

Posible trastorno de la conducta alimentaria en una adolescente. Test de siluetas como herramienta de cribado



I. Arenilla Juanas

Médico de Familia. CS Santa Mónica. Rivas Vaciamadrid, Madrid. España.

PUNTOS CLAVE

- La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos de la conducta alimentaria (TCA) cuyo inicio suele darse durante la adolescencia de forma larvada. El nivel asistencial clave para la detección precoz de los mismos es la Atención Primaria.
- Ante un adolescente con pérdida anormal de peso, la anamnesis personal y familiar cuidadosa y algunos datos de la exploración física pueden servirnos para afianzar la sospecha de TCA.
- Los dos datos clave en la exploración del adolescente ante una sospecha de TCA son la distorsión y la insatisfacción en la autoimagen personal, que puede ser explorada de forma simple y rápida en la consulta de Atención Primaria mediante el test de siluetas para adolescentes (TSA).
- Otras pruebas complementarias que pueden realizarse inicialmente en Atención Primaria nos orientarán hacia una confirmación de la sospecha diagnóstica y nos informarán sobre el grado de afectación somática alcanzado.

HISTORIA CLÍNICA

Una adolescente de 11 años, acompañada por su madre, acude por primera vez a demanda a la consulta del centro de salud por presentar, desde hace siete días, dolor abdomi-

nal y estreñimiento pertinaz. No refiere estreñimiento habitual ni haber cambiado sus costumbres alimentarias (come lo propuesto en el menú del comedor del colegio y cena en cantidades generosas en casa con su familia). La madre dice que la encuentra algo nerviosa porque está en época de exámenes, y solicita laxantes para ayudar, al menos, a paliar el dolor.

Antecedentes personales

Recién nacida pretérmino a las 35 semanas; calendario vacunal en regla; sin patologías crónicas; una cirugía de osteosíntesis por fractura abierta de tibia izquierda distal; sin menarquia. No aporta gráficas de crecimiento por haber sido anteriormente seguida en clínicas de medicina privada pero, según la madre, siempre ha sido una niña más bien delgada.

Antecedentes familiares

Madre portadora de mutación de hemocromatosis H63D, afecta de trastorno mixto ansioso-depresivo, hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina desde hace varios años, e intervenida de *bypass* gástrico proximal por obesidad mórbida; padre con insomnio de media-larga evolución en tratamiento con benzodiazepinas.

Exploración física

Peso 34 kg; talla 144 cm; índice de masa corporal (IMC) 16,39 kg/m² (infrapeso: delgadez moderada); frecuencia cardíaca 52 lpm. Hábito asténico; desarrollo puberal: telar-

quia III, pubarquia II. Leve palidez cutánea. Cabello largo, abundante y de aspecto sano. Destacan marcas cicatriciales sonrosadas con forma arqueada en las falanges medias de la mano izquierda. Interrogada sobre el origen de las heridas, la niña no les da importancia y se encoge de hombros diciendo que “no sabe qué son” y “no se le quitan” (Figura 1). No se encuentran otros datos patológicos en la exploración, llama la atención la delgadez abdominal y la ausencia de heces palpables en marco cólico.

A la vista de las marcas cutáneas, y tras comentar con la madre la posibilidad de que la hija pudiera estar provocándose vómitos como conducta purgativa, la madre reconoció que últimamente le preguntaba de vez en cuando si “ella estaba gorda”. No refirió haber observado conductas anormales.

¿ES NORMAL LA SITUACIÓN DE ESTA ADOLESCENTE?

La paciente presenta una situación de infrapeso moderado según criterios de la Organización Mundial de la Salud. La madre comenta que siempre ha sido más bien delgada, desde que nació (pretérmino, 35 semanas de gestación), pero no ha tenido problemas para comer y de hecho come “de todo y con muy buen apetito”.

El motivo de consulta, la anamnesis personal y familiar, la solicitud de laxantes y ciertos rasgos de la exploración, como la ausencia de heces en marco cólico a la palpación, y la presencia de un posible signo de Russell (Figura 1) en la mano izquierda junto con una expresiva *belle indiférence* de la niña ante las lesiones, nos pone sobre la pista de un posible inicio de un trastorno de la conducta alimentaria, que



Figura 1. Signo de Russell (marcas ya algo atenuadas, segunda visita)

podría tratarse, como opciones más probables, de una bulimia nerviosa en estado inicial o de un cuadro incompleto que no cumpliera criterios diagnósticos (trastorno por atracón, trastorno de la conducta alimentaria no especificado).

