

Laura Claris Mateo¹ * 
Eduardo Serrano Troncoso¹ 

1. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Laura Claris Mateo
Correo: laura.claris@sjd.es

*Terapia Basada en la Familia (FBT) en
varón con anorexia nerviosa prepuberal: a
propósito de un caso*

*Family-Based Therapy (FBT) in a Prepubertal
Male with Anorexia Nervosa: A Case Report*

RESUMEN

Introducción: La edad de aparición de la Anorexia Nerviosa (AN) es cada vez más temprana, reportándose un mayor número de casos de AN en población prepuberal. Aunque las evidencias acerca de las recomendaciones terapéuticas para su evaluación y tratamiento son limitadas, parece fundamental la implicación de los cuidadores en el proceso de recuperación. **Descripción del caso:** En este estudio de caso único se presenta el caso de un preadolescente varón con AN caracterizado por un gran miedo al aumento ponderal y la compensación a través del ejercicio físico y la restricción alimentaria. A lo largo de la intervención de la Terapia Basada en la Familia (FBT) tiene lugar una mejora significativa del cuadro clínico del paciente, alcanzando la recuperación ponderal, la normalización de los hábitos alimentarios y la remisión de las conductas disfuncionales y problemática comórbida asociada. Al año de seguimiento, los resultados se mantienen estables. **Conclusiones:** Se evidencian las ventajas de aplicar un programa terapéutico basado en la familia, enfatizando el papel de la motivación para la recuperación del trastorno y el cumplimiento de las pautas alimentarias para asegurar la recuperación ponderal; y progresivamente descentralizar la alimentación y acompañar al menor en el proceso de creación de identidad propia de esta etapa evolutiva.

Palabras clave: anorexia nerviosa prepuberal, terapia basada en la familia, trastorno de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

Background: The onset of Anorexia Nervosa (AN) is occurring at increasingly earlier ages, with a greater number of cases of AN being reported in the prepubertal population. Although evidence regarding therapeutic recommendations for its evaluation and treatment is limited, the involvement of caregivers in the recovery process appears to be essential. **Case description:** In this case study, we present the case of a male preadolescent with AN characterised by an intense fear of weight gain and compensatory behaviours involving physical exercise and food restriction. During the Family-Based Therapy (FBT), the patient experienced a significant improvement in their clinical manifestations, including weight recovery, normalised eating habits and the remission of dysfunctional behaviours and associated comorbidities. The results remained stable at the one-year follow-up. **Conclusions:** This case report demonstrates the advantages of implementing a family-based therapeutic programme, emphasising the role of motivation in disorder recovery, adherence to dietary guidelines to ensure weight recovery and the progressive decentralisation of food, while supporting the child in the process of creating their own identity in this developmental stage.

Keywords: prepubertal anorexia nervosa, family-based therapy, eating disorder.

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa (AN) es una problemática psicopatológica compleja asociada a altos niveles de disfuncionalidad física, psicológica y social. Su cuadro clínico se caracteriza por un estado ponderal significativamente por debajo de su peso mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y la presencia de alteraciones en la percepción de la imagen corporal. Algunos autores mencionan cómo la pandemia COVID-19 ha impactado en el desarrollo de esta sintomatología, aumentando su prevalencia y gravedad, produciéndose también un incremento en el número de ingresos hospitalarios por cuadros clínicos compatibles con los TCA (1,2).

Pese a que la edad de inicio de la AN se sitúa entre los 15 y los 19 años, varios estudios reportan un aumento de la prevalencia de la AN Prepuberal, haciendo relevante la conceptualización de su diagnóstico y su tratamiento. Por ejemplo, se estima que durante la década de los años noventa, la AN prepuberal afectaba únicamente al 5% de la población clínica, mientras que, en un estudio longitudinal realizado en 2017, los autores sitúan este porcentaje en el 13,8% (3). Aunque los mismos criterios diagnósticos se aplican sin distinción en todas las franjas de edad, la realidad es que su presentación clínica, la epidemiología y la comorbilidad médica y psiquiátrica puede variar entre pacientes según su edad cronológica. En líneas generales, se ha reportado que los pacientes prepúberes muestran conductas alimentarias más restrictivas, con un número menor de episodios de atracones y conductas purgativas, y una mayor pérdida ponderal asociada, que también puede reflejarse a través de un estancamiento ponderal (3). Debido a que esta problemática aparece en una etapa crucial del ciclo vital, ésta puede conllevar efectos crónicos o irreversibles en los procesos del desarrollo.

