

Trastorns del comportament alimentari

Guia per a l'atenció primària de salut



Generalitat de Catalunya
**Departament de Sanitat
i Seguretat Social**



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Trastorns del comportament alimentari

Guia per a l'atenció primària de salut

© Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Coordinació de la guia:

Jaume Serra, Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya

Redacció:

Carmen Calleja, Col·legi d'Infermeria de Barcelona

Josefina Castro, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Beatriz Galilea, Direcció General d'Esports. Generalitat de Catalunya

Rosario Jiménez Leal, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Cristina Molina, CatSalut

Dolors Petítbó, Col·legi de Psicòlegs de Catalunya

Roser Pérez Simó, Hospital de Sant Joan de Déu

Montserrat Prats, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

J. Ll. Sánchez Planell, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

José Soriano, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i Província

Vicente Turón, Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

M Josep Torregrossa, Societat Catalana de Pediatria

Coordinador del Pla Interdepartamental relatiu

als Trastorns de Comportament Alimentari:

Josep Ballester, CatSalut. Gerent de planificació sanitària

i d'atenció psiquiàtrica i salut mental

Edita: CatSalut (Servei Català de la Salut)

Producció editorial: ACV edicions

Queda rigorosament prohibida, sense l'autorització per escrit del titular del copyright, sota les sancions establertes a les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públics.

Índex

Presentació	9
1 Alimentació, nutrició, salut i cultura	10
1.1 Actituds davant l'alimentació	
1.2 Història i factors socioculturals	
1.3 Imatge corporal i comportament alimentari	
2 Epidemiologia	18
3 Patologies multisistèmiques	22
3.1 Etiopatogènia multifactorial	
3.2 Fisiopatologia: l'hipotàlem	
3.3 Endocrinologia dels TCA	
3.4 Metabolisme en els TCA	
4 Criteris diagnòstics dels TCA	28
4.1 Criteris diagnòstics d'anorèxia nerviosa, segons el DSM-IV	
4.2 Segons la CIM-10	
4.3 Criteris diagnòstics de bulímia nerviosa, segons el DSM-IV	
4.4 Segons la CIM-10	
5 Diagnòstic precoc	34
5.1 Alteracions somàtiques que indueixen al diagnòstic dels TCA	
5.2 Canvis psicològics que fan sospitar un TCA	
5.3 Canvis conductuals que fan sospitar un TCA	
5.4 Espectre dels TCA	
6 L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA	42
6.1 Identificació de subjectes de risc	
6.2 La història clínica	
6.3 Hàbits alimentaris personals i familiars	
6.4 Com conscienciar el/la pacient que pateix un TCA?	
6.5 L'entrevista i la sensibilització familiar	
6.6 Especificats en l'adult	

7	Avaluació física dels TCA	54
	7.1 Exploració física	
	7.2 Exploració analítica	
	7.3 Dades físiques i analítiques que NO exclouen el diagnòstic de TCA	
8	Tractament dels TCA	60
	8.1 Pautes d'actuació, criteris de seguiment i control en ABS	
	8.2 Criteris de derivació als centres de salut mental	
	8.3 Criteris de derivació a unitats especials	
	8.4 Criteris d'hospitalització	
	8.5 L'atenció als TCA des de les ABS	
	8.6 Pronòstic dels TCA	
	8.7 Programes psicoeducatius en àrees bàsiques	
9	Intervencions en el nucli de convivència	70
	9.1 Intervenció amb les famílies	
	9.2 Programa psicoeducatiu per a familiars de TCA	
	9.3 Programa psicoeducatiu per als pares durant el tractament	
10	Circuit de derivació	80
	10.1 Adreces d'interès per regions sanitàries	
11	Annexos	100
	11.1 Avaluació inicial per a la detecció de risc de TCA	
	11.2 Valors antropomètrics	
	11.3 EAT-40	
	11.4 ABOS	
	Adreces d'interès	110
	Referències bibliogràfiques	110

Presentació

La Guia per a l'atenció dels trastorns del comportament alimentari des de l'atenció primària de salut que teniu a les mans és el resultat d'una de les accions previstes en el marc del Pla interdepartamental relatiu als trastorns del comportament alimentari aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya.

Aquest Pla, pioner a l'Estat, pretén potenciar la prevenció, la detecció precoç i l'atenció d'aquests trastorns, a més de millorar la informació a la població, als grups de risc i a les persones que hi estan relacionades.

Així, amb aquest document elaborat per un grup de professionals es pretén facilitar al personal mèdic i al d'infermeria d'atenció primària uns criteris orientatius i, alhora, pràctics en aspectes d'alimentació i nutrició, d'epidemiologia, diagnòstics, d'entrevista clínica, de tractament i derivació.

Des de fa uns anys, en els països industrialitzats i en el marc d'unes societats desenvolupades que valoren cànons estètics estereotipats, els trastorns de la conducta alimentària, entre els quals hi ha l'anorèxia i la bulímia nervioses, constitueixen un problema de salut emergent que té un fort impacte social. És per això que el Pla de salut de Catalunya ja formulava l'any 1999 i per primera vegada intervencions orientades a afavorir la prevenció i l'atenció des de diferents nivells assistencials.

Però precisament en l'atenció primària és on esdevé clau la detecció de problemes i les situacions de risc, ja que habitualment sol ser el primer contacte amb el sistema sanitari, on és vital una bona atenció i una adequada derivació als serveis especialitzats, quan es considera necessari.

Per això, un cop més, tant els professionals que en faran ús com els que han treballat en l'elaboració d'aquest document tenen un paper fonamental, que els vull agrair, en la millora de la qualitat de l'atenció sanitària que s'ofereix als ciutadans en els centres d'atenció primària.

Xavier Pomés i Abella
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
 - 1.1 Actituds davant l'alimentació
 - 1.2 Història i factors socioculturals
 - 1.3 Imatge corporal i comportament alimentari
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura

La idea de salut, sovint i de forma errònia, s'identifica amb paràmetres més lligats a una concepció estètica del cos que a una de sanitària.

1.1 Actituds davant l'alimentació

Vivim en una societat que tendeix a considerar com a dieta sana l'alimentació baixa en calories i el concepte de cos sa està íntimament lligat a l'absència total de greix visible.

Certs fenòmens socioeconòmics i les seves correlacions culturals es troben en la base dels canvis del comportament alimentari i en l'actitud envers el cos i la seva configuració: d'una banda, l'expansió epidèmica en el món desenvolupat de certes conductes lligades al creixement i la diversificació de la indústria alimentària; d'altra, l'expansió del comerç de l'aprimament. Tot això, junt amb una idea de salut que, sovint i de forma errònia, s'identifica amb paràmetres més lligats a una concepció

estètica del cos que a una de sanitària, exigeixen a l'individu una sèrie d'esforços adaptatius que, segons les circumstàncies, poden afavorir un deteriorament dels seus hàbits alimentaris.

En aquest sentit, cal fer esment als continguts que els diferents mitjans de comunicació divulguen contínuament en referència a la simbologia de l'estar prim. Per raons culturals, però també biològiques, són les dones les qui més pateixen les conseqüències d'aquesta constant pressió mediàtica i social, en relació a la vigència de l'aprimament com a valor estètic imperant.

El pes ideal no existeix

També cal comentar els riscos reals de presentar un sobrepès o un infrapès corporal. Cal tenir en

compte que un cert sobrepès corporal pot ser perfectament compatible amb una bona salut. A més, recentment, els estudis genètics han evidenciat la importància de l'herència en la determinació del volum corporal.

Moltes de les idees errònies entorn del pes i la salut es concreten en la creença que el greix és una substància supèrflua, l'acumulació de la qual està directament relacionada amb el risc de malalties cardiovasculars, sense tenir en compte que el greix corporal constitueix un teixit actiu i molt important per a determinades funcions fisiològiques, especialment en l'organisme femení.

Idees errònies

Sanders i Bazalgette enuncien una sèrie d'idees errònies que, per la seva reiterada divulgació a través dels mitjans de comunicació, s'han convertit en veritables mites que poden condicionar l'actitud alimentària de moltes persones:

- Qualsevol greix en el menjar és dolent.
- Estar prim és saludable.
- El greix es pot perdre ràpidament i sense perill per a la salut.
- En les dones hi ha un greix especial anomenat cel·lulitis.
- El greix d'aquesta cel·lulitis està produït per toxines.
- El greix d'una part concreta del cos es pot reduir, particularment el de les cuixes i els malucs.
- Certs aliments o combinacions d'aliments poden activar el metabolisme i accelerar la pèrdua de pes d'un individu.
- Les dones grasses menors de 50 anys corren un risc elevat de malaltia cardíaca.
- Fer dieta és una activitat saludable.

Moltes de les idees errònies entorn del pes i la salut es concreten en la creença que el greix és una substància supèrflua.

Cal tenir en compte que, tal com recentment ha recomanat la **Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad** (SEEDO), perdre al voltant d'un 5-10% del pes inicial pot ser suficient per obtenir millores significatives en les complicacions associades al sobrepès.

1.2 Història i factors socioculturals

Les primeres descripcions clíniques de quadres compatibles amb una anorèxia nerviosa es remunten al segle IX-X; encara que no va ser fins al s. XVI que apareix la denominació actual. Posteriorment, ha sigut objecte d'interès per diverses especialitats, en funció dels coneixements científics i de les hipòtesis etiopatogèniques predominants (etapes misticoreligiosa, endocrinològica, neurològica, psicoanalítica), fins ser englobada dins dels trastorns psicossomàtics, que en preconeixen un abordatge multidisciplinari. La bulímia nerviosa no fou definida fins fa dates relativament recents (Russell, 1975),

encara que hi ha algunes descripcions clíniques del segle XIX. Malgrat les diferències evidents, en ambdós quadres destaca el desig d'aprimament o de mantenir una figura molt prima, així com una tendència a fer dietes. Alguns experts proposen un canvi en la denominació dels trastorns del comportament alimentari (TCA), per dir-ne trastorns a la dieta.

En el decurs de la darrera dècada, s'ha assistit a una eclosió epidèmica dels TCA, aparentment associada a una sèrie de factors socioculturals, entre els quals es poden enumerar aquests:

- model estètic corporal prim
- incorporació de l'estar prim com un valor d'èxit social
- rebuig de l'obesitat ben marcat
- pressió mediàtica a favor d'un cos prim (moda, productes per aprimar, societat de consum, etc.)
- fragmentació de la família tradicional i canvis en els hàbits i estils alimentaris.

Es postula que aquests factors poden actuar com a elements precipitants dels TCA i constituir un entorn social favorable per al seu manteniment. Unes tesis estarien a favor del paper causal i definitiu dels components culturals. D'altres propugnen el paper desencadenant desenvolupat pels factors culturals, però la malaltia estaria determinada per molts altres factors, incloent-hi les relacions interpersonals, les característiques individuals i els condicionants biològics. La primera tesi és, probablement, la menys consistent. Totes les opcions semblen plausibles, no tenen perquè ser excloents i es poden combinar en individus diferents.

1.3 Imatge corporal i comportament alimentari

L'adolescència és una etapa del desenvolupament humà que es caracteritza per uns canvis somàtics i psíquics prou marcats. Això comporta una nova imatge corporal que determina una reavaluació del propi cos. Aquesta avaluació es

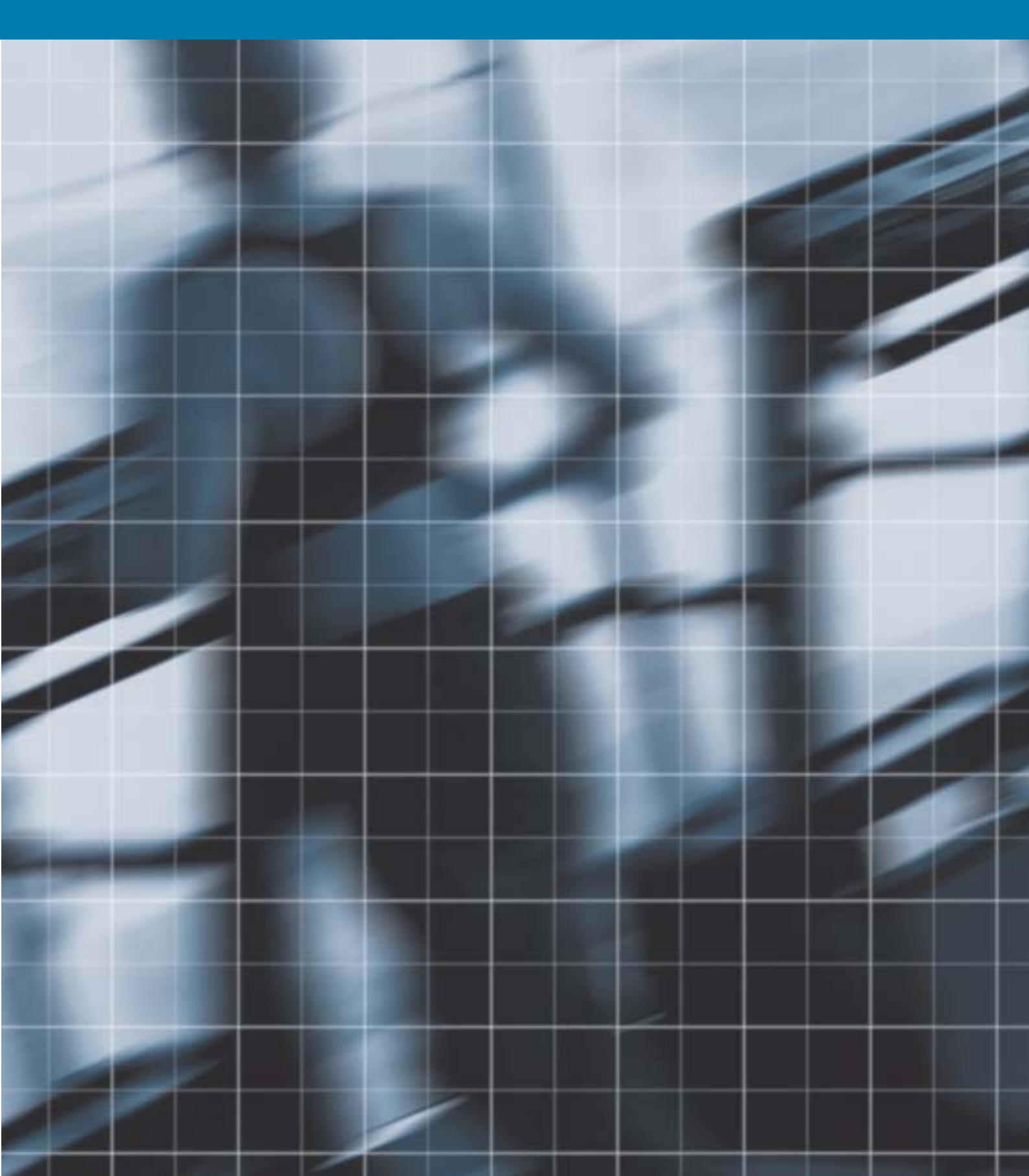
fa en funció d'uns paràmetres marcats per la cultura imperant, ja que ningú no neix amb un model estètic determinat, sinó que el model del cos dependrà de les experiències que s'hagin tingut al llarg de la vida. Actualment, el cos que està de moda és aquell que, lliure totalment de cúmuls greixosos, presenta una estilització que voreja el límits de la patologia. Una nena que estigui en la fase de desenvolupament corporal, si s'engreixa fent-se més voluminosa i arrodonit-se, pot pensar en un moment determinat que no concorda amb el model establert, amb la sensació que s'està passant o que es pugui produir aquest excés. En aquest moment pot aparèixer una clara insatisfacció amb el seu propi cos i, aquesta preocupació per la silueta en funció del pes, ho relacionarà amb l'alimentació i el menjar. A partir d'aquí, el propi cos provoca ansietat, en grau més o menys elevat; de manera que, tal com està culturalment establert, intentarà remodelar-lo, limitant la seva alimentació i, en definitiva, fent dieta.

L'adolescència comporta una nova imatge corporal que determina una reavaluació del propi cos.

A més d'aquests canvis de tipus físic, es produeixen tota una sèrie de canvis psíquics que suposen noves actituds i comportaments. El nivell d'autonomia personal sol ser molt elevat i això fa que les decisions al voltant de l'alimentació responguin a plantejaments que no sempre són compatibles amb l'increment dels requeriments nutricionals i energètics necessaris per al desenvolupament físic correcte. Aquest pot ser un factor predisposant d'importància en l'aparició d'un trastorn del comportament alimentari.