Dado lo larvado del inicio de estos cuadros y su gravedad posterior si se desarrollan completamente, conviene intentar descartar desde la consulta de Atención Primaria su presencia y los trastornos somáticos asociados. La derivación a salud mental para la intervención precoz puede ser necesaria en caso de confirmarse el problema.

ETIOPATOGENIA: BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es uno de los TCA más prevalentes entre las mujeres en nuestro medio. Según las series revisadas, la prevalencia oscila entre el 1 y el 10% de la población de adolescentes y mujeres jóvenes.

Actualmente se define como una preocupación intensa por el peso corporal y la figura, con episodios regulares de ingesta de grandes cantidades de comida (atracones) asociados al uso de métodos para contrarrestar los efectos de la ingesta excesiva. El diagnóstico puede verse dificultado por el secretismo con el que se llevan a cabo los atracones y las conductas purgativas compensadoras.

Su etiología parece ser multifactorial; la genética y la biología individual, junto con factores psicológicos, familiares y sociales son igualmente influyentes.

En la patogenia de la bulimia nerviosa existen factores personales **predisponentes**, factores **desencadenantes** y otros **perpetuadores** del trastorno.

En la evolución de la enfermedad pueden identificarse varios estadios:

1. **Preclínico:** previo a la aparición del cuadro, durante el cual actúan factores **predisponentes** que facilitarían su aparición, pero no implican un desarrollo inevitable del trastorno. Los factores predisponentes más conocidos son: sexo femenino, edad entre 12 y 20 años, obesidad o sobrepeso previo y trastornos afectivos previos.
2. **Clínico precoz:** suele coincidir con el inicio de conductas precursoras (como una primera dieta); durante esta etapa, los factores **precipitantes** (acontecimientos vitales estresantes o que interfirieran en el ritmo normal de vida del paciente) son los que aumentan el riesgo de iniciar, desarrollar y fijar el trastorno.

3. **Clínico establecido:** durante el desarrollo del cuadro clínico más florido, la influencia de mecanismos protectores y su interacción con los factores **perpetuadores** podrían determinar la transitoriedad del trastorno o su evolución hacia formas parciales, completas o crónicas. Los factores perpetuadores más conocidos son las propias alteraciones somáticas relacionadas con la desnutrición y la percepción de la paciente de la respuesta social a los cánones de belleza vigentes.

Hay, además, una serie de marcadores de riesgo que también conviene recordar, para valorarlos adecuadamente en la historia clínica:

- Personalidad previa: personas inseguras, autoexigentes, con escasa tolerancia a la frustración, impulsivas.
- Realización de deportes de alta competición, ballet.
- Experiencias de pérdidas o carencias afectivas en los últimos dos años, u otros acontecimientos vitales estresantes: pérdidas, cambios de residencia, inicio de una relación sentimental...
- Familias sobreprotectoras, existencia de problemas conyugales, padres añosos.
- Antecedentes de obesidad en la familia.
- Antecedentes psicopatológicos o de abuso de alcohol o sustancias en la familia.

La importancia de la detección precoz estriba en la posibilidad de un desenlace fatal. Se manejan cifras de mortalidad del 5% a los 2-5 años del diagnóstico en el caso de la bulimia nerviosa, siendo el suicidio la causa de muerte más frecuente. La evolución a la cronicidad se ha descrito en el

25% de los casos, y aproximadamente un 50-60% se recupera.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos actuales según el DSM-IV y CIE-10 para bulimia nerviosa se recogen en la **Tabla 1**. Cabe destacar que estos criterios solo se cumplen al completo cuando el trastorno ya se encuentra bien establecido, de modo que para detección precoz en consulta pueden resultar poco útiles.

INVESTIGACIONES A REALIZAR

Es conveniente realizar una **exploración física** sistemática, en la que se miden peso, talla, IMC, tensión arterial, temperatura, y frecuencia cardiaca y respiratoria. Se valora si existe deshidratación, signo del pliegue, lanugo, petequias orofaciales o cervicales, hipertricosis, edemas... y se comprueba el estado de las uñas y del cabello.