Pese a que los TCA son un tipo de problemáticas fuertemente asociadas al sexo femenino, algunos estudios han reportado un mayor porcentaje de varones prepúberes con AN en comparación con la población adolescente con esta patología (4). Actualmente, no existe un gran número de estudios que reflejen las características clínicas, particularidades de la intervención y el pronóstico de

la AN en población masculina, aunque se considera que las diferencias en su manifestación clínica hacen necesario el desarrollo de herramientas específicas para su abordaje (4).

Intervención en la AN Prepuberal: La Terapia Basada en la Familia

La aparición de la AN en edad temprana se ha asociado con un peor pronóstico, aunque el temprano diagnóstico e intervención, la adaptación social previa al inicio del trastorno y la participación activa de los familiares durante el proceso terapéutico se consideran variables que pueden contribuir a su mejora. La Terapia Basada en la Familia (FBT) ha sido señalada como la intervención con más evidencia empírica en el tratamiento de la AN pediátrica (5,6). Este enfoque terapéutico se basa en las consideraciones neurobiológicas de la AN, que remarcan que las afectaciones del estado de inanición y malnutrición afectan a la motivación para la recuperación, de manera que se otorga a los cuidadores el control de la ingesta nutricional y la recuperación ponderal del menor (7). Entre sus principios generales se incluyen el agnosticismo, que persigue la desfocalización en la etiología del trastorno; el empoderamiento de los padres, convirtiéndolos en los principales agentes de cambio; la externalización del problema para lograr la desculpabilización; y la figura del terapeuta como consultor. En relación a estos principios, el tratamiento se desarrolla en tres fases de intervención: en la primera, los cuidadores asumen el control de la alimentación para promover la recuperación ponderal y la normalización de la ingesta; en la segunda, se transfiere progresivamente la responsabilidad sobre la alimentación al paciente, favoreciendo su autonomía; y en la tercera, se abordan aspectos del desarrollo del menor, la dinámica familiar y estrategias de prevención de recaídas, consolidando los logros obtenidos. La literatura existente que ha evaluado la eficacia de la FBT en población infantojuvenil con AN muestra resultados favorables a corto y largo plazo (6,8,9). En un estudio realizado por Lock et al. (8), la remisión de la sintomatología al final de la intervención se alcanzó en un 89% de la muestra, y se mantuvo en un 78% un año después de la intervención.

Por otro lado, las guías de práctica clínica también mencionan la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) entre los enfoques terapéuticos de primera línea para la AN pediátrica. Esta se ha mostrado eficaz para el abordaje de las cogniciones anorexígenas y el estilo cognitivo, además de la remisión de la sintomatología comúnmente comórbida (10,11). El modelo explicativo de este enfoque se centra tanto en el núcleo psicopatológico de los TCA – la sobrevaloración de la imagen corporal y las conductas dirigidas al control del estado ponderal y la conducta alimentaria – como en los mecanismos mantenedores (baja autoestima, perfeccionismo clínico, relaciones interpersonales e intolerancia a los cambios del estado de ánimo) (12). La intervención se basa en tres módulos, el primero centrado en el abordaje de la motivación para el cambio, la psicoeducación a partir de la formulación diagnóstica y la recuperación ponderal; el segundo centrado en el núcleo psicopatológico y los factores mantenedores de la sintomatología; y el tercero dirigido a la consolidación de los cambios y la minimización del riesgo de recaída (11).

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de M., un varón de 12 años que acudió por primera vez a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) en febrero de 2022, debido a la presencia de una alimentación selectiva y restrictiva, así como una pérdida ponderal significativa asociada. Era el mediano de tres hermanos, con los que convivía en el domicilio familiar junto con sus progenitores. No destacaron antecedentes psicopatológicos o médicos de interés, personales o familiares. En el momento de consulta cursaba el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, con buen rendimiento y buena adaptación social-escolar.

El inicio de la sintomatología se remontaba a verano de 2021, cuando progresivamente aparecieron conductas de restricción y selección alimentaria, y aumentó el ejercicio físico como medida compensatoria; lo que conllevó a una pérdida ponderal de 10 kg, suponiendo la pérdida de un 22% de su masa corporal. También aparecieron rumiaciones que abordaban aspectos referentes a la obsesión por la delgadez y el

miedo a la ingesta de alimentos, alteraciones en la imagen corporal, destacando insatisfacción centrada en la zona abdominal que afectaba negativamente a la autoestima, y conductas de comparación y comprobación focalizadas en esta zona.

