

Medicent Electron. 2019 ene.-mar.;23(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL

## INFORME DE CASO

### **Anorexia nerviosa: trastorno poco frecuente en adolescentes varones**

### **Anorexia nervosa: an uncommon disorder in male adolescents**

**Mercedes Véliz Sánchez, Carlos Aguiar Mota, Marileé Graciela Infante Aguirre**

Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [mercedesvs@infomed.sld.cu](mailto:mercedesvs@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

La anorexia nerviosa es un trastorno grave, muy frecuente entre los jóvenes en el período de la pubertad, caracterizado por una fuerte limitación autoimpuesta de la dieta, y que a su vez determina una gran pérdida de peso con peligro para la vida, desnutrición, malestar y otros síntomas asociados. El objetivo de esta investigación es demostrar que es posible lograr una respuesta terapéutica efectiva mediante métodos psicoterapéuticos, en pacientes masculinos jóvenes con anorexia nerviosa. La psicoterapia individual y de familia favoreció la concientización y la importancia de una adecuada nutrición para el adolescente. Su peso se restableció a 42 kilogramos durante las primeras 16 semanas de tratamiento.

*DeCS:* anorexia nerviosa.

### **ABSTRACT**

Anorexia nervosa is a very common and serious disorder among young people during the pubertal period, characterized by a strict self-imposed diet rules that determines a great weight loss with life - threatening, malnutrition, discomfort and other associated symptoms. This study was aimed at demonstrating that it is possible to achieve an effective therapeutic response by means of psychotherapeutic methods in young male patients with anorexia nervosa. Individual and family psychotherapy favors the awareness of the importance of an adequate nutrition for the adolescent. His weight was recovered to 42 kilograms during the first 16 weeks of treatment.

*DeCS:* anorexia nervosa.

## INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN) en los últimos años se ha convertido en un tema de creciente interés en el ámbito de la salud mental, por su etiología múltiple, diversas manifestaciones, evolución y cronicidad; elementos que afectan mayoritariamente al sexo femenino en edades entre los 12 y 25 años de edad. Estas manifestaciones se evidencian en distintos aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales. Su recuperación total es compleja pues en muchos casos tiende a la cronicidad, y en ocasiones su desenlace es irremediable.

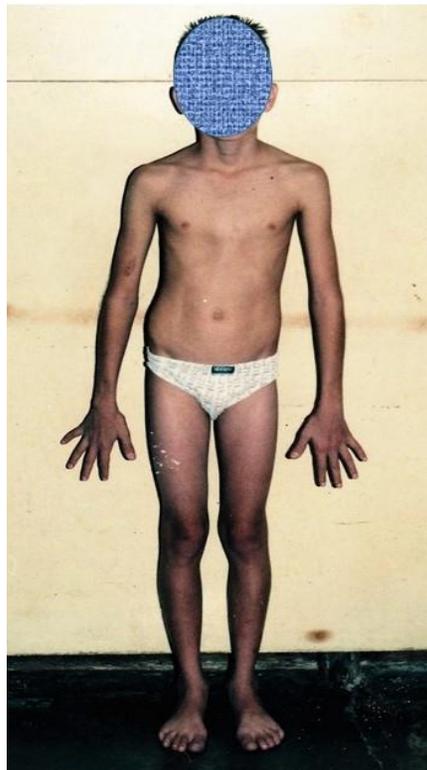
La población con mayor riesgo para estas alteraciones son los adolescentes, que atraviesan una etapa de transición sujeta a cambios físicos, cognitivos, psicológicos, sociales, y que asumen formas de los diferentes entornos sociales, culturales y económicos donde se desarrollan.<sup>1</sup>

Se considera la presentación de este caso como un hecho infrecuente de AN en un adolescente masculino. No se han encontrado informes similares en la literatura cubana. Por otra parte, es relevante el hecho que se obtuvo una respuesta terapéutica inmediata de forma ambulatoria, con la intervención psicoterapéutica sobre el paciente y la familia.

El objetivo fue demostrar que es posible lograr una respuesta terapéutica efectiva, mediante métodos psicoterapéuticos en pacientes masculinos jóvenes con anorexia nerviosa.

