



INTRODUCCIÓN

Os TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) constitúen hoxe un problema de Saúde Pública pola súa prevalencia, crecente incidencia, gravidade, curso clínico prolongado, tendencia á cronificación, necesidade de tratamento especializado e frecuente hospitalización.

A Anorexia Nerviosa (AN), a Bulimia Nerviosa (BN) e os Cadros Mixtos (CM) son trastornos que afectan, sobre todo, á muller nunha proporción de 9:1 e a súa idade de comezo é, maioritariamente, a adolescencia.

ETIOPATOXENIA

Os TCA poden orixinarse en diferentes niveis da realidade: biolóxica, intrapsíquica, relacional primaria (familiar), relacional secundaria (social) e cultural. Unha etiopatoxenia multifactoral na que tódolos niveis da realidade interactúan entre si unha vez instaurado o cadro.



PRINCIPIOS E PAUTAS XERAIS

- Enfoque multidisciplinar.
- Evitar tópicos, prexuízos e fórmulas feitas sobre alimentación.
- Pactar un mínimo peso necesario como un obxectivo máis dentro do tratamento.
- Actitude receptiva e acolledora.
- Non culpabilizar. Non alarmar. Non ameazar.
- Sinala-la gravidade e complexidade do cadro, así como as súas alternancias e evolución.
- Non centrar na comida toda a dinámica relacional coa paciente e a súa familia.
- Explora-lo medio familiar. escoitar e conte-la demanda e ansiedade creada.





OBXECTIVOS XERAIS DO TRATAMENTO

- Evita-las complicacións orgánicas do paciente.
- Evirta-la cronificación.
- Inicia-la recuperación física e mental do paciente.
- Volver a establecer unhas pautas normais de alimentación.
- Diagnosticar e trata-los problemas psíquicos e/ou socio-familiares.
- Evitar, se é posible, o internamento hospitalario.
- Previ-las recaídas.

TRATAMENTO MÉDICO

OBXECTIVOS

- Renutrición e realimentación.
- Obtención dun peso axeitado.



GUÍA PARA O TRATAMENTO DOS TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA PARA UNIDADES DE SAÚDE MENTAL

- Tratamento das posibles complicacións médicas.
- Seguimento médico da evolución.

TÉCNICOS

A vertente médica dos TCA debe ser atendida co concurso de especialistas en nutrición, medicina de familia/internista e o equipo da USM. Conforme ós protocolos e pautas existentes.

PSICOFÁRMACOS

Esta aceptado administrar Fluoxetina 40-60 mg/día no tratamento da Bulimia.

Tamén se poden administrar Benzodiazepinas e ISRS se estivesen indicados por cadros depresivos.

Non ten xustificación ningunha dar estimulantes do apetito.



TRATAMENTO PSICOTERAPÉUTICO

OBXECTIVOS

- Manexar e trata-la negación da enfermidade.
- Tratamento e manexo da distorsión da imaxe corporal.
- Reeducación das pautas de alimentación.
- Diagnóstico e tratamento (psicoterapéutico e/ou psicofarmacolóxico) das posibles estruturas psicopatolóxicas subxacentes.
- Diagnóstico e tratamento dos posibles conflitos relacionais familiares.
- Diagnóstico e tratamento dos factores socio-culturais que determinan ou manteñen o trastorno.



ABORDAXE PSICOTERAPÉUTICO

- Todo o relativo ós TCA ten compoñentes psicoterapéuticos nun ou noutro nivel de realidade etiopatoxénica; sen embargo, é preciso contar con técnicas e técnicos específicos e cualificados.
- O tratamento pode ser individual, familiar, grupal ou os tres conxuntamente, segundo as características individuais do caso e os recursos existentes en cada USM.
- A psicoterapia cumpre inicialmente unha función de apoio e información tanto individual como familiar, para máis adiante afronta-la recuperación psicolóxica e os aspectos médicos do tratamento.
- A psicoterapia individual ou de grupo, en calquera das súas escolas, debe ser un tratamento a máis longo prazo –durante o período de mantemento do peso– para recoñecer e aliviar los conflitos que presentan estes pacientes.
- No tratamento de pacientes con TCA a familia debe estar implicada e comprometida dende o primeiro momento, a evitar unha actitude crítica co paciente e favorecendo a súa autonomía persoal.





- O plan de tratamento debe ter unha coordinación e dirección apropiadas. Do xeito de organizarse estes aspectos dependerá dos grupos de traballo, a formación dos seus técnicos e a súa experiencia compartida.
- Debe manterse un seguimento do caso coa periodicidade que determinen os equipos terapéuticos, unha vez considerada a recuperación do mesmo.