Així mateix, no és infreqüent una certa adhesió a doctrines filosòfiques o a valors socials admesos dins del grup d'iguals, que poden afavorir idees errònies en relació a l'alimentació i que es poden agreujar amb la pèrdua de la família com a referent.

Aquests canvis fan que l'adolescència sigui un moment d'especial vulnerabilitat, per presentar aquests trastorns i d'altres. Per això, durant aquesta etapa, és quan hi ha una prevalença més gran d'anorèxia.



2. Epidemiologia

2. Epidemiologia

La prevalença d'anorèxia nerviosa en el grup de dones adolescents i adultes joves en el món occidental oscil·la entre el 0,1 i 0,5%, mentre que la bulímia nerviosa es troba al voltant de l'1%. Es desconeixen les xifres exactes per als TCA no específics o incomplets, però se suposa que hi ha una prevalença més elevada que en la dels quadres anteriors. Les dades relatives als països del Tercer Món reflecteixen la pràctica inexistència d'aquest tipus de trastorn, la qual cosa reforça molt l'associació entre TCA i factors culturals.

En el nostre medi, un estudi recent efectuat a Navarra detectà xifres similars a la resta del món occidental: una prevalença global de TCA en la població femenina adolescent (12-21 anys) del 4,1%, distribuïda en un 0,3% per a l'anorèxia nerviosa, un 0,8% per a la bulímia i un 3,1% per als trastorns no específics. Es van obtenir uns resultats molts similars en un estudi realitzat a la ciutat de Saragossa.

No hi ha estudis poblacionals rigorosos en grups d'edat superiors (trastorns propis de l'adolescència), encara que la incidència sembla anar en augment.

En els homes és poc freqüent (5-10% del total de TCA), però hi sembla haver un lleuger increment amb algunes característiques clíniques diferenciades.

L'anorèxia nerviosa i la bulímia, així com els quadres atípics o no específics, conformen entitats que constitueixen un continuïum. En molts casos, es passa de quadres restrictius anorèxics a d'altres consistents en afartaments-purga i poden aparèixer també altres quadres atípics. Des del punt de vista de la seva classificació és fonamental el diagnòstic diferencial entre ambdues entitats i la discriminació dels quadres atípics però, des del punt de vista epidemiològic i, sobretot, pel que fa a les implicacions socials d'aquestes patologies, no es poden considerar les entitats atípiques

com a quadres menors que no requereixen la mateixa atenció que els trastorns complets. S'ha de tenir en compte que, en els darrers anys, s'ha observat un important incre-

ment d'aquestes formes inespecífiques de TCA amb els corresponents perills que comporta el mateix trastorn i el possible risc de comorbiditat associada que s'instaura.

L'anorèxia nerviosa i la bulímia, així com els quadres atípics o no específics, conformen entitats que constitueixen un continuïum.

Diagnòstic realitzat per un psiquiatra (criteris DSM - IV)	Nre. de casos	Prevalència (%)	IC del 95 %
■ TCA total (anorèxia, bulímia i TCANE)	119	4,16	3,46 - 4,96
Anorèxia nerviosa total	9	0,31	0,14 - 0,59
>Subtip restrictiva	5	0,17	0,06 - 0,41
>Subtip compulsiu-purgatiu	4	0,14	0,03 - 0,35
■ Bulímia nerviosa total	22	0,77	0,48 - 1,16
>Subtip purgatiu	15	0,52	0,29 - 0,86
>Subtip no purgatiu	7	0,24	0,09 - 0,50
■ TCANE total	88	3,07	2,47 - 3,77
>TCANE-1 (quadre incomplet d'anorèxia amb menstruacions regulars)	7	0,24	0,09 - 0,50
>TCANE-2 (quadre incomplet d'anorèxia amb el pes de la pacient amb límits normals)	21	0,73	0,45 - 1,11
>TCANE-3 (quadre incomplet de bulímia amb una freqüència d'afartaments inferior a l'establerta)	40	1,40	1,00 - 1,90
>TCANE-4 (conductes compensatòries inapropiades)	11	0,38	0,19 - 0,69
>TCANE-5 (mastegar i expulsar aliments)	0		
>TCANE-6 (trastorn per afartaments)	9	0,31	0,14 - 0,60

(Font: Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med Clin, 2000; 114:481-486)

3. Pathologies multisistémiques

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
- 3. Patologies multisistèmiques**
 - 3.1 Etiopatogènia multifactorial**
 - 3.2 Fisiopatologia: l'hipotàlem**
 - 3.3 Endocrinologia dels TCA**
 - 3.4 Metabolisme en TCA**
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

3. Patologies multisistèmiques

3.1 Etiopatogènia multifactorial

Des d'un model multidimensional, es creu que els TCA serien el resultat de la interacció de diferents causes d'origen biològic, psicològic, familiar i sociocultural.

- **Factors genètics:**
L'herència juga un paper en la susceptibilitat per desenvolupar aquest tipus de trastorn.
- **Factors biològics:** S'han detectat anomalies a la neurotransmissió cerebral, així com disfuncions en els eixos hipotàlem - hipòfisi - adrenal i gonadal, que no són totalment atribuïbles a la pèrdua de pes.
- **Factors psicològics:**
Desencadenants d'ordre psicològic, als que hem d'afegir els efectes de la inanició, que fa emergir símptomes psiquiàtrics

entre els quals destaquen actituds i conductes anòmales relacionades amb l'alimentació.

- **Factors socioculturals:** Les modificacions de la ingesta i l'aprimament es veuen propiciats per un context social en el que la primor és desitjable.

3.2 Fisiopatologia: l'hipotàlem

És l'eix rector de la ingesta i representa el centre superior de tot el sistema organovegetatiu. Es comporta com un pont entre el cervell i la resta de l'organisme, integrant aferències corticals, sensorials i metabòliques per adequar qualitativament i quantitativament el consum d'aliments. Es creu que les drogues capaces d'influenciar el consum de menjar ho fan, fona-

mentalment, mitjançant l'impacte que produeixen en els sistemes neurotransmissors hipotalàmics. La serotonina sembla exercir una acció inhibidora de la ingesta, reduint la mida i durada dels menjars. La noradrenalina té una acció inhibidora de la sacietat, augmentant la mida i durada dels menjars, així com la preferència pels hidrats de carboni.

Els neurotransmissors hipotalàmics determinen què mengem, en quina quantitat i en quin moment ho fem. A través de l'acció de les hormones, es determina com i quan l'organisme metabolitza els aliments.

3.3 Endocrinologia en els TCA

Eix hipotàlem - hipòfisi - gonadal

Sembla que la funció menstrual requereix unes mínimes proporcions de greix corporal, al voltant del 22% del pes en dones adultes

i d'un 17%, quan l'amenorrea és primària. La recuperació ponderal no sempre és suficient per restaurar les menstruacions. Altres fenòmens que poden transformar la funció ovàrica són: l'exercici excessiu, l'estrès, les irregularitats alimentàries o les purgues.

Hormona del creixement i somatomedines

Els increments de la secreció de GH es correlacionen amb el grau de malnutrició proteica.

Eix hipotàlem - hipòfisi - tiroide

A l'anorèxia nerviosa trobem nivells de T3 total en els límits baixos o per sota de la normalitat, augments de la T3 inversa, T4 en els límits baixos de la normalitat i TSH habitualment normal. Es creu que aquest baix nivell d'hormona tiroide activa és per una manca de aminoàcids en la seva síntesi.

3.4 Metabolisme en els trastorns de la conducta alimentària

Com a resultat de les variacions hormonals comentades, es produeix un hipometabolisme perifèric, disminuint la despesa energètica total, amb desviacions en els processos productors d'energia.

Aquestes condicions d'estalvi energètic, amb petites variacions en les calories menjades, poden suposar increments de pes desproporcionats, fet que augmenta la por de les pacients a guanyar pes i reforça en ocasions la restricció alimentària i les conductes purgants.

Hormones	Efecte
- Insulina + Cortisol + Glucagó	Disminució en la utilització de la glucosa perifèrica amb estalvi del SNC.
- Tiroides - Catecolamines	Disminució de la despesa energètica total.
+ GH - Somatomedines	Mobilització d'àcids grassos amb estalvi de proteïnes.



4. Criteris diagnòstics dels TCA

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
- 4. Criteris diagnòstics dels TCA**
 - 4.1 Criteris diagnòstics d'anorèxia nerviosa segons el DSM-IV
 - 4.2 Segons la CIM-10
 - 4.3 Criteris diagnòstics de bulímia nerviosa segons el DSM-IV
 - 4.4 Segons la CIM-10
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

4. Criteris diagnòstics dels TCA

4.1 Criteris diagnòstics d'anorèxia nerviosa segons el DSM-IV

- Rebuig a mantenir el pes corporal igual o per sobre del valor mínim normal considerat per l'edat i la talla; per exemple, pèrdua de pes que dona lloc a un pes inferior al 85% de l'esperable o fracàs en assolir l'augment de pes normal durant el període de creixement. El resultat és un pes inferior al 85% del que s'esperava.
- Por intensa a guanyar pes o a convertir-se en obès, encara que s'estigui per sota del pes normal.
- Alteració de la percepció del pes o de la silueta corporals, exageració de la importància en l'autoevaluació o negació del perill que comporta el baix pes corporal.
- En les dones postmenàrquiques hi ha amenorrea, és a dir, l'absència d'almenys tres cicles mensuals consecutius. Es considera que una dona té amenorrea si les seves menstruacions només es produeixen per l'administració d'hormones, p. ex. estrògens.

4.2 Segons la CIM-10

- Pèrdua o falta d'augment de pes en els nens, que porta a un pes corporal d'almenys un 15% per sota del pes normal esperat per l'edat i la talla corresponent.
- La pèrdua de pes és autoinduïda mitjançant l'evitació d'aliments "que engreixen".
- 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.
- Trastorn endocrí generalitzat que afecta l'eix hipotàlem - hipòfisi - adrenals, que en les 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 teràpia de substitució hormonal. La forma més freqüent és per prendre píndoles anticonceptives.
- No compleix els criteris A i B de bulímia nerviosa.

4.3 Criteris diagnòstics de bulímia nerviosa, segons el DSM-IV

- Episodis recorrents d'afartaments, que es caracteritzen per:
 - > Ingerir, en un període discret de temps (p.ex. dues hores) una quantitat de menjar clarament superior a la ingerida per la majoria de les persones, durant un període de temps similar i en circumstàncies similars.
 - > Durant l'episodi, una sensació de falta de control sobre la ingestió (p.ex. la sensació de no poder parar la ingestió o controlar què i quant s'està menjant).
- Comportaments compensatoris inadequats recorrents, a fi d'evitar l'augment de pes, com vòmits autoinduits, mala utilització de laxants, diürètics, enemes i altres medicaments, dejuni o exercici excessiu.
- Tant els afartaments com els comportaments compensatoris inadequats ocorren com a mitjana, almenys dos cops per setmana, durant 3 mesos.
- El pes i la forma del cos influeixen indegudament en l'autoestima.
- El trastorn no apareix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.

4.4 Segons la CIM-10

- Episodis freqüents d'hiperfàgia, almenys dos cops a la setmana, durant un període de 3 mesos, en els quals el/la pacient consumeix grans quantitats d'aliments en períodes grans de temps.
- Preocupació persistent pel menjar, juntament amb un desig intens o un sentiment de compulsió pel menjar.
- El malalt intenta contrarestar la repercussió dels afartaments en el pes mitjançant un o més dels símptomes següents:
 - >Vòmit autoprovocat
 - >Abús de laxants
 - >Períodes de dejuni
 - >Consum de fàrmacs supressors de la gana o anorexígens, extractes tiroides o diürètics. Si la bulímia es presenta en un malalt diabètic, pot abandonar el seu tractament amb insulina.
- Autopercepció d'estar massa obès, juntament amb idees intrusives d'obesitat, que sovint condueixen a un dèficit de pes.

5. Diagnòstic precoç

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
- 5. Diagnòstic precoç**
 - 5.1 Alteracions somàtiques que indueixen al diagnòstic dels TCA
 - 5.2 Canvis psicològics que fan sospitar un TCA
 - 5.3 Canvis conductuals que fan sospitar un TCA
 - 5.4 Espectre dels TCA
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

5. Diagnòstic precoç

5.1 Alteracions somàtiques que indueixen al diagnòstic dels TCA

Principals signes observables i complicacions mèdiques en l'anorèxia nerviosa

- Pèrdua de pes o no increment. Ni el pes ni l'alçada no són propis de l'edat.
- Si hi han vòmits o consum de laxants, poden aparèixer molts dels signes enumerats a la bulímia nerviosa com: el signe de Russell, sufocació del rostre després del vòmit amb petèquies a la cara i el paladar, alteracions dentals i bucals, i també del sodi, potassi i magnesi.
- Anèmia, leucopènia, trombocitopènia.
- Hipercolesterolèmia no esperable en pacients joves.
- Alteració de l'eix hipòfisi - hipotàlem- adrenal. Amenorrea primària o secundària.
- Disminució d'hormones tiroides.

Principals signes observables i complicacions mèdiques en la bulímia nerviosa

- Signe de Russell: a l'inici del trastorn, lesions als dits produïdes al provocar-se els vòmits.
- Alteracions dentals i bucal produïdes pels àcids gàstrics al vomitar freqüentment.
- Hipertròfia de les glàndules salivars, especialment, de les paròtides.
- Sufocació del rostre, després del vòmit. Petèquies a la cara i el paladar.
- Edemes perifèrics.
- Hiponatrèmia (letargia, convulsions i coma).
- Hipocalèmia (ona U en ECG, arítmies, alteracions renals).
- Hipomagnesèmia (espasmes musculars, arítmies).
- Alteracions menstruals.
- Sagnat gastroesofàgic, perforació esofàgica, anèmia.

5.2 Canvis psicològics que fan sospitar un TCA

Simptomatologia psicològica i psicopatològica en l'anorèxia nerviosa

- Alteració en la idea subjectiva de les dimensions del seu cos. Es veuen o creuen estar grassos globalment o en alguna de les seves parts, desproporcionats.
- Retraïment social, menys comunicació amb amics i família, conflictes.
- Humor depressiu (en alguns casos trastorn depressiu), irritabilitat, labilitat afectiva, abandó de les activitats que poden donar plaer.
- Baixa autoestima.
- Concentració i preocupació constants pel menjar, l'exercici físic i les feines escolars.
- Increment en l'obsessivitat i el perfeccionisme.

Simptomatologia psicològica i psicopatològica en la bulímia nerviosa

- Alteració de l'autoimatge corporal o excessiva importància per la valoració personal.
- Baixa autoestima.
- Simptomatologia depressiva, sentiments de culpa.
- Baix control d'impulsos.
- Conductes autolesives.

5.3 Canvis conductuals que fan sospitar un TCA

Simptomatologia conductual en l'anorèxia nerviosa (AN)

- Disminució de quantitats de menjar: se'n posen menys, exigeixen que els en posin menys, posen excuses com que ja han menjat abans...
- Restricció en la ingesta de menjar: a) mentides, excuses i/o enfrontaments directes amb pares o amb les persones amb qui conviu, b) llençar, amagar i/o manipular el menjar.
- Augment de les activitats relacionades amb el menjar: més interès en receptes, comprar, cuinar per als altres, pensaments obsessius i rituals relacionats amb el menjar.
- Augment de l'activitat en general: més gimnàstica a soles o al gimnàs, caminar molt, necessitat d'estar dret, més activitats domèstiques i escolars, i menys hores de son.
- Reducció de la varietat de menjars, amb reducció dels hidrats de carboni i greixos.
- Conductes peculiars en el menjar: trossejar, deixar moltes molles, escampar pel plat, eixugar l'oli amb un paper o tovalló, trigar molt a menjar...
- Preparació de menjars per als altres, però sense menjar-ne gens.
- Intents de control d'allò que es cuina (amanides, verdures...) i com (amb poc oli...).
- Comentaris freqüents sobre el tipus de menjar, les calories, el sentir-se ple, sentir-se obès...
- Dedicació a recollir receptes, dietes, fotos de gent prima.
- Menjades fora d'hores i d'amagat: si està sol, a la nit, comprar-se menjar quan va sol...

