcia familiar

- Una educació inapropiada, insuficient i poc normativa, especialment en els hàbits d'una alimentació sana i que no potenciï les habilitats socials, l'assertivitat o l'autoestima, afavoreix l'aparició de dificultats personals que indueixen a l'aparició dels TCA. Si un professor o professora participa d'aquests valors socials que penalitzen el sobrepès, potencien la primor i les dietes atípiques, pot ser transmissor d'aquest estereotip cultural i potenciar-lo amb la seva autoritat docent.

Una bona educació ha d'afavorir la capacitat d'anàlisi i crítica de la informació i ha de potenciar el coneixement.

- Hi ha una certa relació entre la presència de traumes físics, psicològics i abusos sexuals en la infància amb el desenvolupament dels TCA, que també es relacionen amb la impulsivitat i l'abús de substàncies.
- El maltractament psíquic i físic, la negligència emocional i l'abandonament també són factors de vulnerabilitat per al desenvolupament dels TCA. Aquí podem incloure també l'estrès com a factor de risc d'augment de la vulnerabilitat.
- Pares preocupats per la figura, la dieta i el pes.
- Hi ha famílies que participen de forma extremada dels valors que estimulen la primor i l'aspecte físic com a mitjà per obtenir èxit social; es converteixen en transmissors d'aquests valors davant dels seus fills des de la infància i poden no sols induir sinó també fer partícips els seus fills de conductes dietètiques atípiques, desequilibrades i perilloses, buscant l'ideal de bellesa i primor. També, el sobrepès dels pares, especialment de la mare, pot actuar com un revulsiu, i el rebuig al sobrepès d'aquesta figura pot provocar l'inici de conductes atípiques restrictives o purgatives en l'alimentació.
- S'ha observat que els familiars de primer grau de pacients amb TCA tenen significativament més patologia que els grups de control (els que no tenen TCA). Per tant, la psicopatologia dels pares, especialment la depressió, les addiccions i l'ansietat poden considerar-se factors de vulnerabilitat familiar.

4. Vulnerabilitat per influències socioculturals

- La nostra cultura imposa estereotips i valors en què es premia l'aspecte físic per sobre d'altres valors. L'ideal estètic de la dona és difícil d'aconseguir per a la majoria de les noies, per no dir que està en contra de les característiques físiques pròpies del nostre país. Aquest ideal estètic extrem és antinatural. No hem d'identificar la bellesa amb la primor extrema, malgrat que els mitjans de comunicació associen de manera reiterada la primor amb l'èxit personal i es rebutja el sobrepès i es margina els obesos.
- Pertanyem a una societat que rebutja el sobrepès i l'obesitat al mateix temps que afavoreix les dietes hipercalòriques, especialment en els nens, amb un excés d'hidrats de carboni i greixos.
- En l'àmbit laboral la imatge juga un paper preponderant, i no sols per a aquelles professions o activitats que requereixen un cos esvelt, també per a totes les altres.
- Podem observar una clara bipolarització de les conductes alimentàries: d'una banda, hi ha un nombre important de persones, adolescents del sexe femení especialment, que busquen de forma anòmala i desesperada la figura excessivament prima; i, d'una altra, s'observa un augment alarmant de l'obesitat en els nens i nenes, molts dels quals s'iniciaran en conductes restrictives o purgatives quan arribin a l'adolescència. Són factors de risc les adversitats i els esdeveniments viscuts negativament,

com el canvi d'escola o de curs acadèmic. Els més freqüents són les dificultats amb les amistats, el canvi d'amistats, la pèrdua d'una relació afectiva, les dificultats sentimentals com el rebuig, l'aïllament i la decepció dels amics.