INDICACIONES DE INGRESO HOSPITALARIO

1) Criterios de hospitalización para Anorexia Nerviosa

- Buscarase que o ingreso sexa preferentemente voluntario.
- Índice de Quetelet < de 17
- Problemas médicos concurrentes.
- Trastorno psíquico grave.
- Fracaso do tratamento ambulatorio:



- Problemática familiar grave que non permite un axeitado control e apoio á paciente na casa.
- Incumprimento sistemático das indicacións terapéuticas.
- Non conciencia da enfermidade logo de varias sesións motivadoras.

2) Criterios de hospitalización para Bulimia Nerviosa

- Problemas somáticos concurrentes.
- Síntomas de incapacidade graves: múltiples episodios bulímicos con vómitos autoprovocados diarios.
- Uso abusivo de laxantes, diuréticos, etc.
- Trastornos severos na conducta.



**CRITERIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA. CIE-10 (F50.0).
PAUTAS PARA O DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico de anorexia nerviosa debe realizarse de xeito moi estricto, deben estar presentes tódalas seguintes características:

- A Perda significativa de peso (índice da masa corporal ou de Quetelet* de menos de 17,5). Os enfermos prepúberes poden non experimenta-la ganancia de peso propia do seu período de crecemento.
- B A perda de peso está orixinada polo propio enfermo por medio da evitación de consumo de "alimentos que engordan" e por un ou máis dos síntomas seguintes:
- vómitos autoprovocados
 - purgas intestinais autoprovocadas
 - exercicio excesivo
 - consumo de fármacos anoresíxenos ou diuréticos.

* índice de Quetelet = peso (Kg) / estatura² (m)



GUÍA PARA O TRATAMENTO DOS TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA PARA UNIDADES DE SAÚDE MENTAL

- C Distorsión da imaxe corporal que consiste nunha psicopatoloxía específica caracterizada pola persistencia, co carácter de idea sobrevalorada intrusa, pavor ante a gordura ou a fraqueza das formas corporais, de xeito que o enfermo se impón a si mesmo permanecer por debaixo dun límite máximo de peso corporal.
- D Trastorno endocrino xeneralizado que afecta ó eixe hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose na muller como amenorrea e no home como unha perda da potencia e mais do interese sexuais (unha excepción aparente constitúeo a persistencia de sangrado vaginal en mulleres anoréxicas que seguen unha terapia hormonal de substitución). Tamén poden presentarse concentracións altas da hormona do crecemento e de cortisol, alteracións do metabolismo periférico da hormona tiroidea e anomalías na secreción de insulina.
- E Se o inicio é anterior á pubertade, atrásase a secuencia das manifestacións da pubertade, ou mesmo esta se detén (cesa o crecemento; nas mulleres non se desenvolven os peitos e hai amenorrea primaria; nos homes persisten os xenitais infantís). Se se produce unha recuperación a pubertade adoita completarse; sen embargo, a menarquía é tardía.





CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA. CIE-10 (F50.2)

Para que se poida face-lo diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes tódalas alteracións que se refiren a continuación, de xeito que constitúan pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta poden aceptarse algunhas variacións, tal e como se indica:

- A Preocupación continua pola comida, con desexos irresistibles de comer, de xeito que o enfermo remata por ceder, presentándose casos de polifaxia durante os cales consome grandes cantidades de comida en moi curtos anacos de tempo.
- B O enfermo procura contrarresta-lo aumento de peso así producido mediante un ou máis dos seguintes métodos: vómitos provocados por un mesmo, abuso de laxantes, períodos intercalares de xaxún, consumo de diferentes fármacos, entre eles os supresores do apetito, os extractos tiroideos ou diuréticos. Cando a bulimia se presenta nun enfermo diabético este pode abandonar-lo seu tratamento con insulina.
- C A psicopatoloxía consiste nun medo morboso a engordar, e o enfermo fíxase de xeito estricto un límite de peso moi inferior o que tina antes da enfermidade, ou o do seu peso óptimo ou san. Aínda que non sempre, adoitan



GUÍA PARA O TRATAMENTO DOS TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA PARA UNIDADES DE SAÚDE MENTAL

existir antecedentes previos de anorexia nerviosa cun intervalo entre ámbolos dous trastornos de varios meses ou anos. Este episodio precoz pode manifestarse dun xeito florido ou pola contra adoptar unha forma menor ou larvada, cunha moderada perda de peso ou unha fase transitoria de amenorrea.

Edita

XUNTA DE GALICIA
Servicio Galego de Saúde
División de Asistencia Sanitaria

Coordinación técnica

Servicio de Saúde Mental

Realiza Difux, S.L.
Dep. Legat: C - 1751 - 98