- Obsessió per pesar-se molts cops al dia.
- Enganys en portar roba ampla o que amagui les formes del cos.
- Desigs d'anar al lavabo, immediatament després de menjar, per vomitar, per mirar-se al mirall...
- Fugida de les situacions de menjar amb altres (família, amics, restaurants...).
- Increment de l'exercici físic: gimnàs, caminar, pujar escales...
- Disminució de les sortides que impliquin relació social.

Simptomatologia conductual en la bulímia nerviosa

- Intents de compensar els afartaments amb un control de les quantitats i la reducció dels hidrats de carboni a les hores establertes.
- Afartaments. Generalment, poden mantenir-los amagats molt de temps i només es pot observar que desapareix menjar, que s'hi gasten molts diners...
- Vòmits i consum de laxants o altres fàrmacs. Poden fer-ho en secret, durant molt de temps; però es pot observar que es tanquen al lavabo durant molta estona, es poden trobar laxants que intenten tenir amagats...
- Increment d'exercici físic.
- Conductes autolesives que intenten mantenir amagades, com talls o esgarrapades...
- Increment de la impulsivitat i desorganització conductual: manca d'horaris, consum de tòxics, promiscuïtat sexual...

5.4 Espectre dels TCA

No sempre es compleixen tots els criteris diagnòstics d'anorèxia o bulímia i no per això un trastorn de l'alimentació és menys greu.

Els trastorns de l'alimentació que no aconsegueixen tots els criteris d'anorèxia o bulímia són molt fre-

qüents i és igualment important diagnosticar-los i tractar-los.

En el DSM-IV s'anomenen TCA no especificats o atípics. No s'ha d'esperar sempre a què falti la menstruació o que la freqüència d'afartaments sigui elevada per detectar i actuar davant d'un TCA.

Quan hi ha una sospita de TCA, s'ha de realitzar una història clínica completa, tant individual com familiar.

TCA no especificats o atípics

No compleixen algun dels criteris enumerats del DSM-IV o de la CIM-10:

- Pèrdua de pes important, sense arribar a ser inferior al 85%.
- Pèrdua de pes, sense arribar a perdre la menstruació.
- Afartaments amb una freqüència inferior a la necessària per ser considerat bulímia nerviosa.
- Utilització de vòmits o laxants, després de petites quantitats de menjar en pacients de pes normals.
- Masticació i expulsió (però no engolir) quantitats importants de menjar.
- Trastorn per afartaments freqüents de menjar, com en la bulímia, però sense utilitzar conductes compensatòries inadequades pròpies de la bulímia, com vòmits, laxants o restricció posterior.

6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
- 6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA**
 - 6.1 Identificació de subjectes de risc
 - 6.2 La història clínica
 - 6.3 Hàbits alimentaris personals i familiars
 - 6.4 Com conscienciar el/la pacient que pateix un TCA?
 - 6.5 L'entrevista i la sensibilització familiar
 - 6.6 Especificitats en l'adult
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA

6.1 Identificació de subjectes de risc

Sovint, tot i que els signes i símptomes són menys precisos i molt més subtils, ens fan sospitar que hi pugui haver un veritable TCA i aprofundir sobre les característiques de la ingesta.

Sovint, la consulta comença amb una família amoïnada; quan es diu el tan conegut: *"Dr., la nena no menja"* i una pacient que nega qualsevol tipus de problema. Darrera d'aquesta demanda, podem trobar des d'uns pares protectors en excés, fins a una veritable anorèxia i és feina del professional arribar a determinar si hi ha una alteració i la seva gravetat. Tot això, sense deixar-se influenciar per l'ansietat de la família, ni prendre partit en una direcció o una altra, fins aclarir quin és l'abast del problema.

Hi ha actituds o troballes clíniques que ens indiquen que realment podem estar davant d'un TCA, tal com s'esmenta en el punt 7.2. d'aquesta guia. Sovint, però, tot i que els signes i símptomes són

menys precisos i molt més subtils, ens fan sospitar que hi pugui haver un veritable TCA i aprofundir sobre les característiques de la ingesta.

Alguns d'aquests motius de consulta són:

- Desig d'informació sobre dietes i obesitat.
- Malnutrició, detenció del creixement.
- Demanda excessiva de purgants.
- Debilitat, astènia.
- Palpitacions, bradicàrdia, arítmies.
- Irregularitats menstruals, amenorrea primària o secundària.
- Lesions esportives.
- Fractures patològiques.
- Edemes als turmells.

- Hipertròfia parotídia, submaxil·lar...
- Signe de Russell.
- Alteracions dentals o faríngies cròniques.
- Depressió.

De totes maneres ens ha de cridar fortament l'atenció qualsevol adolescent, normalment del sexe femení, que ens demani alguna dieta hipocalòrica de cara a perdre alguns quilets. Sempre hem d'aprofundir sobre les causes que hi poden haver al darrera i no ser nosaltres els facilitadors de l'inici d'un TCA.

6.2 La història clínica

Quan hi ha una sospita de TCA, s'ha de realitzar una història clínica completa, tant individual com familiar. Normalment, són pacients joves o adolescents i aquestes entrevistes han de tenir unes característiques concretes:

- Un cop exposat el motiu de consulta, si vénen acompanyats,

s'ha de demanar a la família que surti, per tenir un àmbit de privacitat on el noi o la noia puguin respondre lliurement a les nostres preguntes.

- Cal remarcar sempre la confidencialitat de l'acte mèdic, deixant clar al jove que es parlarà amb els pares d'allò que ell cregui convenient, a menys que hi hagi un perill per a la seva integritat física.
- Si es volen demanar analítiques o altres proves complementàries, es necessari consensuar-ho amb l'adolescent. Intentarem que no ens vegi com uns aliats de la família, sinó com algú que vigila pel seu estat de salut.
- Sempre hauríem de tenir una representació del genograma per conèixer qui conviu a casa, els possibles casos de famílies monoparentals, així com els antecedents patològics de la família (sobretot aquells de l'àmbit de la salut mental).
- Cal conèixer els antecedents patològics del pacient, amb especial esment dels problemes psicològics o psiquiàtrics previs.

Quan hi ha una sospita de TCA, s'ha de realitzar una història clínica completa, tant individual com familiar.

Davant qualsevol possible cas de trastorn de la conducta alimentària, és imprescindible investigar els hàbits alimentaris de la família i del o la pacient.

Quan coneguem el noi o la noia que tenim davant, hem d'aprofundir sobre el possible TCA, considerant els aspectes següents:

Avaluació inicial

Dades que cal obtenir dels pacients i que s'han de completar amb la família (vegeu els annexos corresponents amb diferents preguntes per als pacients, segons l'edat, i per a les famílies).

Avaluació de l'estat mental

- Grau de consciència de la malaltia.
- Distorsió de la imatge corporal.
- Manifestacions d'angoixa.
- Alteracions de l'estat d'ànim, sobretot depressió i idees autolítiques.
- Espai mental que ocupa la preocupació pel pes i pel cos.

6.3 Hàbits alimentaris personals i familiars

Davant qualsevol possible cas de trastorn de la conducta alimentària, és imprescindible investigar els hàbits alimentaris de la família i del o la pacient, ja que l'eix central d'aquesta malaltia és la relació anormal amb el menjar.

Hàbits familiars

- On dina el/la pacient? Amb qui fa els diferents àpats?
- Qui cuina? Qui fa la compra i decideix el que es menja?
- La mare fa algun tipus de dieta d'aprimament? I algun altre membre de la família?
- Durant els menjars hi ha comunicació familiar? Es fan davant la televisió?

Tot això ens farà conèixer si realment la família sap què està passant amb la dieta del/de la pacient. Si aquest/a no fan cap dinar acompanyats, difícilment els familiars en seran uns interlocutors vàlids.

Hàbits personals

Una de les millors eines per tenir una idea del que menja un/a jove es fer-li *una enquesta dietètica de 24 hores*. També cal preguntar-li si la dieta inclou els diferents grups alimentaris. Hi ha punts concrets que cal investigar, preguntant al/la pacient i a la família per separat.

Com sempre que hem d'informar un pacient sobre la seva malaltia, hem de partir de la realitat de la persona que tenim davant.

En el cas de l'anorèxia

- Si el/la pacient es nega a ingerir aliments que es suposa que tenen un alt contingut calòric (pa, pastes, dolços...).
- Si realitza conductes extravagants respecte a la manera de menjar, del tipus: fer trossos petits dels aliments, menjar a poc a poc, repartir el menjar per tot el plat...
- Si ha disminuït el nombre d'ingestes; sovint, fent servir excuses del tipus: "he dinat a casa d'una amiga"; "no he tingut temps al descans"; "la llet em senta malament"...
- Si ha alterat la manera de prendre els líquids. Es freqüent que usin idees estranyes, com creure que beure, coincidint amb els àpats, engreixa i, en canvi, aprima si es fa entre menjades.
- Si presenta interès excessiu per la cuina, temes culinaris i les característiques nutricionals i calòriques dels aliments.
- Si pren laxants o herbes per aprimar-se.
- Si és possible que es provoqui els vòmits amb conductes com anar al lavabo després dels menjars, de massa duració, i si hi ha irritabilitat si se'ls pregunta si passa alguna cosa.

Ens serà d'utilitat explicar a la persona malalta els aspectes somàtics i les alteracions que ja ha provocat o que provocarà la malaltia al seu cos, si no hi posem cap remei.

En el cas de la bulímia

- Conèixer si el/la pacient inicia, repetidament, dietes per aprimar-se.
- Investigar si realitza afartaments d'amagat, amb menjar que pugui comprar o amb el que la família hagi detectat que desapareix.
- Saber si emmagatzema o porta menjar a la seva habitació.
- Esbrinar si és possible que es provoqui els vòmits.

6.4 Com conscienciar el/la pacient que pateix un TCA?

Com sempre que hem d'informar un pacient sobre la seva malaltia, hem de partir de la realitat de la persona que tenim davant. Segons la seva edat, el seu nivell d'instrucció i les seves creences, entre d'altres, adequarem el nostre missatge.

Una bona pregunta per iniciar aquesta part de l'entrevista és: *"Què saps de l'anorèxia/bulímia?"* i, a partir d'aquí, deixar ben clar quin és el nostre diagnòstic i descriure les característiques més importants d'aquesta patologia mental.

Ens serà d'utilitat explicar a la persona malalta els aspectes somàtics i les alteracions que ja ha provocat

o que provocarà la malaltia al seu cos, si no hi posem cap remei. Alguns dels exemples de les complicacions més freqüents que podem fer servir, són aquests:

- Fredor de mans i peus, per la vasoconstricció deguda a la temperatura corporal baixa. Les ungles es trenquen i cau molt el cabell.
- Estrenyiment gran, sensació de plenitud gàstrica, per la falta de mobilitat de l'aparell digestiu.
- Amenorrea, que es relaciona amb la pèrdua de més del 15% del pes i a una disminució del greix corporal.
- L'amenorrea de més de 6 mesos s'associa a l'osteopènia,

potencialment irreversible, amb el corresponent risc de fractures patològiques.

- En pacients prepuberals, estancament irreversible del creixement, que pot portar a una disminució de la talla final.
- Presència de lanugen a braços, cames, esquena i cara. La pell és sovint escatosa, seca i prima.
- Com a conseqüència dels vòmits, l'esmalt dental s'altera i les càries augmenten. També creix la mida de les glàndules paròtides i apareix una faringitis irritativa que provoca disfonia.

Cal evitar culpabilitzar el/la pacient, però cal deixar-li molt clar:

- que pateix una malaltia
- que té cura i tractament
- que és imprescindible que hi col·labori
- que curar-se ha de ser el seu primer objectiu.

6.5 L'entrevista i la sensibilització familiar

Entorn familiar

Tipus de família: és molt important estudiar la interacció familiar i detectar possibles problemes en el seu funcionament. Hem d'investigar si són famílies:

- Desorganitzades.
- Conflictives.
- Crítiques.
- Poc cohesionades.
- Amb poca capacitat per establir relacions de confiança i ajuda entre els seus membres.
- Amb baixa tolerància vers el patiment familiar.
- Amb mares que se senten insatisfetes respecte al grau de cohesió familiar, amb tendència a ser molt crítiques en l'aspecte físic.

Encara que els TCA siguin una patologia característica de l'adolescència, no podem descartar el seu inici en edats més avançades.

Situació familiar: problemàtiques o conflictes en el si familiar, prèvies o independents de la malaltia.

Actitud dels pares: principalment les mares, sobre la imatge corporal. Si viuen preocupades pel pes dels fills o si fan comentaris desaprovant la seva imatge.

Dietes d'aprimament: en altres membres de la família, sobretot mares.

Coneixement familiar: creences i actituds sobre la situació.

Grau d'alteració: magnitud del conflicte familiar generat per la possible malaltia.

Establir amb la família o amb el grup convivencial una línia de comunicació adequada:

- Explicar que els TCA són trastorns multifactorials importants. Hem de donar informació detallada, senzilla i clara sobre la malaltia; dades concretes i específiques.

- Deixar clar que el paper de la família és un element fonamental en el procés de recuperació.

- Ajudar els pares a afrontar els sentiments d'ambivalència envers el trastorn, a prendre'n consciència i augmentar la seva motivació envers la introducció de canvis en el sistema familiar, amb grups d'autoajuda, associacions de familiars, etc.

- Puntualitzar que la família ha d'implicar-se activament en el tractament, fet que és molt important.

6.6 Especificitats en l'adult

Encara que els TCA siguin una patologia característica de l'adolescència, no podem descartar el seu inici en edats més avançades. Les característiques clíniques essencials en l'adult es mantenen immodificables, tot i que haurem d'adaptar les nostres preguntes i la història clínica a una entrevista

convencional amb una persona adulta, responsable dels seus actes i decisions, que ve sola en un alt percentatge dels casos, sense poder comptar en la majoria de les ocasions, amb la col·laboració familiar, pel desig exprés de la interessada.

En aquesta situació, cal una relació d'empatia que ha de ser al més propera possible; s'han de buscar formes de facilitar informació i alternatives terapèutiques per a la persona implicada.

Molt sovint, el pacient adult pot no acceptar la seva derivació a un dispositiu de salut mental i és preferible seguir els controls en atenció primària (centrats en la promoció d'hàbits alimentaris correctes, controls evolutius de pes i constants vitals, i prevenció de possibles complicacions mèdiques) abans que forçar la situació i arriscar-nos a "perdre" el pacient. Una relació terapèutica oberta i sincera pot facilitar, a mig termini, aquesta derivació impossible en un primer moment.

El pacient adult amb una independència econòmica pot tenir un accés més fàcil als medicaments "perjudicials" (derivats amfetamínics i anorexígens en general, laxants, diürètics, etc.) o a tòxics (fonamentalment, cocaïna); per això haurem d'esbrinar acuradament l'històric toxicofarmacològic de la persona per poder detectar problemes d'abús o mal ús de substàncies.

També, en el pacient adult, hi ha més probabilitats de trobar problemàtiques de tipus laboral, econòmica o social que contribueixin com un factor de manteniment o, en alguns casos, com a desencadenant dels TCA; en aquests casos, podria estar indicada la intervenció del treballador social del centre o els serveis socials de l'àrea.

És convenient remarcar l'existència de constitucions primes, no patològiques i establertes de forma harmoniosa en el seu desenvolupament. El fet d'estar prim o tenir una constitució prima no ha de ser sinònim de malaltia (física o mental).

Malgrat l'existència d'uns criteris diagnòstics operatius i ben definits, en la pràctica clínica es plantegen freqüentment problemes de diagnòstic diferencial amb altres entitats mèdiques. L'existència de pèrdua de pes i anorèxia acostuma a ser comuna a tots aquests quadres i hi cal una avaluació clínica rigorosa. La pràctica d'aquest diagnòstic diferencial encara està més indicada en el pacient adult, atesa l'atipicitat per l'edat de presentació. Les principals entitats clíniques que s'han de tenir en compte són: (vegeu el requadre)

Altres quadres a tenir en compte són: limfomes, sarcoidosi, malaltia d'Addison, celiaquia, panhipopituitarisme, etc., amb les seves corresponents proves complementàries específiques.

El diagnòstic diferencial de la bulímia nerviosa és més limitat, hi destaca, un altre cop, la necessitat de descartar patologies diabètiques, tiroides (en aquest cas hipotiroidisme), lesions hipotalàmiques i tumors inductors d'hiperfàgia.

