



INFLUENCIAS DE LA FAMILIA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO)



Autora: DULCE M^a GONZÁLEZ GÓMEZ
Tutor: VICENTE MOLINA

INFLUENCIAS DE LA FAMILIA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO)

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías cuya prevalencia no deja de aumentar, encontrando casos cada vez a edades más tempranas y siendo mucho más frecuentes en mujeres.

Su tratamiento no es nada fácil, pues la curación completa suele conllevar años y en un gran número de casos se produce cronificación o recaídas.

Su etiología, como en muchas enfermedades, es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos e influencia del ambiente externo, siendo este último decisivo en la mayoría de los casos.

Entre las influencias del ambiente externo, se han identificado ya muchos factores de riesgo que precipitan a padecer estos trastornos como son presión social y mediática debido al modelo imperante de belleza basado actualmente en la delgadez, críticas o burlas acerca del físico por parte de terceras personas, determinados deportes o profesiones (ballet, mundo del espectáculo)... Sin embargo existen pocos estudios acerca del papel que puede desempeñar el núcleo familiar en la aparición de los trastornos alimenticios.

En este trabajo se recopilan algunos datos de estudios anteriores sobre las influencias que puede tener el seno familiar en el desarrollo de estos trastornos, y datos propios basados en el estudio de un caso clínico del servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico de Valladolid.

Introducción

Los trastornos de la alimentación engloban a una serie de patologías relacionadas con la conducta alimentaria desestructurada entre las cuales se encuentran principalmente:

- Anorexia nerviosa (tipo restrictivo o purgativo)
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)
- Otros trastornos de la conducta alimentaria. El DSM-V incluye trastornos como la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de inicio en la infancia, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria.

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por una restricción del aporte energético debido a una alteración de la percepción del peso y la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal, junto con un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso. Todo ello lleva al sujeto a mantenerse en un peso significativamente bajo, considerando edad, sexo, trayectoria evolutiva y salud física.

Además suelen estar presentes síntomas como estado de ánimo depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, alteraciones del sueño, obsesiones y / o rituales obsesivos alrededor de la comida. Estas alteraciones tienen impacto directo en la vida diaria del enfermo, afectando en gran medida las relaciones que establece con la familia y los amigos.

Se pueden producir alteraciones físicas derivadas de una malnutrición grave: descalcificación ósea, problemas cardíacos, sensación constante de frío, estreñimiento, caída de cabello, etc.

La Bulimia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada) con sensación de pérdida de control sobre los alimentos, en los que se ingiere una gran cantidad de comida mayoritariamente de alto contenido calórico en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan

compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y / o otras maniobras de purga o aumento de la actividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y la figura, pero no se producen necesariamente alteraciones en el peso, ya que tanto pueden presentar peso normal, como bajo peso o sobrepeso.

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva de forma recurrente. La diferencia principal con la Bulimia Nerviosa es que la persona que sufre un trastorno por atracón no realiza conductas compensatorias (vómito autoinducido, abuso de laxantes y / o diuréticos, ayunos, ejercicio físico en exceso, etc...). También es habitual que la persona que tiene este trastorno presente síntomas depresivos. Una de las consecuencias más habituales del trastorno por atracón es sufrir sobrepeso u obesidad, con los riesgos que ello conlleva para la salud: diabetes, hipertensión, colesterol, etc.

El TCANE es aquel trastorno en el que existen síntomas relacionados con la conducta alimentaria, pero no cumplen suficientes criterios para diagnosticar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Por ejemplo, hablamos de TCANE cuando una persona presenta restricción, una bajada de peso, distorsión de la imagen corporal, pero no presenta amenorrea. Otro caso de TCANE sería el de una persona que presenta atracones y purgas, pero con una frecuencia baja y / o irregular. El hecho de que el TCANE sea un cuadro incompleto de anorexia o de bulimia no quiere decir que sea menos grave o que no necesite tratamiento.

Frecuencia

En las últimas décadas los trastornos de la conducta alimentaria no han dejado de aumentar. En nuestro país, las cifras son similares a las de otros países occidentales. El perfil de paciente suele ser, mujer, en gran mayoría adolescentes y de nivel socioeconómico variado. Cada vez más a menudo aparecen casos de personas de mediana edad que debutan con un cuadro de anorexia o bulimia. En el extremo contrario, se diagnostica a niñas en edad prepuberal. La proporción mujer/hombre para el conjunto de trastornos alimentarios es de 10/1. Esto, en parte, parece debido a la importante influencia que los factores socioculturales tienen en la aparición y desarrollo de estos trastornos.

