



COMUNICACIÓN 4

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ¿CAUSA O CONSECUENCIA DE MALTRATO?

Mònica Sànchez Villena. Hospital Sant Joan De Déu. Servicio de Trabajo Social en la unidad de psicología y psiquiatría infantil y juvenil. Correo electrónico: msanchezv@sjdhospitalbarcelona.org

Ana Samaniego Martínez. Hospital Sant Joan De Déu. Servicio de Trabajo Social en la unidad de psicología y psiquiatría infantil y juvenil. Correo electrónico: asamaniego@sjdhospitalbarcelona.org

Eduard Serrano Troncoso. Unidad de TCA. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Agustín Bonifacio Guillén, Trabajador Social. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Resumen/Abstract.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de desórdenes mentales traduciéndose en cogniciones y conductas alteradas que conllevan grandes problemas físicos y del funcionamiento psicológico y social de la persona. Los TCA son patologías de origen multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales (la intervención de Trabajo Social se centra en éstos últimos).

El tratamiento es largo y complejo de enfoque multidisciplinar en el cual el papel familiar deviene fundamental para la recuperación.

El rol del trabajador social es identificar e incidir en los factores de riesgo sociales y culturales. Diferentes estudios identifican la relación directa entre TCA y modelos familiares sobreprotectores, rígidos, exigentes, conflictivos y poco cohesionados. Más allá de las relaciones familiares, los menores se encuentran en momentos de cambio y con factores externos que se escapan de su propia capacidad de gestión y regulación emocional.

La experiencia que nos ha dado la intervención en este ámbito nos alerta de que muchos factores parecen estar relacionados de manera directa con la aparición y mantenimiento del TCA coinciden con el riesgo de



UNIVERSITAT
BARCELONA



sufrir maltrato; a su vez, la sintomatología del TCA puede desencadenar en una situación de riesgo por sí misma debido a las características clínicas de los pacientes y la tendencia a la cronicidad del trastorno. Es decir, en función del momento del proceso en el cual se encuentre el TCA nuestra intervención puede ser más preventiva o reactiva.

Texto ampliado

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA , ¿CAUSA O CONSECUENCIA DE MALTRATO?

1. DEFINICIÓN

Los TCA constituyen un grupo de desórdenes mentales, traduciéndose en cogniciones y conductas alteradas que conllevan grandes problemas físicos.

Se trata de trastornos complejos, generalmente de larga evolución, con elevada comorbilidad con otras patologías y potencialmente con una alta repercusión en la vida cotidiana de quien lo sufre, pudiéndose ver gravemente alterado el funcionamiento psicológico y social de la persona que lo presenta. Los pacientes experimentan un elevado grado de malestar que altera no solo sus esferas individuales, sino también las relacionales, ya sean familiares o sociales.

Comorbilidad: los TCA están relacionados también con otras enfermedades como la depresión, la ansiedad, el TOC y el TDAH entre otros. Aunque existen muchas interrelaciones entre estas patologías, aún hay que seguir recogiendo datos para correlacionarlas.

Origen multifactorial: habitualmente el origen de los TAC no se deben a una sola causa, siendo varios los factores que se incluyen (como los genéticos, biológicos, sociales, psicológicos, etc.)

2. FACTORES DE RIESGO

. -Genéticos: los factores de riesgo familiares han sido demostrados en estudios de carácter familiar, existiendo mayor probabilidad de desarrollar un TCA si algún familiar de primer grado sufre AN, BN o obesidad. También existe mayor riesgo si en la familia hay algún miembro que padezca depresión o cuadros de abuso de alcohol o drogas.

.- Biológicos: diferentes estudios muestran que existen anomalías en la neurotransmisión cerebral. Respecto a la bulimia, se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito; así como se ha buscado una posible relación entre trastornos afectivos y bulimia mediante marcadores biológicos vinculados con la depresión. Otro factor biológico puede ser el de obesidad.

.- Psicológicos. (lo hemos visto antes con la comorbilidad). Los rasgos más habituales son perfeccionismo obsesivo, baja autoestima, sentimiento de inutilidad, falta de confianza en uno mismo, incapacidad para el control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, conductas inflexibles, conductas inadaptadas...





- Culturales: creencias, estereotipos ideales de belleza, de moda, el impacto de las redes sociales, de los medios de comunicación, el hecho de vivir en un país industrializado... pueden marcar la diferencia en los valores y patrones aprendidos y que consideramos como válidos.

- Sociales: en este apartado incluimos la familia, amigos, escuela, etc., destacando la familia como el más importante ya que juega un papel primordial en la educación, transmisión de valores y, por tanto, en la construcción de la personalidad de los individuos. Diferentes estudios identifican la relación entre TCA y modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos y poco cohesionados; en definitiva, hablamos de dinámicas familiares disfuncionales.

A todo ello, cabría recordar como la etapa de la adolescencia se define como período de cambios, de inseguridades, en el que los factores externos escapan de la propia capacidad de gestión y autorregulación emocional, aún en fase de desarrollo.

3. COMO CAUSA DE MALTRATO

Más allá de que las situaciones de vulnerabilidad numeradas anteriormente por sí solas puedan interpretarse como factores de riesgo de maltrato, hay estudios que han relacionado directamente los cuadros de abuso sexual y físico como factores de riesgo para la aparición de TCA.

En esta misma línea, en diversos estudios se ha señalado que los antecedentes de abuso sexual eran tres veces más frecuentes en los pacientes con bulimia que en personas que no hubieran sido víctimas de abuso. Así mismo presentan una mayor gravedad del cuadro clínico y una mayor tasa de comorbilidad con el trastorno límite de personalidad.

