



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Treball de fi de màster
Doina Gherta Gavrilita

Doina Gherta Gavrilita

TRES CASOS SOBRE TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per Josefina Canals Sans

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITARIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2021



Aquest treball conté informació sensible que ha de ser protegida. Per aquest motiu s'ha elaborat aquesta versió confidencial.



ÍNDEX

1. MARC TEÒRIC	4
CONCEPTES I CLASSIFICACIÓ DELS TCA	4
EPIDEMIOLOGIA.....	5
COMORBIDITAT.....	6
ETIOLOGIA	6
AVALUACIÓ	10
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS EFICAÇOS EN TCA	12
2. DESCRIPCIÓ DEL CAS 1. ARU	14
HISTÒRIA DEL PROBLEMA	15
AVALUACIÓ I RESULTATS	17
ANÀLISI FUNCIONAL.....	19
Antecedents	19
Conductes problema.....	21
Conseqüències	22
FORMULACIÓ CLÍNICA	23
Hipòtesis d'origen i adquisició del problema	23
Hipòtesis manteniment actual del problema.....	24
Hipòtesis diagnòstiques	24
Diagnòstic diferencial	24
INTERVENCIÓ	25
Objectius del tractament i tècniques terapèutiques	25
RESULTATS I DISCUSSIÓ	31
3. DESCRIPCIÓ DEL CAS 2. RAA	33
HISTÒRIA DEL PROBLEMA	34
AVALUACIÓ I RESULTATS	36
ANÀLISI FUNCIONAL.....	37
Antecedents	37
Conductes problema.....	40
Conseqüències	40
FORMULACIÓ CLÍNICA	41
Hipòtesis d'origen i adquisició del problema	41
Hipòtesis manteniment actuals del problema	42
Hipòtesis diagnòstiques	42
INTERVENCIÓ	43
Objectius del tractament i tècniques terapèutiques	43



RESULTATS I DISCUSSIÓ	46
4. DESCRIPCIÓ DEL CAS 3. MGC	48
HISTÒRIA DEL PROBLEMA	49
AVALUACIÓ I RESULTATS	50
ANÀLISI FUNCIONAL.....	51
Antecedents	51
Conductes problema.....	53
Conseqüències	53
FORMULACIÓ CLÍNICA	54
Hipòtesis d'origen i adquisició del problema	54
Hipòtesis manteniment actual del problema.....	54
Hipòtesis diagnòstiques	55
INTERVENCIÓ	55
Objectius del tractament i tècniques terapèutiques	55
RESULTATS I DISCUSSIÓ	56
5. LIMITACIONS.....	57
6. CONCLUSIONS.....	57
7. BIBLIOGRAFIA.....	58
8. ANNEXOS	61
<i>ANNEX I CLASSIFICACIÓ TCA DSM-5</i>	<i>61</i>
<i>ANNEX II CLASSIFICACIÓ TCA CIE-11</i>	<i>62</i>
<i>ANNEX III CRITERIS DIAGNÒSTICS ANORÈXIA NERVIOSA DSM-5.....</i>	<i>62</i>
<i>ANNEX IV CRITERIS DIAGNÒSTICS BULÍMIA NERVIOSA DSM-5.....</i>	<i>64</i>
<i>ANNEX V CRITERIS DIAGNÒSTICS DEPRESSIÓ MAJOR DSM-5</i>	<i>65</i>
<i>ANNEX VI CRITERIS DIAGNÒSTICS TRASTORN DEPRESSIU PERSISTENT DSM-5</i>	<i>67</i>
<i>ANNEX VII TAULA 7. ANÀLISI FUNCIONAL CAS ARU</i>	<i>69</i>
<i>ANNEX VIII TAULA 8. ANÀLISI FUNCIONAL CAS RAA</i>	<i>70</i>
<i>ANNEX IX TAULA 9. ANÀLISI FUNCIONAL CAS MGC.....</i>	<i>71</i>



A continuació es presenta el treball de final de màster en psicologia general sanitària de la modalitat aplicada de la Universitat Rovira i Virgili. Presentaré tres casos que he observat durant la meua estada de pràctiques a la clínica ITA-ABB de Tarragona. Aquesta clínica està especialitzada en trastorns de la conducta alimentària (TCA), per tant, els casos i el treball estaran relacionats amb aquests trastorns, més concretament sobre l'anorèxia nerviosa.

1. MARC TEÒRIC

CONCEPTES I CLASSIFICACIÓ DELS TCA

Els TCA són un conjunt de trastorns mentals greus que presenten una intensa insatisfacció amb la imatge corporal, preocupació excessiva i persistent respecte el menjar, el pes i la forma corporal, així com l'ús de mesures no saludables per controlar o reduir el pes corporal. Aquesta simptomatologia provoca un deteriorament significatiu del benestar psicosocial i físic de la persona (López i Treasure, 2011).

Els principals TCA són l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN) i el trastorn per afartament (TA). Aquests trastorns els trobem classificats en el manual diagnòstic DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) dins de l'apartat Trastorns alimentaris i de la ingestió d'aliments i en el CIE-11 (OMS, 2019) dins dels Trastorns del comportament alimentari. En els [annexos I i II](#) es presenten els criteris de diagnòstic dels TCA segons els dos sistemes de classificació.

