



**baliabideak**  
material de aprendizaje



# Talla 38

Elena Díaz Ereño

**Cuaderno del estudiante**

IKD baliabideak 6 (2013)



**baliabideak**

## INDICE

Párrafo de inicio .....	3
Breve historia de Ane.....	3
Yo era una niña gordita .....	3
De hija modélica a hija huraña .....	4
Anexo 1 .....	5
Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: Anorexia y bulimia nerviosas .....	5
Anexo 2 .....	8
Exploración antropométrica .....	8

## PÁRRAFO DE INICIO

En mayo del 2000, la Dra. Etxebarria recibió en su consulta a Ane, una adolescente de 14 años, acompañada de su madre y su padre, con un problema alimentario. En esta primera cita, los padres relataron los cambios físicos y de comportamiento que había experimentado su hija desde hacía 9 meses, momento en que decidió adelgazar. Ane, expresó su intención de hacer un régimen para adelgazar hasta verse bien. Pensaba que sus nalgas y sus muslos eran demasiado gruesos y quería alcanzar una talla 38. Los padres que no compartían esta decisión, le pusieron como condición que cualquier régimen que realizara fuera supervisado por un médico especialista. Ane había adelgazado 14 kilos en siete meses, y hacía dos que sus ciclos menstruales habían desaparecido. No obstante, su intención era seguir adelgazando pues afirmaba que "no estaba dispuesta a subir ni un solo gramo y rechazaría cualquier dieta que propusiera lo contrario". Los padres temían que se encerrara aun más en su postura y siguiera perdiendo peso.

La Dra. Etxebarria: "Me encontraba ante una paciente en situación crítica, si continuaba adelgazando su restricción dietética podía precipitarse a un serio trastorno del comportamiento alimentario. Si subiera de peso, por inicio de una dieta equilibrada, como era prescriptivo, provocaría un rechazo de la paciente y empeoraría su situación". ¿Cómo conseguiré que Ane realice cambios en su dieta sin poder asegurarle que no subirá de peso? Se preguntaba la Doctora: ¿Cómo conseguiré su alianza terapéutica sin responder al deseo de adelgazar?

### **Breve historia de Ane**

Tras el verano del 99, cumplidos los 14 años, Ane había subido unos cuantos kilos y afirmaba que "no se gustaba, que tenía que adelgazar" y para conseguirlo dejó de comer alimentos que le engordaban como golosinas, refrescos y dulces. Posteriormente redujo las cantidades de pan, arroz, pasta y grasas. Paralelamente aumentó el consumo de alimentos sanos como fruta, yogures y verdura. Al comprobar que bajaba decidió ser más estricta con su dieta. Siete meses más tarde Ane había adelgazado 14 kilos y sus ciclos menstruales comenzaban a ser irregulares. Cuando aparecieron los primeros baches amenorréicos, los padres alarmados, decidieron ponerla en manos de un especialista.

### **Yo era una niña gordita**

Según Ane, cuando tenía 11 años su cuerpo empezó a cambiar. Sus caderas aumentaron de tamaño, sus piernas se redondearon más y aparecieron los primeros cambios mamarios que indicarían el inicio de la pubertad. "Cuando cumplí los 14 años mi cuerpo había cambiado visiblemente, ya tenía la menstruación, pesaba 70 kilos y no me veía bien" A Ane "no le gustaban sus caderas ni sus piernas". Cuando comparaba su cuerpo con el de las chicas de los anuncios publicitarios, o con aquellas chicas, de su edad, a las que les veía muy bien "se sentía mal, se sentía gorda" y siempre pensaba que "debería hacer algo para solucionarlo".

## De hija modélica a hija huraña

Cuando Ane decidió reducir drásticamente las golosinas y los refrescos sus padres valoraron positivamente su decisión. Creían que era mejor para su salud y le ayudaría a cuidar su peso. Posteriormente fue reduciendo las cantidades de muchos alimentos y empezó a tomar más fruta. Esto tampoco preocupaba a sus padres, pues comía más saludablemente, y los kilos que había bajado le sentaban mejor. En opinión de ambos, Ane estaba más guapa. Posteriormente, dejó de cenar como lo hacía habitualmente. Prefería cenar solo fruta y yogur. Sus padres pensaron que durante una temporada podía ser saludable. Pero poco a poco Ane empezó a volverse más exigente con las comidas: cada vez quería que su madre le pusiera menos cantidad en el plato, preguntaba insistentemente por la cantidad de aceite y no probaba ni una rebanada pan.