De forma adicional a la sintomatología alimentaria, existía una elevada irritabilidad y malestar emocional. Se observó un temperamento ansioso y una tendencia a presentar fluctuaciones anímicas en forma de hipotimia que contribuían al empeoramiento del cuadro alimentario. Presentaba cierta motivación para el cambio y conciencia parcial del problema, experimentando una falsa vivencia de control y considerando que podía alcanzar la recuperación a pesar de la pérdida ponderal.

Evaluación

Entrevista clínica. La evaluación se realizó durante la primera visita a partir de una entrevista semi-estructurada con el paciente y familiares. Las áreas evaluadas abarcaron: motivo de consulta, antecedentes psiquiátricos y médicos personales y familiares, y enfermedad actual. A lo largo de la evaluación se exploraron aspectos como el estilo cognitivo, esquemas y creencias nucleares, habilidades de regulación emocional, funcionamiento interpersonal y motivación para el cambio. No se identificaron acontecimientos vitales estresantes ni eventos significativos a lo largo del desarrollo del paciente que pudieran relacionarse con el inicio o mantenimiento de la sintomatología. Durante el proceso de evaluación, se objetivó un vínculo relacional óptimo entre el paciente y sus figuras parentales. Los cuidadores mostraron la capacidad de establecer límites claros y consistentes, manteniendo simultáneamente una adecuada disponibilidad emocional, así como habilidades de contención y acompañamiento.

Valoración antropométrica y nutricional. Se realizó una valoración antropométrica para obtener los valores pondo-estaturales, el IMC y su percentil correspondiente. En esta valoración se obtuvo un peso de 33 kg con una talla de 1,45 m. Si bien el DSM-5-TR no establece un punto de corte numérico fijo para definir el criterio de “peso significativamente bajo”, en población pediátrica se recomienda una

19 valoración contextualizada que tenga en cuenta el IMC ajustado por edad y sexo, así como la desviación respecto a la trayectoria de crecimiento previa, tal y como señalan las guías clínicas y la literatura especializada. En el caso presentado, el paciente se situaba en un rango limítrofe, entre los percentiles 5 y 10 de IMC; no obstante, había experimentado una pérdida ponderal clínicamente significativa del 21 % respecto a su IMC previo de 20,26, lo que supuso una interrupción y descenso marcado respecto a su trayectoria ponderal esperada, previamente estable y acorde a su desarrollo. Teniendo en cuenta esta pérdida de peso clínicamente relevante (inferior al peso mínimo normal), el impacto clínico asociado y el hecho de que el peso alcanzado era inferior al esperado para este paciente en concreto, junto con el cumplimiento de todos los criterios psicológicos y conductuales del trastorno, el cuadro fue considerado compatible con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa según los criterios del DSM-5-TR, descartándose la forma atípica pese a la localización del IMC en percentiles limítrofes, y justificando la intensidad de la intervención terapéutica realizada.

El valor ponderal perteneciente a la franja de salud fue calculado por el equipo de nutrición, así como la dieta mínima, entendida como la cantidad de kilocalorías diarias necesarias (2.000 kcal). El alcance de la dieta para su edad se produjo de forma progresiva para prevenir el síndrome de realimentación, un conjunto de alteraciones metabólicas y electrolíticas producidas por una reintroducción de la alimentación demasiado rápida. Enfermería también realizó una valoración del estado de salud física.

Formulación del caso

Hipótesis de origen. Se hipotetizó que, en este caso, el paciente había desarrollado asociaciones entre la delgadez y la sensación de bienestar personal, reforzadas por comentarios percibidos del entorno y de las redes sociales, donde predominaban ideales estéticos de delgadez. Esto llevó a que cualquier conducta que promoviera la pérdida de peso, como la restricción alimentaria, fuera reforzada positivamente como un medio para alcanzar dicho bienestar. Consecuentemente, surgió una aversión intensa hacia

la ingesta de alimentos calóricos, ya que estos generaban ansiedad y malestar emocional. Esta dinámica llevó al paciente a evitar ciertos alimentos, considerándolos “prohibidos”, y a desarrollar un miedo intenso a la ingesta y al aumento ponderal. Además, aspectos psicológicos personales potenciaron estas asociaciones, como un temperamento ansioso y un estilo cognitivo rígido. Otro factor de riesgo se sitúa en la pandemia de COVID-19, donde M. experimentó mayor aislamiento social y restricción de actividades de ocio y deportivas, lo que incrementó la preocupación por el control de su alimentación y peso como una forma de manejar la ansiedad. La combinación de estas características individuales, contextuales y sociales favoreció que se establecieran patrones de restricción y preocupación obsesiva por el peso.

