

Multimed 2020; 24(1)

Enero-Febrero

Caso clínico

Anorexia nerviosa. Presentación de un caso

Anorexia Nervosa Case presentation

Anorexia nervosa. Apresentação do caso

Iris Dany Carmentate Rodríguez.^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6282-3120>

¹ Hospital Pediátrico Provincial José Martí Pérez. Sancti Spíritus, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: irisdany@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los TCA (trastornos de la conducta alimentaria) generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana. Los TCA representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Las estadísticas exponen que cada vez son más los adolescentes con tendencia a estos desórdenes alimentarios que traen serias complicaciones a su salud. La anorexia nerviosa se presenta con alta frecuencia en sociedades de consumo, países muy desarrollados, sin embargo en los últimos años se están presentando en nuestra sociedad casos que llaman la atención por la gravedad no solo del trastorno sino también por ser la adolescencia un grupo muy vulnerable a padecerlo. El caso que se presenta muestra la poca percepción de la familia sobre el riesgo y consecuencias de estos trastornos.

Objetivo: describir las características que se presentan en una adolescente con Anorexia nerviosa.

Presentación de caso: adolescente femenina de 14 años con notable pérdida de peso a raíz de dietas auto impuestas desde hace un año, muestra rechazo marcado a los

alimentos y constantemente muestra temor a engordar. Realiza ejercicios físicos intensos para combatir la posibilidad de aumentar de peso. En ocasiones decaída, poco sociable, preocupaciones intensas, ansiedad, hiperhidrosis palmar. Está presentando trastornos menstruales, cardiovasculares y digestivos que producen preocupación en la familia y búsqueda de ayuda médica.

Conclusiones: es evidente que los problemas relacionados con el medio familiar, la sobreprotección y otros factores psicológicos como la personalidad premórbida están implicados en la aparición de este trastorno. Se caracteriza por una distorsión de la imagen corporal y puede tener consecuencias muy graves para la salud de quien la sufre.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Adolescencia; Conducta alimentaria.

ABSTRACT

Introduction: eating disorders (eating disorders) usually appear during adolescence or early adulthood. The ACTs currently represent, according to the World Health Organization (WHO), the most important health problem of humanity, both by the number of people affected that is increasing, as by the deaths it causes. Statistics show that more and more adolescents are prone to these eating disorders that bring serious complications to their health. Anorexia nervosa occurs with high frequency in consumer societies, highly developed countries, however in recent years there are cases in our society that call attention to the severity not only of the disorder but also because adolescence is a group very vulnerable to suffer it. The case presented shows the poor perception of the family about the risk and consequences of these disorders.

Objective: to describe the characteristics that occur in a teenager with Anorexia nervosa.

Case presentation: 14-year-old female teenager with notable weight loss due to self-imposed diets for a year, shows marked rejection of food and constantly shows fear of gaining weight. Perform intense physical exercises to combat the possibility of gaining weight. Sometimes decayed, not very sociable, intense worries, anxiety, palmar hyperhidrosis. He is presenting menstrual, cardiovascular and digestive disorders that cause concern in the family and seek medical help.

Conclusions: it is clear that problems related to the family environment, overprotection and other psychological factors such as premorbid personality are involved in the appearance of this disorder. It is characterized by a distortion of body image and can have very serious consequences for the health of those who suffer it.

Keywords: Anorexia nervosa; Adolescence; Eating behavior.

RESUMO

Introdução: os distúrbios alimentares (distúrbios alimentares) geralmente aparecem durante a adolescência ou o início da idade adulta. Atualmente, os ACTs representam, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o problema de saúde mais importante da humanidade, tanto pelo número de pessoas afetadas que está aumentando, quanto pelas mortes que causa. As estatísticas mostram que cada vez mais adolescentes são propensos a esses distúrbios alimentares que trazem sérias complicações à sua saúde. A anorexia nervosa ocorre com alta frequência em sociedades de consumo, países altamente desenvolvidos; no entanto, nos últimos anos, existem casos em nossa sociedade que chamam a atenção para a gravidade não apenas do distúrbio, mas também porque a adolescência é um grupo muito vulnerável a sofrer. O caso apresentado mostra a má percepção da família sobre o risco e as consequências desses distúrbios.

Objetivo: descrever as características que ocorrem em um adolescente com Anorexia Nervosa.

