



**AETCA**  
Asociación Española  
para el Estudio de los  
Trastornos de la Conducta  
Alimentaria

**12º** *Más allá del cuerpo*  
TCA y problemas relacionados con el peso  
**CONGRESO** ZARAGOZA, 14 - 16 de noviembre de 2019  
Paraninfo de la Universidad

**PÓSTERS NO SELECCIONADOS** deben presentar poster completo antes del 30 de octubre en plantilla de power point que está en la web: se proyectaran en **SALA TRECE HEROÍNAS** a lo largo del congreso.

**PÓSTERS SELECCIONADOS PARA PREMIO PEPA PUIG** (comité científico concederá tras exposición Primer y Segundo premio)  
Exposición oral de 10 minutos para su defensa en sesión del **Viernes 15 de noviembre** a las **15:30-17:30 h**

**Presentación oral Praxis clínica**  
**SALA PILAR SINUÉS**

**P3, P12, P20, P26, P31, P37, P47, P66**

**P3** Desembrollando la relación entre el trauma infantil y los trastornos de la alimentación.

Idini EA., Niubo MB.

A Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

B Fundació Hospital Sant Pere Claver. Barcelona.

[eidini@salud.aragon.es](mailto:eidini@salud.aragon.es)

**P12 ¿CÓMO AFECTAN LA EMOCIÓN EXPRESADA Y LOS ESTILOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES EN LA PRESENCIA DE ALIMENTACIÓN EMOCIONAL EN MENORES CON OBESIDAD?**

**Lucia Beltrán<sup>1</sup>, Marta Rojo<sup>1</sup>, Tatiana Lacruz<sup>1</sup>, Santos Solano<sup>1</sup>, Alba Moreno<sup>1</sup>, Consuelo Rey<sup>2</sup>, Isabel Ferriz<sup>2</sup>, Ana Rosa Sepúlveda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

<sup>2</sup> Departamento de Pediatría. Centro de Salud Valde las Fuentes. Alcobendas, Madrid. España.

[lucia.beltran@uam.es](mailto:lucia.beltran@uam.es)

**P20 Reducción del tiempo sin tratamiento (DUED) tras la instauración de un protocolo de derivación precoz en una muestra de pacientes con un TCA**

Andrés Gómez del Barrio; Carmen Gándara Gutierrez; Francisco Ruiz Guerrero; Lucía Sanchez Blanco; Silvia Somonte Segares; Pilar Benito Gonzalez

[andres.gomez@scsalud.es](mailto:andres.gomez@scsalud.es)

:

**P26 ¿Cómo influye el uso de redes sociales en la satisfacción corporal adolescente?**

Tatiana Lacruz<sup>a,b</sup>, Santos Solano <sup>a,b</sup>, Tamara Álvarez<sup>b</sup>, Judith Pastor<sup>b</sup>, M<sup>a</sup>Paz López <sup>b</sup>.

<sup>a</sup> Centro ITEM, Madrid

<sup>b</sup> Universidad Autónoma de Madrid, Madrid

[Tatiana.lacruz@uam.es](mailto:Tatiana.lacruz@uam.es)

**P31 VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE EJERCICIO COMPULSIVO (CET) EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS VARONES**

- María Solar<sup>1</sup>
- Robin Rica<sup>1</sup>
- Sara Foguet<sup>1</sup>
- Alba Moreno<sup>1</sup>
- Ana Rosa Sepúlveda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

[maria.solars@estudiante.uam.es](mailto:maria.solars@estudiante.uam.es)

**P37 ¿Trastorno por atracón en la infancia? Nuevas aportaciones al estudio de episodios de alimentación con pérdida de control (LOC) en obesidad infantil.**

Santos Solano<sup>1</sup>, Tatiana Lacruz<sup>1</sup>, Marta Rojo<sup>1</sup>, Montserrat Graell<sup>2</sup> y Ana R. Sepúlveda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús.

[Santos.solano.nortes@gmail.com](mailto:Santos.solano.nortes@gmail.com)

**P47 Estudio de eficacia clínica de un programa de tratamiento para trastornos alimentarios que combina el tratamiento Cognitivo-Conductual estándar con la atención psicológica online mediante la TCapp: Ensayo controlado aleatorizado y multicéntrico**

Dimitra Anastasiadou<sup>1,2</sup>, Frans Folkvord<sup>1,2,3</sup>, Laura Cañas Vinader<sup>4,5</sup>, Eduardo Serrano Troncoso<sup>4,5</sup>, Cristina Carretero<sup>6</sup>, Raquel Linares Bertolin<sup>6</sup>, Rudiger

Muñoz Rodríguez<sup>7</sup>, Beatriz Martínez Núñez<sup>7</sup>, Montserrat Graell Berna<sup>7</sup>, Jordi Torralbas-Ortega<sup>8, 9</sup>, Lidia Torrent-Solà<sup>8, 9</sup>, Joaquim Puntí-Vidal<sup>8, 9</sup>, Maria Carrera Ferrer<sup>10</sup>, Andrea Muñoz Domenjó<sup>11</sup>, Marina Francisca Díaz Marsa<sup>11</sup>, Katarina Gunnard<sup>12</sup>, Jordi Cusido<sup>13,14</sup>, Jordina Arcal<sup>13,14</sup>, & Francisco Lupiañez-Villanueva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.