### Presentación del paciente

Adolescente masculino de 13 años de edad, blanco, estudiante y con antecedentes de buena salud física y mental. Fue llevado por sus padres a consulta de psicología por presentar pérdida evidente del peso corporal, de forma lenta e insidiosa desde hacía más un año. Inicialmente, los padres no le dieron importancia porque siempre daba una justificación para no ingerir alimentos, como: «estoy lleno, me duele la cabeza, más tarde lo hago, ya comí en casa de uno de mis amigos del círculo de estudio», y otras. Situación que en los últimos meses se agravó, hasta tener una pérdida considerable de peso por debajo de su talla: 1,45 metros con un peso de 28 kilos (inferior al quinto percentil). (Figura 1)



**Figura 1.** Fotografía del adolescente.  
Obsérvese la pérdida de peso.

Fue valorado por pediatría para descartar la presencia de una enfermedad orgánica que justificara la drástica pérdida de peso, los resultados de los estudios fueron negativos. En la consulta de psicología se realizaron: entrevista clínica infantil, entrevista familiar diagnóstica y evaluación psicológica, mediante las siguientes técnicas psicológicas: Rotter infantil, Zung y Conde, escala de ansiedad patológica, cuarto excluido, inventario de problemas juveniles, *test* de funcionamiento familiar, dibujo de la familia y dibujo libre.

Se realizó el diagnóstico mediante la técnica de triangulación de fuentes, para contrastar y comparar entre sí, desde diferentes ángulos, los datos obtenidos de las técnicas e instrumentos empleados:<sup>2</sup> los resultados de la entrevista clínica infantil, la entrevista familiar y los resultados de las técnicas psicológicas utilizadas. De estas evaluaciones se obtuvieron los siguientes resultados: Adolescente que tiene una pérdida de peso del 62,2 % con relación a su talla, con un peso de 28 kilogramos para una talla de 1,45 metros de altura, portador de un coeficiente intelectual normal promedio alto. No presentó ningún síntoma psicopatológico. Se constató la existencia de conflictos relacionados con la esfera personal: dependencia familiar, rasgos obsesivos en su personalidad en formación, retraimiento social y exagerada dedicación de su tiempo libre a actividades como la práctica del ajedrez, estudio en el hogar y videojuegos, con violación de los horarios de vida por esta razón. Estas conductas le restan tiempo para satisfacer necesidades vitales como la alimentación y la actividad social. Familia nuclear biparental, moderadamente funcional con estilos comunicativos basados en una relación sobreprotectora y permisiva. El exceso de atenciones con el adolescente le ha permitido violar horarios de alimentación por realizar otras actividades que le atraen más y llevar una dieta de alimentos bajos en calorías. No se encuentran alteraciones ni del curso ni del contenido del pensamiento, así como de la esfera sensorial.

Se realizó el diagnóstico diferencial con:

1. Esquizofrenia, aunque en esta enfermedad los pacientes pueden presentar ausencia del interés por la alimentación, dificultades en la relación con los demás, labilidad afectiva e ideas fijas y delirantes, esto no se relaciona con el deseo de perder peso de forma voluntaria. Trastornos obsesivo-compulsivos, aun cuando en el adolescente se observen algunos rasgos como: la excesiva responsabilidad, meticulosidad, perfeccionismo, rigidez e inflexibilidad, así como ansiedad, estos síntomas solo se asocian hacia el cumplimiento de sus deseos, vinculados únicamente al alimento y no a las demás esferas de la vida, como ocurre en dichos trastornos.
2. Fobia social, el adolescente no teme ser visto al comer en público, ni está preocupado por ningún defecto de su imagen corporal, simplemente evade comer en familia o en grupo, para evitar la ingestión del alimento no deseado, pero no por temor a la sociedad.
3. Bulimia nerviosa, en la que el paciente hace grandes ingestas, y después se provoca el vómito o toma laxantes o diuréticos para no ganar peso, pues en la AN se asumen estas conductas solo cuando ingieren alimentos de alto contenido calórico, aunque sean pequeñas cantidades como las golosinas.

No fue necesaria su hospitalización para lograr incrementar el peso corporal. Se realizó psicoterapia de conducta estructurada, individual e intensiva, con elementos de la terapia persuasiva, racional y sugestiva, con frecuencia de una sesión semanal durante 16 semanas. El objetivo principal fue lograr concientizar al paciente de sus necesidades alimentarias y de una adecuada nutrición para su desarrollo posterior, tanto biológico como psicológico. Logró un estilo de vida saludable, se estimuló a la ejercitación de juegos populares y otros deportes, para mejorar su interacción social con sus coetáneos y el desarrollo de la motivación hacia la alimentación por la influencia social. La psicoterapia de la familia, con igual frecuencia que la anterior, logró suprimir los estilos educativos inadecuados y se mejoró la funcionalidad familiar. Se estableció un horario de vida familiar adecuado, donde se cumplieron y respetaron los horarios de alimentación, estudio, juego y descanso. Su peso se restableció a 42 kilogramos (25 percentil según su edad y talla) durante las primeras 16 semanas de tratamiento.