Patologies que més freqüentment poden semblar una AN

Patologia	Clínica	Actuacions recomanades
Diabetis <i>mellitus</i>	Polidípsia Polifàgia Poliúria Disminució de pes	Glucèmia basal Sobrecàrrega oral de glucosa
Tuberculosi	Astènia Disminució de pes Febrícula amb sudoració nocturna Síntomes diversos	RX de tòrax Bacil·loscòpia d'esput, orina, etc. PPD
Hipertiroïdisme	Taquicàrdia Tremolor Disminució de pes Diarrea Ansietat	TSH, T3, T4 TAC RNM
Neoplàsies SNC	Focalitat neurològica Síntomes bigarrats Disminució de pes Amenorrea (en t. hipotalàmics)	

7. Avaluació física dels TCA

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
- 7. Avaluació física dels TCA**
 - 7.1 Exploració física
 - 7.2 Exploració analítica
 - 7.3 Dades físiques i analítiques
que NO exclouen el diagnòstic de TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

7. Avaluació física dels TCA

7.1 Exploració física

En els pacients amb història confirmada o sospita diagnòstica de TCA, ha de realitzar-se una exploració física completa dirigida a :

- Valorar l'estat nutricional del pacient.
- Detectar la possible presència de complicacions físiques secundàries per la restricció dietètica i/o per les conductes purgatives.

En aquest sentit, es recolliran sempre les dades corresponents a constants vitals (FC, TA, temperatura, FR) i es determinarà l'índex de massa corporal (Kg/m²). La CIE-10 estableix com a pauta diagnòstica per AN un IMC <17.5.

Així mateix, en el context de l'exploració general d'aparells i sistemes, es tindrà una atenció especial per a:

Exploració de pell i mucoses

- Estat d'hidratació de la pell i de les mucoses.
- Presència de pigmentació carotènica.
- Presència d'hipertricosi, borrisol, al·lopècia.
- Ungles fràgils.
- Lesions dèrmiques sospitoses d'autoagressió (esgarrapades, talls, cremades).
- Presència de petèquies.
- Durícies/ferides en el dors de la mà (signe de Russell).
- Hipertròfia parotídia i/o glàndules submaxil·lars.
- Lesions orodentals.

Exploració cardiocirculatoria

L'ECG ha de realitzar-se no només en les pacients anorèxiques amb signes de desnutrició, sinó també en pacients bulímiques amb risc de diselectrinèmia.

Exploració respiratòria

- Possibles infeccions oportunistes.
- En pacients vomitadores, possible pneumotòrax, així com possible pneumònia per aspiració.

Exploració neurològica

- Detecció de possibles polineuropaties secundàries per dèficits vitamínics.
- Detecció de símptomes neurològics secundaris a una hipopotassèmia.
- Detecció d'intoxicació aquosa.

7.2 Exploració analítica

Malgrat que l'anorèxia nerviosa (AN) és un trastorn mental que pot arribar a tenir greus complicacions mèdiques, sovint els paràmetres analítics resten normals durant molt de temps, tot i que la pèrdua de pes hi sigui important.

Així doncs, cal tenir cura a l'hora de demanar-ne l'analítica, perquè pot donar resultats normals. Malgrat aquesta circumstància, no s'hi pot descartar el diagnòstic d'anorèxia nerviosa, de tal manera que mai no s'hauria de tancar una sospita clínica, encara que la bioquímica sigui normal. Ans al contrari, aquest serà el punt d'inici que pot permetre establir una nova visita amb el/la pacient i, independentment dels resultats, aprofundir en una entrevista a soles, sobre el possible trastorn del comportament alimentari.

Aspectes contraproductius de fer una analítica

- Si és normal, pot donar una falsa tranquil·litat a la família i al mateix professional sanitari.
- Si tot és normal, pot convertir-se en un reforç positiu per a l'actitud del/de la pacient (*"Veieu com no em passa res?"*).
- El/la pacient pot veure el metge com un aliat de la seva família, que li treu sang quan ell/a no vol.

Si l'analítica és normal, pot donar una falsa tranquil·litat a la família i al mateix professional sanitari.

Aspectes favorables de fer una analítica

- Descartar possibles causes orgàniques de la pèrdua de pes.
- Possibilitar que el/la pacient torni per buscar-ne els resultats. Això permetrà fer un control del pes (indispensable a la primera visita) i tenir més temps per fer una entrevista acurada sobre el seu aprimament.
- Fer un ionograma és imprescindible si se sospiten vòmits o auto-administració de laxants.

Possibles alteracions analítiques

- Hipoglicèmia.
- Anèmia, leucopènia o trombocitopènia.
- Hiper o hipocolesterolèmia per malnutrició.
- Hipopotassèmia, hiponatrèmia, hipoclorèmia o hipomagnesèmia.
- Alteració dels enzims hepàtics..
- Hipoproteïnèmia.

Paràmetres que cal analitzar a l'atenció primària

- Hemograma.
- Ionograma: Na i K.
- Glicèmia i colesterol total.
- Clor i magnesi en la sospita de vòmits i/o laxants.
- ALT, AST, gamma-gt, fosfatases alcalines.
- Proteïnes totals i albúmina.
- Creatinina i urea.
- TSH.

Una analítica normal mai no descarta el diagnòstic d'anorèxia

7.3 Dades físiques i analítiques que NO exclouen el diagnòstic de TCA

- Sexe masculí.
- Edat inferior als 12 anys o edat adulta.
- Exploració física normal.
- Analítica sense alteracions significatives.
- Cicles menstruals regulars.
- Negació del desig de perdre pes o de por a l'obesitat.
- Negació de la percepció distorsionada de la silueta corporal.
- Presència de simptomatologia depressiva que pugui justificar la pèrdua ponderal.
- Rendiment social, acadèmic i/o laboral adequat.
- Verbalització de queixes somàtiques (ex.: epigastràlgies).
- Absència de dieta restrictiva, però amb presència d'activitat física.
- Malaltia sistèmica o situació estressant a l'inici de la pèrdua ponderal.

8. Tractament dels TCA

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
- 8. Tractament dels TCA**
 - 8.1 Pautes d'actuació, criteris de seguiment i control en ABS
 - 8.2 Criteris de derivació als centres de salut mental
 - 8.3 Criteris de derivació a unitats especials
 - 8.4 Criteris d'hospitalització
 - 8.5 L'atenció als TCA des de les ABS
 - 8.6 Pronòstic dels TCA
 - 8.7 Programes psicoeducatius en àrees bàsiques
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació
11. Annexos

8. Tractament dels TCA

8.1 Pautes d'actuació, criteris de seguiment i control en ABS

- Descartar els criteris d'atenció mèdica urgent en els TCA. Si hi són presents, cal remetre el pacient a un servei d'urgències mèdiques.
- Fer la història clínica per separat, amb els pares i amb l'adolescent (vegeu l'apartat 8.2.).
- Realitzar-li una exploració física i l'analítica bàsica (vegeu l'apartat 9.2.).
- Prendre-li les constants: freqüència cardíaca i tensió arterial. Pesar i mesurar.
- Donar normes dietètiques, explicar els riscos del trastorn.
- Fer-li visites setmanals, encara que siguin curtes, amb mesura del pes cada vegada.

Criteris d'atenció urgent

- Pèrdua de pes superior al 50% en els últims mesos.
- Alteracions de la consciència.
- Convulsions.
- Deshidratació.
- Alteracions hepàtiques o renals severes.
- Pancreatitis.
- Disminució de potassi (<3mEq/l.).
- Alteracions de sodi.
- Aritmia severa o trastorn de la conducció.
- Freqüència cardíaca <40.
- Altres trastorns en l'ECG.
- Presència de síncope.
- Hematèmesi severa.
- Dilatació gàstrica aguda.

8.2 Criteris de derivació als centres de salut mental

- Si hi ha presència de vòmits i/o laxants que no queda clar que es controlin.
- Si hi ha afartaments de menjar.
- Si el pacient no segueix les normes o el pes no augmenta, encara que el pacient sembli seguir les instruccions i negui la por a l'augment de pes.

8.3 Criteris de derivació a unitats especials

- Si el pacient no segueix normes o el pes no augmenta en el centre de salut mental.
- Si hi ha vòmits i/o laxants que no sembla que s'estiguin controlant en el centre de salut mental.
- Si hi ha criteris d'hospitalització (vegeu-los, a continuació).

8.4 Criteris d'hospitalització

Si no hi ha criteris d'atenció mèdica urgent, es valoraran els criteris de ingrés psiquiàtric urgent (hi serà necessari igualment, en molts casos, la consulta amb el servei de medicina, si hi ha alteracions biològiques):

- Alteracions biològiques de risc (freqüència cardíaca <45; potassi <3,5 mEq/l; hematèmesi, rectorràgies).
- IMC<14.
- Ingesta d'aliments nul·la, especialment de líquids.
- Simptomatologia depressiva, amb risc d'autòlisi.
- Conductes autolesives importants.

Criteris de derivació a unitats especials: Si el pacient no segueix normes o el pes no augmenta en el centre de salut mental.

Són del tot rebutjables les mesures farmacològiques ineficaces (orexígens, vitamines, suplementes dietètics, etc.), que tendeixen a retardar el tractament, així com aquelles intervencions psicològiques que no prioritzen la recuperació ponderal i biològica del pacient.

Críteris d'ingrés psiquiàtric no urgent (segons la seva intensitat, pot estar indicat l'hospital de dia)

- Hi ha una altra psicopatologia que dificulta el tractament a les consultes externes.
- El/la pacient es nega a seguir les normes del programa ambulatori: freqüència de visites, limitació d'activitat física, alimentació indicada, etc.
- El comportament problemàtic del/de la pacient a casa i/o els conflictes en les relacions familiars són excessius i impossibles de controlar ambulatòriament.
- L'evolució del pes no segueix el ritme pautat al seu programa de recuperació.
- Es difícil, per característiques del malalt i/o de la família, controlar els vòmits, els laxants i/o els afartaments.

8.5 L'atenció als TCA des de les ABS

No hem d'oblidar que, com a regla general, l'anorèxia nerviosa no té tractament farmacològic. La recuperació ponderal no requereix en principi més que una dieta normal i saludable, i és millor assajar una dieta normal (sempre que l'estat nutricional del/ la pacient ho permeti) abans d'instaurar una d'hiper o hipocalòrica.

El segon objectiu és la normalització biològica i, aquí, la farmacologia hi pot jugar un paper, si la clínica així ho aconsella.

El tractament conductual i psicològic és imprescindible en l'anorèxia nerviosa i, no tant, les intervencions sobre els pacients com sobre les famílies.

No es desaconsella el tractament farmacològic de les possibles complicacions mèdiques, així com de les psicopatològiques (depressió, ansietat, fòbies, bloquejos cognitius), que han de ser tractades far-

macològicament amb la col·laboració del psiquiatra.

Són del tot rebutjables les mesures farmacològiques ineficaces (orexígens, vitamines, suplementes dietètics, etc.), que tendeixen a retardar el tractament, així com aquelles intervencions psicològiques que no prioritzen la recuperació ponderal i biològica del pacient.

En el cas de la bulímia nerviosa, ara es disposa d'un tractament farmacològic primari mitjançant l'ús dels inhibidors de la recaptació de serotonina. L'única excepció està en la precisió de la dosi. Tot i així, cal recordar que l'efectivitat dels IRSS és de 8 a 12 mesos i que, en aquest període de temps, s'ha d'instaurar una teràpia conductual i psicològica adequada. Respecte als antidepressius de nova generació, encara que hi ha bones expectatives, es prematur pronunciar-se sobre la seva eficàcia en la bulímia.

Objectius del tractament a les ABS

- Formar i assumir un compromís del metge davant d'aquestes patologies.
- Informar de forma clara i veraç els pacients i familiars.
- Comprometre les famílies en la prevenció i el tractament.
- Fer un diagnòstic i una avaluació física precoç.
- Adoptar la decisió del tractament in situ o derivació.
- Instaurar un tractament nutricional o farmacològic.
- Efectuar un control de les complicacions físiques.
- Fer el seguiment i la prevenció de les recaigudes.

Actuacions terapèutiques a través del metge d'assistència primària

- Opinió del metge general sobre el cas
- Diagnòstic i informació general del trastorn

- Valoració del pronòstic
- Informació sobre el pla de tractament: tècniques, temps i professionals implicats
- Compromís de la família en el tractament.

Observacions importants

- Hi ha complicacions físiques que requereixen la derivació prioritària a d'altres àrees mèdiques (vegeu l'apartat 6.1.).
- La derivació a centres de salut mental ha de ser una actuació acompanyada, amb responsabilitat del metge de primària, del de família o del pediatra.
- Aquesta derivació no ha de significar que el metge de primària es desvinculi del seguiment del pes, de les complicacions mèdiques, de la menstruació o del procés de creixement.
- No s'ha d'utilitzar la derivació a d'altres centres com un medi per desvincular-se del pacient o inhibir-se de la responsabilitat mèdica.

El metge d'atenció primària ha d'efectuar el seguiment d'aquests pacients per evitar-ne les recaigudes. Ha de controlar-ne el pes, el ritme menstrual, el tipus de dieta, l'aparició de trastorns emocionals o de canvis ambientals que puguin influir sobre la malaltia. També cal controlar les conductes de purga, l'abús de fàrmacs, l'excés d'exercici físic i les variacions en el pes.

Convé recordar que...

- Un excés d'exploracions per confirmar, avaluar o controlar el tractament poden ser contraproductius.
- Els tractaments alternatius a una dieta saludable (vitamines, suplementos, orexigens...) són ineficaços i perillosos.
- Cal respectar la seqüència d'un tractament correcte.
- L'anorèxia no té tractament farmacològic, únicament les seves complicacions i la comorbiditat.
- La bulímia sí que en té; però no és l'únic i s'ha d'associar a la modificació de la conducta i a la psicoteràpia.

8.6 Pronòstic dels TCA

Factors de bon pronòstic

- Desencadenant clar.
- Aparició precoç.
- Augment ponderal a l'inici del tractament.
- Trets conversius, histriònics.
- Estat d'ànim depressiu.
- Sensació de fam.
- Trastorns menors del trànsit intestinal.
- Absència d'antecedents psicopatològics familiars.
- Bona cooperació dels pares.
- Acceptació pels pares de l'existència del trastorn.
- Bona inserció social.
- Diagnòstic i tractament precoços.

Factors de mal pronòstic

- Aparició tardana.
- Cronificació d'hospitalitzacions.
- Oscil·lacions en el pes.
- Conductes bulímiques i purgatives.
- Trets obsessius.
- Negació de la malaltia.
- Negació de la sensació de gana.
- Estrenyiment pertinaç.
- Hipocondria.
- Dismorfofòbia.
- Depressió dels pares a causa del procés de la filla o poca implicació en el tractament.
- Conflictes conjugals dels pares.
- Rebuig de la malaltia per part dels pares.
- Mala inserció social.
- Diagnòstic i tractament tardans.