- Són molt importants els factors estètics, l'estereotip de la primor com a bellesa i la bellesa com a clau de l'èxit. Els nens i els joves són molt fràgils i influenciables davant els mitjans de comunicació audiovisuals, la publicitat i la moda. La nostra societat té molt arrelats aquests valors culturals que són acceptats amb més intensitat pels membres de la societat més febles i amb menys capacitat crítica.
- Es compara la imatge pròpia amb els models que preconitza la nostra societat. Imatges virtuals, en ocasions manipulades i gairebé sempre insanes provoquen una actitud crítica exagerada amb la imatge pròpia, uns desitjos utòpics de millorar i, per tant, una caiguda de l'autoestima.
- També és perillosa l'excessiva valoració del pes i la silueta; és a dir, considerar que el pes i la silueta són valors fonamentals de l'individu, que la insatisfacció amb el propi pes o amb la silueta suposarà un fracàs a la vida i que no es podrà desenvolupar tot el potencial vital si abans no es resol aquest problema "físic".
- En la pubertat hi ha un desenvolupament inharmònic, però fisiològic, del cos que esglaiava les adolescents; la societat els ofereix "falses" solucions i, a més, potencia aquest missatge dient que si no són perfectes és perquè no hi posen la voluntat i els mitjans per ser-ho. Moltes persones s'embarquen en aquesta aventura de l'aprimament en recerca de la bellesa ideal i inabastable.
- També hi contribueixen les creences particulars sobre pes, dieta, figura i bellesa elaborades a partir d'informacions parcials incompletes, tendencioses i sempre poc serioses.
- La influència dels mitjans de comunicació, amb una intensa i continuada pressió sobre els joves perquè "millorin" la seva figura a través de règims i exercici, propicia una gran quantitat de llibres i revistes amb dietes i consells pseudocientífics.
- Aquests conceptes pseudocientífics o paracientífics calen tan fons en els joves que, malgrat estar en contradicció amb els coneixements científics assolits a l'escola, acaben formant part del seu "corpus" de creences errades.

Factors que mantenen la malaltia una vegada ha aparegut

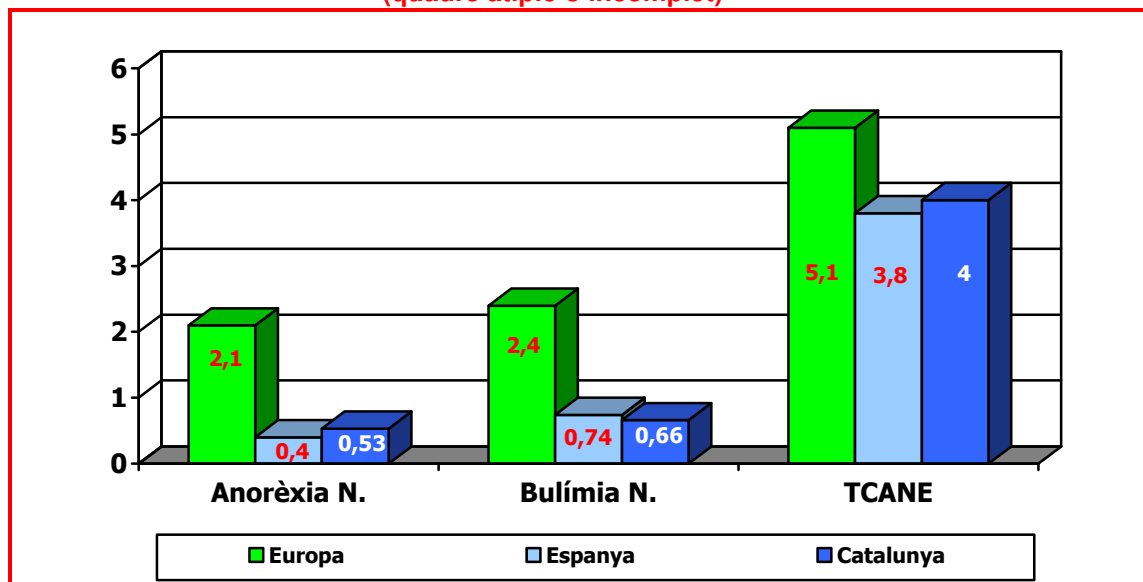
- En aquesta situació de mancances físiques, es potencia la distorsió de la imatge corporal amb una sobrevaloració poc racional de les dimensions corporals.

- Augmenta la conflictivitat familiar i es consolida una situació d'estrès crònic en la família. En moltes ocasions la família també necessita l'ajuda de psiquiatres o psicòlegs.
- Independentment dels factors de risc que poden afavorir l'aparició de TCA, s'han de considerar també els factors generats per la mateixa malaltia i que interfereixen en la curació. El principal factor mantenidor és el mal estat físic, les alteracions biològiques de les conductes de purga i les conseqüències de la malnutrició i el baix pes.
- En el cas de la bulímia nerviosa, l'estat físic alterat, els trastorns afectius associats i, en ocasions, l'abús de substàncies, potencien encara més el descontrol dels impulsos.
- Tant en el cas de l'anorèxia com en el de la bulímia, es crea un cercle viciós que perpetua la malaltia.

