

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA DISFORIA DE GÉNERO Y EL DESARROLLO DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sara Romero Marcos (Psicóloga interno residente, PIR)
Alicia Pérez Rodríguez (Facultativa especialista de área de Psicología Clínica, FEA)

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario General de Guadalajara. Guadalajara,
Castilla la Mancha, España.

IS THERE A RELATIONSHIP BETWEEN GENDER DYSPHORIA AND THE DEVELOPMENT OF AN EATING DISORDER? CASE- BASED REVIEW.

Sara Romero Marcos (Psicóloga interno residente, PIR)
Alicia Pérez Rodríguez (Facultativa especialista de área de Psicología Clínica, FEA)

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario General de Guadalajara. Guadalajara,
Castilla la Mancha, España.

Dirección Postal:

Sara Romero Marcos
Dirección: Calle Cardenal Silíceo, N°1, piso 3ºD CP: 28002, Madrid.
Correo electrónico: sara.romarcos@gmail.com

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria? A propósito de un caso.

Resumen

La disforia de género (DG) suele ir acompañada de una gran insatisfacción corporal. Por ello, esta población puede ser de alto riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que son dos entidades con un punto común: la importancia de la imagen corporal. Se ha comprobado que en este tipo de trastornos, el tratamiento debería ser distinto respecto a las personas cisgénero, ya que presenta otras características, curso y evolución diferentes.

Se propone un caso clínico de un adolescente que consulta por sintomatología depresiva y desarrollo posterior de un TCA, que estaba relacionado con la DG y que se evidencia a lo largo de la evolución y tratamiento.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, disforia de género, transexual, anorexia nerviosa, insatisfacción corporal.

Is there a relationship between Gender Dysphoria and the development of an Eating Disorder? Case-based Review.

Abstract

Gender Dysphoria (GD) is usually accompanied by great body dissatisfaction. Therefore, this population may be at high risk for developing Eating Disorders (ED), since they are two entities with a common point: the importance of body image. It has been proven that in this type of disorder, the treatment should be different with respect to cisgender people, since it has other characteristics, different course and evolution. We propose a clinical case of an adolescent who consulted for depressive symptoms and subsequent development of an eating disorder, which was related to GD and which is evident throughout the evolution and treatment.

Key words: Eating Disorders, Gender Dysphoria, transsexual, Anorexia Nervosa, body dissatisfaction.

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria? A propósito de un caso.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA), son en los últimos años un foco de interés y uno de los problemas de Salud Pública más serios de nuestros días, por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, cronicidad y gravedad (Oliva, Gandarillas, Sonogo, Díez-Gañán y Ordobás, 2012). Específicamente, la anorexia nerviosa (AN) afecta fundamentalmente a mujeres entre los 10 y los 30 años y se inicia frecuentemente entre los 13 y 18 años. La presentación de la AN en varones demuestra una prevalencia que no supera el 10% del total de casos (Raevouri, Keski-Rahkonen, Hoek, Sihvola, Rissanen y Kaprio, 2008). Parece ser más prevalente en sociedades industriales donde abunda la comida y el estar delgado se relaciona con el atractivo, especialmente en mujeres (APA, 2000). Se ha considerado que las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma central en anorexia y bulimia nerviosa. De acuerdo con Rosen (1995), la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

La disforia de género es la disconformidad o incongruencia entre el sexo biológico y el sexo sentido o identidad de género, por tanto, la imagen corporal es un aspecto fundamental, y que normalmente les genera insatisfacción, entendida como el conflicto que aparece entre su cuerpo y su identidad. Esta discordancia entre el “yo real” y el “yo ideal” puede ser un factor desencadenante para que algunas personas desarrollen un TCA. Además, al existir un rechazo corporal, la persona trata de encontrar la manera de cambiar su aspecto para parecerse al sexo deseado.

Existen diferencias en la incidencia de TCA entre mujeres y hombres transexuales. En un estudio se estudió la satisfacción corporal de personas transgénero así como las diferencias que había entre transexuales mujeres/ hombres y personas cisgénero en la presencia de TCA.

