

Caso clínico

TEMA 7

Trastorno del comportamiento alimentario

A.M.^a Nieto Serrano, G. Torres Sancho, J. Casas Rivero

Presentación del caso

Motivo de la consulta

C.S., una chica de 17 años de edad, acude a la consulta «obligada» con sus padres porque ha sufrido una importante pérdida de peso y alteración en el estado de ánimo (la notan más triste, irascible y aislada). Insiste en que sus padres están siendo muy exagerados, porque ella «lo único que hace es cuidarse y comer más sano».

Antecedentes personales

Fruto de un embarazo y parto normal. Presentó la menarquia a los 14 años, con reglas regulares, y tiene amenorrea desde hace 3 meses. En 2015 precisó ayuda psicológica tras una ruptura sentimental.

Antecedentes familiares

La madre, de 56 años de edad, presenta hipotiroidismo, para el que sigue tratamiento con eutirox, y hace dieta estricta desde hace varios años. El padre, de 56 años de edad, está sano. Su hermana, de 13 años de edad, es adoptada (de origen chino) y también está sana.

Enfermedad actual

C.S. empezó a verse gorda desde hace unos 9 meses, coincidiendo con un aumento de peso (peso máximo 56 kg). Siempre ha comido de manera muy desordenada e impulsiva, y en ese momento decidió comenzar una dieta pero le costaba mucho cumplirla; cuando conseguía restringir el consumo, se daba «atracones» de chocolate y perdía el control. Hace unos 6 meses, coincidiendo con el verano, decidió hacer una dieta a base de proteínas y llegó a pesar 49 kg. Sus padres la llevaron a un nutricionista y, tras no haber podido conseguir cumplir las pautas de alimentación prescritas y presentar una continua pérdida de peso, decidieron traerla a nuestra consulta para su valoración.

Durante la entrevista con la paciente a solas, ésta explicaba que, además de la pérdida de peso, estaba muy agobiada con la alimentación y su propio cuerpo (sabe las calorías de todo lo que come y tiene un miedo atroz a ganar peso, sobre todo

después de comer, momento en el que no es capaz de estar relajada), llegando a estar presente «casi todas las horas en mi cabeza». Presentaba una ideación del 80% y una importante distorsión de la imagen corporal. En los últimos meses estaba más triste, apática, aislada socialmente e irascible (sobre todo en casa). Lo único que le proporcionaba bienestar eran los estudios, a los que dedicaba todo su tiempo. Estudia 1.º de Bachillerato en un colegio bilingüe, con una media en sus calificaciones de matrícula de honor (no siempre ha sido así, ya que hasta hace un par de cursos sus notas eran medias); es muy rígida, autoexigente y «cabezota», y se toma todo «muy a pecho».

Mantiene una buena relación con la familia, aunque últimamente tiene más conflictos con su madre porque está más pendiente de ella durante las comidas.

Tiene buenas relaciones sociales y mantiene el mismo grupo de amigas desde pequeña, aunque se siente a la sombra de su mejor amiga, que es la líder del grupo.

Durante toda la consulta C.S. se muestra consciente y orientada, abordable, colaboradora, con lenguaje fluido y espontáneo. No se detectan alteraciones en ninguna de las tres esferas de pensamiento. Se muestra lábil y asustada, y se observan comportamientos de ansiedad (movimientos de piernas, se frota las manos, se muerde las uñas), sobre todo cuando están sus padres presentes. Tiene insomnio de conciliación y despertar precoz (duerme unas 5 h/día). No presenta ideación autolítica.

Exploración física

Peso de 48,2 kg (p20), talla de 174 cm (p98), índice de masa corporal de 15,9 y frecuencia cardíaca de 55 lpm. TA: 110/60. Exploración: AEG. Presenta lanugo, piel fría y seca. AP y AC normales, abdomen blando depresible sin masas ni megalias, resto normal.

1. En la entrevista con esta familia, señale la respuesta correcta:

- A. No es necesario tener la versión de la paciente, puesto que afirma que no le pasa nada.
- B. Si la paciente niega que tenga algún problema, no hay por qué seguir investigando, y esperaremos a que ella lo demande.
- C. Tras la entrevista conjunta con los padres, les indicaremos que queremos entrevistar a la paciente a solas, y que luego les explicaremos el plan de actuación.
- D. Todo lo que hablemos en la entrevista individual con la paciente se lo explicaremos a sus padres, aunque ésta no quiera porque, al ser menor de edad, ellos tienen la responsabilidad del cuidado de su hija.

2. ¿Qué factores precipitantes presenta esta paciente?

- A. Sexo femenino.
- B. Perfil psicológico perfeccionista, exigente.
- C. Entorno familiar: su madre sigue una dieta y un control de peso desde hace muchos años.
- D. Realización de una dieta para perder peso.

3. ¿Qué aproximación diagnóstica se adecuaría a esta paciente?

- A. Anorexia nerviosa restrictiva, por la reducción de la ingesta y la pérdida de peso significativa; su perfil exigente, perfeccionista y obsesivo, además del sentimiento de culpa al comer, la autopercepción que tiene de su imagen corporal y la elevada ideación.
- B. Bulimia nerviosa, por la alimentación que ha ido siguiendo a lo largo de su vida, con ciclos de dietas y atracones.
- C. Trastorno por atracón, porque la paciente refiere en su historia episodios de atracones sin compensación de la ingesta.
- D. Ninguna de las anteriores.

4. Para la estabilización de la paciente, es necesario:

- A. Normalización de los hábitos alimentarios y estabilización en un peso adecuado.
- B. Psicoterapia.
- C. La implicación de la familia.
- D. Todas las respuestas anteriores son ciertas.