La paciente bulímica generalmente parece sana. Puede presentar gingivitis, glositis, caries o erosiones del esmalte dentario, o hipertrofia irritativa de las glándulas salivales (debida al contacto bucal repetido con los vómitos de pH ácido), voz ronca debida al reflujo gastroesofágico, signo de Russell (hipertrofia o callosidades de los nudillos por inducción del vómito utilizando los dedos de la mano), edemas periféricos por hipoproteinemia, o prolapso rectal si existe estreñimiento crónico.

Tabla 1. **Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa**

Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa (DSM-IV) (para el diagnóstico deben cumplirse todos los criterios mencionados)
<p>a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta, no poder parar o controlar la cantidad. <p>b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, tales como el vómito provocado, EL uso excesivo de laxantes, diuréticos y/o enemas, ayuno o ejercicio excesivo.</p> <p>c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.</p> <p>d. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
Pautas para el diagnóstico de bulimia (CIE 10)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer; el enfermo termina por sucumbir a ellos apareciendo episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo. 2. Intento de contrarrestar el aumento de peso mediante alguno de estos métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, ayuno, consumo de anorexígenos, diuréticos. 3. Miedo morboso a engordar, con fijación de un dintel de peso inferior al que tenía antes de la enfermedad; pueden existir antecedentes previos de anorexia.

Pruebas de laboratorio

Son fundamentales para evaluar la extensión de la afectación somática secundaria al posible trastorno. Se solicitarán, si están disponibles:

- Bioquímica básica: potasio, cloro, fosfato, magnesio. En pacientes vomitadoras crónicas suele encontrarse hipopotasemia, hipocloremia y alcalosis metabólica. En pacientes que abusan habitualmente de laxantes se puede detectar además hipomagnesemia e hipofosfatemia.
- Enzimas pancreáticas. En un 50% de las pacientes vomitadoras se puede encontrar una elevación moderada de la amilasa sérica.
- Marcadores del estado nutricional. Se prestará atención a la glucemia, los niveles de lípidos sanguíneos y las proteínas totales (o a la prealbúmina si está disponible). En pacientes vomitadoras también conviene comprobar el perfil férrico.
- Perfil tiroideo. No es imprescindible. En el caso clínico que se presenta, dados los antecedentes maternos y la presencia de hormonas tiroideas en el hogar, conviene descartar la toma subrepticia de levotiroxina por parte de la hija.

Test psicométricos

El único test validado en nuestro medio y en español es el EAT-26 (Tabla 2). Permite comprobar la existencia de trastornos conductuales en los hábitos alimentarios y detectar actitudes patológicas ante la comida en el adolescente. No obstante, al ser aplicado a población general tiene un valor predictivo positivo bastante bajo, por lo que es razonable no usarlo como método de cribado sino administrarlo solamente a pacientes con una sospecha clínica fundada, o combinarlo con otros medios, como el test de siluetas, que reafirmen el resultado.

El test de siluetas para el adolescente

Este instrumento consiste en ocho figuras masculinas que incrementan progresivamente su figura corporal con relación al incremento de peso, y ocho figuras femeninas de similar condición (Figura 2). Están numeradas del 1 al 8. La numeración corresponde, de forma no explicitada en el formulario del test, a los siguientes IMC:

1. IMC ≤ 16 kg/m².
2. IMC 16-17,99 kg/m².
3. IMC 18-19,99 kg/m².
4. IMC 20-22,49 kg/m².

Tabla 2. Preguntas del cuestionario EAT-26 ordenadas por factores

1.º Dieta
01. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
02. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
03. Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.
04. Me siento muy culpable después de comer.
05. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
06. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
07. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
08. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar.
09. Tomo alimentos dietéticos.
10. No me siento bien después de haber tomado dulces.
11. Estoy haciendo régimen.
12. Me gusta tener el estómago vacío.
13. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
2.º Bulimia y preocupación por la comida
01. La comida es para mí una preocupación habitual.
02. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
03. Vomito después de comer.
04. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
05. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
06. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.
3.º Control oral
01. Procuero no comer cuando tengo hambre.
02. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
03. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
04. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
05. Tardo más tiempo que los demás en comer.
06. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
07. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
Cada pregunta tiene una posible respuesta entre seis posibilidades (siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca) y su forma de puntuación es: 3-2-1-0-0-0, valorándose 3, 2 o 1 las tres primeras posibles respuestas, respectivamente ("siempre" = 3), y cero las tres siguientes. Únicamente el ítem 13 se puntúa de una manera opuesta ("nunca" = 3).
Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone la necesidad de una mayor investigación (entrevista con un clínico experimentado).