La tensión familiar aumentaba día a día. Ane se ponía nerviosa en torno a las horas de comer. Su madre se preocupaba porque cada día le veía más rara. Los estudios iban muy bien. Era una chica de resultados sobresalientes, ordenada en casa y muy formal. ¿Qué le estaría pasando a su hija? ¿Será la adolescencia?

Cuando Ane había adelgazado 14 kilos, su madre veía que las ropas le sentaban mejor, que su hija estaba más favorecida pero algo no iba bien. Hacía dos meses que no menstruaba, tenía el carácter más huraño e insistía en seguir adelgazando. Después de pensarlo bien, los padres de Ane decidieron que solo permitirían a su hija hacer dieta bajo supervisión médica. Una mañana la madre concertó cita con la Dra. Etxebarria solicitando una primera consulta para su hija Ane.

La Dra. Etxebarria tras realizar la historia clínico-dietética y la exploración antropométrica específica (anexos) detectó los siguientes síntomas relevantes: conducta restrictiva severa, miedo a engordar, rechazo a subir peso, pérdida de panículo adiposo y ausencia de dos ciclos menstruales. Para la Doctora, era evidente que todo ello apuntaba al diagnóstico de trastorno del comportamiento alimentario. "Yo era la única oportunidad que Ane tenía para seguir haciendo dieta de adelgazamiento con la conformidad de sus padres. Pero mi objetivo como terapeuta era justo lo contrario: desaconsejar la dieta de adelgazamiento y tratar su trastorno alimentario. Era consciente que al plantearlo asumiría el riesgo de provocar el atrincheramiento de Ane en su restricción alimentaria. . ¿Qué le propondré para que confíe en mí y de un paso hacia delante? ¿Qué elementos tengo en su historia par persuadirle hacia el cambio?"

## ANEXO 1

### **Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: Anorexia y bulimia nerviosas**

La **adolescencia**<sup>1</sup> es un punto de inflexión en la historia personal, una época en la que los chicos y las chicas han de enfrentarse a muchos cambios de diversa índole: biológicos, psicológicos y sociales. En este momento crítico del desarrollo pueden exacerbarse problemas psicológicos previos o comenzar nuevos trastornos. Las fuertes demandas psicobiológicas, sociales y familiares propias de este período pueden provocar en los adolescentes distintos problemas relacionados con la autoestima, la ansiedad, las conductas de riesgo o la depresión.

Tanto la evidencia epidemiológica como clínica apuntan a un hecho que se repetirá después en la población adulta: el impacto de los problemas psicológicos es diferente en función del sexo. Así, mientras que las chicas adolescentes son más propensas a presentar problemas de tipo emocional (ansiedad y depresión) y trastornos de la conducta alimentaria, los chicos adolescentes son más vulnerables en relación con los trastornos por déficit de atención y trastornos perturbadores.

Desde una perspectiva psicosocial, algunas de las diferencias que presentan los adolescentes en razón de sexo en salud mental se plantean en torno a la construcción del rol sexual y del estrés que lo acompaña. Una de las hipótesis más interesantes es la intensificación de género, según la cual durante el comienzo de la adolescencia se produciría una aceleración de la socialización en la diferencia de géneros (Hill y Lynch, 1983). En este proceso de socialización se produciría un aumento de la presión sobre las chicas con la finalidad de que adopten un rol femenino típico y su conducta estaría más restringida que la de los chicos, que gozarían de una mayor independencia y autoconfianza.

Así, se constata que durante la adolescencia las chicas, en comparación con los varones, presentan un rápido descenso de la autoestima que ocurre en paralelo a la insatisfacción con su apariencia física (las adolescentes se valoran a sí mismas como menos atractivas de lo que lo hacen los chicos).

El rol de género parece estar también implicado en los trastornos de alimentación. La imagen corporal juega un papel importante en la autoestima de las adolescentes (en mayor medida de lo que lo hace en los chicos). Si tenemos en cuenta que las normas culturales imperantes tienden a considerar que para ser bella hay que estar extremadamente delgada, aquellas chicas que quisieran cumplir con estas normas de feminidad estarían más expuestas al riesgo de presentar desórdenes alimentarios.

---

<sup>1</sup> *La salud de las personas jóvenes en España*. Revista de la juventud nº 84.

<http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.item.action?id=805891917&menuId=1885068202>

Ahora bien, cualquier comportamiento (los adecuados y los disfuncionales, los saludables y los patológicos) a cualquier edad (también en la adolescencia) precisa de una explicación multifactorial en la que se consideren tanto las variables biológicas como las psicológicas y ambientales (modelos de corte biopsicosocial).

