

# TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Disfunción social asociada.

Autores y filiaciones: S. Chica Martínez, A. Ibiricu Lecumberri, M. Kortabarria Elguero, C. Toledo Gotor, D. Viguera Elias, M.L.Poch Olive. Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño.

## Introducción

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen una prevalencia aproximada del **2-3%**. Hoy en día se considera la **3ª causa** de enfermedad crónica en Occidente.
- Algunas de los factores de riesgo son: ciertas profesiones-hobbies (atletas, bailarinas...), enfermedades (diabetes mellitus, obesidad...), mujer menor de 30 años, conflictividad familiar, eventos estresantes en la vida...

## Metodología

### ANAMNESIS:

- Paciente de **13 años** que acude traída por su madre. Actitud de **enfado y desafío** en la consulta. No entiende el por qué de la consulta. Lleva 1 año realizando dieta estricta (verduras y frutas) por lo que ha **perdido unos 7 kilos**, los padres refieren que desde la muerte de la abuela materna está ocurriendo dicho comportamiento.
- Realiza **2 horas de ejercicio físico** diario, dieta basada en verduras y frutas. No actividad social, **cyberacoso** en el instituto.
- Antecedentes familiares: abuela materna con depresión. Padres separados con mala relación interfamiliar, **violencia de género** en el hogar.
- **Ideas autolíticas** en varias ocasiones. No consumo de tóxicos.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** peso 38 kg y altura 160 cm. IMC 14. Xerosis cutánea, laceraciones de poca profundidad a nivel de antebrazos y muslos. No otras alteraciones.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** analítica sanguínea (anemia ferropénica, glucopenia, elevación de transaminasas e hipovitaminosis D). Electrocardiograma sin alteraciones.

**TRATAMIENTO:** ingreso para control alimentario e inicio de terapia cognitivo-conductual junto a técnicas de relajación y manejo de ansiedad.

## Bibliografía

- Behar R, Arancibia M. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014;52(Suppl 1):22-3.
- CallC,WalshT,AttiaE.FromDSM-IVtoDSM-5:Changestoeatingdisorder diagnosis. Curr Opin Psychiatry 2013;26:532-6.
- RaevuoriA,SuokasJ,HaukkaJ,etal.Highlyincreasedriskoftype2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2015;48:555-62.
- Schlegl S, Burger C, Schmidt L, Herbst N, Voderholzer U. The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and recommendations for future research. J Med Internet Res 2015;17(3):e85.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Police Statement Identifying and treating eating disorders. Pediatrics 2003; 111: 204-211.

## Resultados y discusión

- Abordaje **multidisciplinar** entre pediatría, psiquiatría infantil y endocrinología: evolución favorable con visitas concertadas para terapia grupal e individual con buena adherencia al tratamiento.
- **No ha precisado tratamiento farmacológico** salvo ansiolíticos en determinadas ocasiones.
- **Terapia psicológica individual y grupal** (paciente y familia): con mejora en el estado de ánimo al igual que en su autorregulación.
- **Apoyo social** con visitas por parte de Trabajadores Sociales.

## Conclusiones

- Fundamental un diagnóstico precoz.
- Aumentar la visión acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria.
- Realizar una anamnesis detallada y orientada y en el caso de detectarlos es fundamental implicar a la familia en el proceso terapéutico.
- Tratamiento multidisciplinario coordinado.
- Educación psiconutricional y apoyo psicológico/social al paciente y a los familiares.