Apresentação do caso: adolescente de 14 anos com notável perda de peso devido a dietas autoimpostas por um ano, mostra acentuada rejeição de alimentos e constantemente mostra medo de ganhar peso. Realize exercícios físicos intensos para combater a possibilidade de ganhar peso. Às vezes decadente, não muito sociável, preocupações intensas, ansiedade, hiperidrose palmar. Ele está apresentando distúrbios menstruais, cardiovasculares e digestivos que causam preocupação na família e procuram ajuda médica.

Conclusões: é evidente que problemas relacionados ao ambiente familiar, superproteção e outros fatores psicológicos, como a personalidade pré-mórbida, estão envolvidos no surgimento desse distúrbio. É caracterizada por uma distorção da

imagem corporal e pode ter consequências muito graves para a saúde de quem a sofre.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Adolescência; Comportamento alimentar.

Recibido: 4/12/2019

Aprobado: 16/12/2019

Introducción

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Los TCA son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la auto imagen y el peso corporal. Los principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón.⁽¹⁾

Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte. Los TCA son enfermedades reales y tratables.⁽²⁾ Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. Los TCA se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico, a la sociedad.^(3, 4) Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-IV, o sea, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Existen 2 subtipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo/purgativo. El fenómeno nuclear es una pérdida de peso significativa causada por la práctica de restricciones alimentarias asociadas muchas veces a la

práctica de actividad física excesiva y en menor proporción el uso de laxantes o purgantes, así como la inducción del vómito.⁽⁵⁾

Por lo general estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico (hidrato de carbono y grasa), y muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, que bordea el ayuno, limitada a unos pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo es también típico. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad, y es el ejercicio parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso. Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías que ingieren por día, y están cada vez más preocupados por pensamientos sobre la comida, y es esta preocupación lo que acrecienta su miedo a no tener control sobre su apetito.^(6, 7) Muchos de los signos y síntomas de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de la amenorrea, puede haber estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel. También pueden presentarse lanugo, edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o dejar de tomar laxantes), anemia, leucopenia. Las petequias se observan muy raramente, por lo general en las extremidades. Algunas veces el color de la piel es amarillento. Puede aparecer también atrofia mamaria, reducción del vello axilar y pubiano, metabolismo basal disminuido, etc. Las consecuencias físicas de la desnutrición, así como el frecuente uso de diuréticos y laxantes afectan prácticamente todo el sistema.⁽⁸⁾

El diagnóstico de la Anorexia Nerviosa es básicamente clínico. Se realiza mediante una exploración psicopatológica y física exhaustiva. Mantener su peso por debajo de lo que le corresponde según su talla y edad es la meta del anoréxico. Se empeñan en llevar a cabo todas las dietas y restricciones o conductas purgativas por la marcada inconformidad que tienen en relación a su peso anterior lo cual genera un miedo intenso al incremento de peso. Por lo general pueden mostrarse irritables, angustiadas, labilidad emocional, pérdida del interés y contacto social y sexual.⁽⁹⁾ Conociendo los aspectos que se señalan en la literatura se realiza una búsqueda de información actualizada utilizando los descriptores que se mencionan en bases de datos bibliográficas como Cumed, PubMed, Medline, Google Académico. Se describe un caso que aunque de fácil diagnóstico por cumplir con las pautas para realizar el

mismo es llamativo el deterioro nutricional de la adolescente que estando en estas condiciones continuaba vinculada en doble sesión a bailoterapia, con consentimiento de la mamá, lo cual pasó desapercibido hasta que la toma del estado general y la inanición la llevan a buscar atención médica. Se contó con el consentimiento informado de la tutora legal de la menor para poder describir y mostrar las características clínicas que se presenta en la adolescente con anorexia.

Caso clínico

Adolescente RLM, femenina, de 14 años de edad, hija de padres divorciados con múltiples conflictos que los ha llevado a litigios sobre todo relacionados con la vivienda donde conviven juntos. Hace aproximadamente un año comienza una relación amorosa con la cual decide terminar a raíz de que este le llamó "gorda". Desde entonces viene manifestando complejos, se siente fea, gorda, rechazada y comienza a perder interés por la ingestión de alimentos, llegando a negarse a mantener una adecuada alimentación y temor excesivo a engordar, marcado interés por la bailoterapia, realizando largas jornadas de ejercicios llevándola a la pérdida marcada de peso al punto de llegar a una importante desnutrición.