<sup>2</sup> Open Evidence Research. Barcelona, España.

<sup>3</sup> Tilburg School of Humanities and Digital Sciences, Tilburg University. Tilburg, Países Bajos.

<sup>4</sup> Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, España.

<sup>5</sup> Grupo de Investigación en Salud Mental Infanto-Juvenil. Instituto de Investigación Sant Joan de Déu. Barcelona, España.

<sup>6</sup> Centro ABB. Barcelona, España.

<sup>7</sup> Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid, España.

<sup>8</sup> Servicio de Salud Mental del Niño y del Adolescente. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, España.

<sup>9</sup> Instituto Universitario Parc Taulí – UAB. Barcelona, España.

<sup>10</sup> Programa de Trastornos Alimentarios IBSMIA. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.

<sup>11</sup> Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.

<sup>12</sup> Unidad de Trastornos Alimentarios. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona, España.

<sup>13</sup> HealthApp SL. Sabadell, España.

<sup>14</sup> Universitat Politècnica de Catalunya, UPC. Barcelona, España.

[danastasiadou@uoc.edu](mailto:danastasiadou@uoc.edu)

## **P66 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y REDISTRIBUCIÓN DE CÉLULAS AGRESORAS NATURALES INDUCIDA POR EL ESTRÉS EN PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**AUTORES:** Vaz Leal, FJ1,2; Ramos Fuentes, MI2; Guisado Macías JA1,2, Espárrago LLorca G3, Redondo Rodríguez C4, Bajo Cabello B5, Fernández Sánchez N2, Rodríguez Santos, L2

1 Hospital Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.

2 Facultad de Medicina. Badajoz. Universidad de Extremadura.

3 Unidad de Trastornos Alimentarios de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud.

4 Facultad de Educación. Badajoz. Universidad de Extremadura.

5 Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Badajoz. Universidad de Extremadura.

[fjvaz@unex.es](mailto:fjvaz@unex.es)

## **CONCURSO CASOS CLÍNICOS**

Seleccionados para concurso de casos con **Exposición oral de 10 minutos** para su defensa en **sesión del Viernes 15 de noviembre a las 15:30-17:30 h**

**Presentación oral Praxis clínica**  
**SALA PILAR SINUÉS**

**P15, P22, P87 (optan a un premio y dos accésits)**

**P15 CASO Un caso de la “pequeña simuladora” de Waldeström**

• NOMBRES E INSTITUCIONES DE TODOS LOS AUTORES

Germán Belda Moreno, Magdalena León Velasco, Filomena Polo Montes, M<sup>a</sup> Jesús Fernández Aparicio Gómez Rico, Ana Belén Jurado Galán, Luís Beato Fernández, Hospital General Universitario de Ciudad Real

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL AUTOR PRINCIPAL.

[germanb39@gmail.com](mailto:germanb39@gmail.com)

Presentamos el caso de una paciente incorrectamente calificada de Trastorno de la Conducta Alimentaria en la que los síntomas de la enfermedad de base confundieron a los clínicos. El cuadro de dolor abdominal recurrente acompañado de vómitos, ansiedad intensa y restricción alimentaria como medida aleatoria tomada por la paciente para evitar el dolor, las complicaciones del ayuno y de la administración de fármacos inductores de citocromo p450 administrados como analgésicos que empeoraron el cuadro, hicieron pensar con más intensidad en un TCA con falta de conciencia de enfermedad y de colaboración por parte de la paciente, toda vez que esta tenía una edad de presentación típica, 19 años, y había circunstancias ambientales que clásicamente se asocian al TCA, a saber, conflictiva familiar y datos de baja autoestima. El correcto diagnóstico por medio de una sencilla y barata prueba de laboratorio una vez que se sospechó el cuadro, permitió comenzar con un tratamiento adecuado en los momentos de crisis evitando así las graves complicaciones de esta rara enfermedad, la coproporfiria. Se aprovecha para una revisión breve de las porfirias.

**OBJETIVOS:**

Sensibilizar por medio de un caso clínico para el diagnóstico de las Porfirias como parte del diagnóstico diferencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

**METODO:**

Revisión de un caso por medio de la historia clínica. Revisión de bibliografía sobre la porfiria.

**RESULTADOS:**

Se extrae del análisis del caso clínico la importancia de un correcto diagnóstico diferencial teniendo en cuenta los datos clínicos de presentación de la entidad a la que se refiere el trabajo, siendo de vital importancia tal diagnóstico y de gran sencillez hacerlo siempre que se tenga esta enfermedad en el ideario del diagnóstico diferencial.

## CONCLUSIONES:

Es importante para el correcto diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria tener en cuenta y estar atento a la clínica de presentación inicial, pues hay entidades médicas que simulan un TCA, toda vez que en muchos de estos casos hay asociados factores predisponentes a los TCA que pueden confundir a la hora de diagnosticar correctamente, con las importantes implicaciones para el abordaje y la vida de la paciente.