Hipótesis de mantenimiento. A partir de estas asociaciones, el momento de la ingesta se convirtió en un estímulo que elicitaba en M. conductas de restricción, reforzadas positivamente por la sensación de control que le proporcionaban y por la anticipación de la pérdida de peso, y negativamente por la disminución de la ansiedad asociada al miedo a engordar que presentaba. Después de la ingesta, también aparecían conductas compensatorias, como el incremento del ejercicio en casa (p. ej. Series de abdominales) y omisión de alimentos calóricos, reforzadas por los mismos mecanismos que la restricción. Estas conductas fueron además reforzadas socialmente, a partir de comentarios en su entorno cercano y en las redes sociales, en línea con el modelo estético que el paciente había interiorizado.

Como consecuencia, la restricción alimentaria y las conductas compensatorias llevaron a un estado nutricional y físico de infrapeso, que a su vez impactó directamente en las cogniciones y emociones de M., aumentando las alteraciones en la imagen corporal y potenciando las conductas obsesivas centradas en la comida y el peso.

Intervención

La intervención fue realizada desde una perspectiva multidisciplinar e integradora, a partir de un equipo conformado por psicólogos clínicos, enfermeras, psiquiatras y nutricionistas; e incluyendo

la estructura y premisas de la FBT y la TCC. La justificación para la aplicación de esta modalidad de intervención incluye: (1) La manifestación de AN restrictiva como problemática psicopatológica principal (2) la importancia de involucrar a los cuidadores en el proceso terapéutico (3) su conceptualización como intervención de primera línea para la AN pediátrica (4) priorizar el desarrollo funcional del menor y generar el menor impacto posible en otras áreas como la académica o la social (5). La intervención se extendió a lo largo de 19 sesiones de intervención, de 45 minutos de duración, además de tres sesiones de un grupo de familias de carácter psicoeducativo, todo ello en modalidad de tratamiento ambulatorio. En la [Tabla 1](#) se sintetiza la estructura de la intervención, basada en el trabajo de Lock y Le Grange (7) y Dalle Grave y Calugi (12).

El objetivo principal de la intervención fue la remisión de la sintomatología alimentaria característica de la AN restrictiva, incluyendo la

normalización de los hábitos alimentarios y el peso, la disminución de las distorsiones cognitivas y la remisión de la sintomatología comórbida. Entre los objetivos específicos, destacan: (1) Potenciar y mantener la adherencia al tratamiento; (2) Aumentar la comprensión del trastorno; (3) Incorporar un patrón alimentario saludable de 5 ingestas diarias; (4) Progresar paulatinamente a una dieta de 2.000 kcal diarias; (5) Lograr una recuperación ponderal progresiva hasta un percentil del IMC entre el 25 (36,5 kg) y el percentil 50 (39,8 kg); (6) Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida ponderal (ejercicio físico excesivo, selección y restricción alimentaria); (7) Disminuir la frecuencia e intensidad de las distorsiones cognitivas relacionadas con el TCA (p. ej. catastrofismo, abstracción selectiva...); (8) Disminuir las conductas de comprobación/comparación; (9) Disminuir el miedo a la ingesta de alimentos e incorporar alimentos restringidos; (10) Mejorar el autoconcepto y

Tabla 1. Estructura de la intervención basada en el trabajo de Lock y Grange (7), Grave y Calugi (12)

Sesión	Técnicas de intervención y aspectos trabajados	Objetivos terapéuticos
FASE 1. Recuperación ponderal y restablecimiento de la ingesta		
1	Presentación de la unidad; evaluación inicial; establecimiento de la alianza terapéutica	1
2	Psicoeducación acerca del trastorno, evaluación del patrón alimentario (técnicas de exposición)	2, 3, 4, 5, 9
3	Seguimiento de la sintomatología; psicoeducación FBT, proporción de pautas alimentarias	2, 3, 4, 5, 9
4	Psicoeducación sobre el trastorno; seguimiento de los patrones alimentarios	2, 3, 4, 5, 9
5	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios; pautas de activación conductual	3, 4, 5, 12
6	Proporción de estrategias de afrontamiento	6, 7, 8, 9, 11
7	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	1, 3
FASE 2. Retorno gradual del control al paciente		
8	Abordaje de las alteraciones en la IC (psicoeducación sobre la distorsión de la IC, reestructuración cognitiva, cuestionamiento de la sobrevaloración de la IC en la autoestima; cuestionamiento de los ideales de belleza)	2, 10
9	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	3, 4, 5
10	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	3, 4, 5
11	Reestructuración cognitiva de las cogniciones anorexígenas; pautas de apoyo emocional a la familia	7, 9, 13
12	Abordaje de las alteraciones en la IC	10
13	Abordaje de las alteraciones en la IC	10
14	Reestructuración cognitiva de las cogniciones anorexígenas; proporción de pautas para la normalización de la ingesta	7, 9
15	Evaluación de la clínica depresiva; plan de prevención de la conducta autolítica	12
16	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de las alteraciones en la IC (insatisfacción con la IC)	3, 10
FASE 3. Desarrollo de una independencia saludable		
17	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3
18	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3
19	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3