Los síntomas de la anorexia nerviosa se suelen manifestar desde los 10 a los 30 años pero la mayor incidencia se produce entre los 12 y 18 años. Por otro lado la bulimia nerviosa se manifiesta en edades superiores, con más frecuencia entre 25-40 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia nerviosa ocurra en pacientes que han tenido previamente anorexia nerviosa.

La incidencia en la anorexia es de 8/100.000 población por año y de 12/100.000 población por año en la bulimia. Se aceptan como cifras muy aproximadas en la población femenina adolescente un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre los que destaca el trastorno por ingesta excesiva más conocido como trastorno por atracones. En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia total para los trastornos de la conducta alimentaria entre el 4,1 y el 6,41%.

Evolución y pronóstico

La evolución y consecuencias de padecer un trastorno de la conducta alimentaria dependerán en gran medida del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad y de la efectividad de los tratamientos recibidos. Se sabe que una detección temprana y la presencia de menos síntomas en el momento del diagnóstico predicen una buena evolución. No obstante, se estima que son necesarios, de media, entre 3 y 5 años para llegar a resolver un trastorno de la conducta alimentaria. Estudios a largo plazo (más de 5 años) señalan un porcentaje aproximado de remisiones del 60%, con un 25% de mejorías parciales y un 15% de cronicidad. La mortalidad se sitúa alrededor del 5-6% en seguimientos superiores a 5 años. Los fallecimientos son debidos a suicidio o inanición. El mayor riesgo se asocia a bajo peso inicial, mayor duración del trastorno, y consumo abusivo de alcohol.(1)

**¿Cuáles son los factores que más influyen en el desarrollo de un TCA?
¿Existen factores predisponentes de riesgo de padecerlos que nos puedan ayudar a plantear un tratamiento de prevención, incluso antes de que se desarrolle el TCA?**

La etiología de los TCA implica probablemente una compleja interacción entre un componente genético e influencias ambientales de riesgo. Los factores de riesgo confirmados para los TCA incluyen influencias socioculturales, exposición a los medios de comunicación, presiones sobre la imagen corporal y ciertos rasgos de personalidad no especificados tales como afecto negativo (ansiedad, ira, tristeza, depresión), urgencia negativa (“cuando me siento rechazado frecuentemente digo cosas de las que luego me arrepiento”) y perfeccionismo.(2)

Encontramos en la literatura un estudio realizado con objeto de analizar algunos factores sociales y familiares que influyen en el riesgo de presentar al menos un comportamiento relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria entre adolescentes y jóvenes de Nuevo León (México).

En esta investigación se corroboró que los jóvenes nuevoleonenses que presentan algún comportamiento de riesgo de desarrollar un TCA también presentaron un menor índice de cohesión familiar, un mayor índice de conflicto y un menor índice de adaptabilidad familiar.(3)

También tenemos un estudio prospectivo realizado para valorar la asociación entre insatisfacción corporal en la infancia, IMC, autoestima, trastorno alimentario materno, familia con bajo nivel económico, con trastornos de la conducta alimentaria (dieta, atracones, purgas) y trastornos cognitivos alimentarios (insatisfacción corporal, peso y formas corporales, presión para perder peso) en una muestra de población de Reino Unido de chicos y chicas de 14 años. Con ello se pretende obtener una forma de poder predecir desórdenes de la conducta alimentaria y desórdenes cognitivos alimentarios identificando factores de riesgo en la niñez (insatisfacción corporal, peso y autoestima) y factores de riesgo familiares (historia materna de trastorno alimenticio, bajo nivel socioeconómico en temprana y tardía niñez).

Se advirtió que en niños varones, aun con poca presión social por estar delgados, los que tienen insatisfacción corporal a edades tempranas pueden

percibir de forma exagerada esta presión, pero solo los que sufren sobrepeso u obesidad, lo cual no sucede con las niñas, ya que éstas experimentan presión para estar delgadas incluso cuando ya lo están. Esta diferencia es particularmente importante para el desarrollo de estrategias de prevención, dado que la insatisfacción corporal necesita ser tratada de forma diferente entre ambos géneros.