PALABRAS CLAVE: Porfiria, Trastorno Conducta Alimentaria, simulación

## **P22 CASO “El salto al vacío”. El síntoma como medio de diferenciación. A propósito de un caso**

### · NOMBRES E INSTITUCIONES DE TODOS LOS AUTORES

- Ana Serrano Ferrer, residente de psiquiatría del Hospital Príncipe de Asturias
- Ana García Escudero, facultativo especialista en psiquiatría
- Agustina Rico Zampetti, psicóloga clínica

### DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL AUTOR PRINCIPAL.

[a.serranoferrer@gmail.com](mailto:a.serranoferrer@gmail.com)

### OBJETIVOS:

En su libro “Clínica del vacío” M. Recalcati reserva un capítulo a las coyunturas de desencadenamiento de la anorexia y de cómo el conocimiento de las mismas permite un mejor entendimiento del paciente. El objetivo de esta presentación es reseñar la importancia, dentro del marco teórico del libro mencionado, de la realización de exploraciones extensas y de la necesidad de una comprensión del paciente más allá del síntoma.

### METODO:

Realización de entrevistas individuales de 45 min de duración aproximadamente en las que a la paciente se le permite discurso libre solo en algunas ocasiones reconducido.

### RESULTADOS:

Paciente de 16 años en 1º de Bachiller, mediana de tres hermanos de 19 y 13, este último adoptado. Tía materna con antecedentes de TCA. Precisa ingreso por imposibilidad de contención de cuadro de desnutrición y pérdida ponderal ambulatoriamente.

Describe infancia normal, relaciones armónicas familiares y red social adecuada. Refiere episodios de intento de independencia del núcleo familiar de diferenciación, sobre todo, en relación con la madre. La paciente cuenta similitudes tanto en creencias como en esfera conductual con su madre con la que comparte entre otras cosas el seguimiento de una dieta vegana.

Inicia clínica de restricción tras ganancia de peso en verano, de campamentos, siendo según las palabras de la paciente “imposible parar, yo solo quería seguir bajando, sin fin”. Así, a pesar, de seguimiento intensivo ambulatorio, es

necesario el ingreso por imposibilidad de contención del cuadro.

El inicio de la clínica tras una época de separación de su figura de apego más importante (madre) puede hacer pensar en una coyuntura de desencadenamiento basada en esta separación.

#### CONCLUSIONES:

Este caso apunta en la dirección de Recalcatti quien describe la anorexia como la oscilación entre una maniobra de defensa de la separación y una que realiza la separación. Se produce una identificación con el objeto perdido dándose una dificultad para avanzar en el duelo. Según el mismo autor se podría hablar de una pseudoseparación pues el sujeto queda identificado con los restos del objeto.

Se puede inferir de este que el conocimiento sobre las coyunturas de desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria apoya el proceso de trabajo psicoterapéutico.

#### PALABRAS CLAVE:

Massimo Recalcatti, Anorexia, Coyuntura de desencadenamiento, Separación

### **P23 CASO “Clínica del Vacío” Aplicación práctica del modelo de Massimo Recalcatti; a propósito de un caso**

#### NOMBRES E INSTITUCIONES DE TODOS LOS AUTORES

- Ana Serrano Ferrer, residente de psiquiatría del Hospital Principe de Asturias
- Ana Isabel Calvo Sarnago, facultativa especialista en psiquiatría, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de referencia en Aragón, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
- Agustina Rico Zampetti, psicóloga clínica
- Ana García Escudero, facultativo especialista en psiquiatría

#### DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL AUTOR PRINCIPAL.

[a.serranoferrer@gmail.com](mailto:a.serranoferrer@gmail.com)

#### OBJETIVOS:

M. Recalcatti en su libro “Clínica del vacío” sobre trastornos de la conducta alimentaria propone un diagnóstico diferencial de dos tipologías. Si la anorexia, siguiendo a J. Lacan, es el deseo de “nada” la primera nada la describe como un objeto separador y la segunda como una expresión del rechazo radical al otro. Esta presentación trata de valorar el modelo conceptual de Recalcatti en su aplicación a la práctica clínica para facilitar la comprensión del paciente, los orígenes de su clínica y por tanto el modo de abordaje psicoterapéutico.

#### METODO:

Operativización del concepto de “Clínica del vacío” para instrumentalizarlo en entrevistas

individuales con pacientes anoréxicas para precisar la utilización diferencial del síntoma anoréxico en el proceso de separación/individuación.

#### RESULTADOS:

Paciente de 14 años con cuadro grave de anorexia nerviosa con restricción alimentaria e importante actividad física.

Adoptada en la primera infancia, tiene una hermana varios años mayor diagnosticada de fibromialgia. Buen rendimiento escolar con elevada exigencia. Dificultades relacionales: una única amistad durante la infancia hasta la adolescencia en que se adapta a un grupo de su edad.

Entrevistas individuales con discurso de libre asociación centrado en biografía, resaltando:

- relación fusional entre madre e hija

- rol designado a la paciente como unificadora de la familia.

- deficiente investidura libidinal del cuerpo: “no me gusta que me toquen, me recuerdan que tengo cuerpo y no lo quiero”.

Las características de la paciente y del rol que juega en la familia hacen pensar en su síntoma como el deseo de esa primera “nada” de Recalcati. Un “desengancharse de la dependencia alienante del otro” en el que la anorexia actúa como escudo y como soporte del deseo. El rechazo en este caso aparece como la acción misma de la nada y ocurre que el cuerpo se consume para “remover” al otro.