Por una parte, los que más insatisfacción sentían con su imagen corporal incluso después de haber llevado a cabo la reasignación de sexo eran los hombres transexuales, normalmente por características sexuales secundarias como el vello facial y/o corporal, la “nuez” o el pecho. Por otra parte, los TCA eran más habituales tanto en mujeres cisgénero como en mujeres transexuales, en comparación con los hombres transexuales, por lo que la identidad femenina, tanto nacida como deseada, parece ser un factor de riesgo determinante a la hora de padecer un TCA (Witcomb, Bouman, Brewin, Richards, Fernández-Aranda y Arcelus, 2015).

En otro estudio similar, se concluyó que las personas transexuales intentan adaptar su cuerpo a su identidad y en línea con el ideal de belleza según su identidad de género. Tienen una preocupación persistente de ocultar sus características sexuales primarias y secundarias a través de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos (Vocks, Stahn, Loenser y Legenbauer, 2009). En el caso de las mujeres transexuales (de hombre a mujer), las conductas destinadas al control de peso suelen ir dirigidas, como hemos dicho anteriormente, a alcanzar el ideal de belleza (mujer delgada con pechos grandes) y son los que presentan mayores niveles de insatisfacción corporal (Bandini, Fisher, Castellini, Sauro, Lelli, Meriggiola y Dettore, 2009). Diversos autores plantean tasas de AN para las mujeres transexuales de un 0,6% de forma puntual y de un 1,3% en algún momento de la vida. (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás y Valdés, 2009).

A continuación presentaremos un caso clínico en el que se ha omitido información que pueda facilitar la identificación del paciente, y algunos datos han sido modificados a tal efecto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del caso y motivo de consulta

Varón de 14 años derivado a la Unidad de Salud Menta Infanto-Juvenil (USMIJ) por síndrome depresivo secundario a distocia familiar y dificultades en las relaciones sociales, desde pediatría.

Motivo de consulta:

Acude a la consulta de Psicología y Psiquiatría de la USMIJ, derivado desde pediatría por presentar elevada ansiedad, estado de ánimo bajo, irritabilidad, aislamiento y pérdida de peso objetiva de 6 kg en tres meses por disminución/ restricción de la ingesta refiriendo ser demasiado corpulento y con deseos de adelgazar por no estar a gusto con su imagen corporal desde hace varios meses. Presenta dificultades en las relaciones sociales y no tiene ningún amigo/a íntimo o cercano con el que relacionarse, siente que no encaja en ningún grupo y que no comparte el mismo interés que los chicos de su edad, y prefiere pasar tiempo hablando con las chicas de su clase. Además, se encuentra en seguimiento por los Servicios Sociales, puesto en conocimiento por el instituto al que acude, ya que existe absentismo escolar que interfiere en el rendimiento académico y curricular del paciente, y en su vida cotidiana.

En el ámbito familiar existe conflictividad elevada entre la abuela materna y la madre por el cuidado, las pautas educativas y de crianza del menor que ha vuelto a vivir con su madre y a formar parte de la familia reconstituida desde hace un año, en la que no termina de encontrar su lugar, sintiendo que ha traicionado y abandonado a su abuela y evidenciándose un conflicto de lealtades.

Antecedentes personales somáticos:

No refieren antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

Antecedentes personales psiquiátricos:

Ansiedad por separación de la abuela en la infancia según diagnósticos del pediatra sin seguimiento en Salud Mental.

Antecedentes familiares somáticos:

Abuelo materno: Fallecido por Accidente cerebrovascular (ACV) antes de que el paciente naciese.

Antecedentes familiares psiquiátricos:

Padre con dependencia de alcohol y rasgos disfuncionales de personalidad.

Madre con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en remisión.