L'AN es caracteritza per la marcada pèrdua de pes, per una falta de preocupació pel seu deteriorament i la sobrevaloració de la seva silueta o mida. En canvi, la BN es caracteritza per la ingesta compulsiva de menjar acompanyada de conductes compensatòries. Existeix una forma d'AN, la purgativa, que també realitza conductes compensatòries per a controlar el pes. Davant d'aquest encavalcament de la simptomatologia, una de les principals diferències entre els diagnòstics és l'índex de massa muscular



(IMC). Si és menor de 17,5 seria AN i si hi ha presència d'afartaments, conductes purgatives/compensatòries i absència de baix pes és BN. Per últim, el TA es caracteritza per conductes d'afartament, sense conductes compensatòries, acompanyades de sentiments de vergonya, culpa i emocions desagradables.

Entre els quadres de TCA s'ha observat una alta inestabilitat diagnòstica, ja que existeix una gran migració entre ells al llarg del temps, fins a un 50% dels casos (Gómez del Barrio, 2018). Per exemple, és habitual iniciar amb una simptomatologia d'AN i que presenti un canvi a conductes de BN o viceversa.

Els TCA els anomenem greus perquè tenen una taxa de mortalitat alta en comparació amb tots els trastorns psiquiàtrics, això és degut en primer lloc per les complicacions mèdiques que presenten i en segon lloc per l'alta taxa de suïcidis en aquestes persones (Rodríguez-López, Rodríguez-Ortiz, i Romero-Gonzalez, 2021). Respecte al pronòstic, els TCA precisen una mitja de quatre a cinc anys de tractament i un terç tendeixen a la cronicitat (Gómez del Barrio, 2018).

EPIDEMIOLOGIA

La població de major risc són dones adolescents i joves de països industrialitzats i occidentalitzats (Galmiche, Déchelotte, Lambert, i Tavalocci, 2019; Magallares, 2013). Els TCA són prevalents mundialment: en una revisió sistemàtica troben que la prevalença és del 5,7% en dones i del 2,2% en homes (Galmiche, Déchelotte, Lambert i Tavalocci, 2019), mentre que altres troben que és fins a un 13% (Gómez-Candela et al., 2018). Els estudis amb població espanyola mostren que la prevalença dels TCA en dones adolescents i joves està al voltant del 5,34%. Més concretament per a cada diagnòstic en dones de 12 a 21 anys troben que la prevalença d'AN és entre el 0,33% i el 0,9%, la BN entre el 2,29% i el 2,9% i els TCA-NE (No Especificats) entre el



2,72% i el 5.3% (Fernández, Labrador, i Raich, 2007; Olesti Baiges et al., 2008).

COMORBIDITAT

També és important saber que entre el 47 i el 97% de les persones amb AN presenten alta comorbiditat amb altres trastorns i això comporta més dificultats en la recuperació, ja que s'afegeixen problemes psicològics, físics i socials a les alteracions alimentàries. De forma general els TCA tenen elevada comorbiditat amb la depressió, els trastorns d'ansietat, el trastorn obsessiu compulsiu (TOC), el consum d'alcohol, l'abús de substàncies, els intents de suïcidi i amb trastorns de la personalitat (López i Treasure, 2011; Saldaña, Quiles, Martin i Salorio, 2014). Entre un 3 i un 7% han presentat un intent de suïcidi.

Les dades de la BN són similars respecte als trastorns de l'estat d'ànim i d'ansietat i l'abús de substàncies, en canvi, les persones amb BN tenen també comorbiditat amb trastorns de l'estrès posttraumàtic (TEPT), fòbia social, TDAH, control d'impulsos i trastorn de la personalitat límit (Herpertz-Dahlmann, 2015). La BN presenta alta comorbiditat en abús de substàncies, entre un 2,6 i un 60%, en concret de l'alcohol. Més de la meitat de les pacients que presenten un TCA i abús de l'alcohol reconeixen que l'usen com a anorexígen, indicant que aquest té una funció dins del trastorn (Muñoz Algar, Bernal García, i Poyo Calvo, 2015).

ETIOLOGIA

Els TCA són d'origen multifactorial intervenint tant factors genètics, com altres biològics, psicològics, socials i culturals. Tots aquests actuen com factors de risc o de predisposició, desencadenants o mantenidors. Els trobem resumits a la Figura 1 (Fernández Rojo, Grande Linares, Banzo Arguis, i Félix-Alcántara, 2015).



S'han detectat diversos factors de risc per desenvolupar TCA al llarg del cicle vital. Tenir un familiar amb un TCA incrementa en un 10% les probabilitats de patir-ne un. Presentar prematuritat incrementa el risc en un 6% de patir AN. Al llarg de la infància, presentar trets obsessius-compulsius, com la rigidesa o el perfeccionisme, incrementa el risc d'un TCA i patir abusos sexuals o físics o haver sigut criticat pel pes o per menjar en infants que tenien un IMC alt incrementa el risc de patir BN. En la figura 2 es presenta un model de l'evolució dels factors de risc per al desenvolupament d'un TCA (Treasure, 2016).

Els factors de risc poden ser individuals, familiars o socials. Respecte als individuals trobem que hi ha associació amb diversos trets de personalitat, de temperament i característiques psicològiques. Aquests són: la impulsivitat, el perfeccionisme, les obsessions, la rigidesa, presentar alexitímia o la baixa autoestima (Rodríguez-López, Rodríguez-Ortiz i Romero-Gonzalez, 2021). Respecte a factors mantenidors individuals s'ha descrit que les noies amb AN tenen sobretot alts nivells d'ansietat, evitació i dependència i en les pacients amb BN i TA sobretot la impulsivitat (Treasure, 2016). També s'ha trobat de risc presentar conflictivitat amb la identitat o orientació sexual (Lopez, Nielsen, i Mato, 2019).