Dades epidemiològiques

Hi ha pocs estudis epidemiològics sobre els TCA i els seus resultats són dispars a causa de la diversitat de criteris diagnòstics utilitzats i a l'ampli espectre de TCA.

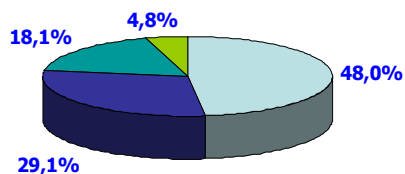
Trastorn de conducta alimentària no especificat (TCANE) (quadre atípic o incomplet)



Evolució i pronòstic

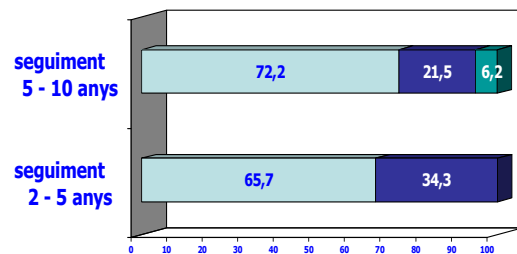
El 50% dels pacients amb anorèxia nerviosa presenten, com a complicació, símptomes de bulímia nerviosa durant l'evolució de la malaltia. Actualment, la gran majoria de pacients amb anorèxia o bulímia nerviosa evolucionen satisfactòriament.

Anorèxia nerviosa



■ recuperació ■ millora ■ cronificació ■ mortalitat

Bulímia nerviosa



■ recuperació i millora significativa ■ cronificació ■ mortalitat

■ Factors de bon pronòstic:

- Diagnòstic precoç
- Quadre clínic explícit
- Bona adaptació educativa i ocupacional
- Maduresa psicològica
- Bones relacions del pacient amb els seus pares
- Existència de factors precipitants del trastorn
- Ràpida recuperació del pes
- Sensació de fam i sacietat
- Consciència de malaltia i depressió

■ Factors de mal pronòstic:

- Diagnòstic tardà
- Cronificació
- Oscil·lacions de pes
- Conductes de purga amb risc vital
- Absència de consciència de malaltia

- Alteració greu de la imatge corporal
- Dismorfofòbia
- Hipocondria
- Dificultats de comprensió
- Conflictes familiars o de parella
- Negació de la malaltia per l'entorn de la pacient
- Falta de cooperació de la família
- Poques o males relacions socials
- Trastorns de la personalitat i del control dels impulsos
- Inici del trastorn en edats tardanes.

Què són els TCA? Diagnòstic

❖ Anorèxia nerviosa

És un trastorn que es caracteritza pel desig d'estar prim, amb conductes per intentar disminuir el pes per sota del que es considera normal o fisiològic. Hi ha temor de tenir sobrepès i una alteració de la imatge pròpia.

Aquesta pèrdua de pes està provocada pel subjecte (índex de massa corporal inferior a 17,5) mitjançant una dieta rigorosa amb restricció d'aliments que consideren d'alt contingut en calories.

A més, amb l'objectiu d'accelerar la pèrdua ponderal, aquests pacients poden afegir altres conductes tant o més perilloses: vòmits autoprovocats, ús i abús de laxants i diürètics, fàrmacs anorexígens i hiperactivitat física.

criteris diagnòstics de l'Organització Mundial de la Salut per a l'anorèxia nerviosa:

a) Pèrdua o falta d'augment de pes en els nens que els porta a un pes corporal d'almenys un 15% per sota del pes normal esperat per a l'edat i la talla corresponent.

b) La pèrdua de pes és autoinduída mitjançant l'evitació d'aliment que engreixin.

c) Distorsió específica de la imatge corporal psicològica, en forma d'idea sobrevalorada i intrusa de por intensa i persistent a l'obesitat, de tal forma que el malalt s'imposa un límit de pes corporal.

d) Trastorn hormonal generalitzat que afecta l'eix hipotàlem-hipòfisi-adrenals, que en dones es manifesta per amenorrea i en els homes per una pèrdua d'interès per la sexualitat i impotència. Una excepció aparent és la persistència de sagnat vaginal en dones anorèxiques amb substitució hormonal; la forma més freqüent és per prendre píndoles anticonceptives.

e) No compleix els criteris A i B de bulímia nerviosa.