FBT: Family Based Treatment; IC: Imagen Corporal

desvincular la sobrevaloración de la imagen corporal en éste; (11) Adoptar estrategias más adaptativas de manejo de la ansiedad frente a las ingestas; (12) Mejorar el estado de ánimo.

Fase 1. Recuperación ponderal y restablecimiento de la ingesta normalizada

El objetivo principal durante esta primera fase residió en la recuperación ponderal y el restablecimiento de la ingesta a partir de la adopción de un papel activo de los cuidadores. Para esto, se abordaron los siguientes aspectos principales, de acuerdo con las indicaciones de Lock y Le Grange (5): (1) la importancia de la participación de la familia (2) la minimización del sentimiento de culpa de los progenitores (3) la externalización del trastorno y (4) la justificación de la necesidad de planificar y supervisar las ingestas. Se emplearon, además, las siguientes técnicas cognitivo-conductuales para complementar el acompañamiento psicológico.

Psicoeducación. La psicoeducación es un elemento transversal durante la intervención cuyo objetivo es proporcionar a pacientes y cuidadores información acerca de la naturaleza del trastorno por el que acuden a consulta, promoviendo su autonomía y empoderamiento. Se facilitó la Guía para familias de personas afectadas por un TCA (13) y una plataforma web psicoeducativa (14).

Técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad. Se introdujeron este tipo de técnicas para facilitar el cumplimiento de las pautas alimentarias a partir de la disminución de la hiperactivación fisiológica. En concreto, se realizó un entrenamiento en relajación muscular progresiva y técnicas de control de la respiración. Para esto, se aplicó el procedimiento adaptado para población infantojuvenil que describen los autores Moreno y Pareja (15).

Técnicas de exposición. Se utilizaron con el objetivo de fomentar el establecimiento de un patrón alimentario adecuado y la introducción de alimentos temidos, considerados estímulos fóbicos.

Técnicas de control de estímulos. Este tipo de técnicas buscan realizar una intervención a nivel ambiental que consista en la alteración de aquellos estímulos que eliciten la conducta problema. En el caso que nos

ocupa, una de las pautas proporcionadas consistió en tapar los espejos de su domicilio.

Durante el proceso terapéutico, el paciente desarrolló un cuadro depresivo que cumplió los criterios diagnósticos para un Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-5-TR. Durante un período superior a dos semanas, tanto el paciente como la familia reportaron la presencia de seis síntomas del Criterio A del DSM-5-TR (mínimo cinco para el diagnóstico), incluyendo estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, fatiga o pérdida de energía, dificultades en la concentración, sentimientos de minusvalía e ideas recurrentes de muerte. Este cuadro interfirió significativamente con el funcionamiento diario del menor, no se explicó por ninguna otra alteración médica o psicológica y nunca antes había existido un episodio maniaco o hipomaniaco (criterios B-E).

En fases previas al inicio del tratamiento se observaron síntomas afectivos inespecíficos, como apatía, retraimiento o bajo estado de ánimo, que fueron valorados clínicamente como manifestaciones secundarias al estado de desnutrición, dada su baja especificidad y su congruencia con el cuadro nutricional, sin cumplir criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.