#### CONCLUSIONES:

Las dos concepciones etiopatogénicas de Recalcati pueden ser confirmadas en la clínica mediante entrevistas orientadas psicodinámicamente. Como se confirma en este caso, ha permitido una mayor precisión sobre el lugar del síntoma en la biografía de la paciente

Su valor práctico sería preciso confirmarlo mediante un trabajo clínico más amplio.

#### PALABRAS CLAVE:

M. Recalcati, anorexia, nada, diferenciación

#### “Clínica del Vacío”

Ana Serrano Ferrer, residente de psiquiatría del Hospital Príncipe de Asturias

Ana Calvo, facultativa especialista en psiquiatría, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de referencia en Aragón, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Agustina Rico Zampetti, psicóloga clínica, Centro de Atención integral al Drogodependiente Norte de Madrid

Ana García Escudero, facultativo especialista en psiquiatría Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

[a.serranoferrer@gmail.com](mailto:a.serranoferrer@gmail.com)

#### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente que sufre un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva e importante actividad física. Se trató de aplicar, durante su seguimiento, ciertos conceptos psicodinámicos derivados del modelo de la “Clínica del vacío” de M. Recalcatti para precisar la utilización diferencial del síntoma anoréxico en el proceso de separación/individuación de la paciente. Recalcatti plantea que el síntoma anoréxico puede sintetizarse en un “¡NO!”: “no como”, “no quiero”, “no deseo”, “no siento”. Estas son enunciaciones típicas del sujeto anoréxico. Por otra parte la anorexia

es vivida como algo consistente en sí mismo, no como un síntoma sino como un objeto, algo que se padece, una cosa que causa un mal. La nada, presentificada en ese ¡No! es, para el autor, el objeto defensivo que la anoréxica construye frente al otro que le demanda: comer, amar, estudiar, crecer, ser esto o aquello....

Ahora bien, es preciso distinguir entre dos modelos de anorexia. En el primero la nada actúa como objeto de separación con respecto al otro que pide. Permite desengancharse de la dependencia alienante al otro. Es el "¡NO!" como defensa del deseo propio frente a la invasión abrumadora del deseo del otro. La otra nada, el otro no, caracteriza la dimensión más grave de la anorexia. Un no, una nada, que no está en relación con el otro parental sino que expresa un rechazo radical del otro. Es el deseo de nada no como protección, como objeto de separación, sino como aniquilación de sí. "En primer plano no está el deseo de nada, sino la reducción del deseo a nada". Este segundo "¡NO!" no afecta tanto a la relación con el otro como al propio cuerpo, petrificando cualquier demanda que pudiera originarse en él.

## CASO CLÍNICO

AF: hermana mayor con diagnóstico de fibromialgia.

AP: Inicio de cuadro de anorexia nerviosa a finales de 2017 con restricción alimentaria, vómito de repetición e importante actividad física. Desde Agosto de 2018 en seguimiento en unidad de trastornos de la conducta alimentaria. Ha precisado tres ingresos:

- Pediatría y más tarde en unidad de corta estancia infanto.-juvenil.
- Pediatría
- Unidad de corta estancia infanto-juvenil

Personalidad previa introvertida, con tendencia al perfeccionismo.

EA: Paciente de 14 años que presenta un cuadro grave de anorexia nerviosa con restricción alimentaria e importante actividad física.

Inicio de la enfermedad a finales de 2017 con 12 años.

Perdida ponderal continuada hasta ser necesario un ingreso directo en planta de pediatría. Este ingreso se alarga hasta 3 meses teniendo que continuarlo en unidad de corta estancia infanto juvenil por dificultad en el manejo. La paciente se realiza lesiones importantes en relación a ejercicio diario muy intenso.

Tras ajuste de medicación y psicoterapia de corte psicodinámico que incluye sesiones familiares la paciente es dada de alta con IMC dentro de la normalidad iniciando seguimiento en unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

Durante las entrevistas de valoración la paciente relata haber sido adoptada en la primera infancia, y que tiene una hermana varios años mayor. Cuenta buen rendimiento escolar con elevada exigencia tanto por parte de sus padres como de sí misma. Refiere dificultades relacionales: una única amistad durante la infancia hasta la adolescencia en que se adapta a un grupo de su edad.

Describe relación de parentalidad con respecto a su hermana, siendo para ella como una "segunda madre" y relaciones disarmonicas entre los padres con frecuentes disputas y relaciones interpersonales bruscas.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable, parcialmente colaboradora lo cual va cediendo conforme se establece vínculo terapéutico. No se aprecian signos ni síntomas de intoxicación o abstinencia a tóxicos, aunque en ocasiones impresiona impregnación farmacológica. Discurso algo parco y a demanda, que conforme avanza el seguimiento se torna espontaneo y fluido. Sin alteraciones en forma ni contenido.

Animo bajo de meses de evolución con apatía y anhedonia que por otro lado no afectan a la esfera de relación con iguales. Niega ideas de muerte activas ni



planificación ni estructuración si bien impresiona de desensibilización en relación a consecuencias tanáticas de su conducta alimentaria. No presenta alteraciones sensorperceptivas ni otra clínica psicótica ni disociativa. Restricción alimentaria importante y conductas de compensación en forma de ejercicio intenso y purgativas que implican un riesgo importante para su salud. Presenta episodios de autoagresividad en forma de cortes superficiales en brazos que contextualiza como ansiolíticos. No otras conductas de auto o heteraagresividad. Insomnio controlado farmacológicamente. Juicio de realidad conservado.