Filiación:

Padres separados en el 2010, cuando el paciente tenía 4 años. El padre reside con su pareja. Escaso contacto con él y de forma telefónica por situación familiar conflictiva en el pasado (violencia de género contra la madre presenciada por el paciente). La madre reside con su pareja, el hijo menor (hermano un año menor que el paciente) y el paciente desde hace pocos meses. Anteriormente, éste vivía con su abuela materna que le ha cuidado prácticamente desde que nació por los conflictos y dificultades de los padres, ya que a raíz de su nacimiento, los problemas familiares y las discusiones de pareja empeoraron gravemente. La abuela materna es la figura referente y de apego del paciente y tienen una relación afectiva especial de “madre e hijo”. Ha estado muy sobreprotegido evitando los conflictos que han ido surgiendo y desarrollando un patrón evitativo de afrontamiento a las situaciones y problemas de la vida diaria desde que era pequeño. Actualmente existe un conflicto de lealtades hacia la abuela y la madre, por tener que tomar la decisión de con quién vivir, generando angustia y sintomatología depresiva. Además tiene una relación conflictiva con su hermano con el que rivaliza y se compara constantemente, intentando luchar por el amor y la atención de la madre.

Historia del desarrollo:

Embarazo normal, deseado aunque no planificado. Nacimiento a los 8 meses de gestación con parto natural, peso de 2,750 kg, por lo que necesitó incubadora. No ha presentado alteraciones en el desarrollo psicomotor y ha alcanzado los hitos evolutivos a edades esperables. Inició la deambulación a los 13 meses con gateo previo y adquirió el control de esfínteres a la edad adecuada. Adquisición del lenguaje también adecuado aunque con tratamiento posterior por rotacismo. Lactancia materna hasta el primer mes, sin presentar problemas de alimentación posteriores con la introducción de alimentos sólidos.

Escolarización:

Inicio de guardería con un año de edad, mala adaptación “lloraba mucho y no se hacían con ella”.

Ha cursado Primaria en un colegio público con dificultades de adaptación al principio por la dificultad de separarse de su abuela cada vez que tenía que ir al colegio. Sin embargo, el rendimiento escolar era bueno.

Romero Marcos, S. y Pérez Rodríguez, A.

Realizó Secundaria en un instituto público repitiendo 1º de la ESO. Después presentó fracaso académico que coincidió con absentismo escolar y se realizó una adaptación curricular (2º de PMAR).

Niega acoso escolar o conflicto con profesorado, relacionando su absentismo por las elevadas exigencias del curso y sus dificultades para afrontarlas. Actualmente cursa 3º de PMAR con asistencia irregular y sin evolucionar de manera favorable.

Se encuentra en seguimiento por Servicios Sociales por este motivo.

Tiene escasas relaciones sociales con iguales, y no tiene grupo de amigos/as de referencia aunque reconoce que se lleva mejor con las chicas.

En su tiempo libre suele quedarse en casa leyendo, jugando a videojuegos, escuchando música o pintando.

EVALUACIÓN.

Se han utilizado instrumentos de evaluación tanto específicos para la sintomatología TCA, como escalas para valorar posible patología asociada (ansiedad, depresión e impulsividad). Los datos recogidos sirven para establecer la línea base pretratamiento (PRE) y hacer una comparación postratamiento (POST).

- Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2; Garner, 1991): Este inventario es un cuestionario autoadministrado utilizado para evaluar los síntomas que acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1961): Es un cuestionario autoaplicado para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión.

- Inventario de Ansiedad rasgo-estado (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): Es un inventario que permite la autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente.

- Test proyectivo de la Familia (Corman, 1961): Es un test de personalidad, en la que el niño dibuja cómo se percibe y se sitúa en su familia, y en el que proyecta sus sentimientos, deseos, temores, atracciones y repulsiones.

Resultados:

Cabe destacar que las puntuaciones centiles (PC) más altas y que se encuentran por encima de la media en las escalas del EDI-2 según los baremos correspondientes a su edad y sexo son: la insatisfacción corporal PC=94 que mide la insatisfacción con la forma general de su cuerpo o algunas partes del mismo; la ineficacia PC=90 que evalúa los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida; La desconfianza interpersonal PC= 83 que evalúa el desinterés por establecer relaciones íntimas y la dificultad para expresar los propios

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

sentimientos o pensamientos; El miedo a la madurez PC=84 que evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia; El ascetismo PC=72 que mide la tendencia a buscar ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la superación y el control de las necesidades corporales; La impulsividad PC= 90 que evalúa la dificultad para regular los impulsos, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales; Por último, la inseguridad social PC=85 que mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y de escasa calidad.