5. IMC 22,5-24,99 kg/m².
6. IMC 25-27,49 kg/m².
7. IMC 27,5-29,99 kg/m².
8. IMC ≥ 30 kg/m².

Tras presentarle en papel dichas figuras, se pide al sujeto que conteste a las siguientes preguntas:

1. De las figuras masculinas, ¿cuáles consideras que son normales, delgadas y gordas?
2. De las figuras femeninas, ¿qué figuras consideras que son normales, delgadas y gordas?
3. ¿Qué figura representa tu peso actual?
4. ¿Qué figura te gustaría tener?
5. ¿Qué figura elegirías como pareja?

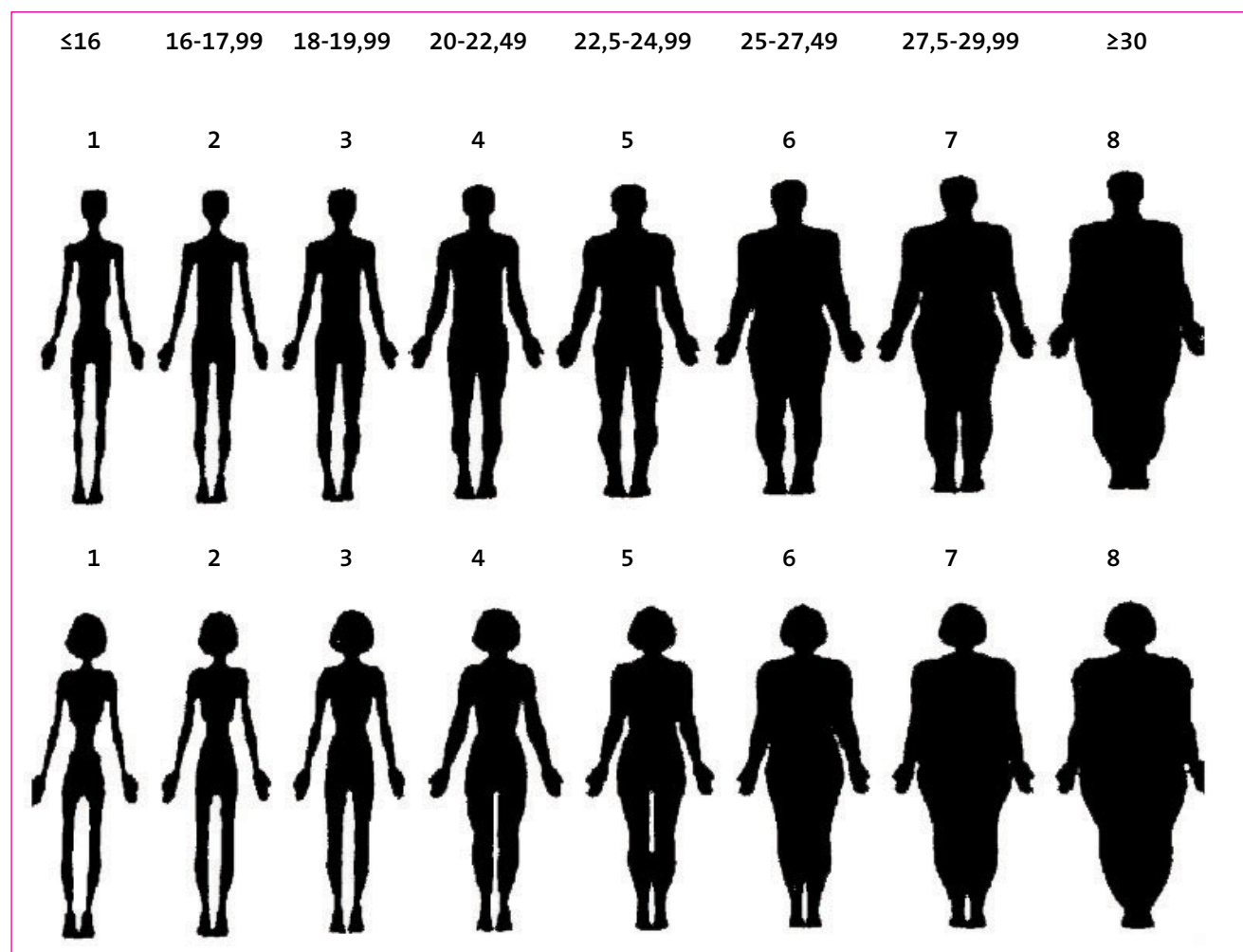


Figura 2. **Test de siluetas**

Tomado de: Gandarillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García AR, Muñoz Rodríguez PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Madrid [en línea] [consultado el 01-08-2012]. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf>

6. ¿Qué figura elegiría el sexo contrario como pareja?
7. ¿Qué figura le gustaría a tu madre que tú tuvieras?
8. ¿Qué figura le gustaría a tu padre que tú tuvieras?

De estas preguntas obtenemos dos índices útiles para el despistaje de TCA en la consulta:

- **Distorsión:** diferencia entre el número de la figura que tendría el **IMC real** del adolescente y la pregunta tres (figura que **ellos creen** que representa mejor su peso actual). Este valor es normal entre -2 y $+2$ grados de distorsión. El sujeto presenta predisposición a un TCA si supera -2 grados de distorsión, y está en riesgo o puede presentar el trastorno clínico si la distorsión es mayor de -4 grados.
- **Insatisfacción:** diferencia entre la pregunta 3 (figura que ellos creen que representa mejor su peso actual) y la pregunta 4 (figura que les gustaría tener). El su-

jeto tiene una satisfacción correcta con su imagen si la diferencia es de entre -2 y $+2$ grados de insatisfacción. En cambio, presentan predisposición a un TCA los sujetos con insatisfacción que supere $+2$ grados, y están en riesgo o incluso pueden presentar ya el trastorno clínico pacientes con insatisfacción mayor de $+4$ grados.

