



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

Sara María Bañón González, Julia Martín Carballeda, José Víctor González Vallejo, Berta Elsa Pinilla Santos y Fernando García Sánchez.

saradoctora@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico de una mujer de 32 años con historia de trastorno de la conducta alimentaria de años de evolución, que presenta una recaída clínica en contexto de situación vital de estrés. Exponemos en esta comunicación los antecedentes de la paciente, una descripción de la situación clínica actual identificando posibles desencadenantes de la recaída, la exploración psicopatológica que describe la sintomatología presente, el diagnóstico y el diagnóstico diferencial descartando otras patologías posibles y detectando la posible comorbilidad psiquiátrica acompañante, así como el curso y pronóstico/evolución de la enfermedad y opciones terapéuticas disponibles.

CASO CLÍNICO

Antecedentes

Antecedentes personales somáticos

No alergias medicamentosas conocidas (NAMC)
Hipotiroidismo en tto con levotiroxina 175 mcg 1-0-0
Intervenciones quirúrgicas: traumatológicas
Resto sin interés

Antecedentes personales psiquiátricos

Primer contacto con psicología y posteriormente (a los meses) con psiquiatría (ambos en sector privado) con 20 años por Anorexia Nerviosa Restrictiva. Ingresó 6 meses en hospital privado en Tenerife a los 23 años. Posteriormente al alta seguimiento errático en Tenerife con psiquiatría (sector privado), viene a Madrid a los 24 años y deja el seguimiento definitivamente (aun así mantiene tto farmacológico con fluoxetina, que se pautó desde el inicio del seguimiento, a dosis máximas de 60 mg, no habiendo tomado otros tratamientos

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

farmacológicos durante el curso de la enfermedad).

Al venir a Madrid no acude a psiquiatría ni psicología hasta ahora, pero mantiene el tto farmacológico (tratamiento recetado por Médico de Atención Primaria (MAP)). Hace un mes acude a MAP quien le mantiene el tratamiento y le deriva.

Tratamiento actual: fluoxetina 20 mg 3-0-0 desde hace 8 años.

No intentos autolíticos previos "aunque alguna vez, a los 23 años, antes de que me ingresaran, me he tomado alguna pastilla de más porque no me encontraba bien, pero no para matarme sino para tranquilizarme".

Ingresó 6 meses en H privado en Tenerife a los 23 años.

Antecedentes de consumo de tóxicos

No refiere.

Antecedentes personales biográficos

32 años. Vive en Madrid con su pareja e hijo de 22 meses.

Natural de Tenerife, desde los 24 años en Madrid.

Desempleada, busca trabajo. Ha trabajado de nutricionista (último trabajo antes de nacer su hijo). Trabajó también en el mundo de la moda "fue meterme en ello y caer en la enfermedad". La pequeña de 2 hermanos (hermano mayor varón, vive en Tenerife). Padres vivos en Tenerife. Buenas relaciones familiares. Aquí en Madrid cuenta con el apoyo de la familia de su pareja, que son de Madrid.

Antecedentes familiares psiquiátricos

- Madre: depresión.

Enfermedad actual

Acude para realizar seguimiento en este centro por traslado.

"He estado estable, pero llevo un tiempo fatal, cojo 30 Kg, pierdo 20 Kg". "Ahora estoy peor".

"He subido 8 Kg en una semana, hace 15 días tenía 9 Kg menos".

Atracones: continuos, diarios, incluso varios al día, hiperfagia marcada "como sin tener hambre, cosas que no me gustan". "Intento que nadie me vea". "Por el día y por la noche".

No vómitos (nunca los ha habido).

Laxantes/diuréticos naturales "laxantes: pastillas naturales, diuréticos: agua, té... 2-3 litros agua/infusiones/otros líquidos, bebo más cuando no como" (en el pasado ha usado torasemida como diurético y laxantes de farmacia, no en la actualidad).

Ejercicio: "cuando me atraco no, cuando no me atraco en ayunas, me voy a correr...". "Ahora no hago porque tengo muchos atracones".

Dieta "vivo a dieta". Dificultad para mantenerla.

Ayuno compensatorio "a veces paso 2-3 días comiendo 2-3 manzanas, luego me atraco".

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

No amenorrea.

Distorsión de imagen corporal.

Inestabilidad de peso muy marcada, ha cogido 8 Kg en la última semana.

Peso máximo (sin contar embarazo): 86 Kg.

Peso mínimo: 39 Kg.

Peso deseado: 60 Kg.

Peso actual: 71 Kg.

Talla: 1,78

Talla cuadrado: 3,16

IMC: 22,46

En embarazo llegó a engordar más de 40 Kg "no paraba de comer, y no me sentía mal, al 7º mes me deje de pesar y había cogido ya 37 Kg". "Luego se me retiró la lactancia por las burradas que hacía, lo perdí en 4 meses".

"Llevo así 2-3 años, antes no me atracaba, ahora cojo 30 Kg, pierdo 20 Kg". "La enfermedad debuto al meterme en mundo de la moda".

Animo reactivo y a pérdida de control de la comida "hago cosas que no están bien".

Hiperfagia ansiosa, no crisis de angustia.

Duerme bien, pesadillas.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientado globalmente. Adecuado correcto abordable y colaborador. Atento tranquilo sin fallos de memoria ni alteraciones psicomotrices. Discurso coherente y espontáneo, fluido.

Ansiedad en forma de hiperfagia ansiosa, no crisis.

Animo reactivo a sensación de pérdida de control con la comida.

No ideación delirante de perjuicio ni autorreferencialidad ni otra clínica psicótica. No alteraciones sensorceptivas.

No ideas de muerte ni ideación autolítica ni conductas autoheteroagresivas.

Sueño conservado. Aumento de apetito con atracones diarios, no conductas purgativas, si restrictivas (ayuno compensatorio, ejercicio). No amenorrea y discreta distorsión de imagen corporal. Oscilaciones marcadas de peso, actualmente en aumento (8 Kg en 1 semana).

Juicio de realidad conservado, entiende razona y opta.

JUICIO CLÍNICO

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (tipo bulimia no purgativa)

LA ALIMENTACIÓN Y SUS PERVERSIONES

TRATAMIENTO

fluoxetina 20 mg 3-0-0 (pauta ascendente progresiva)

topiramato 200 mg 1-1-1 (pauta ascendente progresiva)

CONCLUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

A pesar de las características psicológicas y de comportamiento comunes, los diferentes trastornos de la alimentación difieren sustancialmente en el curso clínico, en los resultados y en las necesidades de tratamiento.

Algunos individuos refieren síntomas similares a los que suelen atribuirse a las personas con trastornos por consumo de sustancias, como el ansia y los patrones de consumo compulsivo.

Esta semejanza puede reflejar la implicación de los mismos sistemas neuronales, como los implicados en la regulación del autocontrol y la recompensa, en los dos grupos de trastornos.

Sin embargo siguen sin conocerse de manera suficiente las contribuciones relativas de los factores comunes y distintivos al desarrollo y la perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria y del consumo de sustancias.