Estos resultados coinciden y se hacen evidentes en los comportamientos del paciente, aunque llama la atención la baja puntuación en la escala que evalúa la obsesión por la delgadez, se piensa que el paciente no ha sido sincero al contestar estas preguntas, ya que es una de las limitaciones del EDI-2 porque al ser un instrumento de autoinforme la vulnerabilidad a la insensibilidad es elevada (Vandereycken y Vanderlinden, 1983), o porque al presentar un bajo peso real, no le daba importancia a continuar adelgazando como se la dan otras personas que presentan TCA.

La puntuación es en el BDI= 30, siendo el punto de corte 19, por lo que el resultado coincide con depresión severa.

La puntuación centil es el STAI-E= 77 que indica una ansiedad-estado alta y en el STAI-R= 89 lo que indica ansiedad- rasgo también elevada. (Ver tabla 1).

En el test proyectivo de la familia comienza dibujando al padre, seguido de la madre y el hermano pequeño, por último, termina dibujándose a sí mismo e identificándose con el nombre de Lucía cuando se le pregunta.

	PRE
EDI-2	Obsesión por la Delgadez: PC: 16 Bulimia: PC: 40 Insatisfacción Corporal: PC: 94 Ineficacia: PC: 90 Perfeccionismo: PC: 48 Desconfianza Interpersonal: PC: 83 Conciencia Introceptiva: PC: 52 Miedo a la Madurez: PC: 84 Ascetismo: PC: 72 Impulsividad: PC: 90 Ansiedad Social: PC: 85
BDI	PD: 30 (severa)
STAI (Ansiedad-Estado: A-E y Ansiedad -Rasgo: A-R)	A-E: PC: 77 (alta) A-R: PC: 89 (alta)

Tabla 1.

La entrevista clínica sirvió para conocer los aspectos más relevantes del caso. Además, fue el método más importante para determinar el estado del paciente en el momento de acudir a consulta y también para valorar su evolución a lo largo de la terapia.

DIAGNÓSTICO.

Tras el proceso evaluativo se concluye el diagnóstico de Anorexia Nerviosa [307.1 (F50.01)] según el DSM-5 (APA, 2013). Posteriormente se añade el diagnóstico de Disforia de Género [302.85 (F64.1)] según el DSM-5 (APA, 2013).

TRATAMIENTO.

Análisis funcional y descripción del problema:

Se evidencia que las pautas de crianza (ya que desde pequeño el paciente ha estado viviendo con la abuela), la sobreprotección y el control excesivo por parte de la abuela, han potenciado el desarrollo en el paciente de un patrón evitativo de afrontamiento, siendo éste el principal problema y el factor predisponente a la AN, ya que ha influido negativamente en el desarrollo de la autonomía y autoestima del paciente y en consecuencia a su estado de ánimo. Además, ante los sentimientos de culpa de la madre por la decisión tomada de que su hijo fuese a vivir con la abuela, y la relación de permisividad absoluta con límites y normas inexistentes que mantenían, ha generado en el paciente una escasa tolerancia a la frustración y una actitud pasivo-evitativa en la resolución de conflictos como se puede observar a nivel familiar y también académico, ya que no se presenta a los exámenes por miedo a suspender.

Como factor desencadenante de la AN surge el cambio de convivencia y la integración en la familia reconstituida, ya que la madre decide que el paciente vuelva a vivir con ellos. El menor siente que ha abandonado a la abuela, y aparecen la culpabilidad y el conflicto de lealtades, por lo que de forma involuntaria se desarrolla la AN como forma de afrontar el conflicto familiar.

Por otro lado, otro factor que influye en el curso de la AN es la etapa del ciclo evolutivo en la que se encuentra el menor, siendo la adolescencia un periodo de estrés donde aparecen los cambios corporales y hormonales, la sexualidad, la búsqueda de pertenencia a un grupo donde los iguales son los principales referentes, y la búsqueda de identidad. Además, hay que añadir las consecuencias asociadas al principal problema que también lo están manteniendo:

A nivel emocional el paciente presenta sintomatología ansioso-depresiva grave, sentimientos de culpa por el abandono de su abuela, sentimientos de inferioridad y baja autoestima.