También se constató que el trastorno alimenticio materno predice una insatisfacción corporal en chicas adolescentes y que a su vez, la insatisfacción corporal predice con bastante fiabilidad desórdenes cognitivos en chicas adolescentes.(4)

En otro estudio realizado en una muestra de 488 chicas de séptimo grado escolar de Melbourne (Australia) cuya media de edad fue de 12,35 años e IMC de media de 20,47 se demostró la importancia de incluir factores biológicos y psicológicos así como la presión sociocultural en los modelos de la imagen corporal y las preocupaciones de la alimentación en chicas adolescentes. Los resultados ponen de manifiesto el papel del afecto negativo (variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo) en la internalización (mecanismo psicológico por el cual el individuo interioriza una norma o pauta social hasta el punto de considerarla como parte integrante de su personalidad) y de la comparación de la apariencia física en el desarrollo de trastornos de la alimentación. La realización de más investigaciones longitudinales de seguimiento del desarrollo de las preocupaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios desde la infancia hasta la adolescencia ayudaría a esclarecer el papel de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales durante la entrada en la adolescencia en la etiología de este tipo de patologías. Por otra parte, la falta de recursos disponibles focalizados en la imagen corporal y las preocupaciones por la comida ya ha sido puesta de manifiesto en este grupo de edad. Los presentes resultados apoyan que el inicio de la adolescencia es un período importante para la prevención e intervención y sugieren que la orientación del afecto negativo puede ser útil para disminuir el riesgo de problemas de imagen corporal y trastornos alimentarios en este grupo de edad.(5)

Por tanto, recopilando datos...

Es bien conocida la importancia de la familia en el desarrollo psicosocial del niño, ya que éste se encuentra en una etapa de total indefensión donde sus padres deben encargarse de la labor de proporcionarle todos los elementos necesarios para su futura definición como persona libre capaz de tomar sus propias decisiones encaminadas al cumplimiento de objetivos vitales y autorrealización personales.

Sin embargo, cada familia es única a la hora de educar y valorar los comportamientos del niño, pudiendo encontrarnos con familias más permisivas o más rígidas y exigentes respecto a los actos del menor; otras que promueven la comunicación y la expresión de los sentimientos entre los miembros del núcleo familiar; y en el otro extremo, las que se encuentran menos cohesionadas, con escasa unión afectiva entre los componentes y que únicamente comparten la vivienda como estructura física.

Estos diferentes modos de establecer el marco de desarrollo pueden influir tanto de forma positiva como negativa en el niño, siendo según la literatura, los más extremos los que mayor conflicto pueden generarle y contribuir a la aparición de futuros mecanismos de adaptación patológicos.

No hay que olvidar que situaciones de violencia y maltrato ya sea psicológico o físico, hacia la pareja, hacia el menor o incluso hacia ancianos, aumentan en gran proporción el riesgo de futuros problemas de inadaptabilidad social tales como el abuso de sustancias tóxicas, trastornos del control de impulsos, aumento de afectos negativos, aislamiento social, delincuencia, trastornos del estado de ánimo e incluso reproducción del comportamiento maltratador en la edad adulta.

Sin embargo dentro del núcleo familiar pueden acontecer hechos estresantes externos a él tales como la muerte de uno de los miembros; un periodo largo de enfermedad por parte de alguien de la familia que desvíe por completo la atención hacia dicho miembro dejando la preocupación por el niño en un segundo plano; la pérdida de trabajo de alguno de los progenitores con la consiguiente repercusión económica sobre el clan familiar; la separación entre cónyuges... Estos suponen cambios traumáticos en la estructura familiar para

los que, en la mayoría de los casos, el niño aún no dispone de herramientas con las que enfrentarse y pueden alterar su correcto desarrollo.

Todos los enumerados anteriormente son considerados factores de riesgo para el desarrollo de un TCA en la adolescencia o incluso en la edad adulta, pero a ellos debemos añadir otros factores más específicos tales como las críticas y burlas referentes al físico por parte de uno o varios miembros de la familia (*vaya trasero has echado estas Navidades*) e incluso los refuerzos positivos que promueven la asociación entre belleza y delgadez (*qué guapa estás sin esos kilos que has perdido*).