JC

Anorexia nerviosa restrictiva.

TTO:

Entrevistas individuales con discurso de libre asociación centrado en biografía.

Entrevistas familiares

Pauta farmacológica: Lamotrigina 100mg 2 al día, Zonisamida 100mg 2 al día, Duloxetina 120 mg día y Clonazepam 0.5 mg si precisa.

### CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Durante el seguimiento en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria se mantienen entrevistas individuales en las que se permite discurso de libre asociación, así como entrevistas familiares.

Durante las mismas se intuyen:

- relación fusional entre madre e hija (intercambio de miradas, forma de colocarse durante la entrevista, intervenciones en el turno de la otra persona... )
- rol designado a la paciente como unificadora de la familia (inferido de discurso sobre biografía de la paciente)
- deficiente investidura libidinal del cuerpo (sospechado no sólo por sintomatología sino por la forma de la paciente de describir su propio cuerpo "no me gustan que me toquen porque me recuerdan que tengo cuerpo")

Tras varias citas de forma ambulatoria se percibe una nueva disminución ponderal siendo la madre de la paciente quien da la alerta de que esta ha reiniciado conductas de riesgo en forma de aumento de ejercicio. Se realiza el segundo ingreso que, en esta ocasión, se inicia en UCE IJ tras las características del previo. Durante el segundo ingreso se objetiva una mejoría en tiempo mucho menor que durante el primer ingreso pudiéndose proceder al alta a las dos semanas de internamiento.

En las sesiones posteriores a este segundo ingreso con la paciente ya de forma ambulatoria se continúa trabajo sobre relaciones interpersonales dentro del núcleo familiar sin embargo la paciente empeora de nuevo presentando vómitos incoercibles que suponen una disrupción muy importante para la vida familiar. Tras el estudio del caso se decide que es necesario un ingreso de mayor duración por lo que finalmente se decide derivación a centro de media estancia especializado en TCA. Como forma de contención hasta la derivación se reingresa a la paciente en la UCE IJ donde permanece durante dos semanas. Durante este tiempo la paciente cumple con las normas de la unidad, se encuentra bien integrada y no presenta ningún tipo de alteración de la conducta ni de tipo alimentario.

### DISCUSIÓN:

Las características de la paciente y del rol que juega en la familia hacen pensar en su síntoma como el deseo de la primera "nada" de Recalcati. Un "desengancharse de la dependencia alienante del otro" en el que la anorexia actúa como escudo y como soporte del deseo. El rechazo en este caso aparece como la acción misma de la nada y ocurre que el cuerpo se consume para "remover" al otro, en este caso la madre. Las dos concepciones etiopatogénicas de Recalcati pueden ser confirmadas en la clínica mediante entrevistas orientadas psicodinámicamente. Esta precisión diagnóstica ha permitido un valoración sobre el lugar del síntoma en la biografía de la paciente

orientándonos sobre el tratamiento y pronóstico más adecuado.  
Su valor práctico sería preciso confirmarlo mediante un trabajo clínico más amplio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Recalcatti, M. (2003), Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis, España, Síntesis.

Koalas-Sadock. (2004), Sinopsis de psiquiatría, Barcelona, España, Waverly Hispánica S.A.

Glen O. Gabbard, (2000), Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica, Argentina, Editorial Médica Panamericana

### **P87 POSTER “LEVÁNTATE Y ANDA”**

**Primer autor: Dra. Ana Goñi Navarro. 1**

**Dra. Teresa Bellido Bel 1, Dra. Sandra Oliver Hernández 1; Dra. Belen del Pino Arcos1.**

**Supervisor: Dra. Ana Isabel Calvo Sarnago. 2**

**1. Médico Interno Residente de Psiquiatría Hospital Universitario Clínico Lozano Blesa. Zaragoza, España.**

**2. FEA Psiquiatría-Infantil, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.**

**[anagoninavarro@gmail.com](mailto:anagoninavarro@gmail.com)**

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es exponer un caso clínico de una paciente, de 19 años que se encuentra en seguimiento actualmente en UTCA del HCU de Zaragoza, bajo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Dispone como antecedentes previos un ingreso en nuestra

**MÉTODO:** Con todo ello, realizaremos una búsqueda bibliográfica que analice las diferencias clínicas clave dentro del diagnóstico diferencial de estas entidades nosológicas desde la perspectiva de la psicopatología descriptiva y del análisis del entorno psicosocial, factores predisponentes, así como, la comorbilidad que pueden acarrear y la posible evolución hacia una incapacidad para su funcionamiento habitual sin un abordaje multidisciplinar adecuado.

**RESULTADOS:** Hasta un tercio de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría padecen síntomas no explicados orgánicamente, entre ellos destacan el dolor y los síntomas neurológicos, como es el caso de la paciente que presentamos, que presentaba parálisis e imposibilidad de la marcha, así como, una negativa a la ingesta de alimentos.

El trastorno conversivo es más frecuente en adolescentes que en niños más pequeños y es más frecuente entre el sexo femenino.

Encontramos rasgos caracteriales típicos en los pacientes que sufren este trastorno como perfeccionismo, autoexigencia, dificultad para expresar emociones negativas...