A nivel conductual aparece el aislamiento que ha ido aumentando progresivamente, ya que no sale de casa y no se relaciona prácticamente con nadie, por lo que no tiene apoyo

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

social. Además, falta la mayoría de los días a clase, por tanto, el rendimiento escolar es muy bajo y existe un desfase curricular importante.

Por último, a nivel cognitivo, presenta pensamientos rumiativos centrados en el conflicto existente entre su madre y su abuela que considera que es su culpa, añadido a las rumiaciones sobre la comida, las calorías ingeridas y el miedo obsesivo a ganar peso.

Toda esta información ha permitido ir analizando el patrón repetitivo evitativo que presenta el paciente, donde los pensamientos y sentimientos negativos, y los conflictos, se desplazan a la conducta alimentaria, siendo el síntoma una forma de negociar la autonomía con la familia debido a sus dificultades para el desarrollo de habilidades de negociación y comunicación.

Curso y proceso terapéutico:

El tratamiento ha sido intensivo, con sesiones familiares e individuales cada dos semanas que actualmente continúa. Se ha enfocado la intervención desde una perspectiva sistémica derivada del Modelo Maudsley de Tratamiento (Fisher, C., Hetrick, S., y Rushford, N. 2010) y complementado con una orientación y técnicas constructivistas. Además, como la efectividad de los tratamientos para este tipo de trastornos es aún poco satisfactoria se ha usado la entrevista motivacional (EM) sobretudo al inicio del tratamiento. Este modelo de entrevista tiene como objetivo lograr incrementar la motivación intrínseca del paciente e implica un enfoque directivo pero no impositivo, donde se trabaja la resistencia al cambio y se reconocen y resuelven las ambivalencias que éste produce. La EM se sirve de ciertas estrategias fundamentales (uso de preguntas abiertas, reforzar al paciente, resumir lo que el paciente ha dicho durante la entrevista, fomentar la autoeficacia) para ayudar al paciente a reconocer su problema y sus consecuencias y, así, motivarse a cambiar (Miller y Rollnick, 2002).

A nivel individual se ha trabajado con el menor su historia de vida, a través de técnicas narrativas, lo que ha ido permitiéndose generar un relato que ayuda a comprender su situación actual y se ha puesto en evidencia sus estrategias y el patrón evitativo de afrontamiento de todo tipo de conflictos (personal, familiar, relacional, académico...). Posteriormente, se ha trabajado la solución de problemas y las habilidades sociales y de comunicación con técnicas conductuales.

A nivel familiar se ha intervenido en la conflictiva familiar con la madre y la abuela y se ha trabajado la estructuración de la nueva familia y su correspondiente jerarquía, el establecimiento de unos límites adecuados, así como la mejora de la comunicación y la escucha entre sus miembros.

Sin embargo, la patología alimentaria y en consecuencia la sintomatología afectiva, ha ido empeorando en el último año y ha comenzado a ser grave, existiendo un riesgo vital en el paciente y motivando la necesidad de derivación a un dispositivo que permitiese una mayor contención nutricional, y un tratamiento multidisciplinar, por lo que es ingresado un mes en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHBIJ).