Los **trastornos alimentarios**<sup>2</sup> son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones de la conducta alimentaria. La clasificación internacional de las enfermedades incluye dos de gran importancia: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Su creciente interés social radica en el notable incrementado de personas jóvenes afectadas y en las graves repercusiones que tiene sobre la salud.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo. Cuando la pérdida de peso es extrema aparecen complicaciones médicas que amenazan gravemente la vida del paciente.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque las personas con anorexia empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañada muchas veces de ejercicio físico excesivo.

En la anorexia nerviosa se pueden distinguir algunos subtipos, dependiendo de si aparecen o no atracones: el tipo restrictivo en donde la pérdida de peso se consigue mediante el ayuno y/o un ejercicio intenso y el subtipo compulsivo-purgativo que se caracteriza por presentar un patrón persistente de atracones y purgas.

La Bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" y una preocupación exagerada por el control del peso y la figura corporal. Para compensar los atracones, el método más utilizado es el purgativo bien mediante la provocación del vómito o a través del uso de diuréticos y laxantes. Se trata de un trastorno más difícil de identificar (por

lo que las estadísticas pueden subestimar su incidencia) dado que no suele llevar aparejado una variación muy notable del peso por lo que el trastorno es más fácil de "esconder".

Estos dos trastornos de la conducta alimentaria tienen en común que el 90% de los casos son mujeres. La edad media de inicio es al final de la adolescencia aunque son cada vez más los casos en los que el trastorno se inicia en niñas menores de 14 años. Las estadísticas nos indican que a los 15 años una de cada cuatro chicas hace régimen en España, sin que en casi ningún caso tengan problemas de sobrepeso. A la pregunta de "¿te ves gordo/a aunque los demás te vean delgado/a?" el 58 % de estas chicas de 15 años contestó afirmativamente frente a un 19% de chicos.

<sup>2</sup> Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios. Rosa Mª Raich. Ed. Pirámide (1994)

La bibliografía nos muestra que no hay un único mecanismo causal ni una explicación definitiva de este fenómeno. No obstante, es indudable que los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad están lanzando un mensaje a las adolescentes: para lograr el éxito y la aceptación social hay que tener un físico apropiado, estar delgada, y perder peso es algo que una puede controlar. No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiende a un perfeccionismo exagerado.

## ANEXO 2

### Exploración antropométrica

**Tabla 1: Medidas antropométricas primer año de tratamiento.** Resultados correspondientes a la medicaciones antropométricas realizadas a la paciente durante su primer año de tratamiento. Se muestra peso, perímetros y pliegues medidos. La **altura** de la paciente era de **166 cm** (sin cambios durante todo el tratamiento) y la **circunferencia muñeca: 15.5 cm**.

Consultas N°	Fechas consultas	Peso (Kg)	PcT (mm)	PcS (mm)	Brazo (cm)	Ctxs (cm)	Ctxi (cm)	Cintura (cm)	Cadera (cm)	Muslo (cm)	Pierna (cm)
1	05/ 2000	59	14.0	10.0	26.0	83	70.5	66.5	95.0	57.0	36.0
4	06/ 2000	56.2	14.0	11.0	25.0	81	67.5	64.0	93.0	56.0	36.0
7	07/ 2000	55	13.0	8.5	24.0	80	68.0	64.0	92.0	55.0	35.0
16	09/ 2000	54.8	12.0	8.5	24	81	71.0	64	92.0	54.0	34.5
21	10/ 2000	55.25	12.4	8.5	24	81	71	64	91	55	34
22	10/ 2000	56.1	12.4	8.5	24.5	81	71	65.5	92	55	35
36	02/ 2001	56	<b>12</b>	<b>9</b>	25	82	72.5	65.5	93	55	34.5
38	02/ 2001	56.1	<b>11.5</b>	<b>9</b>	24.5	83	72	65	94	55	36

PcT: Pliegue cutáneo tricipital; PcS Pliegue cutáneo subescapular; Ctxs: circunferencia torax superior Ctxi: circunferencia torax inferior; Resto de medidas corresponde a circunferencias de : brazo, cintura, cadera, muslo y pierna.

Fuente: datos facilitados por la Dra. Etxebarria

**Tabla 2: Control ponderal durante el tratamiento.** Resultados obtenidos tras pesar a la paciente desde la primera consulta hasta abandonar el tratamiento.