La aparición de la sintomatología depresiva se produjo en el contexto de las fases iniciales del tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa, coincidiendo con el cumplimiento de las pautas alimentarias y la percepción de aumento ponderal. Este proceso conllevó una pérdida de estrategias previas de regulación emocional basadas en la restricción alimentaria, así como una mayor conciencia emocional asociada a la mejoría nutricional inicial, favoreciendo la emergencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa. Antes de este episodio, el paciente no había presentado cuadros con características similares. Para su abordaje, se aplicaron estrategias de Activación Conductual, favoreciendo la mejora del estado de ánimo mediante la jerarquización de tareas, la programación de objetivos vitales y la realización de actividades gratificantes. De forma paralela, el trabajo sobre las alteraciones de la imagen corporal y el desarrollo de un autoconcepto y una autoestima

positivos contribuyó a la mejoría progresiva de la sintomatología depresiva.

Fase 2. Retorno gradual del control al paciente

Tras la mejora de la sintomatología alimentaria y el estado ponderal, el objetivo se desplazó a tratar de disminuir progresivamente los niveles de supervisión parental y favorecer la toma de decisiones autónoma en cuanto a las pautas alimentarias. Para esto, comenzaron a negociarse con el paciente aspectos relacionadas con las ingestas y se otorgó permiso para retomar el deporte escolar y extraescolar, un elemento reforzador que potenció la motivación para el cambio y la normalización de los hábitos alimentarios. Durante esta etapa de la intervención se realizó un abordaje a nivel cognitivo, que en pacientes jóvenes debe ajustarse al desarrollo y la capacidad metacognitiva del menor. En el caso de nuestro paciente estas técnicas se emplearon para el abordaje de las alteraciones en la imagen corporal, trabajando distintas cogniciones a partir del cuestionamiento socrático, la generación de contraargumentos, la identificación de errores de atribución, la prueba de realidad y la formulación de un pensamiento alternativo más adaptativo.

Fase 3. Establecimiento de una independencia saludable

Durante las últimas sesiones de intervención se abordaron aspectos relacionados con la preadolescencia, dotando al paciente de estrategias para resolver y afrontar situaciones como (1) la motivación escolar, (2) las relaciones interpersonales con los iguales, (3) los límites en el domicilio, (4) situaciones afectadas anteriormente por la clínica alimentaria. De forma complementaria, se trabajó la prevención de recaídas, centrada en el establecimiento de expectativas realistas en cuanto a la sintomatología, el reforzamiento de los logros alcanzados y las estrategias empleadas para su consecución, y en el análisis de las diferentes situaciones que pueden aumentar el riesgo a volver a llevar a cabo conductas disfuncionales.

RESULTADOS

La evaluación de la mejoría clínica se realizó a partir de la recuperación ponderal y a través de la evaluación clínica de los progresos. Se alcanzó el peso mínimo saludable (percentil 25) aproximadamente a las 10 semanas del comienzo de la intervención y el peso objetivo (percentil 50), teniendo en cuenta las características premórbidas, a las 14 semanas de intervención. En la [Figura 1](#), se refleja la evolución del peso hasta el alcance del percentil 50. Por otro lado, también se estableció un patrón de 5 ingestas diarias completas y se realizó una introducción progresiva de alimentos que habían sido restringidos.

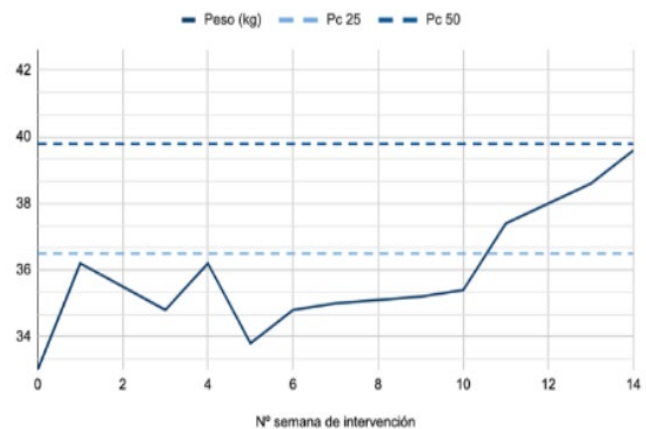


Figura 1. Evolución del estado ponderal

Nota: Alcanzado el percentil 50, el estado ponderal se mantiene durante la intervención y al año de seguimiento.

También se alcanzó la remisión de las conductas compensatorias en forma de ejercicio excesivo y las conductas de comprobación. Adicionalmente, la reestructuración cognitiva favoreció una mayor aceptación de la imagen corporal, complementándose con la reestructuración de los ideales de belleza. Progresivamente, se produjo una mejora global de la ansiedad ante las ingestas, además de un mayor uso de estrategias de regulación emocional más adaptativas, como la escritura o la distracción. Al final de la intervención, se produjo una remisión total del Trastorno Depresivo Mayor, reportando

23

ausencia de sintomatología por un período mayor de dos meses. Paciente y familia informaron de mejora en el estado de ánimo, mayor motivación para realizar actividades gratificantes y cotidianas, mayor expresividad emocional, humor más reactivo y eliminación del sentimiento de minusvalía y las ideas de muerte; todo ello indicando una evolución favorable del funcionamiento general.