Por supuesto existe cierto componente genético para el desarrollo de esta patología: los antecedentes de TCA en algún miembro de la familia. Sin embargo no tiene por qué tratarse de un TCA completo, ya que existen ciertas conductas respecto a la comida que no entran dentro del marco patológico pero que pueden ser asimiladas y tomadas como referencia por el niño por estar en contacto constante con ellas desde muy pequeño y pueden dar lugar a futuros problemas relacionados con la alimentación. Un ejemplo de esto sería el de una madre muy preocupada por su apariencia física que siempre está haciendo dieta (aunque no se la exija hacer al resto de miembros de la familia) pero sin caer nunca en niveles de peso por debajo de lo normal ni recurrir a conductas purgativas perjudiciales para su salud.

Al margen de la familia, existen muchos más factores ya reconocidos que confieren vulnerabilidad para sufrir un TCA. Entre ellos cabe destacar:

Factores individuales

- Predisposición genética: El riesgo de padecer un TCA se incrementa por encima de los valores de la población general si hay el antecedente de un familiar con un TCA. Este factor combinado con otros de tipo ambiental, como los entornos familiares y sociales, pueden aumentar la probabilidad de padecer un TCA.
- Rasgos psicológicos: Ciertos rasgos de personalidad como una autoexigencia muy elevada, perfeccionismo obsesivo, necesidad de control y rigidez cognitiva están muy relacionados con la aparición de un TCA.

- Baja autoestima: Tener una baja autoestima, es decir, hacer una valoración negativa e insatisfactoria de uno mismo/a incrementa la probabilidad de padecer TCA.
- Imagen corporal negativa: Las personas que no tienen una imagen real de su propio cuerpo y que, además, las emociones y sentimientos que tienen hacia estos son negativos son más vulnerables a la hora de padecer un TCA.
- Adolescencia: La adolescencia es la etapa vital en la que existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA porque durante esta etapa, la personalidad, autoestima y rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, son más vulnerables ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente elevada.
- Sexo femenino: De cada 10 casos de TCA, 9 son mujeres y 1 es un hombre, por lo que ser mujer implica mayor riesgo de padecer un TCA.

Factores Sociales

- Modelo de belleza imperante: El actual modelo de belleza, que ensalza una delgadez excesiva, tiene un peso muy importante en el desarrollo de los TCA. En los últimos años, la aparición de este nuevo canon de belleza ha venido acompañado de un incremento muy notable de la incidencia de casos de TCA.
- Presión social respecto la imagen: En las últimas décadas, el valor social de la imagen también ha ganado relevancia, por lo que no sólo tenemos un modelo de belleza perjudicial para la salud sino que, además, la presión social recibida respecto a la importancia de parecerse a este modelo es excesivamente elevada. Estos dos factores combinados tienen una clara influencia en la aparición de TCA. El papel de los medios de comunicación en la difusión del modelo de belleza actual los sitúan como agentes responsables, en buena medida, en la proliferación de los TCA en nuestra sociedad.
- Determinados deportes o profesiones: Ciertas actividades deportivas, como la danza, por ejemplo, pueden favorecer la aparición de TCA debido al trato que hacen de la imagen en la práctica de este deporte. Otros deportes de riesgo son aquellos en los que se compete por categorías de peso. También son grupo de riesgo todas aquellas personas que ejercen profesiones relacionadas con el

mundo de la moda, espectáculo y/o televisión/cine, ya que la profesión a menudo ejerce presión en cuanto a tener una determinada imagen.

- Críticas y burlas relacionadas con el físico: Las personas, sobre todo niños/as y adolescentes, que han recibido críticas y burlas relacionadas con su apariencia física y que debido a esto se han sentido inseguras con su imagen pueden presentar mayor tendencia a desarrollar un TCA.
- El sistema de tallaje actual: El sistema de tallas actual es un sistema no unificado que tiene como resultado un patronaje heterogéneo que resulta confuso para la población, hasta el punto de que la persona no es capaz de conocer cuál es su talla. Un 44% de la población hace un intento de dieta para adelgazar al comprobar que no utilizan la talla que creían.
- Existencia de páginas web que hacen apología de la anorexia y la bulimia: En los últimos años han aparecido y se han reproducido a una velocidad vertiginosa, la presencia en Internet de páginas que hacen apología la anorexia y la bulimia como "formas de vida "en lugar de como enfermedades mentales. Son páginas dirigidas por una persona que sufre TCA y en las que diferentes personas afectadas por la enfermedad se ponen en contacto con el objetivo de intercambiar trucos para adelgazar, reforzar las conductas patológicas propias de la enfermedad (como, por ejemplo, autoexigirse un peso por debajo de lo que se considera saludable), y engañar a familiares y amigos, entre otras acciones. El acceso a este tipo de páginas es muy fácil y dado que aún no existe una legislación concreta al respecto, no tenemos al alcance las herramientas necesarias para acabar con este factor que ejerce una influencia tan negativa, sobretodo, entre los chicos y chicas más jóvenes.