En cuanto al tratamiento médico es fundamental el manejo interdisciplinar del caso, en casos graves, se precisa nutrición enteral y fluidoterapia. En cuanto al tratamiento psiquiátrico, los ISRS han demostrado algún dato favorable. La paciente consiguió finalmente después del tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación y psicoterapia cognitivo-conductual; poder caminar y realizar actividades de deporte. Sin embargo, dos años más tarde sin psicopatología de interés en este campo, excepto un trastorno aversivo de la alimentación en la infancia, comienza con un cuadro de Trastorno de la Conducta Alimentaria, tipo Anorexia nerviosa restrictiva.

### **CONCLUSIONES:**

-El trastorno conversivo en el adolescente es una patología severa que supone un reto para la asistencia médica por la elevada complejidad y comorbilidad del diagnóstico y tratamiento.

-Es fundamental para una evolución favorable, el diagnóstico precoz y el trabajo psicoterapéutico con el paciente y la familia.

### **PALABRAS CLAVE:**

Psiquiatría infantil, trastorno conversivo, anorexia nerviosa, parálisis.

### **INTRODUCCIÓN - OBJETIVO**

El objetivo de este estudio es exponer un caso clínico de una paciente, de 14 años que se encuentra en seguimiento actualmente en UTCA de nuestro hospital, bajo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Dispone como antecedentes un ingreso en nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil, tras presentar una clínica severa de “parálisis completa de EEII” y “negativa a ingesta de sólidos y líquidos” de probable origen conversivo, que limitaba gravemente su vida diaria, y que supuso un reto para la asistencia médica por la elevada complejidad y comorbilidad del diagnóstico y tratamiento del trastorno conversivo en el adolescente.

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Como antecedentes personales psiquiátricos constan: -Trastorno de la conducta alimentaria no especificado de la infancia hasta los 3 años, con posterior normalización de las ingestas “mala comedora de siempre”. -A la edad de 9 años, a partir de proceso gripal, aparición de síntomas somáticos como dolor abdominal, con pérdida progresiva de peso por ingestas reducidas y lentitud al comer: “cortaba la tortilla de patata en millones de trozos”, lo que provocó un retraso del crecimiento, con edad ósea de 6 meses menos a la correspondiente, motivo por el cual, recibió seguimiento en servicio de Endocrino y psicólogo privado sin apenas mejoría en dos años.

Como antecedentes familiares psiquiátricos destacan: - “Genes de timidez e introversión en la familia materna”. - Padre era lento y mal comedor de

pequeño. Rasgos caracteriales y temperamento similares a su hija.

## ANAMNESIS

Paciente de 11 años que ingresa en el año 2016 en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil de nuestro hospital, de forma programada, derivada desde servicio de Pediatría, tras presentar dolor en extremidades inferiores, dolor abdominal, rechazo a la deambulacion y negativa a ingesta de sólidos y líquidos tras dos episodios de faringoamigdalitis. Se realiza por ello pruebas complementarias incluidas ENG, EMG y EEG, así como, RMN cerebral, TAC y punción lumbar sin objetivarse alteraciones. La paciente al ingreso no come y apenas bebe líquidos. No participa en la escuela y precisa ayuda para todas las ABVD. Abandona por completo la deambulacion, aquejando severos dolores de extremidades inferiores, así como, cefaleas. Se muestra esquiva con la mirada, mutista, respondiendo con monosílabos y tono de voz baja. La paciente no responde en un primer momento a tratamiento con terapia cognitivo-conductual ni a tratamiento psicofarmacológico ensayado con gabapentina o mirtazapina. Tras evolución tórpida de su psicopatología de base se procede a un segundo ingreso, donde se estima necesario realizar una prueba de Pentotal, bajo anestesia local, para explorar un posible trauma que le hubiera llevado a dejar de andar y comer; ya que todas las pruebas orgánicas habían salido negativas. Con el permiso de los padres, a los que se les explica el objetivo final de la exploración, se le dice a la paciente que con esta prueba se le va a quitar el dolor que le impide andar. Tras ser implementado el Pentotal, la paciente dice que se le ha ido el dolor de las extremidades inferiores y se procede al alta hospitalaria en silla de ruedas, bajo el diagnóstico de trastorno de dolor somatomorfo persistente (F45.4 de la CIE-10) y trastorno de la conducta alimentaria no especificada (F50.9 de la CIE-10). En este momento la paciente no deambula, precisa de silla de ruedas para la movilización, si bien el dolor de extremidades inferiores ha disminuido. Consigue retomar la escolarización, con buen rendimiento. Nula conciencia de enfermedad y “belle indifference” respecto a los síntomas que padecía en este momento. Tras el alta hospitalaria la paciente comienza seguimiento en UTCA, donde se muestra mutista, esquiva y apenas consigue sostenerse en pie. Comienza a acudir a rehabilitación a nivel ambulatorio y fisioterapia 5 veces a la semana, la familia y la paciente rechazaban la toma de psicofármacos. Tras seis meses de seguimiento en UTCA, la paciente se levanta por primera vez para asistir a un viaje de estudios, mediante técnicas de psicología inversa. Consigue asistir a clases de zumba, coger la bici... Posteriormente aparece una pequeña recaída sintomatológica tras un episodio de faringoamigdalitis, donde volvió a aquejar dolores somáticos. Ocho meses después la paciente comienza 1º de la ESO, con buen rendimiento escolar, era capaz de deambular de forma autónoma, asistir a clases de zumba, los padres relataban “ya es la que era antes”.