En muchas ocasiones, el TCA suele ser un síntoma emergente de una situación anómala, como distocia familiar, bullying, etc. Podríamos interpretar la aparición y el mantenimiento de la enfermedad como un síntoma de expresión (aquello que puedo controlar, lo que no me atrevo a ponerle palabras, de lo que quiero huir) de situaciones disfuncionales.

4. COMO CONSECUENCIA DE MALTRATO

La sintomatología del TCA puede desencadenar en situaciones de riesgo de maltrato por sí misma, debido a las características clínicas de los pacientes y a la tendencia a la cronicidad. Tampoco hay que olvidar la comorbilidad. El aislamiento social, la baja autoestima, la ansiedad e irritabilidad constantes, la inseguridad en uno mismo, el alto grado de exigencia (perfeccionismo) son componentes que afectan en menor o mayor medida en las relaciones con el entorno más próximo de los pacientes (familia, escuela, amigos), pudiendo crear situaciones de conflicto, difíciles de gestionar por ambas partes y que pueden dañar las relaciones hasta el punto de pasar a considerarlas disfuncionales.





5. TRATAMIENTO

Un rasgo habitual del TCA es la conciencia de no enfermedad y, por tanto, la falta de motivación para recuperarse, llegando en algunos casos a rechazar o sabotear la asistencia clínica. Por este motivo, uno de los principales objetivos a conseguir es el reconocimiento de la enfermedad (conciencia de problema).

El papel de la familia es fundamental durante todo el proceso, así que parece lógico incluir a los miembros de la misma para que participen de forma activa en el proceso del paciente así como incluir la terapia familiar con el objetivo de mejorar las relaciones entre sus miembros.

También hay que tener en cuenta las repercusiones generadas en la comunidad.

Es obvio que el tratamiento del TCA puede considerarse de larga evolución y complejo. Es por esto por lo que se considera imprescindible que el abordaje sea interdisciplinar.

6. INTERVENCIÓN SOCIAL

- Rasgos generales: identificar e incidir tanto en factores de riesgo sociales y culturales así como en otros conflictos familiares y/o del entorno que puedan dificultar la buena evolución del proceso de recuperación.

El objetivo principal es la disminución del estrés familiar y la consecución de un entorno más sano.

- El foco en la familia. Es necesario estar alerta para intentar descongestionar o desactivar aquellos elementos que puedan estar influyendo en la atención a la enfermedad por parte de la familia (otras enfermedades, preocupaciones económicas, falta de red relacional y de soporte, barreras culturales, etc.).

También hay que estar preparados para gestionar aquellos conflictos familiares subyacentes que afloran con la aparición del TCA o que, por el contrario, el TCA evita que explomen. No podemos pasar por alto la exploración de posibles situaciones de riesgo, con frecuencia camufladas por el cuadro TCA, ni de confirmarse la aplicación de medidas encaminadas a la protección.

En ocasiones resulta útil promover nuevas organizaciones y dinámicas más adecuadas al momento, prestando especial atención a la figura cuidadora principal (riesgo de desgaste) y a los hermanos (con tendencia a quedar en segundo plano).

- Paciente. Podemos desarrollar una intervención relativa al proyecto de futuro del paciente, basado en sus preferencias personales y capacidades, favoreciendo actividades propias de la edad (reducir el impacto de tratamientos largos y fomentar la búsqueda de motivaciones, mejora de la autoestima, basado en aspectos no físicos, trabajar habilidades sociales).

Durante este proceso se deben explorar posibles conductas de riesgo, de cara a favorecer su reducción. Suelen ser conductas relacionadas con absentismo escolar, consumo de tóxicos, relaciones sexuales de riesgo.

Del mismo modo, si detectamos una situación de desprotección o de riesgo de maltrato, deberemos promover su protección.



UNIVERSITAT
BARCELONA



.- Comunidad (derivaciones, coordinaciones, continuidad). Los recursos y servicios de la red desarrollan un papel fundamental, ya que se encuentran insertados en el entorno más inmediato del menor, proporcionándonos información muy valiosa para el desarrollo de nuestro trabajo así como permitimos establecer planes de intervención conjuntos con la finalidad de conseguir un entorno adecuado y estable, propicios para el desarrollo del menor. Asimismo nos permite garantizar la continuidad del proceso una vez se haya dado el alta desde el dispositivo hospitalario.

Palabras Clave / Keywords.

Salud Mental, Infanto-juvenil, TCA, Factores de riesgo, familia, Trabajo Social

Referencias bibliográficas / Webgrafía.

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Med Clin (Barc). 2000; 114 (13):481-6
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Lock J, La Via MC, AACAP. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54(5):412-25.
- <http://trastornsalimentaris.gencat.cat/ca/>
- <http://www.acab.org/ca>

Cláusula relativa al uso de los datos de carácter personal:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados van a ser incluidos en un fichero de datos de carácter personal, con la titularidad de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), con domicilio en C / Delicias, nº. 8, entreplanta. 28045, Madrid, entidad destinataria de la información facilitada.

De conformidad con el Art. 6.1 de la LOPD, le comunicamos que los datos solicitados serán utilizados por FAPMI para la difusión de sus actividades y, con su firma, Ud. autoriza la cesión de dichos datos a otras entidades colaboradoras de la Federación o con fines análogos y complementarios. Ud. tiene derecho a acceder, modificar y cancelar los datos contenidos en nuestro fichero dirigiéndose a la dirección antes mencionada, a la atención de la Secretaría de la FAPMI.



UNIVERSITAT
BARCELONA