

Ariadna Puig Calero

ESTUDI DE TRES CASOS CLÍNICS

TREBALL DE FINAL DE MÀSTER

Dirigit per Josefa Canals Sans

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, any 2021

Aquest treball conté informació confidencial i no pot ser compartit en la seva totalitat.

ÍNDIX DE CONTINGUTS

0. INTRODUCCIÓ	1
1. FONAMENTACIÓ TEÒRICA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA	1
1.1 Criteris diagnòstics	1
1.2 Prevalença i curs	3
1.3 Comorbiditats	5
1.4 Avaluació	5
1.5 Tractament	6
1.5.1 Intervenció psicològica	6
1.5.2 Intervenció psiquiàtrica i mèdica	8
1.5.3 Intervenció nutricional	8
2. CAS 1	9
2.1 Presentació-descripció del cas	9
Anàlisi Funcional	9
2.2 Avaluació	13
Avaluació psicopatològica, de personalitat i familiar	13
Avaluació mèdica	16
Avaluació nutricional	16
Integració dels resultats	16
2.3 Hipòtesi de diagnòstic	17
2.4 Tractament	18
Objectius bàsics de la intervenció	18
Intervenció psicològica	18
Intervenció psiquiàtrica i mèdica	22
Intervenció nutricional	22
2.5 Resultats posttractament	22
2.6 Discussió	23
2.7 Seguiment	24
3. CAS 2	25
3.1 Presentació-descripció del cas	25
Anàlisi Funcional	25
3.2 Avaluació	28
Avaluació psicopatològica	28

Avaluació familiar	30
Avaluació nutricional	30
Integració dels resultats	30
3.3 Hipòtesi de diagnòstic	31
3.4 Tractament	32
Objectius bàsics de la intervenció	32
Intervenció psicològica	33
Intervenció psiquiàtrica i mèdica	35
Intervenció nutricional	35
3.5 Resultats posttractament	36
3.6 Discussió	37
3.7 Seguiment	38
4. CAS 3	39
4.1 Presentació-descripció del cas	39
Anàlisi Funcional	39
4.2 Avaluació	43
Avaluació psicopatològica, de personalitat i familiar	43
Avaluació nutricional	45
Integració dels resultats	45
4.3 Hipòtesi de diagnòstic	46
4.4 Tractament	47
Objectius bàsics de la intervenció	48
Intervenció psicològica	48
Intervenció psiquiàtrica i mèdica	51
Intervenció nutricional	51
4.5 Resultats posttractament	51
4.6 Discussió	52
4.7 Seguiment	53
5. ANÀLISI DE LES LIMITACIONS DEL TREBALL	54
6. CONCLUSIONS	54
7. BIBLIOGRAFIA	56
8. ANNEX	59
8.1 Criteris diagnòstics DSM-5 dels trastorns diagnosticats	59
Anorèxia nerviosa	59
Bulímia nerviosa	61

Trastorn de depressió major	63
8.2 Esquema de l'íceberg de la pacient 1	66

0. INTRODUCCIÓ

En el present treball es durà a terme l'estudi de tres casos clínics escollits durant el *pràcticum II* del Màster en Psicologia General Sanitària. Aquests estan situats en el grup de Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA); donat que el *pràcticum* s'ha realitzat al centre ITA Tarragona, concretament, dins la unitat específica de tractament d'aquests tipus de trastorns.

Els casos seleccionats comparteixen, a banda del tipus de trastorn, el fet que s'ha dut a terme un seguiment del tractament d'aproximadament set mesos donat que s'ha realitzat tant el *pràcticum I* com el *pràcticum II* al mateix centre, facilitant així l'observació de l'evolució dels diferents casos.

Tot i que els tres casos estudiats tenen de base un Trastorn de la Conducta Alimentària, les comorbiditats, el moment terapèutic i les característiques personals de cada cas difereixen.

1. FONAMENTACIÓ TEÒRICA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

1.1 Criteris diagnòstics

Al llarg dels anys, i de les diferents edicions dels sistemes de diagnòstic i classificació internacional (DSM i CIE), aquest grup de trastorns ha anat patint variacions respecte als seus criteris i la seva definició. Actualment comptem amb les dues versions més recents dels manuals anteriorment esmentats: el DSM-5 (APA, 2013) i el CIE-11 (WHO, 2020). Així doncs, en el DSM-5 els TCA es descriuen com: trastorns que es caracteritzen per una alteració persistent en l'alimentació o en el comportament relacionat amb aquesta que porta a una alteració en el consum o en l'absorció dels aliments i que causa un deteriorament significatiu de la salut física o del funcionament psicosocial.

D'altra banda, en la CIE-11 es descriuen com a trastorns que engloben les conductes anormals vinculades a l'alimentació, que no es poden explicar per una altra afecció de salut i que no són adequades pel nivell de desenvolupament ni congruents amb les normes culturals (OMS, 2020).