CASO CLÍNICO DE ESTUDIO

MOTIVO DE INGRESO

Paciente derivada desde el servicio de Urgencias del hospital por pérdida de peso progresiva.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 16 años, que reside con sus padres y sus hermanas en Valladolid. Ha acabado estudios de 1º de Bachillerato en el IES Núñez de Arce con muy buenos resultados académicos. Además hace estudios de idiomas y quiere estudiar Medicina.

La paciente reconoce que lleva mucho tiempo mal. Empezó a controlar las comidas porque quería adelgazar, aunque no tenía sobrepeso, pero quería estar muy delgada porque “me gusta ese prototipo de cuerpo” y cada vez controlaba más. Empezó retirando picoteos y luego fue suprimiendo comidas. Últimamente solo hacía la cena y “porque estaban mis padres y me obligaban”. En la comida estaba sola o con una cuidadora pero conseguía tirar la comida sin que se diera cuenta. También había días en que para ir a la Escuela de Idiomas se quedaba a comer un bocadillo que no tomaba.

Desconoce la cuantía de la pérdida de peso pero sí han sido 2-3 tallas, desde noviembre de 2013 que es cuando comienza con estas conductas. Refiere que no se gusta “me veo gorda, sobre todo las piernas, muslos, abdomen y un poco los brazos”.

También reconoce que ha vomitado pero hace mucho que no ha vuelto a hacerlo. Y aunque las distancias entre casa y el instituto son importantes, lo solía hacer andando. Ahora realizaba como actividades extraescolares alemán e inglés, y el tenis lo dejó por falta de tiempo.

La paciente refiere que se le cae el pelo, le sale vello por todas partes, tiene astenia y frío y está con amenorrea desde noviembre de 2013.

En abril acudió al médico de Atención Primaria que le derivó al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil con la Dra. Pérez Cipitria, pero posteriormente acuden a consulta privada y en el último mes a Aclafeba (Asociación Castellano Leonesa

de Familiares y Enfermos de Anorexia y Bulimia) pero no se había producido ningún cambio.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo deseado, durante el matrimonio. Embarazo y parto normal. Peso al nacimiento 3,150 Kg y talla 52 cm. Lactancia natural 3 meses y sin problemas con la alimentación, con buena adaptación, aunque nunca ha sido buena comedora.

Desarrollo psicomotor normal, deambulación a los 14 meses, con desarrollo del lenguaje normal. Control esfinteriano normal, con 2 años. Muy autónoma. Sin miedos evolutivos. Sociable. Diestra.

Comenzó guardería con 1 año, con buena adaptación. Con 2 años inició el colegio en el Pilar con buenos resultados académicos y adaptación hasta acabar la ESO. En el colegio era la representante de alumnos en el consejo escolar porque era muy popular y asertiva. Inicia Bachiller en el IES Núñez con seis dieces y tres nueves de nota final.

Ahora va a la Escuela Oficial de Idiomas a alemán e inglés y el tenis lo dejó por falta de tiempo. Hizo piano pero lo dejó porque pasaba mucha vergüenza en las exhibiciones.

Menarquia con 14 años, ciclos regulares hasta amenorrea desde noviembre de 2013. No enfermedades previas, salvo bronconeumonía con 8 años. No operaciones ni alergias.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre y familia materna: 49 años, farmacéutica. Tuvo bulimia hace mucho tiempo, cuadro que inició con 20 años. “Era gordita y tenía obsesión por comer, con mucho complejo y en la universidad comía y vomitaba”. Así hasta los 30 años con el primer embarazo, pero los aumentos de peso de los embarazos los ha perdido vomitando. Nunca ha estado en tratamiento. Es la tercera de cuatro hermanos. Un hermano “está loco, tiene de todo”. Al parecer empezó a tomar anfetaminas en la Universidad y tiene una personalidad complicada, homosexual y está jubilado por depresión, además padece insuficiencia

respiratoria, ACV y probable trastorno bipolar. Tampoco en tratamiento psiquiátrico. Abuelo murió por cardiopatía. Abuela de 90 años, sana.