Historia social psiquiátrica: marcadas dificultades en el manejo educativo en el medio familiar conviviendo con tías abuelas que la sobreprotegen y la complacen en sus demandas, así como conflictos entre sus padres divorciados que conlleva a una situación atípica en relación a la vivienda por litigios en relación a ello.

Personalidad premórbida: sociable, alegre, perfeccionista, egocéntrica, impulsiva, sugestionable, complejista, preocupada, obsesiva.

A.P.F: trastornos neuróticos en la mamá y abuela.

A.P.P: no se señalan.

Al examen psiquiátrico:

Actitudes y maneras: pérdida marcada del panículo adiposo, no se corresponde el peso y la talla con la edad, se muestra cooperadora. Valoración nutricional: peso 32 Kg Talla 160cm. Índice de masa corporal 12.5, por debajo del 3er percentil (desnutrición proteico energética severa). (Fig. 1)



Fig.1. Estado de desnutrición severa.

Afectivamente: ansiedad, hiperhidrosis palmar, preocupaciones en relación a los alimentos que consume y su temor a engordar, triste en ocasiones.

Conativamente: afectada las necesidades alimenticias por las dietas auto impuestas sin una indicación por un especialista, hipoabulia marcada por su deterioro nutricional. Amenorrea, irregularidad en el ciclo menstrual. Funciones de relación afectadas globalmente.

Examen físico:

- ✓ Pérdida del panículo adiposo.
- ✓ Bradicardia, hipotensión.
- ✓ Presencia de hematomas y lesiones en miembros inferiores relacionadas con la poca presencia de masa muscular para cumplir la función protectora. Deformidad en las rodillas. (Fig. 2)



Fig.2. Deformidad de las rodillas.

Escápulas y otras estructuras óseas súper prominentes. Escaso diámetro antero posterior. Presencia de lanugo. Cabello áspero, poco brillante, caída del mismo, uñas frágiles. (Fig. 3)



Fig.3. Prominencia de escápulas.

Estudios psicológicos: nivel de funcionamiento neurótico y situación familiar inadecuada (Conflictos y sobreprotección).

Entrevistas individuales y familiares: se constata los conflictos ya mencionados y la repercusión en el estado psíquico de la paciente.

Al llegar al servicio se interconsultó con nutricionista quien indicó un suplemento dietético, fue valorada por varias especialidades y se comenzó un tratamiento psicoterapéutico aplicando la psicoterapia cognitivo- conductual y realizando dinámicas familiares para corregir el manejo educativo que hasta el momento se tuvo de la menor. La aplicación de psicofármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fue la clave para lograr una evolución favorable y una recuperación total de la paciente con una ganancia adecuada de peso y una reinserción a la escuela, se utilizó Sertralina 50 mg, aumentando hasta una dosis de 100 mg diarios, dejándose evolucionar alrededor de seis meses y viendo así esta mejoría o recuperación de su cuadro anoréxico.

Discusión

Se ha postulado por parte de diferentes investigadores, la influencia que puede tener en la génesis de la anorexia nerviosa el modelo de cuerpo femenino, extremadamente delgado, que se toma como patrón de belleza en diferentes medios de comunicación audiovisuales. Es frecuente en el mundo desarrollado que los jóvenes se aferren a este patrón de belleza, por la moda, las pasarelas, las telenovelas que exhiben este prototipo de mujer, la delgadez se asocia a la elegancia, prestigio, juventud, aceptación social, sin embargo, el desarrollo social alcanzado y la influencia de la tecnología que cada vez es más avanzada ha traído acarreado que en las consultas de psiquiatría se esté presentando con determinada frecuencia adolescentes que padecen este trastorno.⁽¹⁰⁾