Consultas N°	Fechas consultas	Peso (Kg)	Consultas N°	Fechas consultas	Peso (Kg)	Consultas N°	Fechas consultas	Peso (Kg)
<b>1</b>	05/2000	59	<b>31</b>	01/2001	55.5	<b>61</b>	05/2002	NP
<b>2</b>	06/2000	58.1	<b>32</b>	01/2001	55.9	<b>62</b>	06/2002	NP
<b>3</b>	06/2000	57.4	<b>33</b>	02/2001	56	<b>63</b>	06/2002	55
<b>4</b>	06/2000	56.2	<b>34</b>	02/2001	56	<b>64</b>	09/2002	NP
<b>5</b>	06/2000	55.9	<b>35</b>	02/2001	55.8	<b>65</b>	10/2002	NP
<b>6</b>	07/2000	55.4	<b>36</b>	02/2001	56.1	<b>66</b>	11/2002	66.5
<b>7</b>	07/2000	55	<b>37</b>	03/2001	55.7	<b>67</b>	11/2002	NP
<b>8</b>	07/2000	55	<b>38</b>	03/2001	55.8	<b>68</b>	12/2002	66.3
<b>9</b>	07/2000	54	<b>39</b>	04/2001	56	<b>69</b>	12/2002	65.5
<b>10</b>	08/2000	54.3	<b>40</b>	05/2001	55.8	<b>70</b>	12/2002	66.8
<b>11</b>	08/2000	56.2	<b>41</b>	05/2001	54.6			
<b>12</b>	08/2000	56.2	<b>42</b>	06/2001	56			
<b>13</b>	09/2000	54.5	<b>43</b>	07/2001	55.5			
<b>14</b>	09/2000	53.8	<b>44</b>	07/2001	55.8			
<b>15</b>	09/2000	54.8	<b>45</b>	08/2001	55.4			
<b>16</b>	09/2000	53.8	<b>46</b>	09/2001	55			

<b>17</b>	09/2000	54.2	<b>47</b>	09/2001	54.6
<b>18</b>	10/2000	54.7	<b>48</b>	09/2001	55.3
<b>19</b>	10/2000	55.25	<b>49</b>	10/2001	56.3
<b>20</b>	10/2000	56.1	<b>50</b>	10/2001	56.3
<b>21</b>	11/2000	55.5	<b>51</b>	11/2001	56.3
<b>22</b>	11/2000	55.7	<b>52</b>	12/2001	56.9
<b>23</b>	11/2000	56	<b>53</b>	12/2001	56.1
<b>24</b>	11/2000	56	<b>54</b>	01/2002	57
<b>25</b>	11/2000	56.3	<b>55</b>	02/2002	56.4
<b>26</b>	11/2000	55.7	<b>56</b>	11/02/2000	56.3
<b>27</b>	12/2000	55.7	<b>57</b>	02/03/2000	56.9
<b>28</b>	12/2000	55.1	<b>58</b>	10/03/2000	56.2
<b>29</b>	12/2000	55.5	<b>59</b>	28/04/2000	54.8
<b>30</b>	01/2001	55.5	<b>60</b>	11/05/2000	56.5

Fuente: datos facilitados por la Dra. Etxebarria

## Anexo 2: Analíticas sanguíneas

**Tabla 3: Datos correspondientes a las analíticas realizadas antes y durante el tratamiento.**

Parámetros sanguíneos	05/2000	09/2001	V. Referencia
Hematíes ( $10^6/\mu\text{l}$ )	3.87	3.68	4-5.4
Hb (g/dl)	12.1	12.5	12-16
Hto (%)	35.8	36.8	36-47
VCM (fl)	92.3	100.0	80-99
MCH (pg)	31.2	34.1	27-32
MCHC (g/dl)	33.8	34.1	32-36
RDW (%)	14.8	13.1	11-15.1
Plaquetas ( $10^3/\mu\text{l}$ )	241	255	135-450
VPM (fl)	8.9	8.8	9-13
Leucocitos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	4	5.7	4,5-11
Neutrófilos (%)	36.7	55.2	43-65
Eosinófilos (%)	4.7	32.0	0-5
Basófilos (%)	0.3	-	0-1.5
Linfocitos (%)	47.4	32.0	20.5-45.5
Monocitos (%)	10.9	9.1	0-15
Neutrófilos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	1.5	3.1	2-5
Eosinófilos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	0.2	3.0	0-0.5
Basófilos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	0.0	0.7	0-0.2
Linfocitos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	1.9	1.8	1.3-2.9
Monocitos ( $10^3/\mu\text{l}$ )	0.4	0.5	0-0.8
Glucosa(mg/dl)	78	83	67-110
Urea (mg/dl)	21	19	10-50
Creatinina (mg/dl)	0.94	0.7	0.50-1.25
Ácido úrico (mg/dl)	5.5	2.7	2.0-7.0
Colesterol (mg/dl)	152	172	110-260
Triglicéridos(mg/dl)	41	49	30-170
Albúmina (mg/dl)	4.1	3.8	3.5-5
Bilirrubina Ttl (mg/dl)	0.67	-	0-1.20