❖ Bulímia nerviosa

És un conjunt de símptomes basats en tres aspectes essencials. En primer lloc, el sentiment de pèrdua de control i el consegüent descontrol de la conducta alimentària que condiciona els episodis recurrents d'ingesta voraç o afartaments, durant els quals els pacients ingereixen gran quantitat d'aliments en períodes curts de temps. Generalment, en la majoria dels casos els afartaments es caracteritzen per la ingesta de dolços i altres aliments amb alt contingut en

calories. Se solen presentar a les tardes i en estats emocionals alterats. El segon aspecte específic és la presència de conductes compensatòries per evitar l'augment normal de pes que provoquen els afartaments; la més utilitzada és la provocació de vòmits. El tercer aspecte és la preocupació intensa i persistent pel pes i la figura amb por morbosa d'engreixar-se. Aquest és un símptoma nuclear, comú en tots els trastorns de l'alimentació, que porta a aquests pacients a autoavaluar-se anòmalament i exclusivament en termes de pes i figura i a fixar l'autoestima sota aquests paràmetres.

El vòmits en un primer moment alleugen el temor de guanyar pes, més tard provoquen vergonya i menyspreu de si mateixos, així com tristesa. També, per evitar l'augment de pes fan dejuni o exercici físic de forma exagerada durant hores o dies. Amb l'abús de laxants i de diürètics es pretén el mateix objectiu, com també amb la utilització fàrmacs que redueixen la gana.

Criteris diagnòstics de l'Organització Mundial de la Salut per a la bulímia nerviosa:

a) Episodis freqüents d'hiperfàgia (menjar excessivament), almenys dos cops a la setmana, durant un període de tres mesos, en els quals el/la pacient consumeix gran quantitats d'aliments en períodes llargs de temps.

b) Preocupació intensa pel menjar, juntament amb un desig intens o un sentiment compulsiu pel menjar.

c) El malalt intenta contrarestar la repercussió dels afartaments en el pes mitjançant un o més del símptomes següents:

- *Vòmit autoprovoocat*
- *Abús de laxant*
- *Períodes de dejuni*

d) Consum de fàrmacs supressors de la gana o anorexígens, extractes tiroïdals o diürètics. Si la bulímia es presenta en un malalt diabètic, pot arribar fins i tot a abandonar el tractament amb insulina.

e) Autopercepció d'estar massa obès, juntament amb idees intrusives d'obesitat que sovint condueixen a un dèficit de pes.

❖ Trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE)

Els TCANE són un grup heterogeni de conductes que inclouen les anorèxies i bulímies nervioses que no compleixen tots els criteris diagnòstics, i també les persones menjadores compulsives, menjadores nocturnes, les que vomiten regularment, les vigorèxiques, les ortorèxiques, etc.

Criteris operatius de diagnòstic dels TCANE segons el diagnòstic de salut mental IV (DSM-IV)

La categoria de TCANE es refereix als trastorns de la conducta alimentària que no compleixen els criteris per a cap trastorn de la conducta alimentària específica. Alguns exemples en són:

1. Complir tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa, però tenir la menstruació regularment.
2. Complir tots els criteris diagnòstics per a l'anorèxia nerviosa i, malgrat existir una pèrdua de pes significativa, estar dins els límits de la normalitat.
3. Complir tots els criteris diagnòstics per a la bulímia nerviosa, malgrat que els afartaments i les conductes compensatòries inapropiades apareixen menys de dues vegades per setmana o durant menys de tres mesos.