Els factors de risc familiars són per exemple la presència de disfunció familiar (falta de comunicació o maltractament) i la presència de preocupació estètica en la família, que s'ha pogut mostrar en forma de crítiques familiars sobre el pes corporal o la figura a la persona o percebre la insatisfacció corporal en familiars o antecedents familiars de dietes (Ortíz, Caro, i Mesa, 2010). També s'ha associat el TCA amb famílies monoparentals i ser fill/a únic/a (Fernández et al., 2007).

Un dels factors més relacionats amb els TCA és l'estàndard social de bellesa i primesa. Les actituds de les persones promouen aquest ideal i sancionen a

les que no el compleixen, existeix una pressió social respecte l'estètica del cos (Salas, 2015). A més, l'exposició a les imatges d'aquests cossos per les xarxes socials augmenta les probabilitats de patir un TCA. Això es deu a les comparacions socials que sobretot les dones fan amb les que consideren que tenen un cos superior, com les models. Aquesta exposició constant també s'ha trobat que augmenta l'ansietat social, perquè les persones se senten vulnerables a l'avaluació negativa dels altres (Magallares, 2013). També respecte als factors socioculturals s'ha descrit que tenir un nivell socioeconòmic baix i treballar en el modelatge o esports estètics està relacionat amb el risc o el manteniment d'un TCA (Mitchison i Hay, 2014). L'assetjament, les burles o comentaris negatius sobre el cos i el pes també un factor de risc per patir TCA (Lopez et al., 2019; Vargas Baldares, 2018).

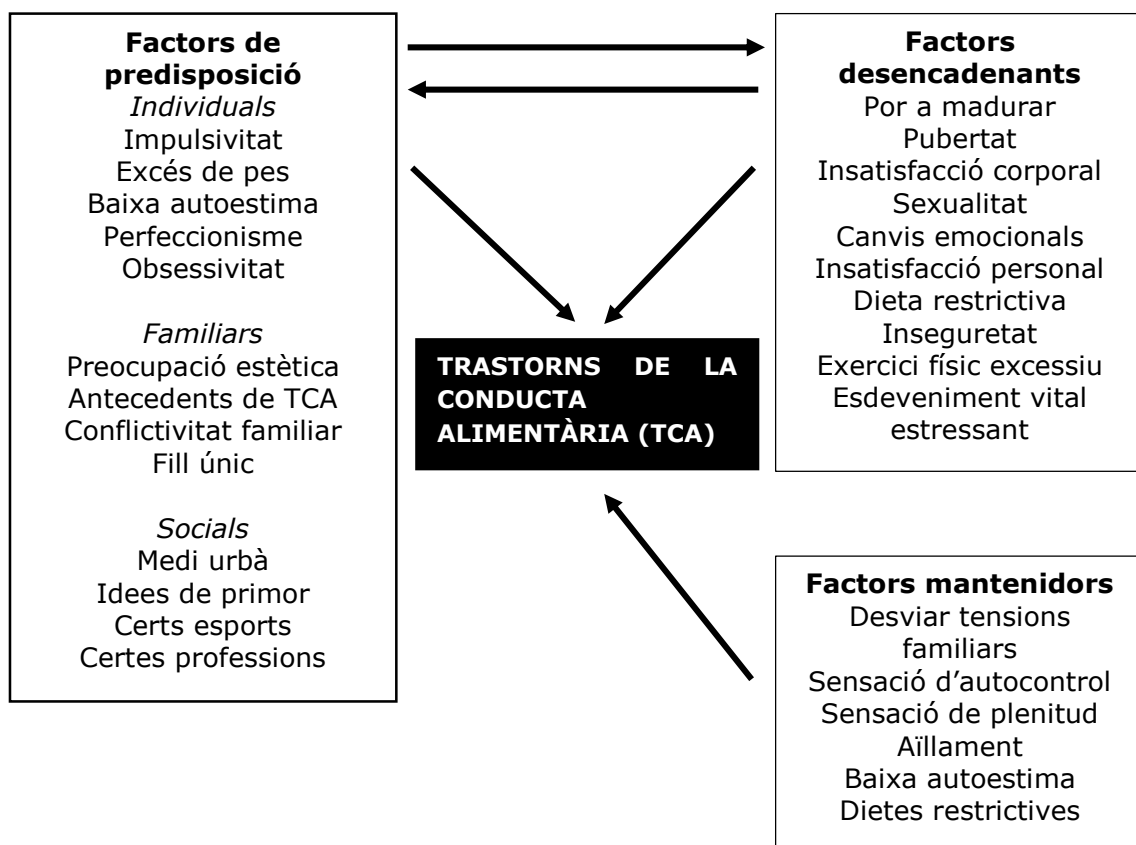


Figura 1. Etiologia dels trastorns de la conducta alimentària (Fernández Rojo et al., 2015)

Respecte als factors desencadenants o precipitants s'han descrit la por a madurar, els canvis físics de la pubertat, la insatisfacció corporal, la sexualitat, els canvis emocionals, la insatisfacció personal, les dietes restrictives, els sentiments d'inseguretat, l'exercici físic excessiu o viure un



esdeveniment vital estressant (Fernández Rojo et al., 2015). Respecte a aquest últim, un esdeveniment mundial que ha estat relacionat amb l'aparició de més casos de TCA, o l'empitjorament d'aquests, ha sigut el confinament viscut l'any 2020 a causa de la pandèmia per la COVID-19. Aquest esdeveniment ha comportat de forma general en la població major aïllament social, l'alteració de les rutines diàries, modificació de les activitats físiques i d'horaris de son, emocions negatives, pors, incertesa, menor suport social, dificultats de regulació emocional a través dels altres i dificultat d'accés a intervencions clíniques precoces. A més a més, tots els missatges de *menjar saludable, controla el pes en pandèmia, no perdís la teva forma física*, etc. provoca que hi hagi hagut més hipervigilància i excés de control de l'estat físic i la imatge corporal, com l'alteració de les conductes alimentàries i l'augment de pensaments obsessius relacionats amb el control del pes i el menjar (Graell Berna, 2021). En població infanto-juvenil un estudi ha trobat que durant el període de la COVID s'han sol·licitat un major número de primeres visites, una tendència de major conductes restrictives i de major gravetat respecte del mateix període de l'any anterior de la pandèmia (Samatán-Ruiz i Ruiz-Lázaro, 2021).