## Comentario

La AN es un trastorno grave y muy frecuente entre los jóvenes en la pubertad o antes, caracterizada por una limitación autoimpuesta de la dieta. Esta determina una gran pérdida de peso con peligro para la vida, malestar y otros síntomas asociados.<sup>3</sup> También se caracteriza por la disminución progresiva del interés por la alimentación, ocasionada generalmente por una situación familiar irregular. En este caso existen estilos educativos de sobreprotección y permisividad, además de una desorganización familiar demostrada en la no existencia de estilos de vida saludables, ni de cumplimientos de horarios de vida.

Actualmente, la teoría más extendida defiende cierta predisposición cognitiva del paciente a la enfermedad y el peso de la influencia del entorno familiar. También es notable citar su insistencia en una posible relación con trastornos obsesivos compulsivos.<sup>4</sup> Entre las causas que desencadenaron este trastorno está la presencia de estilos educativos inadecuados en la familia, que facilitó que el adolescente desviara su atención hacia actividades como los videojuegos, el ajedrez y el exceso de estudio. Las dificultades en el funcionamiento familiar también descuidaron el cumplimiento de horarios de vida; estos aspectos fueron resueltos con el tratamiento psicoterapéutico.

La anorexia se caracteriza por un conjunto de manifestaciones fisiológicas y psicológicas; estas últimas se ubican en tres dimensiones: cognitiva, comportamental y emocional. Uno de los elementos centrales es la disminución del apetito, aunque no es el único que participa en este problema de salud multifactorial.<sup>5</sup> Después de resolver estos elementos durante el proceso psicoterapéutico, con la terapia reconstructiva e intensiva, se logró modificar la conducta alimentaria del paciente.

La anorexia nerviosa es más frecuente en sociedades industrializadas, en las cuales hay abundancia de alimentos y ser delgado se considera más atractivo. En Cuba existe una investigación del año 1984 sobre tres adolescentes hembras hospitalizadas por este trastorno.<sup>6</sup>

Por lo general, comienza a manifestarse en la pubertad y en la adolescencia temprana. Más del 90% de los pacientes son del sexo femenino; su prevalencia oscila entre 270 por 100 000 habitantes en hembras, y 22 por 100 000 habitantes en varones. Su curso puede ser episódico o un suceso único, con posterior recuperación del peso o deterioro progresivo hasta la muerte; la mortalidad a corto plazo es baja (1 a 5 %); a largo plazo asciende al 20 %, y casi la mitad corresponden al suicidio.<sup>3</sup>

Aún no se conocen las causas de la AN, se reconocen factores desencadenantes, pero tiene más sentido comprenderla como multidimensional y multifactorial.<sup>7</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veintimilla Vega GA. Plan de intervención primaria en adolescentes entre 14-16 años. Relación entre características de personalidad y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria del Centro Educativo «Cordillera» de la ciudad de Loja de agosto 2013 a febrero de 2014 [tesis]. Ecuador: Universidad de Loja; 2015 [citado 2 mayo 2018]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14165/1/TESIS%20BIBLIOTECA.pdf>
2. Alzás T, Casa García LM. La evolución del concepto de triangulación en la investigación social. Rev Pesqui Qualit [internet]. 2017 [citado 2 mayo 2018];5(8):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/95>
3. Instituto Nacional de la Salud Mental. Los trastornos de la alimentación: un problema que va más allá de la comida [internet]. Estados Unidos: NIH; 2016 [citado 2 mayo 2018]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901\\_152220.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901_152220.pdf)
4. Granja Mesa A, Pérez Muñoz V, Gempeler Rueda J, Rodríguez Guarín M, Ribero Salazar O. Anorexia nerviosa secundaria a un trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas de escrupulosidad predominante en un hombre adulto. Rev Mex Trastor Aliment [internet]. jul.-dic. 2017 [citado 2 mayo 2018];8(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s2007-15232017000200185&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2007-15232017000200185&lng=es)

5. Kirszman D, Salgueiro MC. Body Image. Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention. Rev Mex Trast Alim [internet]. 2015 [citado 2 mayo 2018];6:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425743626007.pdf>
6. Rodríguez Méndez O, García Sánchez M. Anorexia nerviosa: estudio de tres pacientes. Rev Cubana Pediatr [internet]. ene.-feb. 1985 [citado 2 mayo 2018];57:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/digitalizacion-bmn/files/2016/12/S0034-7531.1985.0001.0011.pdf>
7. Ortiz Cuquejo LM, Aguiar C, Samudio Domínguez GC, Troche Hermosilla A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? Pediatría (Asunción) [internet]. abr. 2017 [citado 2 mayo 2018];44(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=s1683-98032017000100037&script=sci\\_arttext&lng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=s1683-98032017000100037&script=sci_arttext&lng=es)

Recibido: 24 de julio de 2018

Aprobado: 15 de octubre de 2018

*Mercedes Véliz Sánchez* Universitario Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.  
Correo electrónico: [mercedesvs@infomed.sld.cu](mailto:mercedesvs@infomed.sld.cu)