4. Tenir conductes compensatòries inapropiades en persones de pes normal després d'ingerir petites quantitats de menjar (p. ex., provocació del vòmit després d'haver menjat galetes).
5. Mastegar i expulsar, sense empassar, quantitats importants de menjar.
6. Trastorn compulsiu: es caracteritza per afartaments recurrents en absència de la conducta compensatòria inapropiada típica de la bulímia nerviosa.

criteris diagnòstics del trastorn per afartaments segons el DSM-IV

a) Episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza per les dues condicions següents:

1. Ingesta, en un període curt de temps (p. ex., en dues hores), d'una quantitat de menjar definitivament superior a la que la majoria de gent podria consumir en el mateix temps en circumstàncies similars.
2. Sensació de pèrdua del control sobre la ingesta durant l'episodi (p. ex., sensació que un mateix no pot parar de menjar o controlar què està menjant i en quina quantitat).

b) Els episodis d'afartament **s'associen a tres (o més)** dels símptomes següents:

1. Ingesta molt més ràpida del que es consideraria normal.
2. Menjar fins a sentir-se desagradablement ple.
3. Ingesta de grans quantitats de menjar malgrat no tenir fam.
4. Menjar a soles per amagar la seva voracitat.
5. Sensació de mala gana amb un mateix, depressió, o gran culpabilitat després de l'afartament.

c) Profund malestar en recordar els afartaments.

d) Els afartaments tenen lloc, com a mitjana, almenys dos dies a la setmana durant sis mesos.

e) L'afartament no s'associa a estratègies compensatòries inadequades (p. ex., purgues, dejuni, exercici físic excessiu) i no apareixen exclusivament en el transcurs d'una anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa.

criteris per al diagnòstic precoç dels TCA

- Pèrdua de pes sense raó aparent.
- Dietes anòmales, peculiars, hipocalòriques sense control mèdic.
- Exagerada preocupació pel pes i la figura.
- Exercici exagerat per perdre pes tot i tenir un pes normal
- Amenorrea o detenció del creixement.
- Detecció d'osteoporosi.
- Excessiva adhesió a estereotips de la moda.

Qüestionari SCOFF

Si la teva resposta és positiva a dues o més d'aquestes preguntes, tens un problema amb l'alimentació i cal que consultis el teu metge.

Et provoques el vòmit perquè et sents incòmodament ple?

Et preocupes per haver perdut el control sobre el menjar?

Has perdut recentment més de sis quilos en un període de tres mesos?

Et consideres "gras/grassa" i els altres et diuen que estàs prim/a?

Creus que el menjar domina la teva vida?

Tractament dels TCA

El tractament es basa en el:

1. Restabliment d'unes pautes nutricionals normals

La rehabilitació nutricional i la normalització dietètica corregeixen les seqüeles físiques i psicològiques que la malnutrició perpetua. En l'actualitat ja no hi ha cap dubte que els millors resultats estan vinculats amb la recuperació ponderal i la normalització biològica, per la qual cosa aquests han de ser els objectius inicials del tractament.

Cal recuperar pes. La recuperació de l'equilibri biològic millora l'estat d'ànim, els trastorns conductuals i els pensaments alterats relacionats amb el menjar, el pes o la silueta.

2. Tractament dietètic

Instaurar, al més ràpidament possible, una dieta normal és un objectiu molt recomanable.

3. Tractament psicològic

El tractament psicològic es bàsic, és la pedra angular del tractament. Però és ben conegut que les intervencions psicoteràpiques són poc efectives en les fases més greus de la malaltia i si les pacients estan malnodrides.

En els trastorns de la conducta alimentària s'han utilitzat tot tipus de tècniques psicològiques; actualment, la teràpia cognitivoconductual és la més utilitzada i la que s'ha revelat en l'última dècada com a més efectiva. També amb la psicoteràpia interpersonal i la sistèmica s'han obtingut resultats satisfactoris tot i no ser tècniques tan utilitzades. En els casos en què sigui necessari s'hauran d'aplicar tècniques per al control de l'exercici, si aquest és utilitzat com una forma de perdre pes. El control d'aquests pacients i de la seva hiperactivitat haurà de formar part del tractament psicològic i conductual.

4. Tractament farmacològic

Per a l'anorèxia nerviosa no hi ha un tractament específic. Tanmateix, es poden millorar, mitjançant fàrmacs, els símptomes associats a la simptomatologia clínica anorèxica: depressió, ansietat, idees sobrevalorades, insomni o complicacions físiques.

En la bulímia, el tractament farmacològic ocupa un lloc primordial en el programa terapèutic. Els antidepressius, especialment els IRSS (inhibidors de la recaptació selectiva de serotonina), s'han manifestat com uns eficaços reductors de la freqüència dels afartaments i els vòmits. La utilització dels antiimpulsius és eficaç. Respecte als fàrmacs que es poden utilitzar simptomàticament contra la depressió, l'ansietat, l'insomni, etc., es poden fer les mateixes consideracions que en l'anorèxia nerviosa amb l'excepció del risc d'addicció d'aquestes persones malaltes si els tractaments amb ansiolítics o hipnòtics no estan ben controlats.