La presencia en la paciente de un sistema nervioso central débil, la hace vulnerable a la influencia negativa de los conflictos manejados por la familia desde un divorcio mal manejado que los lleva a litigios frente a la adolescente así como los métodos educativos empleados en su manejo donde la inconsistencia y permisividad hacen que actúen como verdaderos factores psicopatogenizantes, a ello se le une la situación humillante para ella de que su novio la llame "Gorda" hecho relevante para ella por ser

una joven perfeccionista, complejista, preocupada por su apariencia personal lo que la llevó a una baja autoestima y con ello el desarrollo del trastorno y el aislamiento social que esto conlleva a pesar de haber estado muy motivada en los estudios que cursaba. Entre las anoréxicas existe la alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir, hay una alteración de la imagen corporal. Por ello el término "imagen corporal" se utiliza para referirse a la "imagen" que se tiene en mente y también a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo, los cuales pueden ser de satisfacción o insatisfacción. Las percepciones distorsionadas de su cuerpo favorecen el mantenimiento del cuadro anoréxico pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta. En esta paciente a pesar de mantener un cuadro de desnutrición severo continuaba insistiendo no solo en la restricción de alimentos sino también en la realización de ejercicios físicos intensos de forma diaria.⁽¹⁰⁾

El manejo integral del caso, así como las intervenciones familiares realizadas sirvieron de estímulo para que la adolescente comenzara a cambiar la percepción de su propia familia, así como aumentar su autoestima logrado sobre todo a través de la psicoterapia cognitivo conductual lo que contribuyó a una mejoría evidente de su estado general. (Fig. 4)



Fig.4. Estado nutricional después del tratamiento.

Es importante para la familia percatarse tempranamente de la presencia de desórdenes alimentarios que puedan llevar a sus hijos a estados como el caso presentado pues se hace muy difícil el manejo del mismo por los estilos y hábitos alimentarios distorsionados que se va imponiendo el adolescente. Mantener una buena comunicación, rescatar las cenas en familia y de manera general el buen vivir en familia puede ser la clave para evitar desórdenes como este.

Conclusiones

La anorexia nerviosa forma parte de los trastornos alimentarios que de no ser intervenidos oportunamente ponen en riesgo la vida del paciente. Es frecuente que aparezca en adolescentes principalmente del sexo femenino. Múltiples factores biológicos, psicológicos, endocrinos, bioquímicos y sociales están involucrados en el desarrollo del trastorno. La repercusión en diferentes sistemas y aparatos es un hecho irrefutable que trae graves complicaciones al paciente. La psicoterapia cognitiva conductual, el manejo de los factores familiares desencadenantes y el uso de ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) son sin dudas la clave esencial para el éxito en el manejo de estos trastornos. Es en el hogar donde puede ir identificándose tempranamente la presencia de estos trastornos.

Referencias bibliográficas

1. Calderón Ortiz BP, Felipe Rodríguez A. Anorexia Nerviosa en la adolescencia: Diagnóstico, bases neurológicas y moleculares. Revista Salud Bosque 2016; 6(2):41-48.
2. Rodríguez López E. Trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de México. Multidisciplinary Health Research [Internet]. 2017 [citado 8/5/2019]; 2(1). Disponible en: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/2413/1862>
3. Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Médica Clínica Las Condes 2017; 28(6): 893-900.

4. Sainos López DG, Sánchez Morales MT, Vázquez Cruz E, Gutiérrez Gabriel I. Funcionabilidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. Rev Atención Familiar 2015; 22(2): 54-57.
5. Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. Rev Cubana Pediatr 2000; 72(4): 300-5.
6. Jiménez Ortega A, González Iglesia M. Problemática nutricional de la población femenina adolescente. Rev Nutrición Hospitalaria 2015; 32(1): 5-9.
7. Kaplan HI, Sadok BJ. Anorexia nerviosa. En: Compendio de Psiquiatría. 2da. ed. La Habana: Instituto del Libro; 1987. P. 517-20.
8. Kessel B, Mehler P. Hipotensión ortostática y taquicardia en pacientes adolescentes con anorexia nerviosa: un indicador de lo grave de la enfermedad. Eating Disorders Review [Internet]. 2018 [citado 5/8/2019]; 29(4). Disponible en: https://eatingdisordersreview.com/wp-content/uploads/2018/10/nl_edr_29_4print-sp.pdf
9. Chunga Silva L. Trastorno de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. Rev Psicología 2015; 17(2): 116-127.
10. González Quiñones J, Martínez Caro D, Martínez Muñoz S, Pinzón Ramírez J. Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). Carta Comunitaria 2017; 25(143):29-5.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de Autoría

Iris Dany Carmenate Rodríguez fue la responsable de la concepción del estudio, selección del tema, recogida de la información y elaboración del manuscrito.

La autora se declara responsable de la veracidad del contenido del artículo.