El índice que mejor se correlaciona con la probabilidad clínica de padecer un TCA (medido por los tradicionales test psicométricos) es el de insatisfacción, aunque el índice de distorsión nos permitiría explorar en consulta estados alterados de autopercepción en el adolescente, funcionando a modo de primera advertencia.

Resulta interesante recordar que los patrones de percepción son diferentes en varones y en mujeres. Las mujeres tienden con más frecuencia a dar valores de distorsión ne-

gativos (se ven más gruesas de lo que son) y los varones al contrario (se ven más delgados de lo que son). Lo mismo ocurre con los patrones de insatisfacción: las mujeres tienden a desear ser más delgadas de lo que creen estar, y los hombres tienden a desear una figura más “llena” o musculada que la que creen tener.

RESOLUCIÓN DEL CASO Y SEGUIMIENTO

La paciente fue citada dos semanas más tarde, en el marco del Programa de Salud Infantil para una revisión más pausada y recoger los resultados del análisis de sangre que se le solicitó. Se pidió a la madre que en los siguientes días observase los tiempos de sobremesa para procurar que la hija no estuviera desapareciendo largos ratos en el baño tras las comidas, y que vigilase el historial de navegación de Internet del ordenador de la familia.

En una segunda visita programada, la madre confirmó no haber observado indicios de conductas purgativas en el hogar, y se comprobó la atenuación de las marcas de las falanges de la mano (Figura 1).

Resultados del análisis sanguíneo: glucosa, 86 mg/dl (70-110); albúmina, 4,7 g/dl (3,2-4,8); proteínas totales, 7,2 g/dl (5,7-8,2); ferritina, 60 ng/ml (10-120); hierro, 90 µg/dl (50-170); índice de saturación de transferrina, 24,45 (20-50); hemoglobina, 15,6 g/dl (11,5-14,5); colesterol total, 188 mg/dl; triglicéridos, 74 mg/dl; amilasa, 76 U/l (30-118); sodio, 143 mmol/l (135-147); potasio, 4,5 mmol/l (3,5-5); hormona tiroestimulante, 2,5 µg/ml (0,64-6,27).