Objectius del tractament dels trastorns de la conducta alimentària

1. Restablir unes pautes nutricionals normals
2. Normalitzar les constants biològiques:
 - Normalització i estabilització del pes
 - Rehidratació i normalització electrolítica
 - Correcció d'anomalies físiques secundàries
3. Normalitzar l'estat mental:
 - Millorar l'estat d'ànim
 - Corregir alteracions de la conducta
 - Evitar les complicacions per personalitat alterada
 - Evitar l'ús i l'abús de substàncies
4. Restablir unes relacions familiars adequades:
 - Major participació
 - Millor comunicació
 - Restablir pautes i rols familiars
 - Fugir dels sentiments de fracàs
5. Corregir les pautes d'interacció social alterades:
 - Acceptant el trastorn
 - Afrontant els fracassos
 - Acceptant la responsabilitat del trastorn
 - Vencent els sentiments d'impotència

Model i pla terapèutic

Intervencions familiars

La família ocupa un lloc important per abordar la malaltia i ajudar a aplicar la teràpia. És, en molts casos, una eficaç coterapeuta. Es pot sistematitzar el paper de la família de la manera següent:

- Té dret a una informació completa i veraç, tant del diagnòstic com del pronòstic dels TCA.
- Té dret a conèixer els recursos terapèutics, el model i lloc de tractament més eficaç.
- S'ha de comprometre en el tractament, s'ha d'implicar en el procés terapèutic adquirint un compromís formal amb l'equip terapèutic.
- S'ha d'ajudar la família en el cas que ho necessiti. La normalització de l'àmbit familiar és fonamental.

- Pot passar que la família no accepti, en una primera fase o amb quadres incomplets, els símptomes de la malaltia o la gravetat del trastorn.
- És molt freqüent que les famílies ignorin el quadre clínic ja que els pacients oculten els símptomes, però els pares poden observar els símptomes conductuals o afectius associats: irritabilitat, oposicionisme, tristesa, apatia, abúlia, etc.
- Molts pares prefereixen que la malaltia sigui de causa orgànica abans que psicològica o conductual, per la qual cosa recorren de forma reiterada a professionals per buscar causes orgàniques. D'aquesta manera es pot demorar el diagnòstic i perdre un temps molt valuós. La por dels tractaments psicològics o psiquiàtrics podria retardar la cita amb els professionals adequats.

És necessari:

1. Aconseguir que els pares aprovin la teràpia.
2. Aconseguir el compromís actiu de la família.
3. Estimular les relacions família-pacient.
4. Superar la por al creixement i la maduració de la persona malalta
5. Reforçar l'autonomia i responsabilitat del/de la pacient
6. Estimular la cooperació entre els membres de la família

Quan els pacients estan hospitalitzats és molt important el treball amb les famílies. Quan el pacient és a l'hospital de dia o ingressat, és un bon àmbit per establir programes psicoeducatius per a les famílies.

Aquests programes solen desenvolupar els aspectes següents:

1. Origen multifactorial dels TCA.
2. Factors que desencadenen i mantenen els TCA.
3. Repercussions físiques dels TCA.
4. Complicacions i risc de les conductes de dieta, afartament i purga.
5. Fisiologia i dietètica.
6. Hàbits adequats en alimentació i vida quotidiana.
7. Tècniques per canviar d'actituds.

Tractament ambulatori

En el cas que l'inici del trastorn sigui recent, els malalts estiguin motivats i comptin amb una família que coopera amb el programa terapèutic, es poden tractar ambulatoriament pacients amb pèrdues d'entre el 15 i el 20% del pes normal. Encara que el programa sigui ambulatori, igualment farà falta un programa d'intervenció complex i ben estructurat que prevegi les àrees a tractar: la dieta restrictiva, el baix pes, la imatge corporal i els pensaments alterats relacionats amb el pes, la imatge corporal i la dieta.

Hospital de dia

El terme hospital de dia es refereix a un model de tractament en hospitalització parcial que proveeix de serveis terapèutics i d'hostal durant 8-12 hores al dia i de 3 a 5 dies per setmana.