Segons el DSM-5 (2013), dins del grup dels trastorns de la conducta alimentària podem trobar diferents trastorns: pica, trastorn per rumiació, trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments, anorèxia nerviosa (AN), bulímia nerviosa (BN), trastorn per afartament (TA), altres trastorns de la conducta alimentària especificats i el trastorn de la conducta alimentaria no especificat (TCANE). En aquest treball, però ens centrarem en l'AN, la BN, el TA i el TCANE.

Definiríem l'AN com un trastorn que es caracteritza per la restricció de la ingesta energètica i un pes significativament baix (A), una por intensa a guanyar pes (B) i una alteració en la forma que un mateix percep el seu propi pes o constitució (C). (APA, 2013). D'altra banda trobem la BN que es caracteritza per la presència d'episodis recurrents d'afartaments (A) que es produeixen, almenys, una vegada a la setmana (C), comportaments compensatoris inapropiats per evitar la pujada de pes (B) i una distorsió de la imatge corporal (D). (APA, 2013). Pel que fa al TA, el DSM-5 (2013) el descriu com un trastorn que es caracteritza per la presència d'episodis d'afartament recurrents (A) que es produeixen, almenys, un cop a la setmana (D) que provoquen en la persona sensacions desagradables amb ella mateixa (B) i malestar intens (C). Finalment en els TCANE, el DSM-5 (2013) inclou aquells diagnòstics de TCA en els que, a pesar de presentar-se

simptomatologia, els pacients no encaixen en cap perfil concret o no compleixen suficients criteris de diagnòstic.

1.2 Prevalença i curs

En les estimacions de prevalença dels TCA existeix una gran variació. Aquesta és causada per diferents factors com les poblacions estudiades, els mètodes utilitzats (Fernández, Grande, Banzo i Félix, 2015), la utilització de diferents criteris de diagnòstic (el DSM-IV-TR atribueix molta incidència al TCANE) (Lindvall, Wisting i Oyvind, 2017) i la infravaloració (Dueñas et. al., 2015). En el treball de Galmiche et al. (2019) s'indica un 8,4% de les dones i un 2,2% dels homes pateixen un trastorn alimentari de llarga durada (mínim 12 mesos).

Pel que fa al curs, segons el DSM-5 (2013), els TCA afecten principalment al gènere femení, tot i que s'observa un augment en els casos masculins representant aproximadament el 25% dels casos d'AN i BN i un 36% dels casos de TA (Galmiche et. al. 2019). Aquests trastorns tendeixen a desenvolupar-se entre l'adolescència i els 40 anys. Si analitzem dades temporals, s'observa un increment elevat de la presència de TCA al llarg dels anys; aquest, en l'estudi de Galmiche et. al. (2019), s'estima que ha estat del 3,5% entre l'any 2000 i 2006, del 4,9% entre l'any 2007 i 2012 i del 7,8% entre el 2013 i el 2018.

Les persones amb TCA poden mostrar diferents limitacions funcionals pel que fa a la seva vida i entorn; les àrees més afectades solen ser la laboral, acadèmica, social i salut física. (APA, 2013). La cronificació d'aquest grup de trastorns depèn de diferents factors com les disfuncions familiars o la falta d'una xarxa de suport forta (Salgueiro i Kirszman, 2012) o el fet de rebre tractament o no. De fet, segons l'estudi de Lopez i Treasure (2011), si el

diagnòstic de la malaltia té lloc durant els tres primers anys, el pronòstic és millor i existeix menys probabilitat cronificació d'aquest.

Els TCA es consideren trastorns multicausals on s'inclouen aspectes socioculturals, individuals o familiars (Gismero, 2020) que es relacionen de forma complexa entre ells (Magalhães i dos Santos, 2012) donant lloc al desenvolupament del trastorn.

SOCIOCULTURALS	INDIVIDUALS	ENTORN/FAMÍLIA
Pressió social pels cossos prim (Gismero, 2020)	Perfeccionisme ↑ (Serrano et. al., 2018)	Abusos físics o sexuals (APA, 2013)
Ús de les xarxes socials (Gismero, 2020)	↓ autoestima o ↑ impulsivitat (Gismero, 2020)	Disfuncions en l'àmbit familiar (Salgueiro i Kirszman, 2012)
Professions i aficions que premien o exigeixen la pèrdua de pes (APA, 2013)	Dificultat gestió emocional (Pascual, 2011)	
Interiorització d'un ideal de cos prim (APA, 2013)	Trets obsessius o ansiosos en la infància (APA, 2013)	
	Simptomatologia depressiva (APA, 2013)	
	Preocupació pel pes (APA, 2013)	
	Desenvolupament puberal primerenc (APA, 2013)	