Padre y familia paterna: 47 años, ingeniero mecánico que trabaja en Renfe. Sano. Tiene una hermana menor también obsesionada con la delgadez que además hace comentarios negativos sobre el peso a sus propias hijas. Abuelo de 74 años y abuela de 71 años sanos.

Hermanas de la paciente:

- Cristina de 19 años, estudia Diseño Industrial con buenos resultados. Sana aunque tiene parálisis de un brazo a raíz de un accidente hace 3 años montando a caballo. Muy alegre y sensible. Buena relación aunque la paciente reconoce que hace tiempo que no habla con ella.
- Elena de 13 años, va a empezar 2º de ESO, con buenos resultados escolares. Es muy alegre, muy activa, hace de todo. Buena relación pero la paciente reconoce que últimamente apenas hablaba con ella.

Los padres refieren que las normas educativas son consensuadas y muy raramente discuten, evitando hacerlo delante de las hijas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Paciente consciente, orientada, abordable, colaboradora, biotipo leptosómico (índice de masa corporal 13.9), con aspecto aseado. Ánimo subdepresivo, retraimiento e irritable. Rechazo a la ayuda. Con importante temor a engordar y rechazo a su imagen corporal, importante inseguridad y aislamiento social. Restricción alimentaria importante con fuerte tensión con la ingesta y conductas de purga en el pasado, aumento del ejercicio y conductas de tirar y ocultar comida. Astenia, caída del cabello. Ha reconocido posteriormente ideación autolítica que inicialmente negaba y autolesiones. Dificultad para el abordaje de conflictos y emociones. No trastornos sensorio-perceptivos ni alteración del curso y/o contenido del pensamiento.

PRUEBAS REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

- MACI Inventario Clínico para Adolescente de Millon

En el apartado de Síndromes Clínicos, aparece una puntuación elevada en la Escala de Ansiedad, mostrando así inquietud, nerviosismo y miedos ante una gran cantidad de situaciones.

- EDI-3 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria
 - Obsesión por delgadez (DT) Pc: 97. Rango clínico elevado
 - Bulimia (B) Pc: 49.
 - Insatisfacción corporal (BD) Pc: 96. Rango clínico elevado.
 - Índice de riesgo de TCA (EDRC) Pc: 86. Rango clínico elevado.

Las puntuaciones obtenidas pueden ser interpretadas con confianza. Los resultados son indicativos de que la paciente siente pánico ante la posibilidad de ganar peso y desea estar cada vez más delgada. Además siente una insatisfacción extrema con la forma y el tamaño de su cuerpo.

Estas puntuaciones elevadas pueden asociarse a una mayor severidad en los síntomas y a veces a un mal pronóstico.

Respecto a las escalas e índices psicológicos, prácticamente la totalidad de las mismas se sitúan en un rango clínico elevado, lo que nos indica un claro desajuste psicológico general.

Análisis de los factores de riesgo en el caso clínico propuesto

En el caso clínico presentado, tenemos a una chica y adolescente (ambos son factores de riesgo) de 16 años con una gran predisposición genética a padecer TCA dado que su madre lleva padeciendo un TCANE desde los 20 años, y además la hermana de su padre también se encuentra obsesionada con la delgadez hasta el punto de realizar críticas negativas sobre el aspecto físico a sus propias hijas. De esta forma se crea un ambiente familiar que promueve el imperativo de que belleza es sinónimo de delgadez, y que se viene inculcando a la paciente desde niña, con lo que no es raro que debido a esta presión familiar ella lo acabe internalizando. Posiblemente esto pueda haber creado en ella un sentimiento de insatisfacción corporal y de constante comparación con modelos o actrices delgadas cuya imagen es difundida todos

los días a través de los medios de comunicación como el más alto ideal de belleza con el que poder triunfar y ser feliz en la vida.

Por otro lado nuestra paciente tiene unos buenos resultados académicos durante toda su vida e incluso en 1º de Bachillerato donde nos comentan que ha sacado todo sobresalientes en las notas finales. Con esto podemos suponer que tiene una gran autoexigencia consigo misma, y probablemente busque el perfeccionismo constante en sus tareas.