Los resultados se mantuvieron al año de seguimiento, existiendo buen funcionamiento en distintas áreas vitales, con buena adaptación social-escolar, buena relación fraterna y con progenitores, adecuada autopercepción, estabilidad emocional y ausencia de conductas alimentarias de riesgo.

DISCUSIÓN

La AN es una problemática psicopatológica compleja que implica grandes afectaciones funcionales y adaptativas. En ésta, se desarrolla una relación disfuncional con algo tan esencial como la alimentación, gestándose un miedo excesivo al aumento ponderal que trata de evitarse con medidas compensatorias potencialmente graves. La prevalencia de la AN está en aumento, pero es especialmente preocupante su incidencia en población pediátrica. La infancia y la adolescencia son dos etapas cruciales para el desarrollo físico y adaptativo, donde toman relevancia aspectos como la identidad o las relaciones interpersonales. El comienzo de la AN en esta franja de edad puede poner en compromiso todos estos aspectos, impidiendo el desarrollo madurativo adecuado del menor.

El estudio de un caso clínico como método de investigación permite la identificación de principios significativos en los que basar la práctica clínica. En concreto, este estudio proporciona evidencia de la eficacia del uso de un enfoque terapéutico integrador basado en la FBT e incluyendo técnicas de la TCC en el contexto de una intervención ambulatoria para el abordaje de la AN prepuberal en un paciente varón. A partir de esta intervención, se logró la recuperación ponderal significativa alcanzando el percentil 50 en un plazo de 14 semanas, logrando además la normalización de los hábitos alimentarios, la remisión de las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación y el

peso, y una mayor aceptación de la imagen corporal. La eficacia de ambas intervenciones ha sido referida en varios estudios. Por ejemplo, Accurso et al. (5) indicaron la recuperación ponderal significativa después de la aplicación de una intervención basada en la FBT, y en un estudio posterior de Le Grange et al. (16), los autores también señalaron la remisión de la sintomatología después de la intervención. Por otro lado, la eficacia de la TCC para la AN también ha sido mencionada en numerosos estudios, incluyendo un reciente metaanálisis que reporta un tamaño del efecto de mediano a grande para la recuperación ponderal, la remisión del núcleo psicopatológico de los TCA según este modelo, y la sintomatología comórbida, manteniendo los resultados al año de seguimiento (17).

Sería relevante mencionar que, la buena respuesta observada en este paciente podría explicarse, en parte, por factores individuales y familiares. La relación entre el paciente y sus figuras parentales fue compatible con un vínculo parental funcional y seguro, caracterizado por disponibilidad emocional, acompañamiento consistente y establecimiento de límites claros. La literatura reciente sobre FBT-AN sugiere que la seguridad del apego parental y la capacidad de mentalización actúan como factores facilitadores de la intervención familiar y predicen una mejor respuesta terapéutica (18). Además, no se identificaron eventos vitales estresantes relevantes en el desarrollo del menor, lo que podría haber contribuido a una respuesta más favorable al tratamiento. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar las características familiares y de apego al implementar intervenciones basadas en la familia para la anorexia nerviosa pediátrica. En el caso de M., uno de los aspectos fundamentales identificados en la mejora del cuadro clínico fue la importancia de otorgar a los cuidadores principales el rol de agentes del cambio. Estudios como el de Byrne et al. (19) o Sadeh-Sharvit et al. (20) identifican el incremento de la autoeficacia de los cuidadores como un factor mediador de la recuperación ponderal en la AN pediátrica, evidenciando la importancia de abordar su empoderamiento en etapas tempranas de la intervención. Cabe señalar que estos resultados podrían ser menos consistentes en pacientes con experiencias traumáticas vinculares tempranas,

quienes podrían requerir adaptaciones específicas de la intervención familiar.

Asimismo, la evolución favorable observada es congruente con la evidencia previa que indica que la FBT presenta mayores tasas de respuesta y remisión en pacientes con anorexia nerviosa de inicio relativamente reciente, especialmente cuando la duración del trastorno es inferior a tres años. Diversos ensayos clínicos y estudios longitudinales han mostrado que una menor duración del trastorno se asocia con mayor reversibilidad de los patrones restrictivos y con una mayor eficacia de las intervenciones familiares intensivas (7, 21, 22). Este factor temporal podría haber facilitado la implicación familiar y contribuido al buen pronóstico observado en este caso.