Per últim, una línia d'investigació en desenvolupament són els estudis genètics. S'ha trobat que els factors genètics poden explicar entre un 50 i un 60% de la variabilitat deixant en l'altre percentatge els factors ambientals. S'està descobrint que les influències genètiques i els factors de risc dels TCA, com el perfeccionisme, poden ser importants moderadors de les característiques clíniques del TCA (Mitchison i Hay, 2014). En els últims anys s'estan investigant polimorfismes genètics que estan relacionats amb el risc de desenvolupar un TCA o modificar paràmetres fisiològics o psicopatològics en aquestes pacients. S'han trobat associacions entre el polimorfisme 5HT2A A-1438G de la serotonina i el risc de desenvolupar AN restrictiva i entre els

polimorfismes dopaminèrgic DAT1 10R/9R amb un increment moderat de risc de patir BN (Gordillo Benítez, 2014).

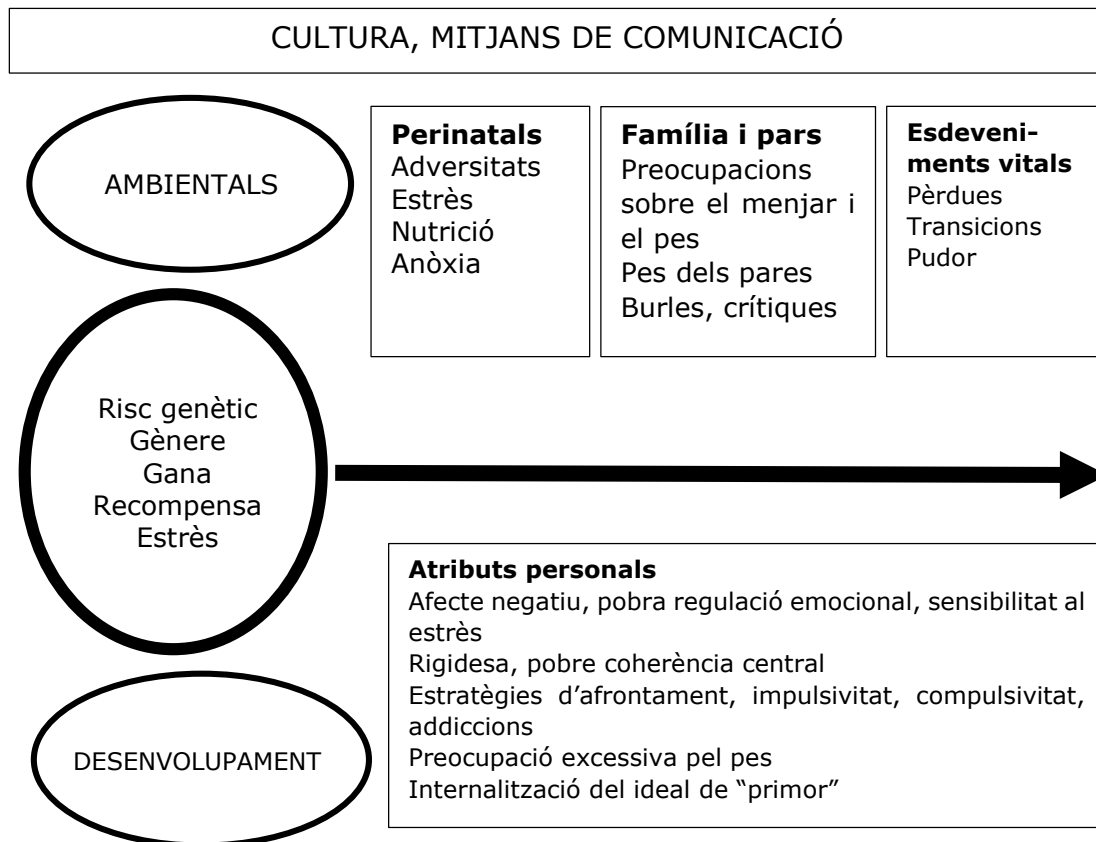


Figura 2. Factors de risc dels trastorns de la conducta alimentària (Treasure, 2016)

Tots aquests factors s'ha de tenir en compte per a la prevenció dels TCA però també per a la comprensió dels trastorns i el seu tractament.

AVALUACIÓ

El diagnòstic d'un TCA s'obté per mitjà d'una història clínica completa, una exploració física i neurològica general i una avaluació psicopatològica. Aquesta última ha d'explorar sobre l'alteració en la imatge corporal, el desig d'aprimar-se, els mecanismes usats per aconseguir-ho i les repercussions que té en l'àmbit personal i sociofamiliar (Vargas Baldares, 2018).