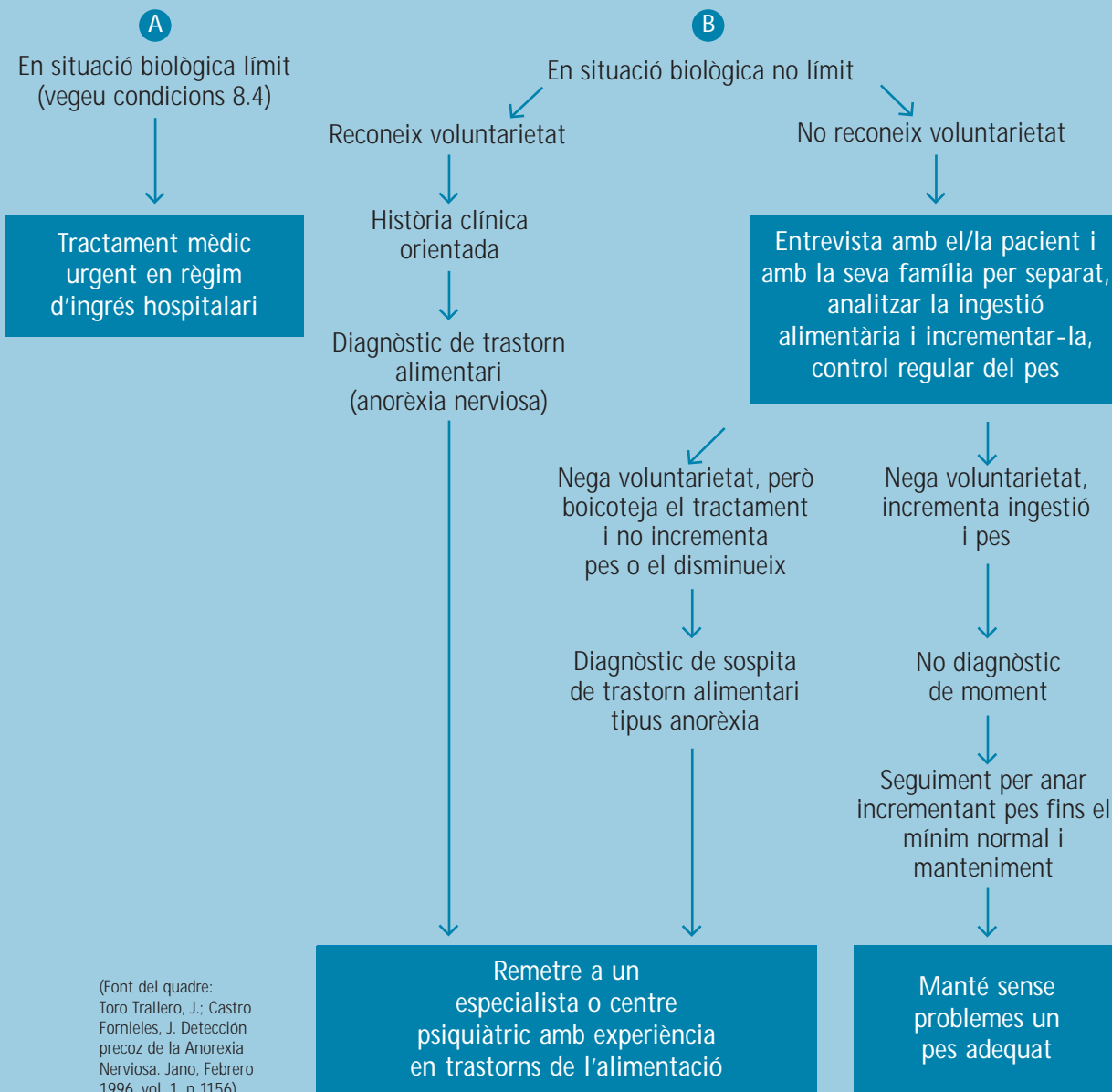
8.7 Programes psicoeducatius en àrees bàsiques

El metge de primària degudament format pot ser l'organitzador de programes psicoeducatius dirigits a d'altres professionals de la salut, a la població de risc i a les seves famílies. Un centre d'assistència primària és un entorn idoni per organitzar aquests tipus d'activitats. Un programa d'aquestes característiques hauria d'incloure aquests apartats:

- Concepte d'alimentació i nutrició. Recomanacions dietètiques.
- Dieta equilibrada. Grups d'aliments. Recomanacions per a una dieta saludable.
- Avaluació de l'estat nutricional. Despesa energètica.
- Concepte de malnutrició i les seves complicacions.
- Factors de risc dels TCA.
- Diagnòstic i clínica dels TCA.
- Avaluació i tractament.
- Pronòstic i prevenció dels TCA.

Conducta a seguir davant un/a pacient del/de la qual es sospita que presenta anorèxia nerviosa

Adolescent o preadolescent, sexe masculí o femení,
pèrdua de pes sense causa orgànica
(després d'exploració i analítica bàsiques)



(Font del quadre:
Toro Trallero, J.; Castro
Fornieles, J. Detecció
precoz de la Anorexia
Nerviosa. Jano, Febrero
1996, vol. 1. n 1156)

9. Intervencions en el nucli de convivència

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
- 9. Intervencions en el nucli de convivència**
 - 9.1 Intervenció amb les famílies
 - 9.2 Programa psicoeducatiu per a familiars de TCA
10. Circuit de derivació
11. Annexos

9. Intervencions en el nucli de convivència

Sempre que sigui possible, és eficaç i recomanable treballar l'entorn relacional més proper, amb la finalitat d'afavorir el procés de curació.

El nucli convivencial sol ser la família, ja sigui la parental, la substituïda o la pròpia; però, altres vegades, la preocupació i la implicació en les formes de reacció i tolerància del TCA recau sobre persones pròximes o amb vinculacions afectives privilegiades. Sempre que sigui possible, és eficaç i recomanable treballar l'entorn relacional més proper, amb la finalitat d'afavorir el procés de curació, al mateix temps que poder disminuir les ansietats i conduir les actituds d'aquells que conviuen amb pacients amb un TCA.

9.1 Intervenció amb les famílies

La informació és quelcom que no ha de faltar en qualsevol procés psiquiàtric greu, a fi de millorar la relació entre la família, el pacient i el terapeuta. En els TCA, aquesta informació té una doble importància:

- Hi ha una etapa inicial en la qual la negació del procés, ja sigui per part de la família i/o del/de la pacient, constitueix una de les característiques de la malaltia. Serà molt difícil trobar la seva col·laboració, així que caldrà actuar sobre la família que, encara que presenti una resistència a admetre el trastorn, sempre serà més fàcil de convèncer.
- Amb la informació es busca la participació d'altres membres de la família, per tal que comprenguin millor allò que està passant i perquè estiguin més preparats per a tots els esdeveniments que poden anar succeint en el futur. Tot aquest procés d'informació i conscienciació de la família possibilita que hi hagi una millor disposició a col·laborar en el tractament.

És molt important, per tal d'aconseguir la complicitat terapèutica, saber transmetre la sensació que no es culpabilitza els pares de la situació del seu fill/a ni que tampoc són l'origen de la malaltia. Cal pensar que una família que col·labora, modifica positivament les expectatives de curació i el pronòstic de la malaltia; en cas contrari és, un factor de mala evolució.

En aquest sentit, és molt important saber establir, per part del professional sanitari, una línia de comunicació adequada (vegeu l'apartat 4.5.).

En definitiva, es tracta de poder:

- Aconseguir l'aprovació de la teràpia per part dels pares
- Aconseguir un compromís actiu de la família
- Estimular les reaccions família-pacient
- Superar la por a madurar per part dels pacients
- Reforçar els processos maduratsius, d'autonomia i responsabilitat dels pacients
- Estimular la cooperació entre tots els membres de la família.

9.2 Programa psicoeducatiu per a familiars de TCA

Entre els factors que predisposen i desencadenen els TCA, els familiars ocupen un lloc important: famílies perfeccionistes i exigents, superficials, poc normatives i sense capacitat per resoldre problemes, que participen extremadament dels valors culturals, o amb antecedents d'obesitat, de depressions o adiccions. La intervenció amb aquestes famílies es pot dividir en tres apartats:

- adoptar programes psicoeducatius per fer-les més hàbils en la protecció dels seus fills enfront dels TCA i perquè no siguin facilitadores del trastorn per les seves característiques específiques;
- fer-les capaces de detectar amb promptitud l'aparició de símptomes premonitoris dels TCA;
- mentalitzar-les perquè sàpiguen recórrer, al més aviat possible, als serveis assistencials apropiats i perquè acceptin les característiques i els límits dels tractaments, i hi col·laborin.

Una família que col·labora, modifica positivament les expectatives de curació i el pronòstic de la malaltia.

Un programa psicoeducatiu per als pares hauria d'abordar els punts següents:

- Definir els trastorns de la conducta alimentària
- Explicar com es desenvolupen els TCA
 - > Factors que hi predisposen: sobrepès, baixa autoestima, impulsivitat, poca autonomia, factors familiars, hàbits alimentaris incorrectes, preocupació excessiva dels pares per la figura i el pes, per l'èxit a través del cos, conflictes familiars i sobreprotecció, adhesió als valors socioculturals: pressió dels mitjans de comunicació, ideals de bellesa i aprimament, professions de risc (gimnàstica, ballet, atletisme, etc.).
 - > Factors desencadenants: canvis físics, por a les noves responsabilitats, insatisfacció, estrès, i especialment iniciar una dieta baixa en calories de forma estricta sense control mèdic i sense necessitat.
 - > Factors mantenidors del trastorn: alimentació incorrecta, desnutrició, cognicions alterades en relació a la dieta, el pes o la figura, anòmala pressió social i familiar perquè s'alimenti, imatge corporal alterada i conductes d'afartaments i purgues.

- Precisar els canvis fisiològics i morfològics produïts per l'anorèxia i la bulímia nerviosa
 - > Canvis somàtics: irregularitats menstruals, anèmia, problemes digestius, osteoporosi, etc.
 - > Canvis conductuals: inici de dietes, rebuig d'alguns aliments, augment de l'exercici físic, aparició de mètodes purgants (vòmits, laxants, diurètics...).
 - > Canvis emocionals: irritabilitat, aïllament social i familiar, inestabilitat emocional, apatia general...

- Exposar les alteracions cognitives

- > Preocupació i por al sobrepès.
- > Cognicions alterades relatives a dieta, figura i pes.
- > Baixa autoestima, dificultats de concentració i rendiment intel·lectual.

- Potenciar el paper d'una alimentació correcta i millorar els hàbits alimentaris. Normes alimentàries:

- > Proporcionar des de l'inici un model de dieta (entès com a ingesta) NORMAL.
- > Intentar establir un horari fix per als àpats, perquè el sistema digestiu s'habitui a una regularitat.
- > Realitzar tres àpats al dia: esmorzar, dinar i sopar (amb possibilitat d'un quart: berenar).
- > Fer l'esmorzar ben complet, i el dinar i el sopar han de tenir tres plats: entrant, segon i postres.
- > Posar-hi quantitats (racions) normals, amb una dieta que sigui equilibrada i variada (menjar de tot).
- > Dir que, sota cap pretext, no es suprimirà cap dels tres àpats essencials.
- > Dedicar un temps normal a cada àpat (no utilitzar més temps que el que hi dediquen els altres membres de la taula).
- > No deixar que els fills decideixin què menjaran, ni deixar que es serveixin el menjar ells.
- > Menjar sempre acompanyats i a la taula.
- > No realitzar altres activitats mentre es menja (llegir, fer encreuats...) de forma que no pugui apreciar-se si la quantitat ingerida és correcta o no.
- > Procurar, al llarg del procés de recuperació, que mantinguin un mínim contacte amb el menjar: no han de cuinar ni manipular aliments.
- > Instaurar una estona de repòs, d'una hora aproximadament, després dels menjars en el cas de trobar-se amb baix pes.

- **Fixar unes normes alimentàries**

- > Proporció dels diferents nutrients: 50% hidrats de carboni, 20% proteïnes, 30% greixos.

- **Adaptar-se a l'alimentació ideal**

- > La piràmide dels aliments.

- **Millorar l'autoestima dels fills. Per afavorir-la, hem de promoure que:**

- > Els nens o adolescents se sentin membres importants dins de la seva família.
- > El pare i la mare siguin bons models d'autoestima (és decisiu).
- > Els comportaments paterns, més que les paraules, siguin positius; perquè són els que configuren i marquen la seva empremta.
- > L'ànim no els falti, que expressin les seves idees.
- > L'observació de qualsevol canvi i del progrés favorable en la conducta del vostre fill/a tinguin reconeixement i cal felicitar-los per això.
- > El treball que realitzi no el dirigiu minuciosament; permeteu que el faci a la seva manera. No l'heu de ridiculitzar ni avergonyir.
- > L'ordre, la neteja i la disciplina familiars siguin flexibles.
- > Les seves amistats us coneguin, permeteu que els visitin i es reunixin a casa vostra.
- > Una comunicació fluida i profunda es percebi entre fills i pares, i que s'atenguin els seus petits problemes.
- > No hi hagi sobreprotecció.
- > Les tasques domèstiques que estiguin al seu abast se'ls puguin confiar. Aproveu totes les oportunitats per enfortir el seu sentit de la responsabilitat.

- > La promoció periòdica d'una vetllada familiar, amb un sopar especial, o una discussió de temes familiars.
- > La conversació amb ell/a, perquè es proposin uns objectius a curt, a mitjà i a llarg terme, amb la flexibilitat més gran de la seva vida escolar.

- Conèixer millor els fills/les filles

- > Canvis físics i psicològics de l'adolescència.

- Assumir les actituds que han de tenir els pares

- > Saber escoltar.
- > Educar normativament.
- > Ensenyar autonomia.
- > Fomentar les capacitats socials.

- Els pares han d'actuar com a agents de prevenció i models de conducta

- Ensenyar als fills a ser crítics davant els missatges dels mitjans de comunicació: revistes de moda, publicitat, *body business*, etc.

- Fer un diagnòstic precoç dels TCA. Aspectes físics a tenir en compte:

- > Pèrdua de pes d'origen desconegut.
- > Aturada anormal del creixement.
- > Amenorrea "inexplicable".
- > Osteoporosi en una persona jove.
- > Hipercolesterolèmia no justificada en una persona jove.
- > Complicacions per exercici físic excessiu.
- > Càries i aftes a la boca.

- **Tenir en compte altres aspectes**

- > Excessiva preocupació pel pes i la figura.
- > Realització de dietes restrictives.
- > Canvis en la conducta: aïllament, irritabilitat.
- > Augment i disminució en el rendiment escolar.
- > Manca de consciència i negació del problema.

- **Programa psicoeducatiu per als pares durant el tractament**

- > Aprovar la teràpia (els pares).
- > Acceptar les prioritats: salut, estudis o família, etc.
- > Adquirir un compromís actiu de la família davant el tractament.
- > Evitar la competència amb els professionals.
- > Col·laborar amb el programa terapèutic.
- > Acceptar les despeses no econòmiques del tractament: dedicació, supervisió, control, etc.
- > Estimular les relacions família-pacient.
- > Ajudar a superar la por a la maduració dels pacients.
- > Reforçar l'autonomia i la responsabilitat dels pacients.
- > Vèncer els sentiments de culpa, frustració i fracàs dels pares.
- > Reflexionar davant les pròpies errades.
- > Reajustar la dinàmica familiar.



10. Circuit de derivació

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
- 10. Circuit de derivació**
 - 10.1 Adreces d'interès per regions sanitàries
11. Annexos

10. Circuit de derivació

En l'atenció a la salut mental, en general, i als trastorns del comportament alimentari en particular, els atributs propis de l'atenció primària de salut: accessibilitat, longitudinalitat, continuïtat i globalitat, fan que aquest nivell assistencial sigui clau. S'estableix una relació entre la població i els professionals que permet conèixer les persones i fer-ne el seguiment al llarg de la seva vida, la qual cosa dóna l'oportunitat de detectar els problemes i les situacions de risc precoçment, intervenir-hi si escau i derivar els pacients als serveis especialitzats.

L'any 1984, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va iniciar la reforma de l'atenció primària de salut i la reordenació de l'atenció especialitzada, qualificant la psiquiatria com una especialitat de suport a l'atenció primària de salut.

Catalunya disposa d'una xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública, creada pel Decret 213/1999. A l'actualitat, aquesta xarxa disposa de 68 centres de salut mental d'adults i 41 d'infants i juvenils, que presten serveis d'atenció especialitzada en salut mental de suport a l'atenció primària de salut. Aquests són els serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, adreçats a les persones que presenten un trastorn mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat i/o complexitat no poden ser atesos solament dins l'àmbit dels serveis de l'atenció primària de salut. Una de les funcions principals d'aquests serveis és el suport a l'atenció primària de salut.

Des de l'any 1994, i amb l'objectiu de millorar la detecció i el diagnòstic precoç dels problemes de salut mental, s'ha prioritzat l'extensió del Programa de col·laboració entre els equips d'atenció primària i els dels centres de salut mental, amb interconsultes i sessions clíniques periòdiques. Per aquest motiu, el centre de salut mental constitueix el referent immediat de l'equip d'atenció primària de salut.

Així mateix, s'hauran d'establir protocols de derivació entre els centres de salut mental i les unitats especialitzades d'atenció als trastorns del comportament alimentari.

Tot i així, en determinades situacions, la gravetat del quadre fa necessari que el metge d'atenció primària derivi directament aquest pacient a l'hospital.

Caldrà tenir en compte sempre els aspectes definits en el punt 8, on s'especifiquen els criteris de derivació als centres de salut mental, a les unitats especialitzades, així com els d'ingrés hospitalari. S'annexa la relació de dispositius per a l'atenció als TCA, per regions sanitàries.