A nivel psicobiográfico: -Embarazo controlado sin incidencias. -Parto eutócico en la semana 36 de gestación. -Lactancia materna durante cinco meses. -Desarrollo psicomotor normal para su edad. -Escolarización correcta, buen rendimiento escolar. -Menor de una fratria de dos hermanas, hermana mayor

de 24 años (opositora de magisterio). Según la madre, siempre le tuvo muchos celos a su hermana: "A quién queréis más a mi hermana o a mí". -Como hobbies destacan desde los 4 años, ajedrez, kárate y baile. Buen grupo de iguales, alguna amiga incluso desde los 3 años. La paciente es descrita como perfeccionista, apegada a su madre, excesivamente tímida, hasta el punto de sólo hablar con personas de confianza.

### EXPLORACIÓN

1.EAT- 40: No miedo a engordar. 2.Test proyectivos: CAT-H, TAMAI: no significativos. 3.Test de Rosenberg: no baja autoestima. 4.CEDI II: 8 leve depresión. 5.TSA: no distorsión de imagen corporal. 6.K BIT. Coeficiente intelectual: medio-alto. 7.EPQ-J: S: 50.N: 50.P: 50. E: 50. CA:16.

### JUICIO DIAGNÓSTICO

1.TCA de la infancia (F 98.2 CIE-10) recaída y encrudecimiento. DSM-V: 307.59. T. de la evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

2. T. de conversión. F44.4 DSM-V, severo centrado en la parálisis de las piernas. Agudo. Sin factor de estrés psicológico.

3.Rasgos vulnerables y desadaptativos de su personalidad premórbida: exceso de timidez, rigidez, pasivo-agresivo...

### TRATAMIENTO

1.Tratamiento psicofarmacológico con mirtazapina 30mg en cena, gabapentina 300mg 1 comprimido en desayuno y otro en cena. 2.Prueba del Pentotal. 3.Tratamiento psico-terapéutico con terapia cognitivo-conductual (técnicas de psicología inversa). 4.Rehabilitación y fisioterapia 5 veces a la semana. 5.Psicoterapia familiar. 6. Psico-educación individual y familiar.

### CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Paciente de 14 años, en seguimiento desde hace dos años en UTCA, tras alta de Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil por trastorno conversivo severo de la

infancia. La paciente consiguió finalmente después del tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación y psicoterapia cognitivo-conductual; comer adecuadamente, poder caminar y realizar actividades de deporte. Durante estos dos años de seguimiento la paciente se ha mostrado asintomática, con buen rendimiento académico, realización de actividades de deporte como zumba, se ha trabajado durante este tiempo los tiempos de comida con una franca mejoría y mantiene un peso y crecimiento adecuado para su edad. Asiste con regularidad a campamentos y otras actividades con nivel satisfactorio alto, sobresalientes a nivel académico, posee un buen grupo de iguales. Menstruación regular. Comienza a cursar 3º de la ESO, se encuentra bien, sociable, más independiente y autónoma en relación con sus padres. Posible alta en marzo de este año por estabilidad psicopatológica y buena

evolución de sintomatología. Sin embargo, en mayo de este año la paciente precisa ingreso en el Servicio de Pediatría, tras cuadro de disminución de peso y rechazo a la ingesta progresiva, tras la realización de un intercambio escolar en Holanda, donde se produce un estresor emocional tras discusión con la compañera holandesa que la acogía: “eres lenta con la bici, por tu culpa llegamos tarde al colegio y tengo menos tiempo para estar con mis amigas”. Al inicio del ingreso la paciente precisa perfusión endovenosa con electrolitos y nutrición enteral por sonda nasogástrica, que se mantiene durante 5 días. Posteriormente reinicia ingesta progresiva que permite el cambio a alimentación oral. Peso al alta de 38.9 Kg, IMC: 16.3. Como se ha descrito anteriormente, dos años más tarde del último ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil y sin psicopatología de interés en este campo, excepto un trastorno aversivo de la alimentación en la infancia comienza con un cuadro de Trastorno de la Conducta Alimentaria, tipo Anorexia nerviosa restrictiva. La paciente tras un estresor emocional comienza a verbalizar que “se ve gorda”, “está llena cuando come”. Según refiere la madre de la paciente, se produce una pérdida ponderal de hasta 8-10 kilos (peso en otoño de 2018 de 45 kg, peso actual 40kg). Aparece por primera vez amenorrea. En estos momentos la paciente se encuentra en tratamiento con mirtazapina 30mg y olanzapina 2.5 mg en comida y cena. Un mes más tarde, en junio sigue perdiendo peso, sobresalientes en las puntuaciones pese a lo que se siente extraña, casi enfadada “no son más las notas, me las han regalado”. Dada la mala evolución, se retira olanzapina 2.5 mg y se inicia escitalopram 20 mg. Este cambio junto con psicoterapia cognitivo-conductual, produce que la paciente comience a ingerir alimentos, sufra una mejora del estado anímico, comience a ingerir más cantidad de comidas, gane peso, cesa la grave dismorfofobia y aparece por todo ello la menstruación. En septiembre de 2019 comienza 4º de la ESO, con una adecuada adaptación sociofamiliar y sin ninguna psicopatología de base.