Hi ha diversos instruments estandarditzats que ajuden en el diagnòstic i classificació dels TCA (Galmiche et al., 2019; Pérez Rodríguez, 2018). Per una part, qüestionaris generals de TCA com són:

- EAT-40, Qüestionari d'actituds alimentàries (*Eating Attitudes Test*, Garner i Garfinkel, 1979): valora la por a guanyar pes, l'impuls a aprimar-se i patrons



alimentaris restrictius. Té validació espanyola i un coeficient de fiabilitat de 0.93 (Castro, Toro, Salamero i Guimerà, 1991). Té una versió abreviada, el EAT-26.

- EDE-Q, qüestionari d'examinació dels trastorns alimentaris (*Eating Disorder Examination*, Fairburn i Beglin, 1994). És un breu qüestionari que mesura actituds i comportaments presents en persones amb trastorns alimentaris (restricció, preocupació pel pes, el menjar i la figura (Fairburn, 2008). Té dades normatives de la versió espanyola per a adults i adolescents (Peláez-Fernández, Labrador, i Raich, 2013) (Villarroel, Penelo, Portell i Raich, 2011).
- EDI-3, inventari de trastorns de la conducta alimentaris (*Eating Disorders Inventory*, Garner, 1998). Consta de 12 escales, tres específiques dels TCA i 9 escales psicològiques generals. Adaptació espanyola per Elosua, López-Jáuregui i Sánchez-Sánchez, (2010).

Per altra banda, entrevistes diagnòstiques estructurades específiques com l'EDE (*Eating Disorder Examination*, Cooper i Fairburn, 1987; Fairburn i Cooper, 1993), o generals de trastorns mentals com l'SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1997) o el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*, OMS, 1990).

A més a més, també s'han creat tests estandarditzats específics per a cada diagnòstic, com per exemple per a la BN. Aquests són el BITE (*Bulimic Investigatory Test of Edimburgh*, Henderson i Freeman, 1987) i el BULIT-R (*Bulimia Test-Revised*, Smith i Thelen, 1984). Per al TA hi ha el BES (*Binge Eating Scale*).

Per a la població infantil també s'han desenvolupat tests especialitzats com el ChEAT (*Children's Eating Attitudes Test*) i entrevistes estructurades de diagnòstic generals de trastorns mentals per nens /adolescents.

Un aspecte que trobem present en aquests trastorns és l'alteració de la imatge corporal. A part d'explorar aquest apartat en l'entrevista, també es recomana administrar autoinformes com son el BSQ (*Body Shape*



Questionnaire, Cooper, Taylor, Cooper i Fairburn, 1987) o el BAT (*Body Attitudes Test, Probst, Vandereycken, Coppinolle i Vanderlinden, 1995*) (Pérez Rodríguez, 2018).

Com s'ha comentat hi ha alta comorbiditat amb altres trastorns emocionals o de la personalitat, per tant, serà necessari complementar-ho amb una exploració emocional, conductual i cognitiva. No s'aborda en aquest treball perquè no és l'objectiu principal.

TRACTAMENTS PSICOLÒGICS EFICAÇOS EN TCA

L'abordatge terapèutic dels TCA ha de ser realitzat per un equip multidisciplinari i ha d'incloure una recuperació nutricional combinada amb tractament psicoterapèutic. Respecte a aquest últim, el tractament d'elecció per als TCA és el tractament cognitiu conductual (Yager et al., 2006) encara que hi ha diversos tractaments recomanats.

En la guia National Institute for Health and Care Excellence (NICE) els tractaments eficaços segons l'evidència científica per a les adultes amb AN són el TCC, el tractament Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) o la Teràpia de Suport i Maneig Clínic (SSCM). Per a les persones amb BN o amb TA, recomanen una guia d'autoajuda i si no es eficaç recomanen TCC grupal. Per a les nenes o adolescents amb TCA el tractament que recomanen és la teràpia familiar segons el model Maudsley juntament amb TCC adaptada (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017).

El TCC individual té l'objectiu de reduir el risc de les conseqüències físiques i altres símptomes del trastorn, motivar en l'alimentació saludable i la recuperació del pes corporal i aportar tècniques de RC, regulació emocional, habilitats socials com també treballar la imatge corporal, l'autoestima i prevenció de recaigudes. Per altra banda, les altres dos corrents inclouen aproximacions transdiagnòstiques. El MANTRA és una teràpia individual que



aborda trets obsessius i d'ansietat/evitació, també assenyala la importància de l'ús d'estratègies de tipus motivacional i de fer una bona formulació. Inclou mòduls d'atenció i suport a factors com la regulació emocional, les relacions interpersonals i l'estil cognitiu. Per últim el SSCM se centra en la importància de la relació terapèutica per aconseguir un seguiment clínic amb supervisió estreta de l'evolució dels hàbits nutricionals, el pes i els problemes que van sorgint en la teràpia (Gómez del Barrio, 2018).

Tradicionalment hi havia dues tipologies de tractament, l'hospitalització i el servei ambulatori. L'hospitalització total es fa quan el tractament ambulatori no ha sigut eficaç o suficient o quan són necessàries contencions. Però en sortir de l'hospitalització com han estat aïllats del seu entorn natural no es podien generalitzar els aprenentatges i es produïen molts reingressos, fet que es demandés un servei alternatiu (Serrano-Troncoso et al., 2020). Els hospitals de dia són dispositius assistencials amb l'objectiu d'oferir un tractament intensiu i global. Aquesta tipologia permet mantenir el contacte amb el seu cercle familiar i social, una major implicació de la família i redueix el cost sanitari. També s'han vist eficaços per a prevenir ingressos posteriors en altres serveis sanitaris o socials (Díaz-Sibaja, Trujillo, i Peris-Mencheta, 2007). En aquests serveis treballen de forma multidisciplinària diversos professionals: psicòlegs, psiquiatres, nutricionistes, personal d'infermeria i educadors socials.