CONCLUSIONES

En este estudio de caso único se ha presentado la problemática de un preadolescente varón con un gran miedo al aumento ponderal y la evitación de este a través del ejercicio físico y la restricción. Se evidencia la eficacia del uso de un programa terapéutico basado en la Terapia Basada en la Familia (FBT) en combinación con técnicas de la TCC, el cual enfatice el papel de la familia en el proceso terapéutico, el abordaje del núcleo psicopatológico de los TCA y factores mantenedores claves en su desarrollo (sobreevaluación de la imagen corporal, estilo cognitivo, baja autoestima, regulación emocional...) y progresivamente logre la descentralización de la alimentación y el acompañamiento del menor en el proceso de creación de identidad. Distintos factores individuales y familiares como el vínculo parental seguro y la ausencia de acontecimientos vitales estresantes pueden contribuir a un pronóstico favorable, subrayando la importancia de considerar estas variables al implementar la FBT y la TCC en población pediátrica con AN.

AGRADECIMIENTOS

A todos los autores y colaboradores.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Laura Claris Mateo: Conceptualización, Investigación, Curación de datos, Redacción – borrador original, Visualización. **Eduardo Serrano Troncoso:** Conceptualización, Investigación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Los autores declaran que no presentan ningún tipo de conflicto de intereses. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte de la familia del paciente para la publicación del presente caso clínico.

REFERENCIAS

1. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6): 19-21. <https://doi.org/10.1159/000512852>
2. Devoe DJ, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023;56: 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
3. Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, et al. What Are the Individual, Family, and Social Characteristics Differentiating Prepubertal from Pubertal Anorexia Nervosa? *Can J Psychiatry*. 2017;62: 837-44. <https://doi.org/10.1177/0706743717727239>
4. Nagata JM, Ganson KT, Murray SB. Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current Opinion in Pediatrics*. 2020;32: 476-81. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911>
5. Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Ciao AC, Le Grange D. From efficacy to effectiveness: Comparing outcomes for youth with anorexia

- nervosa treated in research trials versus clinical care. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;65: 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.009>
6. Muratore AF, Attia E. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clinical Therapeutics*. 2021;43: 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.006>
 7. Lock J, Grange DL. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa, Second Edition: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Publications; 2015.
 8. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67: 1025. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
 9. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo M, Campbell S, Whitelaw M, et al. Implementation of Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of Pediatric Health Care*. 2014;28: 322-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.07.012>
 10. Herpertz-Dahlmann B. Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2021;13: 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
 11. Ayrolles A, Clarke J, Godart N, André-Carletti C, Barbe C, Bargiacchi A, et al. Early-onset anorexia nervosa: a scoping review and management guidelines. *J Eat Disord*. 2024;12: 182. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01130-9>
 12. Grave RD, Calugi S. *Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders*. New York: Guilford Publications; 2020.
 13. ACAB. Guía para familias de personas afectadas por un TCA [Internet]. Barcelona: ACAB; 2019 [citado 7 nov 2025]. Disponible en: <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>
 14. SOM Salud Mental 360. TCA en SOM360 [Internet]. [s. l.]: SOM Salud Mental 360; sin fecha [citado 7 nov 2025]. Disponible en: <https://tca.som360.org/es/homepage>
 15. Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (3 ed.). Madrid: Dykinson D.L.; 2016.
 16. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55: 683-92. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007>
 17. Duggan HC, Hardy G, Waller G. Cognitive-behavioural therapy (CBT) for outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2025: 1-46. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2465745>
 18. Jewell T, Herle M, Serpell L, Eivors A, Simic M, Fonagy P, et al. Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;32(7): 1241-51. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01930-3>
 19. Byrne CE, Accurso EC, Arnow KD, Lock J, Le Grange D. An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *Intl J Eating Disorders*. 2015;48: 883-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22376>
 20. Sadeh-Sharvit S, Arnow KD, Osipov L, Lock JD, Jo B, Pajarito S, et al. Are parental self-efficacy and family flexibility mediators of treatment for anorexia nervosa? *Intl J Eating Disorders*. 2018;51: 275-80. <https://doi.org/10.1002/eat.22826>
 21. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7): 632-9. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>
 22. Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2019;49(4): 535-544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>