No sabemos el tiempo exacto que lleva obsesionada con la idea de estar delgada pues solo comenta que “lleva mucho tiempo mal” pero sobre todo empezó a perder peso desmesuradamente hace ocho meses (noviembre 2013), etapa en la que empezó a tener conductas de restricción alimentaria (supresión de cada vez mayor número de alimentos llegando incluso al ayuno total) además de conductas purgativas. Todo ello venía motivado, además de por la presión social y mediática ya comentada anteriormente, por una gran distorsión de su imagen corporal viéndose gordas numerosas partes de su cuerpo cuando en realidad, ella ya tenía un fenotipo delgado. Además afirma que su percepción era la de no tener un cuerpo normal pues los cuerpos que ella consideraba normales eran muy delgados (internalización de la delgadez como el ideal de belleza).

Al ingreso pudo evidenciarse una pérdida de autoestima importante por parte de la paciente (rechazo hacia su imagen corporal, inseguridad y aislamiento social además de ideación autolítica), la cual llegó con un IMC de 13,9.

Las conclusiones tras la realización de los inventarios clínicos MACI (Inventario Clínico para Adolescente de Millon) y EDI-3 (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) pusieron de manifiesto una puntuación elevada en la Escala de Ansiedad, una gran obsesión por la delgadez, insatisfacción extrema con la forma y tamaño de su cuerpo y pánico desmesurado ante la posibilidad de ganar peso, lo cual indica un claro desajuste psicológico.

Durante el ingreso la paciente fue recuperando un peso más normal y mejorando su conducta respecto a la comida, aunque llamó la atención que durante todos los permisos de salida a su domicilio, tenía pérdidas de casi 2 kgr de peso y que incluso en las últimas salidas poco antes de darle el alta, no había conseguido mantener un peso estable. Se sospecha que esto puede

venir motivado por las comidas que ingiere en su casa, ya que de ello se encarga su madre y sabiendo que ésta tiene obsesión por la delgadez, muy probablemente las cantidades y el tipo de alimentos no sean los más adecuados para una paciente en tratamiento para ganancia ponderal.

A pesar de haberle dado el alta, la paciente mantiene un rechazo hacia ciertos alimentos como el pan y la leche entera y aún no tiene un peso corporal adecuado, lo cual demuestra que aún no está del todo curada y por eso deberá seguir en tratamiento ambulatorio en el Hospital de Día.

Discusión sobre la prevención de los TCA

La prevención en la literatura está fuertemente dominada por programas basados en la educación pero estos son mínimamente eficaces para producir un cambio de comportamiento. Hay sugerencias de que los programas que utilizan componentes de prevención activos pueden producir efectos más grandes.

La disonancia cognitiva o inducción disonante es un enfoque activo de prevención que implica la participación en ejercicios de lucha contra las actitudes dirigidas a los factores de riesgo potenciales para la patología alimentaria (por ejemplo, la insatisfacción corporal y la internalización de la delgadez como ideal de belleza). La investigación hasta la fecha indica que estas intervenciones son prometedoras en el cambio de actitudes asociadas a la patología alimentaria a corto plazo, sin embargo se necesitan otros ensayos que incluyan seguimiento a largo plazo para determinar si son posibles efectos a largo plazo sobre los resultados de patología alimentaria. También la incorporación de ejercicios activos de disonancia y técnicas como la TCC (terapia cognitivo conductual) tienen el potencial de aumentar los efectos preventivos.

No obstante, no hay ensayos controlados que hayan investigado las estrategias de prevención que involucran familias. Esto es curioso, dado que los trastornos alimenticios a menudo se desarrollan en la adolescencia; una etapa en la cual la estructura de la familia es fundamental para el desarrollo del individuo. Entre los componentes potenciales de prevención se pueden incluir la educación y el

entrenamiento de los padres en habilidades como hablar y escuchar y lograr la identificación de factores de riesgo. Dichos componentes pueden ayudar en la creación de conciencia de la enfermedad, identificando las fases iniciales de los trastornos alimentarios u otra sintomatología, asegurando que los padres tengan cierto control sobre la alimentación de sus hijos (especialmente en aquellos identificados como de alto riesgo) y esto es importante para fomentar la temprana búsqueda de ayuda para su hijo.(6)