Cal considerar que del 30 al 50% dels pacients ingressats en hospitalització completa podrien ser tractats en hospitals de dia. Aquests programes

terapèutics eviten la dicotomia "pacient ingressat-pacient ambulatori" en crear un *continuum* entre l'hospitalització, l'hospital de dia i el tractament ambulatori.

Entre l'hospitalització i el tractament ambulatori, és fonamental la utilització de l'hospital de dia.

Els avantatges dels tractaments ambulatoris i hospitals de dia es basen a no separar els pacients del seu ambient habitual i ser marc terapèutic adequat d'activitats que el tractament ambulatori no permet: activitats en grup i amb les famílies.

Críteris d'hospitalització en l'hospital de dia:

1. Pèrdua ponderal sense complicació física greu
2. Risc baix d'autoagressivitat i heteroagressivitat
3. Pèrdua ponderal no inferior al 20%
4. Poca cooperació
5. Comorbiditat que únicament requereixi tractament ambulatori
6. Necessitat de monitorar àpats
7. Control de conductes de purga
8. Control de les crisis familiars

Línies d'intervenció en l'hospital de dia:

1. Tractaments dieteticonutricionals
2. Programes conductuals
3. Teràpia cognitiva
4. Tractament de la imatge corporal
5. Intervencions en nutrició, assertivitat i habilitats socials
6. Psicofàrmacs
7. Intervencions familiars

Objectius de la teràpia cognitivoconductual:

1. Normalització biològica
2. Recuperació ponderal
3. Reestructuració cognitiva
4. Estratègies de prevenció
 - * Teràpia sobre l'autoimatge
 - * Consell nutricional
 - * Psicoeducació

Tipus de teràpia grupal:

- A/ Grups relacionats amb l'alimentació:
1. Educació alimentària
 2. Nutrició i menús
 3. Monitoratge de dietes i pes
 4. Escola de cuina
- B/ Grups no relacionats amb l'alimentació
1. Cognicions errònies
 2. Imatge corporal
 3. Assertivitat
 4. Relacions interpersonals
 5. Exercici

Objectius del tractament de la imatge corporal:

- * Detectar els factors que projecten una imatge interior negativa.
- * Reduir les percepcions negatives del cos.

- * Intervenir en els pensaments erronis referits al cos.
- * Tractar les emocions i els sentiments relatius al cos.
- * Eliminar conductes compensatòries.

Hospitalització

El tractament integral dels pacients amb un trastorn de la conducta alimentària pot requerir l'hospitalització completa quan concorrin circumstàncies que així ho aconsellin, especialment per la gravetat dels símptomes. L'hospitalització de pacients amb un trastorn de la conducta alimentària ha d'utilitzar-se generalment com a últim recurs. En tot moment s'han de respectar els criteris d'hospitalització i no considerar que un tractament "més intens" del tractament comportarà més eficàcia.

Condicions per a l'hospitalització:

- Perquè el tractament en règim d'ingrés sigui eficaç, és necessari que la unitat compti amb personal mèdic i d'infermeria expert i competent en el tractament d'aquestes patologies.
- Requereix un espai propi per desenvolupar les activitats terapèutiques.
- Ha d'aplicar un protocol terapèutic eficaç i eficient.
- L'equip ha de ser multidisciplinari, format per metges, psicòlegs, personal d'infermeria i auxiliars.
- S'ha de comptar amb consultors: dietistes, endocrinòlegs, ginecòlegs, etc.

Requisits que hauria de reunir l'hospitalització:

1. Llits d'hospitalització en hospitals generals, preferentment en àrees o serveis de psiquiatria.
2. Equip multidisciplinari:
 - Infermeria especialitzada
 - Psiquiatres
 - Psicòlegs
 - Dietistes i endocrinòlegs
 - Ginecòlegs, internistes

Criteris d'hospitalització:

1. Seqüeles físiques de la malnutrició
2. Pacients amb poca motivació
3. Inestabilitat psicològica
4. Trastorn psiquiàtric associat
5. Cronicitat i mal pronòstic
6. Ambient familiar poc cooperador
7. Pèrdues de pes superiors al 25 o 30% del pes corresponent en aquell moment segons l'edat i l'estatura.

Prevenió dels TCA

Es diu que en salut no hi ha millor inversió que la que es fa en prevenció de malalties psíquiques i promoció de la salut mental.