En el tractament dels TCA els resultats són moderadament significatius, veiem taxes de recuperació baixes. Els pacients joves d'AN tenen una taxa de recuperació entre el 50 i el 70%, mentre que els pacients amb BN i TA sobre un 40% (López i Treasure, 2011; Treasure, 2016). També són trastorns on poden haver recaigudes, les taxes van des de l'11% al 41% (Escandón-Nagel, Dada, Grau, Soriano, i Feixas, 2017).



2. BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (5.ª ed.; Editorial Médica Panamericana, Ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
2. Berends, T., Meijel, B. VAn, i Elburg, A. Van. (2018). *Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa*.
3. Bonder, R., i Tara, M. (2015). The Efficacy of Motivational Interviewing and Adapted Motivational Interviewing as an Eating Disorder Intervention: A Scoping Review. *Western Undergraduate Research Journal: Health and Natural Sciences*, 5. Recuperado de <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/wurjhns/article/view/5022/4167>
4. Castro, J., Toro, J., Salamero, M., i Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Evaluación Psicológica*, 7(2) 175-190
5. Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A. A., i Peris-Mencheta, L. Y. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7(1), 80-99.
6. Escandón-Nagel, N., Dada, G., Grau, A., Soriano, J., i Feixas, G. (2017). La evolución de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tres años después de ingresar a hospital de día. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 59-69.
7. Fairburn, C.G., i Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
8. Fernández, M. A. P., Labrador, F. J., i Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.010>
9. Fernández Rojo, S., Grande Linares, T., Banzo Arguis, C., i Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 11(86), 5144-5152. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
10. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., i Tavalocci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
11. Garner, D.M. (1991). EDI-3. Inventario para los trastornos de la conducta alimentaria. TEA Ediciones. Gila, A., Castro, J., Gómez, M.J., Toro, J. I Salamero, M. (1999) BAT. The body attitude test: Validation of the Spanish version *Eat Weight Disorders*, 4(4), 175-178. doi: 10.1007/BF03339733. Garner, D.M., i Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi: 10.1017/S0033291700030762
12. Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., i Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://doi.org/10.20960/nh.1819>



13. Gómez del Barrio, A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 73-88. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.248>
14. Gordillo Benítez, M. I. (2014). *Papel de polimorfismos en genes serotoninérgicos y dopaminérgicos en los trastornos de la conducta alimentaria* (Universidad de Extremadura). Recuperado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/1547>
15. Graell Berna, M. (2021). Desafíos y oportunidades para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes en el contexto de la pandemia. *Journal de Ciencias Sociales*, 16, 152-158. <https://doi.org/https://doi.org/10.18682/jcs.vi16.4534>
16. Grenon, R., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., i Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 997-1013. <https://doi.org/10.1002/eat.22744>
17. Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
18. Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 177-196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
19. López, C., i Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
20. Lopez, P., Nielsen, V., i Mato, R. (2019). Alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿Una patología solo de mujeres? *Medicina Infantil*, 26(1). Recuperado de <http://www.medicinainfantil.org.ar>
21. Magallares, A. (2013). Social risk factors related to eating disorders in women. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 147-154.
22. Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S. A. ISBN 84-270-1174-1
23. Miller, W. R., i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
24. Mitchison, D., i Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, 6(1), 89-97. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841>
25. Muñoz Algar, M. J., Bernal García, P., i Poyo Calvo, F. (2015). Detección de trastornos de la conducta alimentaria en una unidad de alcoholismo. Detection. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 35(128), 817-828. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400009>
26. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment [NICE Guideline No. 69]*. (December). Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
27. Oberle, C. D., Klare, D. L., i Patyk, K. C. (2019). Health beliefs, behaviors, and symptoms associated with orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 24(3), 495-506. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00657-0>
28. Olesti Baiges, M., Piñol Moreso, J. L., Martín Vergara, N., De La Fuente García, M., Riera Solé, A., Bofarull Bosch, J. M., i Ricomá De Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA



- en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23. <https://doi.org/10.1157/13114466>
- 29.OMS (2019). *Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 11*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- 30.Ortíz, S. P., Caro, J. M., i Mesa, C. L. de. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentària en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia)*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60253-5](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60253-5)
- 31.Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., i Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0>
- 32.Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., i Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, 1, 107-114. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18>
- 33.Pérez Rodríguez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentària: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología*. Universidad Complutense de Madrid.
- 34.Ranta, K., Väänänen, J., Fröjd, S., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R. i Marttunen, M. (2017). Social phobia, depression and eating disorders during middle adolescence: longitudinal associations and treatment seeking. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71 (8), 605-613. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1366548>
- 35.Rodríguez-López, Á., Rodríguez-Ortiz, E., i Romero-Gonzalez, B. (2021). Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentària: Aspectos nucleares. *Colombia Médica*, 52(1). <https://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4342>
- 36.Salas, L. (2015). Estrategia publicitaria del consumismo y el impacto en la salud integral de la población adolescente. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 1-21.
- 37.Saldaña, E., Quiles, Y., Martin, N., i Salorio, M. del P. (2014). La ira como factor comórbido a los problemas interpersonales y de desajuste emocional en pacientes con un trastorno de la conducta alimentària. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(5), 233. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/91/ESP/16-91-ESP-228-233-928419.pdf>
- 38.Samatán-Ruiz, E. M., i Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentària en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 38(1), 40-52. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a6>
- 39.Serrano-Troncoso, E., Fàbrega-Ribera, M., Coll-Pla, N., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R., Soto-Usera, P., ... Dolz-Abadia, M. (2020). Alternativas a la hospitalización total en adolescentes con anorexia nerviosa: Eficacia y características de un nuevo modelo intensivo de tratamiento en hospital de día. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(1), 19-27.
- 40.Treasure, J. (2016). Eating disorders. *Medicine (United Kingdom)*, 44(11), 672-678. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.08.001>
- 41.van Eeden, A. E., Oldehinkel, A. J., van Hoeken, D. iHoek, H. W. (2021).



- Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 1-13, <https://doi.org/10.1002/eat.23496>
42. Vargas Baldares, M. J. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: factores relacionados con su detección y manejo integral*. Universidad de Costa Rica.
43. Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell III, J. E., Powers, P., i Zerbe, K. J. (2006). *Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition*. Recuperado de <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>.

8. ANNEXOS

ANNEX I CLASSIFICACIÓ TCA DSM-5

TRASTORNS ALIMENTARIS I DE LA INGESTIÓ D'ALIMENTS DSM-5

PICA

TRASTORN DE RUMINACIÓ

TRASTORN D'EVITACIÓ/RESTRICCIÓ DE LA INGESTA

ANORÈXIA NERVIOSA

BULÍMIA NERVIOSA

TRASTORN PER AFARTAMENT

ALTRES TRASTORNS ALIMENTARIS O DE LA INGESTA D'ALIMENTS
ESPECIFICATS

ALTRES TRASTORNS ALIMENTARIS O DE LA INGESTA D'ALIMENTS NO
ESPECIFICATS



ANNEX II CLASSIFICACIÓ TCA CIE-11

TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA CIE-11

ANORÈXIA NERVIOSA

BULÍMIA NERVIOSA

TRASTORN PER AFARTAMENT

TRASTORN EVITATIU O RESTRICTIU DE LA INGESTA ALIMENTÀRIA

SINDROME DE PICA

TRASTORN PER RUMINACIÓ O REGURGITACIÓ

ALTRES TRASTORNS ESPECIFICATS DEL COMPORAMENT ALIMENTARI

TRASTORNS DEL COMPORTAMENT ALIMENTARI SENSE ESPECIFICACIÓ

ANNEX III CRITERIS DIAGNÒSTICS ANORÈXIA NERVIOSA DSM-5

A. Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix amb relació a l'edat, el sexe, el curs del desenvolupament i la salut física.

Pes significativament baix es defineix com un pes que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat.

B. Por intensa a guanyar pes o a engreixar, o comportament persistent que interfereix en l'augment de pes, fins i tot amb un pes significativament baix.

C. Alteració en la forma en què un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o la constitució corporal en l'autoavaluació, o manca persistent de reconeixement de la gravetat del pes corporal baix actual.

Nota de codificació: El codi CIM-9-MC per l'anorèxia nerviosa és **307.1**, que s'assigna amb independència del subtipus. El codi CIE-10-MC depèn del subtipus (vegeu a continuació).

Especificar si:

(F50.01) Tipus restrictiu: Durant els últims tres mesos, l'individu no ha tingut episodis recurrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit



autoprovocat o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes). Aquest subtipus descriu presentacions en què la pèrdua de pes és deguda sobretot a la dieta, el dejuni i / o l'exercici excessiu.

(F50.02) Tipus amb afartaments / purgues: Durant els últims tres mesos, l'individu ha tingut episodis recorrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoprovocat o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes).

Especificar si:

En remissió parcial: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per a l'anorèxia nerviosa, el Criteri A (pes corporal baix) no s'ha complert durant un període continuat, però encara es compleix el Criteri B (por intensa a augmentar de pes o engreixar, o comportament que interfereix en l'augment de pes) o el Criteri C (alteració de l'autopercepció del pes i la constitució).

En remissió total: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per a l'anorèxia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Especificar la gravetat actual:

La gravetat mínima es basa, en els adults, en l'índex de massa corporal (IMC) actual (vegeu a continuació) o, en nens i adolescents, en el percentil de l'IMC. Els límits següents deriven de les categories de l'Organització Mundial de la Salut per a la primesa en adults; per a nens i adolescents, s'utilitzaran els percentils d'IMC corresponents. La gravetat pot augmentar per reflectir els símptomes clínics, el grau de discapacitat funcional i la necessitat de supervisió.

Lleu: $IMC \geq 17 \text{ kg / m}^2$

Moderat: $IMC 16-16,99 \text{ kg / m}^2$

Greu: $IMC 15-15,99 \text{ kg / m}^2$

Extrem: $IMC < 15 \text{ kg / m}^2$



ANNEX IV CRITERIS DIAGNÒSTICS BULÍMIA NERVIOSA DSM-5

A. Episodis recorrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza

pels dos fets següents:

1. Ingestió, en un període determinat (p. ex., Dins d'un període qualsevol de dues hores), d'una quantitat d'aliments que és clarament superior a la que la majoria de les persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants.

2. Sensació de manca de control sobre què s'ingereix durant l'episodi (p. ex., Sensació que no es pot deixar de menjar o controlar el que s'ingereix o la quantitat del que s'ingereix).

B. Comportaments compensatoris inapropiats recorrents per evitar l'augment de pes, com el vòmit autoprovocat, l'ús incorrecte de laxants, diürètics o altres medicaments, el dejuni o l'exercici excessiu.

C. Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, almenys una vegada a la setmana durant tres mesos.

D. L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal.

E. L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa.

Especificar si:

En remissió parcial: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per a la bulímia nerviosa, alguns, però no tots els criteris no s'han complert durant un període continuat.

En remissió total: Després d'haver-se complert amb anterioritat tots els criteris per a la bulímia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Especificar la gravetat actual:



La gravetat mínima es basa en la freqüència de comportaments compensatoris inapropiats (vegeu a continuació). La gravetat pot augmentar per reflectir altres símptomes i el grau de discapacitat funcional.

Lleu: Una mitjana d'1-3 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Moderat: Una mitjana de 4-7 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Greu: Una mitjana de 8-13 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

Extrem: Una mitjana de 14 episodis de comportaments compensatoris inapropiats a la setmana.

ANNEX V CRITERIS DIAGNÒSTICS DEPRESSIÓ MAJOR DSM-5

A. Cinc (o més) dels símptomes següents han estat presents durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi de el funcionament previ; a l'almenys un dels símptomes és (1) estat d'ànim deprimat o (2) pèrdua d'interès o de plaer.

Nota: No incloure símptomes que es poden atribuir clarament a una altra afecció mèdica.

1. Estat d'ànim deprimat la major part del dia, gairebé tots els dies, segons es desprèn de la informació subjectiva (p. ex., se sent trist, buit, sense esperança) o de l'observació per part d'altres persones (p. ex., se li veu plorós). (Nota: En nens i adolescents, l'estat d'ànim pot ser irritable.)

2. Disminució important de l'interès o el plaer per totes o gairebé totes les activitats la major part del dia, gairebé cada dia (com es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació).

3. Pèrdua important de pes sense fer dieta o augment de pes (p. Ex., modificació de més de el 5% del pes corporal en un mes) o disminució o augment de la gana gairebé cada dia. (Nota: En els nens, considerar el fracàs per a l'augment de pes esperat.)



4. Insomni o hipersòmnia gairebé cada dia.
 5. Agitació o retard psicomotor gairebé cada dia (observable per part d'altres; no simplement la sensació subjectiva d'inquietud o d'alentiment).
 6. Fatiga o pèrdua d'energia gairebé cada dia.
 7. Sentiment d'inutilitat o culpabilitat excessiva o inadequada (que pot ser delirant) gairebé cada dia (no simplement el autoretret o culpa per estar malalt).
 8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, gairebé tots els dies (a partir de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones).
 9. Pensaments de mort recurrents (no només por a morir), idees suïcides recurrents sense un pla determinat, intent de suïcidi o un pla específic per fer-ho.
- B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- C. L'episodi no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o d'una altra afecció mèdica.

Nota: Els Criteris A-C constitueixen un episodi de depressió major.

Nota: Les respostes a una pèrdua significativa (p. Ex., Dol, ruïna econòmica, pèrdues degudes a una catàstrofe natural, una malaltia o discapacitat greu) poden incloure el sentiment de tristesa intensa, ruminació sobre la pèrdua, insomni, pèrdua de la gana i pèrdua de pes que figuren en el Criteri A, i poden simular un episodi depressiu. Encara que aquests símptomes poden ser comprensibles o considerar apropiats a la pèrdua, també s'hauria de pensar atentament en la presència d'un episodi de depressió major a més de la resposta normal a una pèrdua significativa. Aquesta decisió requereix inevitablement el criteri clínic basat en la història de l'individu i en les normes culturals per a l'expressió del malestar en el context de la pèrdua.



D. L'episodi de depressió major no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, un trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.

E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.

Nota: Aquesta exclusió no s'aplica si tots els episodis de tipus maníac o hipomaníac són induïts per substàncies o es poden atribuir als efectes fisiològics d'una altra afecció mèdica.

Especificar:

- Amb ansietat
- Amb característiques mixtes
- Amb característiques melancòliques
- Amb característiques atípiques
- Amb característiques psicòtiques congruents amb l'estat d'ànim
- Amb característiques psicòtiques no congruents amb l'estat d'ànim
- Amb catatonia
- Amb inici al peripart
- Amb patró estacional (sol episodi recurrent)

ANNEX VI CRITERIS DIAGNÒSTICS TRASTORN DEPRESSIU PERSISTENT DSM-5

A. Estat d'ànim deprimit durant la major part del dia, present més dies que els que està absent, segons es desprèn

de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones, durant un mínim de dos anys.

Nota: En nens i adolescents, l'estat d'ànim pot ser irritable i la durada ha de ser com a mínim d'un any.

B. Presència, durant la depressió, de dues (o més) dels símptomes següents:

1. Poc gana o sobrealimentació.
2. Insomni o hipersòmnia.
3. Poca energia o fatiga.
4. Baixa autoestima.
5. Manca de concentració o dificultat per prendre decisions.
6. Sentiments de desesperança.

C. Durant el període de dos anys (un any en nens i adolescents)



de l'alteració, l'individu mai ha estat sense els símptomes dels Criteris A i B durant més de dos mesos seguits.

D. Els criteris per a un trastorn de depressió major poden estar contínuament presents durant dos anys.

E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o un episodi hipomaníac, i mai s'han complert els criteris per al trastorn ciclotímic.

F. L'alteració no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu persistent, esquizofrènia, trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i un altre trastorn psicòtic.

G. Els símptomes no es poden atribuir als efectes fisiològics de una substància (p. ex., una droga, un medicament) o a una altra afecció mèdica (p. ex., hipotiroidisme).

H. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el social, laboral o altres àrees importants del funcionament.