10.1 Adreces d'interès per regions sanitàries

Regió Sanitària Lleida

■ Adults

CSMA

CSMA La Seu
Sant Hospital
Passeig Joan Brudieu, núm. 8
25700 La Seu d'Urgell
Tel. 973 350 050

CSMA Pallars
Hospital de Tremp
C/ Pau Casals, núm. 5
25620 Tremp
Tel. 973 652 255

CSMA Lleida
Hospital Sta. Maria de Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, núm. 44
25198 Lleida
Tel. 973 727 060

CSMA Balaguer
C/ Angel Guimerà, núm. 22
25600 Balaguer
Tel. 973 450 423

CSMA Urgell/la Segarra
C/ Salvador Espriu, s/n
25300 Tàrrrega
Tel. 973 310 852

CSMA Pla d'Urgell
Ctra. de Miralcamp, s/n
25230 Mollerussa
Tel. 973 711 164

Urgències i hospitalització d'aguts

Hospital Sta. Maria de Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, núm. 44
25198 Lleida
Tel. 973 727 222

Hospital de dia

Hospital Sta. Maria de Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, núm. 44
25198 Lleida
Tel. 973 727 222

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Lleida
C/ Bisbe Torres, núm. 2
25002 Lleida
Tel. 973 267 221

Hospital de dia d'adolescents

Hospital Sta. Maria de Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, núm. 44
25198 Lleida
Tel. 973 727 222

Unitat de Refèrència Psiquiàtrica Infantil i juvenil (URPI)

Hospital Sta. Maria de Lleida
Av. Alcalde Rovira Roure, núm. 44
25198 Lleida
Tel. 973 727 222

Regió Sanitària Tarragona

■ Adults

CSMA

CSMA Valls
C/ Muralla de Sant Francesc, s/n
43800 Valls
Tel. 977 605 451

CSMA Reus
Pg. de la Rodona, núm. 2, baixos
43201 Reus
Tel. 977 341 656

CSMA Tarragona (Sud)
C/ Riu Llobregat, Bloc 2 – esc. 6, baixos
43006 Tarragona
Tel. 977 541 280

CSMA Móra
C/ Benet i Messeguer, s/n
43740 Móra d'Ebre
Tel. 977 401 604

CSMA Tarragona (Nord)
C/ Rovira i Virgili, núm. 9
43002 Tarragona
Tel. 977 218 853

CSMA El Vendrell
C/ Real (cantonada P. Companys)
43700 El Vendrell
Tel. 977 663 356

Hospital de dia

Hospital Universitari de Tarragona
Joan XXIII
C/ del Dr. Mallafré i Guasch, núm. 4
Tel. 977 295 800

Hospital de dia de Tarragona
C/ Rovira i Virgili, 9
43002 Tarragona
Tel. 977 218 853

Urgències i hospitalització d'aguts

Institut Pere Mata
Ctra. de l'Institut Pere Mata, s/n
43206 Reus
Tel. 977 338 565

■ Infantil

CSMIJ

CSMIJ Tarragona
C/ Cartagena, núm. 7
43004 Tarragona
Tel. 977 224 005

CSMIJ El Vendrell
C/ Quarter, s/n
43700 El Vendrell
Tel. 977 665 157

CSMIJ Reus
Pasatge de la Rodona, núm. 2, baixos
43206 Reus
Tel. 977 341 656

Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i juvenil (URPI)

Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, núm. 2
08950 Esplugues de Llobregat, s/n.
Tel. 932 804 000

Hospital de dia d'adolescents

Institut Pere Mata
Ctra. de l'Institut Pere Mata, s/n
43206 Reus
Tel. 977 338 565

Regió Sanitària Terres de l'Ebre

■ Adults

CSMA

CSMA Tortosa
Av. Colom, núm. 7
43500 Tortosa
Tel. 977 501 947

CSMA Amposta
C/ Jacint Verdaguer, núm. 11 –13
43870 Amposta
Tel. 977 704 381

Urgències i hospitalització d'aguts

Institut Pere Mata
Ctra. de l'Institut Pere Mata, s/n
43206 Reus
Tel. 977 338 565

■ Infantil/Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Tortosa
Av. Colom, núm. 7
43500 Tortosa
Tel. 977 501 947

Regió Sanitària Girona

■ Adults

CSMA

CSMA Alt Empordà
Hospital Creu Roja
C/ Sta. Llogaia, núm. 67
17600 Figueres
Tel. 972 672 224

CSMA Baix Empordà
Galeries Eurocènter, núm. 55 - 61
Illa quarta
17250 Platja d'Aro
Tel. 972 816 213

CSMA Olot

C/ Castellà i Lloveras, núm. 3
17800 Olot
Tel. 972 271 402

CSMA Girona

Passeig Canalejas, núm. 7 - 8
17001 Girona
Tel. 972 212 266

CSMA Ripollès

C/ Macià Bonaplata, núm. 8
17500 Ripoll
Tel. 972 700 159

CSMA La Selva

C/ Sant Ignasi, núm. 27
17430 Santa Coloma de Farners
Tel. 972 842 604

CSMA Blanes

C/ Cala St. Francesc, s/n
17300 Blanes
Tel. 972 353 264

Urgències i hospitalització d'aguts

Hospital Psiquiàtric de Salt
C/ Dr. Castany, s/n
17190 Salt
Tel. 972 182 500

Hospital de dia

Hospital de dia Parc
Hospitalari Martí Julià
C/ del Doctor Castany, s/n.
17190 Salt
Tel. 972 182 500

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Girona
C/ Antoni Varès Martinell, núm. 40
Edifici Llar Infantil – Puig d'en Roca
17007 Girona
Tel. 972 224 749

CSMIJ Olot

C/ Castellà i Lloveras, núm. 3
17800 Olot
Tel. 972 271 402

CSMIJ La Selva
C/ Sant Ignasi, núm. 27
17430 Santa Coloma de Farners
Tel. 972 842 604

**Unitat de Referència Psiquiàtrica
Infantil i Juvenil (URPI)**
Hospital Provincial Santa Caterina
Pl. Hospital, núm. 5
17001 Girona
Tel. 972 182 600

Hospital de dia d'adolescents
Hospital Provincial Santa Caterina
Pl. Hospital, núm. 5
17001 Girona
Tel. 972 182 600

Regió Sanitària Costa de Ponent

■ Adults

CSMA

CSMA Igualada
C/ Mossèn J. Verdaguer, núm. 128
08700 Igualada
Tel. 938 058 170

CSMA Alt Penedès
Ctra. d'Igualada, núm. 69-71
08720 Vilafranca del Penedès
Tel. 938 925 410

CSMA Garraf
Hospital Sant Antoni Abat
C/ Sant Josep, núm. 21 – 23, 2n
08800 Vilanova i la Geltrú
Tel. 938 115 825

CSMA Cornellà
Edifici Can Moritz
C/ Mossèn Andreu, núm. 13
08940 Cornellà de Llobregat
Tel. 934 710 330

CSMA Esplugues
C/ Verge de la Mercè, núm. 1 (Edif. Molí)
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 934 735 612

CSMA El Prat
C/ Verge de Montserrat, núm. 24, 2n
08820 El Prat de Llobregat
Tel. 934 792 932

CSMA Gavà
C/ Sarrià, núm. 13 – 15
08850 Gavà
Tel. 936 625 152

CSMA Sant Boi
C/ Dr. Pujadas, núm. 38
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 305 800

CSMA L'Hospitalet
C/ Stgo. Ramón y Cajal, núm. 27 – 29
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 934 321 892

CSMA Martorell
C/ Mancomunitats Comarcals, núm. 9
08760 Martorell
Tel. 937 755 611

Urgències i hospitalització d'aguts

Hospital de Bellvitge
Ctra. de la Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 659

Sant Joan Déu, SSM
Passeig Picasso, núm. 12
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 406 350

Hospitals de dia

Hospital de dia de l'Hospitalet
C/ S. Ramón y Cajal, núm. 27 – 29
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 934 316 048

Hospital de dia Garraf
Hospital Sant Antoni Abat
C/ Sant Josep, núm. 21 – 23, 2n
08800 Vilanova i la Geltrú
Tel. 938 115 825

Hospital de dia de Bellvitge
Ctra. de la Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 659

Unitat de Salut Mental
C/ Jaume Ferran i Clua, núm. 6, 2n
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 933 345 458

CSMA Sant Feliu
C/ de les Roses, núm. 17
08980 Sant Feliu de Llobregat
Tel. 936 661 211

Sagrat Cor, SSM
Av. Comte Llobregat, núm. 117
08760 Martorell
Tel. 937 752 200

Benito Menni
Complex Assistencial en Salut Mental
C/ Dr. Antoni Pujades, núm. 38
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 529 969

Hospital de dia Baix Llobregat
C/ Verge de la Mercè, núm. 57, 2n
Edifici Cadí
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 934 731 462

Hospital de dia de l'Alt Penedès
Ctra. d'Igualada, núm 69-71
08720 Vilafranca del Penedès
Tel. 938 925 410

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Martorell
C/ Sant Francesc, núm. 32, baixos
08760 Martorell
Tel. 937 742 108

CSMIJ Garraf
Hospital Sant Antoni Abat
C/ Sant Josep, núm. 21 – 23 , 2n
08800 Vilanova i la Geltrú
Tel. 937 029 140

CSMIJ Sant Boi
Passatge Ponent, núm. 10
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 614 733

CSMIJ El Prat
Av. Verge de Montserrat, núm 24, baixos
08820 El Prat de Llobregat
Tel. 933 704 101

CSMIJ Alt Penedès
Plaça Penedès, núm. 3, 4t
08720 Vilafranca del Penedès
Tel. 938 172 585

CSMIJ Cornellà
Edifici Can Moritz
C/ Mossèn Andreu, núm. 13
08940 Cornellà de Llobregat
Tel. 934 714 560

CSMIJ L'Hospitalet
C/ Arts i Oficis, núm. 7
08901 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 600 810

CSMIJ Gavà
C/ Sant Lluís, núm 64
08850 Gavà
Tel. 936 383 993

Hospitals de dia d'adolescents

Hospital de dia Gavà
C/ Sant Lluís, núm. 64
08850 Gavà
Tel. 936 384 364

Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, núm. 2
08950 Esplugues de Llobregat, s/n
Tel. 932 804 000

Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPI)

Hospital Sant Joan de Déu
Ctra. d'Esplugues, s/n
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 932 804 000

Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme

■ Adults

CSMA

CSMA Badalona
C/ Francesc Layret, núm. 76
08922 Badalona
Tel. 933 891 000

CSMA Badalona (II)
Av. Alfons XIII, núm. 356, entl.
08913 Badalona
Tel. 934 600 190

USM La Mina
C/ Mar, s/n, 4a planta
08930 Sant Adrià de Besòs
Tel. 933 812 846

CSMA Martí i Julià
C/ President Lluís Companys, núm. 8
08921 Sta. Coloma de Gramenet
Tel. 934 665 700

CSMA Maresme Nord
C/ Sant Jaume, núm. 25 – 41
08370 Calella
Tel. 937 690 201

CSMA Mataró
C/ Sant Pelegrí, núm. 1 – 3
08301 Mataró
Tel. 937 582 804

CSMA Maresme Sud
C/ Dr. Agell, núm. 11
08320 El Masnou
Tel. 935 555 554

Urgències i hospitalització d'aguts

Centres assistencials
Doctor Emili Mira i López
Recinte Torribera
Av. Prat de la Riba, núm. 171
08921 Santa Coloma de Gramenet
Tel. 934 628 900

Hospital de Mataró
Ctra. de Cirera, s/n
08034 Mataró
Tel. 937 417 700

Hospitals de dia

Hospital de dia Can Ruti
Ctra. del Canyet, s/n
08916 Badalona
Tel. 934 651 200

Hospital de dia Mataró
Ctra. de Cirera, s/n
08034 Mataró
Tel. 937 417 700

Hospital de dia Santa Coloma
Doctor Emili Mira i López
Av. Prat de la Riba, núm. 171
08921 Santa Coloma de Gramenet
Tel. 934 628 900

Hospital de dia Comunitat
Terapèutica de Malgrat
C/ de la Passada, núm. 44-46
08380 Malgrat
Tel. 937 610 962

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Joan Obiols
C/ Ignasi Iglesias, núm. 16 – 18
08912 Badalona
Tel. 933 893 012

CSMIJ Creu Verda
C/ Alfons XII, núm. 468, entresòl
08915 Badalona
Tel. 934 607 520

CSMIJ La Mina
C/ Mar, s/n, 4t pis
08930 Sant Adrià de Besòs
Tel. 933 812 846

CSMIJ Santa Coloma
C/ Anselm de Riu, núm. 125, baixos
08924 Santa Coloma de Gramenet
Tel. 934 683 033

CSMIJ Maresme
C/ Sant Pelegrí, núm. 1
08301 Mataró
Tel. 937 582 805

CSMIJ Calella
Hospital Sant Jaume de Calella
C/ Sant Jaume, núm. 209 - 217
08370 Calella
Tel. 937 660 947

Hospital de dia d'adolescents

Hospital de dia de Mataró
Camí Ral, núm. 214
08301 Mataró
Tel. 937 582 826

Fundació Vidal i Barraquer
Passatge Sant Miquel, s/n
08921 Santa Coloma de Gramenet
Tel. 933 920 644

Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPI)

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Casa Maternitat
C/ Sabino de Arana, núm.1
08028 Barcelona
Tel. 932 275 600

Regió Sanitària Centre

■ Adults

CSMA

CSMA Bages
C/ Dr. Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 759 300

CSMA Cerdanyola
C/ Adam i Eva, núm. 4, baixos
(cantonada C/ del Nord)
08290 Cerdanyola del Vallès
Tel. 935 809 677

CSMA Sabadell (I)
Parc Taulí s/n – Edifici Santa Fe
08208 Sabadell
Tel. 937 458 377

CSMA Terrassa
C/ de la Unió, núm. 36
08221 Terrassa
Tel. 937 885 565

CSMA Rubí
C/ Nou, núm. 28
08191 Rubí
Tel. 935 887 373

CSMA Mollet
C/ Cristòfol Colom, núm. 1
08100 Mollet del Vallès
Tel. 935 708 620 / 935 708 697

CSMA Berguedà
Plaça dels Països Catalans, núm 4, 2n 1a
08600 Berga
Tel. 938 212 286

USM Badia
C/ Bètica, s/n
08210 Badia del Vallès
Tel. 937 192 600

CSMA Sabadell (II)
Parc Taulí s/núm – Edifici Santa Fe
08208 Sabadell
Tel. 937 231 010

CSMA Mútua de Terrassa
Rambla d'Egara, núm. 386 – 388, 6è
08224 Terrassa
Tel. 937 887 400

CSMA Granollers
C/ Josep M. de Segarra, núm. 47, baixos
08400 Granollers
Tel. 938 611 273

CSMA Osona
Plaça Divina Pastora, núm. 6
08500 Vic
Tel. 938 863 764

Urgències i hospitalització d'aguts

ALTHAIA

C/ Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 742 898

Consorci Sanitari de Terrassa

Ctra. de Torrebonica, s/n
08227 Terrassa
Tel. 937 310 007

Hospital General de Granollers

Av. Francesc Ribas, s/n
08400 Granollers
Tel. 938 425 000

Hospital de dia

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa

C/ Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 742 898

Hospital de dia Mútua de Terrassa

Plaça Dr. Robert, núm. 5
08221 Terrassa
Tel. 937 365 050

Hospital de dia de Vic

C/ Francesc Pla, "el Vigatà", núm. 1
08500 Vic
Tel. 938 890 125

Hospital de dia de Mollet

Jaume Vilaseca i Pujades
C/ Cristòfol Colom, núm. 1
08100 Mollet del Vallès
Tel. 935 708 620

Consorci Sanitari Parc Taulí

Parc Taulí, s/n
08208 Sabadell
Tel. 937 231 010

Mútua de Terrassa

Pl. Dr. Robert, núm. 5
08221 Terrassa
Tel. 937 365 050

Consorci Sanitari Parc Taulí

Parc Taulí, s/n
08208 Sabadell
Tel. 937 231 010

Hospital de dia de Berga

Plaça Països Catalans, núm. 4, 2n 1a
08600 Berga
Tel. 938 212 286

Hospital de dia de Granollers

C/ Josep M. de Sagarra, núm. 47, baixos
08400 Granollers
Tel. 938 611 273

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Manresa
ALTHAIA
C/ Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 742 898

CSMIJ Sabadell
Corporació Sanitària Parc Taulí
Edifici Santa FE
Parc Taulí s/n
08208 Sabadell
Tel. 937 458 377