## DISCUSIÓN CIENTÍFICA

Hasta un tercio de los pacientes hospitalizados en el servicio de Pediatría padecen síntomas no explicados orgánicamente, entre ellos destacan el dolor y los síntomas neurológicos, como es el caso de nuestra paciente, que presentaba parálisis e imposibilidad de la marcha, así como, una negativa a la ingesta de alimentos. El trastorno conversivo es más frecuente en adolescentes que en niños más pequeños y es más frecuente entre el sexo femenino. Encontramos rasgos caracteriales típicamente descritos en personas que sufren este trastorno en nuestra paciente como perfeccionismo, autoexigencia, dificultad para expresar emociones negativas... Suelen existir antecedentes o conflictos familiares (minimizados o negados como es este caso), así como, el antecedente de evento vital traumático, que no siempre se identifica como podría ser el caso de nuestra paciente, dato que según recientes estudios podría otorgarle peor pronóstico a este tipo de trastorno. En cuanto al tratamiento médico es fundamental el manejo interdisciplinar del caso, en casos graves, se precisa nutrición enteral y fluidoterapia. En cuanto al tratamiento psiquiátrico, los ISRS han demostrado algún dato favorable.

Con todo ello, se realiza una búsqueda bibliográfica en bases bibliográficas de lengua inglesa como Pubmed, Embase y Cochrane, así como, de lengua

española como Dialnet, con el objetivo de analizar los factores predisponentes, así como, la comorbilidad que puede acarrear el trastorno de conversión y la posible evolución hacia una incapacidad para su funcionamiento habitual sin un abordaje multidisciplinar adecuado. Tras la búsqueda realizada, se pone de manifiesto la escasez de bibliografía científica al respecto. Las principales comorbilidades halladas del trastorno conversivo son el trastorno depresivo y estrés postraumático, así como, enfermedades somáticas como intestino irritable, cefaleas, dolor crónico o fibromialgia (Tsui et al)(1).

Duque, et al reflejan en su estudio que las principales comorbilidades halladas en pacientes pediátricos que han sufrido trastorno de conversión son: depresión mayor, distimia, ansiedad y somatización. Los casos con comorbilidades tardan más en recuperarse es por ello por lo que la recomendación es que el seguimiento se realice un mínimo de 12 meses debido al riesgo de recaída. Entre los factores descritos que empeoran el pronóstico y suponen un seguimiento prolongado, se encuentran: múltiples síntomas, seudocrisis, síntomas crónicos, comorbilidad psiquiátrica u orgánica, pobre introspección, disfunción familiar y pobreza. Los pacientes con buen pronóstico presentan un factor estresante claramente identificable, presentación a edad temprana, buen ajuste premórbido y cooperación tanto del niño como de la familia (2).

Goldstein et al, (3) publican un caso de una paciente diagnosticada de anorexia nerviosa que durante tratamiento psicoterapéutico experimenta síntomas conversivos como dolor crónico.

Shapiro et al, (4) en su estudio sobre un caso de una paciente de 16 años, con antecedentes de abuso sexual por parte de padre, que presenta síntomas del trastorno conversivo como imposibilidad de deambulación, imposibilidad de ingesta oral y de fonación, con remisión casi completa pero recaída a los meses, publican una serie de factores mantenedores de síntomas, como disfunción familiar o trastorno del estado de ánimo tipo trastorno bipolar, apuntando a esta última a la comorbilidad más frecuente asociada al trastorno conversivo en población infantil (33%).

Durante la búsqueda realizada no hallamos estudios que reflejen casos de trastorno conversivo que hayan sufrido como comorbilidad un trastorno de la conducta alimentaria, eso nos hace plantearnos si nos encontramos en este caso frente a síntomas funcionales somáticos propios de una comorbilidad del trastorno conversivo, como así avala la bibliografía consultada, dada la buena evolución de los síntomas apenas 3 meses o si por el contrario, nos hallamos frente a una anorexia nerviosa per se tratada desde el primer momento por un psiquiatra terapeuta experto en trastornos de la conducta alimentaria, en una unidad especializada en dichos trastornos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and

- Treatment. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2017 Jun 22 [cited 2019 Sep 24];21(6):29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28434123>
2. Duque PA, Vásquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015 Oct [cited 2019 Sep 24];44(4):237–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26578475>
  3. Goldstein M, Madden S, Peters L. The use of effective treatments: The case of an adolescent girl with anorexia nervosa in the context of a conversion disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2013 Apr 13 [cited 2019 Sep 24];18(2):214– 23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696600>
  4. Shapiro M, Mehta A, Avila J, Nguyen M. Recurrence of conversion disorder symptoms in a successfully treated 16-year-old female. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2015 Nov 28 [cited 2019 Sep 24];50(4):361–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26510710>



**12°**  
**CONGRESO**

**AETCA**

Asociación Española  
para el Estudio de los  
Trastornos de la Conducta  
Alimentaria



*Más allá del cuerpo*

TCA y problemas relacionados con el peso

**ZARAGOZA, 14 - 16 de noviembre de 2019**

Paraninfo de la Universidad