A principios de 2020 es dado de alta de dicho dispositivo con adecuada ganancia de peso y con buena actitud y motivación. Continúa en seguimiento por nuestra parte y se han trabajado estrategias de afrontamiento, además del autoconocimiento, sus valores vitales, la autoestima, así como su propia identidad. Al mejorar el patrón evitativo de funcionamiento que le estaba bloqueando, surgió un nuevo foco del que no habíamos sido conscientes y que el paciente no había comentado nunca. Poco a poco empezó a verbalizar y a expresar su sentimiento que presentaba desde pequeño de incongruencia con su sexo biológico y su identificación con el género femenino. Además, ha solicitado que se le llamase por un nombre femenino (Lucía). En este momento se revisa el resultado del test proyectivo de la familia que realizó al principio, y en el que se había dibujado e identificado como chica y con el nombre de Lucía. Aunque en ese momento no se le dio la importancia que merecía, parece que es un hecho clave, ya que tras la importante pérdida de peso, la posterior recuperación tras el ingreso y la mejoría de su funcionamiento y patrón evitativo, es cuando comienza a ser capaz de expresar su identidad de género. Tras varios meses de trabajo y seguimiento de la paciente esto nos ha llevado a modificar la formulación del caso que se realizó al principio de la AN. Se ha de añadir que debido al funcionamiento evitativo del paciente no se evidenció el problema latente de la DG, que también es un factor desencadenante y mantenedor de la AN, ya que le ayudaba a acercarse y parecerse a lo que el paciente consideraba el ideal de belleza femenino, que en su caso es el de una chica delgada, sin curvas y sin vello facial o corporal. Por tanto, se considera que en este caso el TCA es secundario a la DG, y al patrón evitativo de afrontamiento de la paciente.

A raíz de esto y tras confirmar el diagnóstico de DG, el objetivo de intervención se ha modificado y se ha centrado en disminuir el sufrimiento psicológico asociado a esto y en mejorar la propia aceptación y satisfacción corporal a través del cambio en el aspecto físico para alcanzar la identidad de género deseada y con la se identifica. Además, se han trabajado las habilidades de comunicación y negociación que ha ido aplicando en la relación con los miembros de su familia, mejorando así la expresión de sus pensamientos, sentimientos, deseos, opiniones, etc. Desde esta consulta se ha realizado una valoración para el cambio de género solicitado por la propia paciente, y se ha derivado al endocrino para evaluación y comienzo de tratamiento hormonal.

A partir de este momento, la paciente ha evolucionado favorablemente, y en el momento actual la sintomatología relacionada con el TCA está remitiendo. Se evidencia mejoría en el estado de ánimo y se observa mayor seguridad, confianza y autoestima. Las relaciones familiares también han mejorado aunque aparecen otros conflictos relacionados con el proceso de cambio de género de la paciente. En el instituto presenta buena adaptación y se siente apoyada y comprendida por los profesores y compañeros aunque todavía continúa sin mantener relaciones de íntimas de amistad.

En los resultados posteriores cuando se realiza un nuevo enfoque del caso y se modifican los objetivos de intervención cabe destacar la mejoría de algunas escalas del EDI-2, haciendo hincapié en la escala de insatisfacción corporal PC=78, ya que se piensa que se debe a la recuperación del peso óptimo y al comienzo de tratamiento hormonal. También, ha mejorado la puntuación en ineficacia PC=67 y ascetismo PC=

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

64, y en las escalas relacionadas con la desconfianza interpersonal PC=79 y ansiedad social PC=74. Como se observa, la sintomatología depresiva ha disminuido, BDI= 21 siendo en el momento actual depresión moderada, y también ha disminuido la sintomatología ansiosa STAI-E=64 y STAI-R= 78, aunque continúan siendo elevadas (Ver tabla 2).

	PRE	POST
EDI-2	Obsesión por la Delgadez: PC: 16 Bulimia: PC: 40 Insatisfacción Corporal: PC: 94 Ineficacia: PC: 90 Perfeccionismo: PC: 48 Desconfianza Interpersonal: PC: 83 Conciencia Introceptiva: PC: 52 Miedo a la Madurez: PC: 84 Ascetismo: PC: 72 Impulsividad: PC: 90 Ansiedad Social: PC: 85	Obsesión por la Delgadez: PC: 17 Bulimia: PC: 38 Insatisfacción Corporal: PC: 78 Ineficacia: PC: 67 Perfeccionismo: PC: 46 Desconfianza Interpersonal: PC: 79 Conciencia Introceptiva: PC: 49 Miedo a la Madurez: PC: 82 Ascetismo: PC: 64 Impulsividad: PC: 87 Ansiedad Social: PC: 74
BDI	PD: 30 (severa)	PD: 21 (moderada)
STAI (A-E y A-R)	A-E: PC: 77 (alta) A-R: PC: 89 (alta)	A-E: PC: 64 (alta) A-R: PC: 78 (alta)

Tabla 2.