Quan un TCA es desenvolupa, la persona entra en un cercle viciós que es retroalimenta mantenint el trastorn i fent que es faci més greu amb el temps. Utilitzant la metàfora de l'iceberg, els TCA tenen 3 nivells: en el més profund estan els factors de risc que generen malestar, en el nivell intermedi trobaríem aquells aspectes que la persona creu que són la causa del seu malestar i en les que se centra (imatge corporal, acceptació social, etc.) i, en

el més superficial, trobaríem la simptomatologia visible del trastorn (purgues, restriccions, autolesions, afartaments, etc.) que són les conductes que realitza la persona per tal de solucionar els aspectes als quals atribueix el seu malestar. Aleshores, tot i que la persona s'esforça per fer les conductes de la superfície, no calma el malestar dels aspectes amb els quals se centra (nivell intermedi) generant més malestar i augmentant els problemes reals (nivell profund) que, al seu temps, incrementen el rebuig cap als aspectes del nivell intermedi generant un augment de les conductes de la superfície.

1.3 Comorbiditats

Igual que en altres trastorns mentals, els TCA no solen cursar sols. Els trastorns comòrbids poden ser desenvolupats abans o després del trastorn principal (APA, 2013). Segons l'estudi de Keski-Rahkonen i Mustelin (2016) els més freqüents són:

- T. d'ansietat
- T. afectius
- T. de personalitat límit
- T. d'abusos de substàncies

A banda d'aquests, també s'especifica que existeix un risc molt alt d'autolesió i de suïcidi en les persones que pateixen un TCA.

1.4 Avaluació

Per a l'avaluació dels TCA existeixen diferents instruments de detecció validats a Espanya tot i que no existeix cap mètode de cribratge acceptat de forma universal (Rodríguez et al., 2018). Alguns exemples són el Eating Attitude Test de Garner i Garfinkel (1979), el SCOFF de Morgan et al. (1999) i l'EDI-3 de Garner et al. (2004). A banda, també és convenient que s'avaluïn

altres àrees: problemes emocionals, ira, risc de suïcidi, trastorns de personalitat o altra patologia associada.

1.5 Tractament

Per tractar de forma efectiva els TCA hem d'incloure professionals de diferents disciplines: psicologia, psiquiatria, medicina i nutrició (Magalães i dos Santos, 2012). Tanmateix, com es plasma al treball de Gómez-Candela et. al. (2018) és important que aquest conjunt de professionals treballin en xarxa i coordinats: avaluant, plantejant i supervisant la millor intervenció per cada persona en concret.

1.5.1 Intervenció psicològica

Una bona intervenció psicològica en casos de TCA és quelcom primordial i necessària. Els objectius, en línies generals, són contenir la simptomatologia present i dur a terme una reeducació de la gestió emocional de la persona.

El psicòleg treballa els següents aspectes: identificar i treballar les causes que porten a una mala relació amb l'alimentació, ajudar a prendre consciència sobre la seva forma d'actuar, treballar el rebuig a hàbits saludables i la imatge corporal, treballar les barreres, les emocions, els bloquejos i les exigències del pacient, buscar estratègies d'afrontament i treballar l'autoconcepte, l'autocura i, sobretot, l'autoestima (Herrero i Andrades, 2019).

Com en tot tractament psicològic és important partir des de la psicoeducació tant per al pacient com per a les persones pròximes a ell; el fet que entenguin què està passant, què impliquen aquests hàbits alimentaris i què es necessita per poder fer un bon tractament són aspectes essencials que moltes vegades es desconeixen. Seguint amb les vessants psicològiques, segons Gómez-

Candela (2018) es recomana utilitzar una perspectiva Cognitiva-Conductual (TCC). L'objectiu que persegueix és poder connectar les cognicions típiques del trastorn amb les conductes disfuncionals que la persona realitza per tal de reduir l'ansietat que sent. Aquest objectiu es persegueix amb la intenció de generar consciència de malaltia, donat que la majoria de persones no són conscients de que tenen un problema (Gómez-Candela et. al., 2018). Tanmateix, la TCC no pot englobar la totalitat de les disfuncions que pateixen la majoria d'aquestes persones. Una altra teràpia important és la sistèmica-familiar, aquesta busca cercar i canviar les formes disfuncionals de relació entre els membres de les xarxes socials més importants per a la persona en qüestió (Gómez-Candela et. al. 2018).

Pel que fa a la intensitat de tractament, podem trobar tres modalitats. L'elecció del tractament variarà en funció de la gravetat que presenti el pacient. De menor a major grau d'intensitat trobem:

Consultes externes: quan la simptomatologia no representa un perill ni genera una gran interferència en la seva vida.