USM Badia
Bètica s/n
08210 Badia del Vallès
Tel. 937 192 600

CSMIJ Osona
Av. Paisos Catalans, núm. 89
08500 Vic
Tel. 938 854 709

CSMIJ Terrassa
Rambla d'Egara, núm. 386 – 388, 1r
08221 Terrassa
Tel. 937 887 400

CSMIJ Rubí
C/ Nou, núm. 28
0891 Rubí
Tel. 935 887 373

CSMIJ Granollers
C/ Princesa, núm. 3
08400 Granollers
Tel. 938 603 940

CSMIJ Mollet
C/ Pablo Picasso, núm. 54, baixos
(entrada plaça Enric Rosés s/n)
08100 Mollet del Vallès
Tel. 935 797 033

Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPI)

ALTHAIA
Xarxa Assistencial de Manresa
C/ Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 742 898

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Casa Maternitat
C/ Sabino Arana, núm. 1
08028 Barcelona
Tel. 932 275 600

Hospital Maternoinfantil
de la Vall d'Hebron
Pg. de la Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona
Tel. 934 893 100

Hospital Sant Joan de Déu
Ctra. d'Esplugues, s/n
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 932 804 000

Hospital de dia d'adolescents

ALTHAIA
C/ Joan Soler, s/n
08240 Manresa
Tel. 938 742 898

Hospital de dia de Vic
C/ Francesc Pla, núm. 1
08500 Vic
Tel. 937 027 700

Hospital de dia de Sabadell
Parc Taulí, s/n
Edifici Santa Fe
08208 Sabadell
Tel. 937 231 010

Hospital de dia de Mollet
C/ Pau Picasso, núm 54, baixos
08100 Mollet
Tel. 935 797 033

Consorti Sanitari de Barcelona

■ Adults

CSMA

CSMA Ciutat Vella
Via Laietana, núm 19, entl. B
08003 Barcelona
Tel. 933 196 304

CSMA Dreta de l'Eixample
Ptge. Vilaret, núm. 44 – 46
08013 Barcelona
Tel. 934 564 707

CSMA Sants
C/ Galileu, núm. 158, baixos
08028 Barcelona
Tel. 934 904 622

CSMA Sarrià / Sant Gervasi
C/ Clos St. Francesc, núm. 2 – 10, baixos
08034 Barcelona
Tel. 932 805 670

CSMA Esquerra de l'Eixample
C/ Rosselló, núm. 140
08036 Barcelona
Tel. 932 275 494

CSMA Poble Sec
C/ Vila Vilà, núm. 16
08004 Barcelona
Tel. 934 423 000

CSMA Les Corts
C/ Numància, núm. 105 –107, baixos
08029 Barcelona
Tel. 934 391 642

CSMA Gràcia
Mare de Déu del Coll, núm. 41, baixos
08023 Barcelona
Tel. 932 189 302

CSMA Guinardó
Plaça Raimon Caselles, bloc E, baixos
08024 Barcelona
Tel. 932 195 154

CSMA Nou Barris (nord)
C/ Dr. Pi i Molist, núm. 133
08031 Barcelona
Tel. 933 538 422

CSMA Sant Andreu
C/ Sagrera, núm.179, 1r.
08027 Barcelona
Tel. 933 408 654

CSMA Sant Martí (nord)
C/ Fluvià, núm. 211
08020 Barcelona
Tel. 933 070 812 / 933 070 816

Urgències i hospitalització d'aguts

Hospital Clínic
C/ Villarroel, núm.170
08036 Barcelona
Tel. 932 275 400

Hospital del Mar
Edifici Hospital del Mar
Passeig Marítim, 25 – 29, planta 10
08003 Barcelona
Tel. 932 483 000

Sant Joan de Déu, SSM
C/ Dr. Pujadas, núm. 42
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 936 406 350

CSMA Horta
C/ Arquitectura, núm. 20 –24, baixos
08035 Barcelona
Tel. 934 281 642

CSMA Nou Barris (sud)
(Fabra i Puig)
C/ Emili Roca, núm. 34 - baixos
08016 Barcelona
Tel. 934 083 182

CSMA Sant Martí (sud)
Passeig Marítim, núm. 25-29 baixos
(Galeries del Mar)
08003 Barcelona
Tel. 932 218 300

USM Maragall
Pg. Maragall, núm. 52 - 54
08041 Barcelona
Tel. 934 462 060

Hospital Sta. Creu i Sant Pau
C/ Sant Antoni M. Claret, núm. 167
08025 Barcelona
Tel. 932 919 470

IMAS, centre psiquiàtric
C/ Germans Desvalls, s/n
08036 Barcelona
Tel. 932 749 545

Hospital de Sant Gervasi
Fundació Socio-Sanitària Barcelona
Passeig Sant Gervasi, núm, 51-53
08022 Barcelona
Tel. 934 170 400

Hospital de dia

Hospital de dia Llúria
C/ Roger de Llúria, núm. 68
08009 Barcelona
Tel. 934 592 492

Hospital de dia Palou
C/ Palou, núm. 21
08023 Barcelona
Tel. 934 189 193

■ Infantil / Juvenil

CSMIJ

CSMIJ Drassanes
C/ Rec Comtal, núm. 20
08003 Barcelona
Tel. 933 105 596

CSMIJ Eixample
Servei de Psiquiatria Infantil
C/ Mejía Lequerica s/núm
(Pavelló Helios II)
08028 Barcelona
Tel. 932 275 600 (ext. 7578)

CSMIJ Sant Pere Claver
C/ Vila i Vilà, núm. 16
08004 Barcelona
Tel. 934 423 000

CSMIJ Les Corts
C/ Numància, núm. 107 - 109
08029 Barcelona
Tel. 934 190 919

CSMIJ Gràcia
Hospital de la Creu Roja
C/ Dos de Maig, núm. 301
08025 Barcelona
Tel. 935 072 700

CSMIJ Horta
Hospital de Sant Rafael
Passeig de la Vall d'Hebron, núm. 107
08035 Barcelona
Tel. 932 112 508

CSMIJ Nou Barris
C/ Dr. Pi i Molist, núm. 133
08031 Barcelona
Tel. 933 593 317

CSMIJ Sant Andreu
Hospital de la Creu Roja
C/ Dos de Maig, núm. 301
08025 Barcelona
Tel. 935 072 700

CSMIJ Sant Martí
C/ Rec Comtal, núm. 20
08003 Barcelona
Tel. 933 198 358

CSMIJ La Verneda / La Pau
Plaça de la Infància, s/n
4a. planta, Psiquiatria
08020 Barcelona
Tel. 933 070 812

Hospital de dia d'adolescents

Fundació Hospital
Sant Pere Claver
C/ Mare de Déu del Port, núm 344-346
08038 Barcelona
Tel. 934 317 162

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Casa Maternitat
C/ Sabino Arana, núm. 1
08028 Barcelona
Tel. 932 275 600

Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil i Juvenil (URPI)

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Casa Maternitat
C/ Sabino Arana, núm. 1
08028 Barcelona
Tel. 932 275 600

Hospital Maternoinfantil
de la Vall d'Hebron
Pg. de la Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona
Tel. 934 893 100

Hospital Maternoinfantil
de la Vall d'Hebron
Pg. de la Vall d'Hebron, s/n
08035 Barcelona
Tel. 934 893 100

11. Annexos

1. Alimentació, nutrició, salut i cultura
2. Epidemiologia
3. Patologies multisistèmiques
4. Criteris diagnòstics dels TCA
5. Diagnòstic precoç
6. L'entrevista clínica davant la sospita d'un TCA
7. Avaluació física dels TCA
8. Tractament dels TCA
9. Intervencions en el nucli de convivència
10. Circuit de derivació

11. Annexos

11.1 Avaluació inicial per a la detecció de risc de TCA

11.2 Valors antropomètrics

11.3 EAT-40

11.4 ABOS

11. Annexos

11.1 Avaluació inicial per a la detecció de risc de TCA

Nens d'11 a 14 anys

- Mesura de pes i talla
- Càlcul de l'IMC i comparació per percentils (annex...)
- En nenes: edat de la menarquia, data de l'última regla, característiques dels cicles menstruals.

Preguntes guia que podem fer servir en una entrevista:

- Et sembla que el teu pes és el correcte?
- Menges tot tipus d'aliments?
- Rebutges algun aliment perquè creus que engreixa?
- Fas exercici? Quin? Quants dies?
- El fas per jugar i distreure't o creus que és una manera de perdre pes?
- T'agrada com és el teu cos?
- Creus que l'aspecte físic és molt important?
- T'agradaria ser d'una altra manera? Com?
- T'agrada anar a escola? T'hi trobes bé?
- Tens bons amics a escola?
- Tens bona relació amb els pares? I amb els germans?
- De l'1 al 10, com diries que va la teva vida? Per què?

- És important fer també preguntes a la família de tots aquests temes. Una eina que es pot fer servir és el Qüestionari ABOS.

Adolescents, a partir de 14 anys

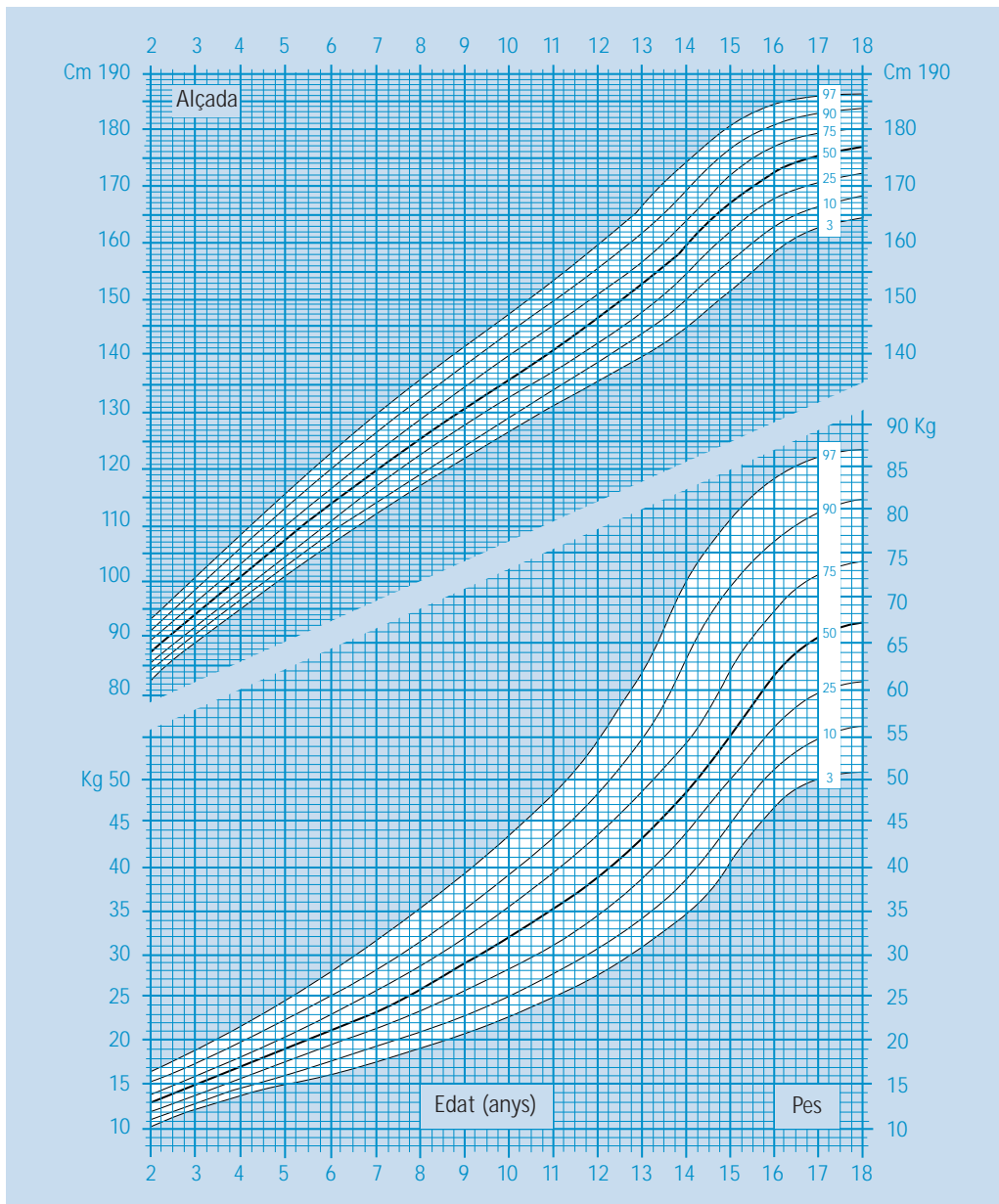
- Mesura de pes i talla
- Càlcul de l'IMC i comparació per percentils
- En noies: edat de la menarquia, data de l'última regla, característiques del cicles menstruals

Preguntes guia que podem fer servir en una entrevista:

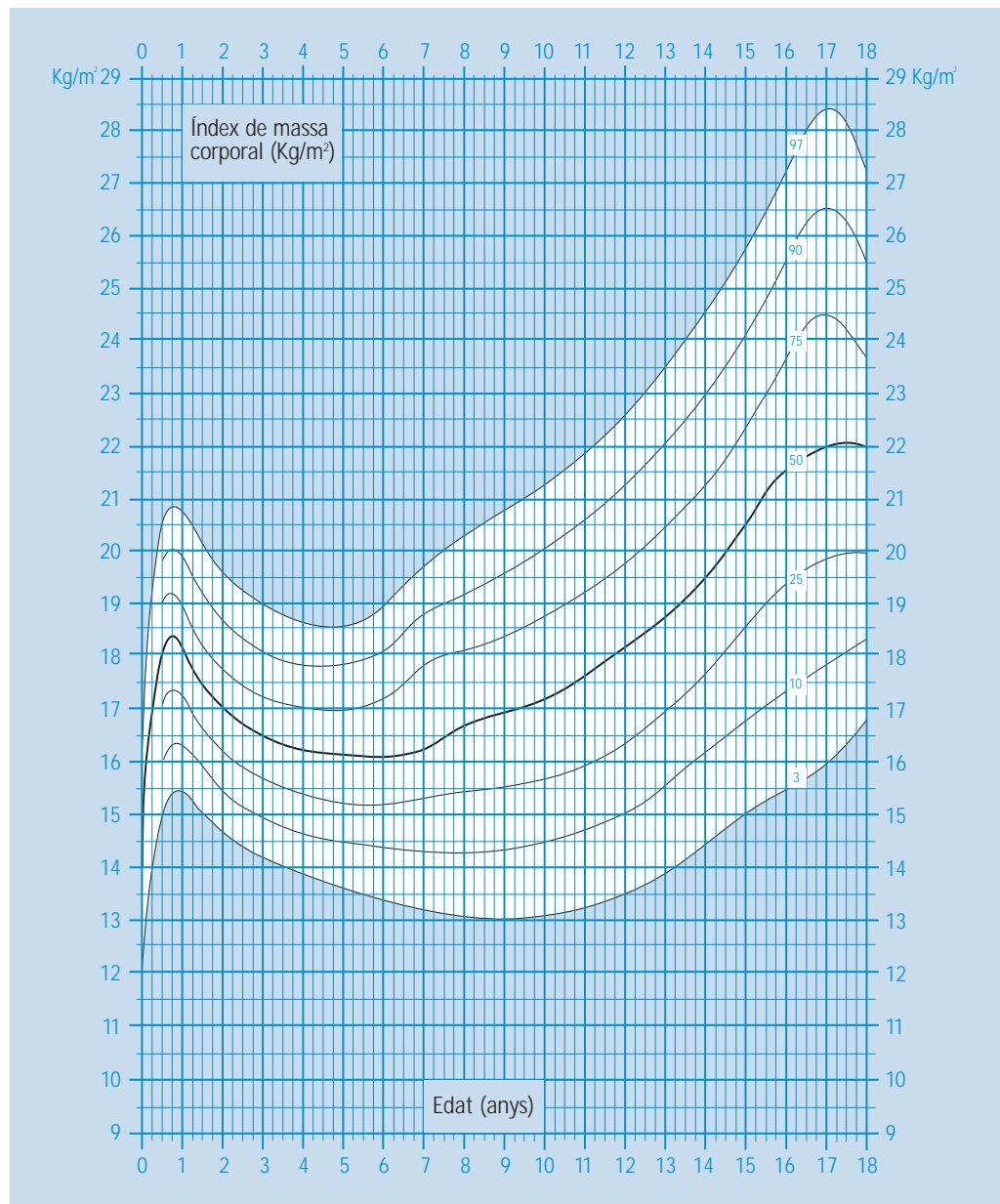
- El teu pes ha canviat fa poc? Quant? Per quin motiu?
- Amb quina freqüència et peses?
- Menges de tot? Hi ha algun aliment que no tastis perquè engreixa?
- De vegades, et saltes algun àpat principal?
- Prefereixes menjar sol/a o acompanyat de la teva família?
- T'enfades amb la família si et pressionen perquè mengis més?
- Fas algun tipus de dieta per aprimar-te? Quina?
- Fas alguna altra cosa per aprimar-te?
- Algú de la teva família fa algun tipus de dieta?
- Fas exercici? Quin? Quants dies? Quantes hores?
- Fas exercici perquè t'agrada, perquè vols ser un esportista professional o perquè és una bona manera de mantenir el pes?
- Dorms bé? Quantes hores?
- Creus que l'aspecte físic és molt important?
- T'agrada com ets físicament? Faries res per canviar el teu aspecte?
- T'has vist gras/sa alguna vegada?
- T'agrada com ets en general?
- Ets molt exigent amb tu mateix/a?
- Tens bons amics?
- Com és la relació amb la teva família?
- Et trobes bé a l'institut, a la feina...?