En aquel momento no disponíamos del cuestionario EAT-26 en la consulta. Se administró a la niña el cuestionario TSA.

En el momento de administrar el test, el IMC de la niña era de 16,39 kg/m². Su “figura real” en el test habría sido, pues, la número 2. Se obtuvieron las siguientes respuestas:

- ¿Qué figura representa tu peso actual?: 4
- ¿Qué figura te gustaría tener?: 5

Por lo tanto, se obtuvo una puntuación en Distorsión de -2 y en Insatisfacción de -1. La niña distorsionó su figura en los límites de lo habitual, y se mostró insatisfecha pero en sentido opuesto al esperable (querría estar 1 grado más gruesa de lo que ella considera que está).

En entrevista separada de la madre, se preguntó a la hija si había intentado alguna vez provocarse vómitos y lo negó. Se le explicó a la niña que si alguna vez se provocaba el vómito porque se sentía mal por haber comido, ello podría dar

lugar a problemas de salud graves, y que si le llegaba a pasar que no dudase en contarlo y en pedir ayuda, a lo que contestó afirmativamente poniéndose muy seria.

Visto el resultado inicial de las pruebas complementarias y el test de siluetas, se acordó con la madre observar la evolución de la niña sin derivar a Salud Mental, y realizar un nuevo control de peso cuando pasase la época de exámenes.

En la tercera visita al final del curso escolar, las marcas cutáneas y el estreñimiento habían desaparecido y el peso había empezado a remontar: peso 36,2 kg; talla 147,5 cm; IMC 16,64 kg/m².

Se ha llegado al acuerdo con la familia de mantener un seguimiento periódico y comunicación fluida en caso de observar problemas conductuales o cambios llamativos en la niña. A partir del verano, iniciará la práctica regular de actividades deportivas en equipo, para trabajar la autoconfianza y mejorar la autopercepción y la integración social de la adolescente, y darle herramientas correctas para el mantenimiento de un peso sano.

CONCLUSIONES

En este caso, la existencia de marcas físicas nos indica que probablemente hubo un inicio de vómitos inducidos en una niña de 11 años de hábito delgado con antecedentes familiares predisponentes, durante una época de sobrecarga en los estudios. La resolución de las marcas físicas (signo de Russell) y el leve aumento de peso en los meses siguientes nos indican que probablemente la alteración de conducta ha remitido, al menos temporalmente. El análisis de sangre no reveló alteraciones electrolíticas ni déficits nutricionales significativos, ni se encontró elevación de enzimas pancreáticas que nos hiciera pensar en vómitos crónicos. El test de siluetas nos tranquilizó al no existir un índice de insatisfacción con su figura peligroso en la niña, si bien la distorsión de la silueta corporal se encuentra en el límite alto de la normalidad. Todo ello nos lleva a probar una actitud expectante con la colaboración de la madre, sin derivar a Salud Mental por el momento, y a intentar mejorar en lo posible las condiciones de autoestima y autopercepción de la niña, sin bajar la guardia.

La Atención Primaria es importante como primera línea de detección de los TCA. Ante una sospecha, disponemos de herramientas que nos permiten reafirmarla, y tenemos a nuestro alcance las pruebas evaluativas esenciales para tomar decisiones con respecto a qué actitud tomar con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Clínica y diagnóstico. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Máster en Dietética y Nutrición Humana, Universidad de Cádiz. IUSC; 2006.
- Cruz S, Maganto C. El Test de Siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA. 2003;8(1):79-99.
- Cruz S, Maganto C. TSA, test de siluetas para adolescentes. Madrid: TEA Ediciones; 2011.
- First MB. DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2009.
- Gandarillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García AR, Muñoz Rodríguez PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública, Madrid [en línea] [consultado el 01-08-2012]. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf>
- Marrodán MD, Montero-Roblas V, Mesa MS, Pacheco JL. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. Zainak, Cuadernos de Antropología-Etnografía. 2008;30:15-28.
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1996.
- Rivas T, Bernabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. Spanish J Psychology. 2010;13(2):1044-56.