El risc físic, el patiment psicològic, la desorganització de la vida personal i familiar i la seva repercussió en la vida social, el fracàs escolar i laboral fan de

la prevenció d'aquests trastorns una necessitat que no per difícil ha de ser menys ineludible.

La prevenció primària és aquella política de salut que estableix programes que pretenen reduir la incidència o aparició de nous casos.

La prevenció secundària té com a objectiu l'eficàcia i eficiència de les intervencions per a aconseguir un diagnòstic ràpid i encertat, així com un tractament ràpid i eficaç.

La prevenció terciària, conceptualment més inconcreta, no és més que la suma de mesures que milloren la qualitat de vida dels malalts quan se suposa que els tractaments etiopatogènics no són completament eficaços.

Prevenció primària dels trastorns de la conducta alimentària

Objectius generals de la prevenció

1. Augmentar el coneixement de la biologia i la fisiologia: diversitat en el pes i la figura.
2. Conèixer els canvis propis de la pubertat, les diferències entre greix corporal, sobrepès i obesitat.
3. Conèixer la naturalesa i els perills dels TCA.
4. Promoure el rebuig de les dietes atípiques, restrictives, innecessàries i insanes, propiciant les dietes sanes.
5. Insistir en els perills, especialment a edats molt precoces, de la reducció del pes i la forma.
6. Millorar i augmentar el coneixement dels fonaments de la pressió i els valors culturals per augmentar la resistència a la pressió dels mitjans de comunicació.
7. Promoure l'acceptació de si mateixos i desenvolupar una percepció positiva del cos.
8. Augmentar l'autoestima i millorar la competència.
9. Reduir l'acceptació i adhesió a la bellesa estereotipada de la moda i disminuir la insatisfacció corporal.
10. Augmentar la capacitat per avaluar la importància dels factors socials.
11. Educar en una actitud crítica davant la pressió dels estereotips culturals.
12. Aclarir i jerarquitzar els valors personals.

Objectius del programes per a la població de risc

- Fer que es rebutgin dietes atípiques, restrictives i innecessàries; propiciar una alimentació saludable.
- Avisar del perill de la reducció de pes en edats precoces.
- Millorar la resistència als mitjans de comunicació.
- Promoure l'acceptació de si mateixos.
- Millorar l'autoestima i la competència.

Paper de la família en la prevenció primària

- Cal incloure els pares en la prevenció.
- S'ha de facilitar als pares informació nutricional i coneixements dels TCA.
- Els pares han d'acceptar els canvis biològics i psicològics dels fills.
- Han d'entendre les modificacions de la dinàmica familiar.
- Han de millorar l'autoestima dels fills.
- Han d'evitar crítiques sobre el pes o la figura.

Preguntes que poden orientar el diagnòstic cap als TCA

Guia de preguntes per a infants

Com et trobes de salut, humor, activitats...?
Què menges? Com menges?
Quins aliments t'agraden? Quins rebutges?
Què menges a casa?
Tens por d'engreixar-te? Et diuen que no t'engreixis?
Creus que el teu pes és correcte?
A casa teva es fan dietes per aprimar-se?
Fas esport per divertir-te, aprimar-te o tenir èxit?

Guia de preguntes per a adolescents

Has variat de pes recentment?
Has canviat d'hàbits alimentaris recentment?
Tries aliments baixos en calories?
Et saltes àpats?
Protestes quan t'insisteixen que mengis?
Fumes o prens substàncies per reduir la gana?
Menges excessivament en ocasions?
Abuses dels dolços?
Tens temptacions de laxar-te o vomitar?
Has canviat de caràcter?
Et relaciones menys amb els amics?
T'interessa molt tot el que es refereix a dietes, pes, moda o bellesa?
Et valores, t'acceptes i "et vols"?

Guia de preguntes per a pares

A casa hi ha un interès excessiu per tot el que es refereix a dietes, pes, moda o bellesa?
Hi ha o hi ha hagut educació dietètica?
Hi ha problemes de pes en algun membre de la família?
Ha variat de pes recentment?
Ha reduït la dieta?
Tria aliments baixos en calories?
Es salta o rebutja àpats?
Protesta quan l'insisteixen perquè mengi?
Es fan dietes a casa?
Es menja un cop al dia, almenys, tots junts?