11.2 Valors antropomètrics

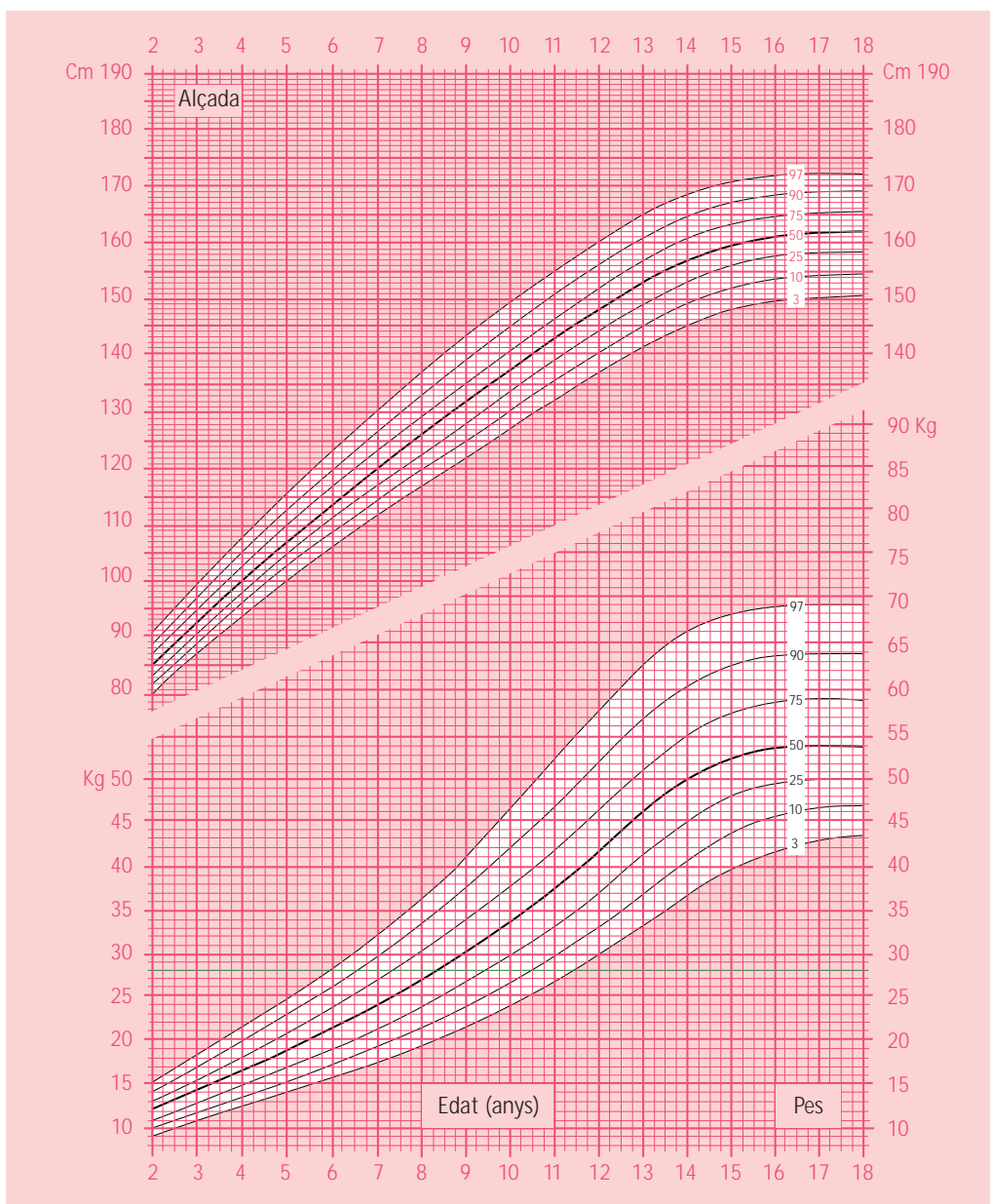
Nens / nois: 2 a 18 anys - Alçada / pes



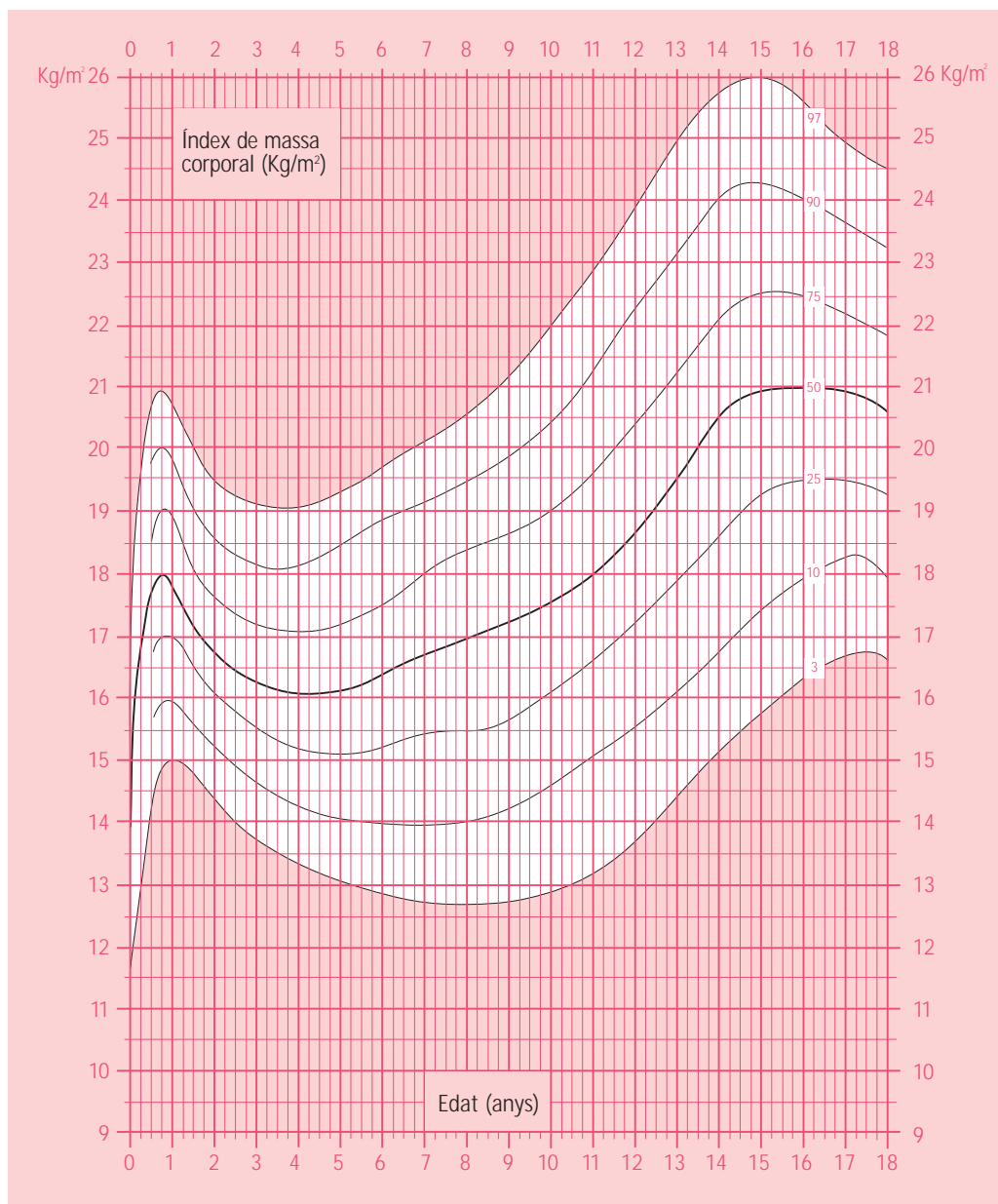
Nens / nois: 0 a 18 anys - Índex de massa corporal (Kg/m²)



Nenes / noies: 2 a 18 anys - Alçada / pes



Nenes / noies: 0 a 18 anys - Índex de massa corporal (Kg/m²)



11.3 EAT 40

	a	b	c	d	e	f
1 M'agrada menjar amb altres persones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Preparo menjars per a altres persones, però jo no en menjo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Em poso nerviós/a quan s'acosta l'hora dels menjars _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Em fa molta por pesar massa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Miro de no menjar massa tot i que tingui gana _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Em preocupo molt pel menjar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 De vegades m'he "afartat" de menjar, notant que era incapaç de deixar de fer-ho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tallo els meus aliments en bocins petits _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tinc present les calories que tenen els aliments que menjo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Evito, especialment, menjar aliments amb molts hidrats de carboni (p. ex. pa, patates, arròs, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Després dels menjars em sento ple/plena _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Noto que els altres prefereixen que mengi més _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Vomito després d'haver menjat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Em sento molt culpable després de menjar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Em preocupa el desig d'estar més prim/a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Faig molt exercici per cremar calories _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Em peso diversos cops al dia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 M'agrada que la roba em quedi ajustada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Frueixo menjant carn _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 M'aixeco aviat als matins _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Cada dia menjo els mateixos aliments _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Penso en cremar calories quan faig exercici _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Tinc la menstruació regular _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Els altres pensen que estic massa prim/a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Em preocupa la idea de tenir greix al cos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Trigo en menjar més que no pas les altres persones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Frueixo menjant en restaurants _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Prenc laxants (purgants) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Procuo no menjar aliments amb sucre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Menjo aliments de règim _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Noto que els aliments controlen la meva vida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Em controlo durant els menjars _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Noto que les altres persones em presionen perquè mengi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Passo massa temps pensant i ocupant-me del menjar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Tinc restrenyiment _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Em sento incòmode/a després de menjar dolços _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Decideixo fer règim _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 M'agrada notar l'estómac buit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Frueixo tastant menjars nous i saborosos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Tinc ganes de vomitar després dels menjars _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - Mai b - Gairebé mai c - De vegades d - Bastants cops e - Gairebé sempre f - Sempre

11.4 ABOS

Nom del/de la pacient: _____ Data: _____

Responen al qüestionari: pare i mare pare mare _____

- **Instruccions:** Contesti aquest qüestionari segons el que vostè hagi observat que feia el/la pacient a casa durant l'últim mes. Després de llegir cada frase, escrigui una **X** a la casella corresponent a **SÍ**, si descriu el que ha estat fent el/la pacient. Escrigui **X** a la casella corresponent a **NO** si la frase no descriu el que ha fet el/la pacient. Tant si vostè assenyala **SÍ** com **NO**, ha d'estar segur del que assenyala (per exemple, si vostè mateix ha vist el que succeïa). Si no està segur, escrigui una **X** a la casella corresponent a **NO ESTIC SEGUR**.

Qüestionari	SÍ	NO	NO ESTIC SEGUR
1 Evita menjar amb altres persones o espera tot el que pot abans de seure a taula a menjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Es nota clarament que està tens/a i nerviós/a a les hores dels àpats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 S'enfada i està agressiu/va a les hores dels àpats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Talla o esmicola els aliments en trossos petits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Es queixa que li posen massa menjar o que el menjar és massa alimentici (engreixa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Amb els àpats és molt més capriciós/a del normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Intenta regatejar o negociar amb el menjar (per exemple: "Em menjaré això si no haig de menjar allò altre")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Va agafant els aliments o els menja molt lentament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Prefereix productes de dieta (de baix contingut calòric)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Amb freqüència diu que té gana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Li agrada cuinar o ajudar a la cuina, però evita tastar o menjar els aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vomita després dels menjars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Durant els menjars, amaga aliments en tovallons, bosses o vestits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observacions: Aquests qüestionaris no s'han d'interpretar com una eina diagnòstica per ser utilitzats específicament a la consulta d'AP en el diagnòstic dels TCA, sinó amb la intenció d'orientar l'interrogatori davant la sospita d'un cas. Per això no s'inclouen plantilles de correcció.

Adreces d'interès

- ACAB (Associació Catalana contra l'Anorèxia i la Bulímia).
Tel. 902 116 986 <http://www.acab.org>
- CatSalut. Planificació Sanitària i Salut Mental. Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Olímpia. 08028 Barcelona. Tel. 93 403 85 85
- Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola (PESE).
Dep. d'Ensenyament. Via Augusta 202. Tel. 93 400 69 00
<http://www.xtec.es/pese>
- Programa d'Alimentació i Nutrició. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Tel. 93 227 29 00

Referències bibliogràfiques

- Carter, J.C.; Steward, D.A.; Dunn, V.J & Fairburn, C.G. *Primary prevention of Eating Disorders: Might it do more harm than good?* International Journal of Eating Disorders, 22: 167-172, 1997.
- Castro, J.; Toro, J.; Salamero, M.; Guimerà, E. *The eating Attitudes Test: validation of the Spanish Version.* Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, vol 7; n. 2; 175-190, 1991.
- Cervera, M. *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia.* Ed. Martínez Roca, 1996.
- Crisp, A.H.; McClelland, L. *Anorexia nervosa. Guidelines for assessment and treatment in primary and secondary care,* Psychology Press, 1996.
- Fairburn, C.G.; Brownell, K.D. *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, New York, 2002.
- Fairburn, C.G.; Brownell, K.D. *Eating Disorders and Obesity,* The Guilford Press, 2001.
- Fernández-Aranda, F.; Turón Gil, V.J. *Trastornos de la alimentación.* Guía práctica de tratamiento, Masson, 1999.
- Ferrero, J.; Toledo, M.; Tormo, E.; Loño, F.J.; Donet, E.; Roger, M.D.; Sánchez, M.E. *Anorexia y Bulimia nerviosas. Una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia.* Ed. Promolibro, 1999.

- García Camba, E. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria- Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, Barcelona, Masson, 2001.
- Garner, D.M; Garfinkel, P.E. *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*, Psychological Medicine 10, 647-656,1980.
- Garner, D.M; Garfinkel, E. *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*, Psychological Medicine 9, 273-279, 1979.
- Guillemot, A.; Laxenaire, M. *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*, Barcelona, Masson,1994.
- Kaplan AS; Garfinkel PE. *Medical Issues and the Eating Disorders. The interface*, Brunner/Mazel Publisers, Nueva York, 1993.
- Morandé, G. *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*, Ediciones Temas de Hoy, Colección Fin de Siglo, 1995.
- Pérez-Gaspar M.; Gual, P; de Irala-Estévez, J.; Martínez-González, MA.; Lahortiga, F.; Cervera, S. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras*, Med Clin, 114, 13; 481-486, 2000.
- Ruiz, P.M. *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes en Zaragoza (tesis doctoral)*, Universidad de Zaragoza, 2000.
- Toro, J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, Barcelona,1996.
- Toro, J.; Cervera, M.; Pérez, P. *Body shape, publicity and anorexia nervosa*, Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology 23, 132-136, 1988.
- Turón Gil, VJ. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, Masson SA, Barcelona, 1997.
- Vandereyken, W.; Castro, J.; Vanderlinden, J. *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*, Colección Avances, Ediciones Martínez Roca, 1991.



www.gencat.net/sanitat