Conclusiones acerca de la prevención de los TCA

Dado que vivimos en una sociedad altamente influenciada por los medios de comunicación, los cuales se encargan a través de la publicidad de dictaminar cuales son los modelos de vida a seguir; cuál es la ropa que debemos ponernos para sentirnos seguros al caminar por la calle; qué coche debemos conducir para ser consideradas personas elegantes, atrevidas o en cualquier caso con un gran carisma; qué colonia debemos usar para seducir a todo aquel que se nos ponga por delante; cual es el físico que debemos tener para poder triunfar en la vida como los modelos o actores, creando además de esta forma un vínculo entre imagen y dinero...es muy importante empezar a proteger a los niños de ellas desde muy pequeños, siendo el periodo de niñez y adolescencia el de máxima vulnerabilidad.

Diferentes estudios avalan la idea de que las herramientas más útiles de prevención son los programas interactivos y multisesión. La población diana estaría constituida por adolescentes o preadolescentes, ya que la influencia de los modelos estéticos está ya presente a edades tempranas. Además habría que tratar de involucrar a las familias y a las personas que por motivos profesionales están muy relacionados con dicha población, como son los maestros, profesores, entrenadores deportivos, etc. Por tanto, el ámbito escolar puede considerarse como un entorno ideal para realizar estos programas preventivos. Dado que un importante factor de riesgo para los trastornos alimentarios en los países desarrollados es la presión sociocultural para realizar dietas, se ha considerado un foco importante en los programas de prevención para los jóvenes enseñarles a ser más conscientes de los mensajes

existentes en los medios de comunicación y como llegar a ser capaces de cuestionar esos mensajes.

Otro factor de riesgo clave es la baja autoestima por lo que se recomienda llevar a cabo actividades que promuevan el desarrollo de la autoestima de los jóvenes. Por tanto, la protección se puede conseguir desarrollando en la persona diferentes habilidades para hacer frente a la presión social, para la resolución de problemas, para la crítica del modelo estético, para realizar una nutrición saludable, para la mejora de autoestima, etc.

En esta etapa juega un importante papel la familia, en especial los padres, con los cuales deben trabajarse estrategias de prevención que deben tener como objetivo la educación y sensibilización de ambos progenitores respecto a los TCA, y el entrenamiento de habilidades para identificar de forma precoz factores de riesgo asociados a estos trastornos tales como insatisfacción con la imagen corporal, asociación de belleza con delgadez... También se debe trabajar con la familia aspectos como: sobreprotección, comunicación, afectividad, valores y control de la televisión y medios de comunicación. Deben tener precaución a la hora de hacer juicios sobre el físico de su hijo, y utilizar palabras que no sean en ningún caso despectivas como gordito, rellenita., etc. Lo correcto en el seno de la familia es educar al niño en buenos hábitos alimenticios como llevar una alimentación equilibrada, no ingerir comida basura o industrial y hacer del acto de comer un acto social y placentero. Como complemento, es imprescindible fomentar la realización de actividad física varias veces por semana.

En cualquier caso, el apoyo y la orientación en la vida del adolescente son dos papeles fundamentales que debe desempeñar la familia, evitando tanto excederse (sobreprotección, obligación a decidir sus futuros estudios, la ropa que debe vestir, etc) como ser demasiado permisivas (dejar que el adolescente haga dietas, desentenderse de los problemas que pueda tener, no mostrar interés por sus aficiones...). Y, en casos en los que la enfermedad ya esté establecida, tanto la familia como el afectado deberán buscar ayuda psicológica y psiquiátrica.

Referencias

1. Gómez, JA. Gaité, L. Carral L. Herrero, S. Vazquez J. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. 2008. 131 p.
2. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2015;56(11):1141–64.
3. Ávila Sánchez M de J, Jáuregui Díaz JA. Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Rev Mex Trastor Aliment [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.*; 2015;6(1):1-12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152315000099>
4. Micali N, De Stavola B, Ploubidis G, Simonoff E, Treasure J, Field AE. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *Br J Psychiatry.* 2015;207(4):320–7.
5. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA. A Biopsychosocial Model of Body Image Concerns and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *J Youth Adolesc.* 2014;43(5):814–23.
6. Bailey AP, Parker AG, Colautti LA, Hart LM, Liu P, Hetrick SE. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *J Eat Disord [Internet].* 2014;2(1):5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4081733&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>