Todavía quedan muchas cosas que trabajar tanto a nivel individual, social y familiar, ya que es un largo proceso en el que se tendrá que acompañar a la paciente y trabajar la nueva identidad y todos los cambios que ello implica entendidos desde el contexto y la influencia cultural sobre los roles de género. También se considera que es el momento idóneo para seguir trabajando con la familia y hacerla partícipe del proceso, ya que es un cambio para todos con muchas repercusiones en todos los niveles.

DISCUSIÓN.

Este caso hace reflexionar sobre cómo la paciente debido a su patrón disfuncional evitativo estaba expresando su malestar y afrontaba los conflictos tanto familiares, académicos, sociales y personales a través del síntoma y no de forma directa. Se destaca la importancia de ser terapeutas flexibles, ya que el problema principal puede ir modificándose según va evolucionando y aparecer nuevos factores que influyen en la formulación del caso y que pueden cambiar la intervención. También, se piensa que es fundamental la exploración en profundidad de los detalles que llaman la atención en la fase de evaluación (como en el caso del test del dibujo de la familia en el que se identifica como chica), siempre y cuando se respete el “timing” del paciente hasta que se sienta preparado para contar las cosas, o se mejoren los factores de base que intervienen o están influyendo en el trastorno.

De acuerdo a los estudios citados anteriormente, se coincide en que la presión hacia los ideales de belleza arraigados en nuestra sociedad aumenta en las personas con DG, ya que pretenden sentirse y ser tratados según su identidad y no según sus caracteres sexuales secundarios (Vocks, S., et al 2009), por lo que intentan adaptar su cuerpo, en ocasiones, de forma disfuncional, modificando la conducta alimentaria como estrategia y, por tanto, parecen ser una población de riesgo para el desarrollo de TCA (Witcomb, GL., et al 2015).

Se evidencia que los TCA son complejos y abarcan varias áreas importantes que hay que explorar y evaluar para descartar una patología secundaria asociada y mejorar la eficacia del tratamiento. Parece que es relevante profundizar en la identidad y en la insatisfacción de la imagen corporal, ya que como se ha visto en esta paciente y de acuerdo a lo que decían Bandini et al. (Bandini, E., et al 2013) el TCA le ayudaba a sentirse y a conseguir la figura y cuerpo femenino con el que se identifica y que la sociedad actual acepta.

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, APA.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5R. Washington, APA.
- Bandini, E., Fisher, AD., Castellini, G., Sauro, C., Lelli, L., Meriggola, MC. y Dettore, D. (2013) Gender identity disorder and eating disorders: similarities and differences in terms of body uneasiness. *J Sex Med.* 10(4): 1012-1023.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 551-571.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairbun, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corman, L. (1961). El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.
- Fisher, C., Hetrick, S., & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-85. doi:0.1002/14651858.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T. y Valdés, M. (2009) Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav.* 38(3): 378-92.
- Miller, W. R., & Roll-nick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Oliva, L., Gandarillas, A., Sonogo, M., Díez-Gañán, L. y Ordobás, M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. *Servicio de Epidemiología. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 18(8), 3-23.

¿Existe relación entre la disforia de género y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria?

- Raevouri, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Sihvola, E., Rissanen, A., y Kaprio, J. (2008). Lifetime anorexia nervosa in young men in the community: five cases and their co-twins. *Int. J. Eat. Disord*, 41, 458-463.
- Rosen, J.C. (1995). The Nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2, 143-166. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80008-2.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Vandereycken, W. y Vanderliden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 101-197.
- Vocks, S., Stahn, C., Loenser, K. y Legenbauer, T. (2009) Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav*. 38(3): 364-377.
- Witcomb, GL., Bouman, WP., Brewin, N., Richards, C., Fernández-Aranda, F. y Arcelus J. (2015) Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study. 23 (4): 287-293. <https://doi.org/10.1002/erv.2362>.