Hospitalització parcial: el pacient ha de restar ingressat en un centre especialitzat d'entre 4 a 8 hores diàries. Es recomana quan la simptomatologia és greu i genera una interferència i un malestar gran.

Hospitalització completa: Només s'utilitza quan la vida del pacient està en alt risc i la simptomatologia és molt resistent. La persona resta hospitalitzada les 24 hores del dia. Aquest recurs pot oferir un nivell de contenció del símptoma molt elevat i una plena atenció al pacient.

1.5.2 Intervenció psiquiàtrica i mèdica

La intervenció psiquiàtrica té un paper important en el tractament dels TCA tot i que no és imprescindible. Segons l'estudi de Gómez-Candela, et. al., (2018), la medicació és molt recomanable en casos greus. És considerada una intervenció adjuvant de la psicològica que la facilita en diferents aspectes com, per exemple, ajudant a millorar l'estat d'ànim del pacient per tal que a aquest li sigui més fàcil seguir la teràpia psicològica.

D'altra banda, la simptomatologia dels TCA pot generar un seguit de complicacions mèdiques (APA, 2013). És habitual, per exemple, que en aquests tipus de pacients existeixi l'autolesió, un dèficit nutricional o lesions produïdes per les conductes compensatòries; aquestes han de ser valorades i tractades per un especialista de la medicina.

1.5.3 Intervenció nutricional

Una altra de les parts fonamentals del tractament dels TCA és la nutricional, ja que en aquest grup de trastorns existeixen hàbits alimentaris i nutricionals disfuncionals que, en la majoria de casos, mantenen el trastorn alimentari. Aleshores, un especialista en nutrició valora la situació de cada pacient per tal de destruir els hàbits disfuncionals i treballa per tal d'implementar-ne de nous (Gómez-Candela et. al., 2018). Segons el llibre d'Herrero i Andrades (2019) els objectius de l'expert en nutrició en el tractament dels TCA són: analitzar hàbits dietètics, treballar aversions i rebutjos alimentaris, treballar els conceptes pes, greix, aliments bons i dolents, identificar i treballar els mites alimentaris, treballar la motivació i estratègies que ajudin a generar el canvi d'hàbits i treballar la sensació de gana i sacietat.

7. BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Dueñas, Y., Murray, M., Morell, B., Murjani, HS., Jiménez, A. (2015) Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp.*; 32(5): 2091-2097. doi: 10.3305/nh.2015.32.5.9662.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F.P. y Muñoz, J.M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicològica*, 34(2), 111-128.
- Ferrer, C. i Delgado, A.R. (2018). Revisión sistemática de las medidas del Trastorno por Estrés Postraumático. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(1), 43-54.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. i , Tavolacci, MP. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), p.1402–1413, <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gil-Íñiguez, A. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1),75-80.
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>

- Gómez-Candela, C., Palma, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos, R., Virgili, MN., Martínez, M., Mories, MT., Castro, MJ. i Martín-Palmero, A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 49-97.
- Herrero, G. i Andrades, C. (2019). *PSICONUTRICIÓN. Aprende a tener una relación saludable con la comida* (2ª ed.) Espanya: Arcopress S.L.
- Inventari d'expressió de Ira Estat-Tret (STAXI-2/STAXI-NA). Adaptació de C.D. Spielberg (1999).
- Inventari per als Trastorns de la Conducta Alimentaria (EDI-3) Adaptació d'Elousa, López-Jáuregui y Sánchez (TEA, 2010).
- Inventario clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV). Th. Millon, S., Frossman y C.Milon. Adaptació espanyola: Dpto. I+D Pearson Clinical en col·laboració amb la Sra. M^a Pilar Sánchez Lopez i la Sra. Violeta Cardenal Hernández.
- Keski-Rahkonen, A. I Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe, Current Opinion. *Psychiatry*, 29(6), 340-345
- Lindvall, D., Wisting, L., Oyyind, R. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in nonclinical male and female samples. *J Eat Disord* 5(56). doi: 10.1186/s40337-017-0186-7.
- López, C. i Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 85-97.
- Magalhães, D. i dos Santos, A. (2012). Corpo e palavra: grupo terapéutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*, 17(4), 607-617.

- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. i Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Rojo, S. & Linares, T. & Félix-Alcántara, M.P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 11. 5144-5152. 10.1016/j.med.2015.09.004.
- Salgueiro, C i Kirszman, S. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el rol de la familia. *Revista argentina de clínica psicològica*, 21(2), 161-171.
- Serrano, E., Campos, a., Godrid, M., Cañas, L., Carulla, M., Matalí, J i Dolz, M. (2018). Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionisme: ¿qué papel juegan las conductes purgatives? *Psicopatol. Salud ment.* 32, 67-75.
- Villarroel, A. (2008). *El abuso infantil y su relación con sintomatología alimentaria*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>