Bilirrubina dir. (mg/dl)	0.17	-	0-0.80
Calcio (mg/dl)	9.8	8.8	8.1-10.4
Fósforo (mg/dl)		3.8	2.5-4.7
Proteínas totales (g/dl)	7.6	6.7	6-8
GOT/ AST (U/L)	20	43	5-47
GPT /ALT (U/L)	16	38	5-47
GGT (U/L)	6	11	5-50
Fosfatasa alcalina		185	85-279
Ferritina	9	14	
Hierro	24	64	
Transferrina	301	311	
Índice de saturación	6	16.2	
Ácido Fólico (ng/ml)	-	7.3	3-20
Vitamina B12 (pg/ml)	-	621	220-980
APPT	34/32		
IP	77		
Fibrinógeno (mg/dl)	255		

Fuente: datos facilitados por la Dra. Etxebarria

#### Anexo 4a: Encuestas dietéticas

**Tabla 4: Ingesta habitual referida por la paciente en la primera entrevista (05/2000).** Resultados obtenidos tras entrevista semiestructurada con la paciente.

Alimentos	Cantidad	Preparación	Frecuencia de consumo
<b>Desayuno</b>			
a) Zumo de naranja	1 vaso	Natural	Diario
b) Naranja (1) + manzanas (2)	2 mediana-grandes		Fin de semana (2v/s)
<b>Media Mañana</b>			
a) Nada			Diario (5 v/s)
b) Manzanas	1 ó 2 mediana-grandes		Fin de semana (2v/s)
<b>Comida</b>			
<b>1Plato</b>	a) Puré de verduras c/patata (que retira) + trocito de carne que añade su madre	1 cucharón (70-80 g)	Poco grasa 4 ó 5 veces/semana
	b) Lentejas		2-4 veces/mes
	c) Ensalada: lechuga + tomate		Poco grasa 2 veces/semana

<b>2Plato</b>	a) Carne: filete, albóndigas, Trocito (50g)	Poco grasa	5 ó 6 veces/semana
	b) Huevos: tortilla o huevo frito		1 ó 2 veces/semana
	c) Pescado		No hábito
<b>Postre</b>	Yogur y/o pieza de fruta	1 unidad	Diario
<b>Pan</b>	<i>Biscotte</i> = tostado	1 ó 2 tostadas (15g)	No habitualmente
<b>Merienda</b>			
	Manzanas (1-3) + yogur de sabores (1)	1 a 3 + 1	Diario
<b>Cena</b>			
	Manzanas (2 ó 3) + yogur (1)	2 ó 3 + 1	Diario
<b>Extras (fuera de las comidas)</b>			
	Chicles s/ azúcar	10 unidades	Diario ( a todas horas)

Fuente: datos facilitados por la Dra. Etxebarria

## Notas

1. La cantidad media de aceite al día es de 2 cucharadas (20 ml)
2. No toma pan fresco en su lugar toma pan tostado (comercial)
3. Su madre le pone patatas pero ella las retira y esconde donde puede.
4. Las raciones alimentarias son pequeñas, según refiere la madre media ración razonable (1/2 R)
5. No le gusta el pescado ni el tomate en ensalada.
6. Antes de iniciar la restricción alimentaria tomaba poca leche pero ahora nada.
7. Las golosinas, refrescos y dulces han desaparecido drásticamente de su dieta habitual pero antes tomaba semanalmente y en cantidades generosas.
8. El fin de semana, si se queda en casa, aumenta el consumo de fruta a lo largo de la tarde: fresas, cerezas, albaricoques y manzanas.



Díaz, E. (2012). Talla 38 – IKD baliabideak 6 -<http://cvb.ehu.es/ikd-baliabideak/ik/diaz-6-2012-ik.pdf>



**Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa):** No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.