

2. DIAGNOSTICO

DEFINICION

Se define a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

La mayoría de las enfermedades hacen su presentación con síntomas (dolores, decaimiento, fiebre, etc.) que alertan a los pacientes y/o a su familia de que algo anormal está sucediendo y es necesario realizar una consulta médica. La anorexia nerviosa, en cambio, suele ser insidiosa en su forma de presentación; los pacientes se proponen comenzar un programa de adelgazamiento, con dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física, y así comienza la pérdida de peso. En general, esto genera bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se ha iniciado. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente, o cuando aparece la amenorrea. No es poco frecuente que sea alguien del entorno familiar quien destaque los cambios que se han hecho manifiestos y sugiera la consulta.

Cada vez más, la inquietud acerca del diagnóstico surge a partir de información transmitida por los medios de comunicación.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Años atrás, el diagnóstico de esta afección se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar de inapetencia. Es sólo en 1970 cuando Russell¹ establece una caracterización positiva, en el sentido de que el re-

conocimiento de los criterios por él propuestos permite hacer el diagnóstico de la enfermedad. Estos son:

- A) La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada. ↓
- B) Hay un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación. (En los varones, el equivalente de este síntoma es la pérdida del apetito sexual.)
- C) Hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.

Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos, siendo los más recientes los del *DSM-III-R*² y los del *I.C.D.-10* (1986) de la Organización Mundial de la Salud.³

DSM-III-R (1987)

A) Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y talla, por ejemplo, pérdida de peso que lleva al mantenimiento del peso corporal un 15 % por debajo del esperable; o fracaso en obtener la ganancia de peso esperable durante el período de crecimiento, alcanzando un peso 15 % inferior del esperable.

B) Intenso temor a subir de peso o a engordar, a pesar de estar con déficit de peso.

C) Un trastorno en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del cuerpo propio, por ejemplo, la persona manifiesta "sentirse gorda" aunque esté emaciada, cree que una parte de su cuerpo está "demasiado gorda" aun cuando obviamente está por debajo de su peso.

D) En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, cuando de lo contrario debían haberse presentado (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren sólo por inducción hormonal, por ejemplo, administración de estrógenos.)

I.C.D.-10 (1986)

A) Hay una pérdida de peso significativa. Pacientes prepúberes pueden mostrar fracaso en la ganancia de peso esperable durante el período de crecimiento. ↓

B) La pérdida de peso es autoinducida por medio de a) la evitación de "alimentos que engordan", y uno o más de los siguientes; b) vómitos autoin-

ducidos; c) laxantes; d) exceso de ejercicio físico; e) uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.

C) Una psicopatología específica, según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flaccidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.

D) Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida del interés sexual y de la potencia. También puede haber niveles elevados de hormona de crecimiento, incremento en los niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E) Si la aparición es prepuberal, la secuencia de acontecimientos puberales se retrasa o aun se detiene (se interrumpe el crecimiento, en las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria; en los varones los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, generalmente se completa la pubertad en forma normal, pero se retrasa la menarca.

Resulta evidente que en ambos criterios ya no se habla de un porcentaje de déficit de peso necesario para establecer el diagnóstico, y esto es crucial porque es un error esperar a que el paciente esté caquéctico para hacer el diagnóstico, cuando todos los otros signos están presentes.

Inés, de catorce años, había tenido sobrepeso desde pequeña, siendo su glotonería un tema de crítica pertinaz por parte de la familia. Era una chica muy insegura, de poca vida social y con una autoestima muy vulnerable. El primer síntoma fue la amenorrea, que apareció cinco meses antes del comienzo de la pérdida de peso. En dos meses había perdido el 20 % de su peso, alcanzando así el peso adecuado para su talla y edad. Inés cubría todos los ítems mencionados en los criterios diagnósticos. La primera consulta la realiza al ginecólogo por la amenorrea y, como no estaba delgada, el diagnóstico fue pasado por alto.

Lo importante de la caracterización de Russell es que destaca la necesidad de la presencia de una psicopatología particular, "el temor mórbido a engordar". Así se refiere Russell al conjunto complejo de actitudes referidas a la forma y el peso corporal de estos pacientes. Estas ideas sobrevaloradas o actitudes son propias de la anorexia nerviosa y, como veremos luego, también de la bulimia nerviosa. No se las encuentra en otros trastornos psiquiátricos. Así Russell aseguró que el diagnóstico se limitara a un grupo relativamente homogéneo de pacientes que comparten un área psicopatológica.

En cambio, a lo largo del tiempo no ha habido consenso acerca de cuánto peso debe haberse perdido para satisfacer el criterio, o si aquél debe caer debajo de determinado punto. Algunos criterios diagnósticos requieren la pér-

dida de un determinado porcentaje del peso antes de enfermar (generalmente entre 15 % y 25 %), en tanto que otros requieren que éste haya descendido por debajo de un determinado porcentaje (generalmente entre 75 % y 85 %) de la norma para la población, teniendo en cuenta la edad, altura y sexo de la persona.

También se debate acerca de la inclusión de amenorrea o pérdida de apetito sexual como criterio. Quienes insisten en la posibilidad de una anomalía primaria en la función hipotalámica se basan en dos hechos: en aproximadamente un 15 % de las pacientes con anorexia nerviosa, se interrumpe la menstruación antes del descenso de peso. El otro dato es que la restauración de peso a un nivel saludable no siempre se acompaña de recuperación de la menstruación. Sin embargo, resulta posible que la disfunción menstrual sea secundaria a anomalías en los hábitos alimentarios o a niveles de actividad. Esta tesis se apoya en la evidencia de que en la bulimia nerviosa se normaliza la menstruación con el establecimiento de hábitos alimentarios sanos, sin ningún cambio significativo en el peso.

LA ENTREVISTA DIAGNOSTICA

Veamos cómo se establece el diagnóstico en la práctica cotidiana. Siguiendo algunos principios básicos, se puede establecer con precisión. Cuando hay presente un temor intenso a engordar y el/la paciente teme perder el control sobre su ingesta luego de estar a dieta y a pesar de su evidente delgadez, hasta hoy no se ha encontrado ninguna otra explicación médica o psicológica que no sea la anorexia nerviosa. La celeridad con que se accede al diagnóstico depende de la experiencia y pericia del clínico. Cuando se decide consultar a un médico no especialista, es frecuente que no surja el diagnóstico en la primera entrevista y que los pacientes deambulen por varios consultorios. Sucede que para quien no tiene presente este diagnóstico, los signos de desnutrición que revela el examen clínico no orientan hacia la etiología. Cuando se solicitan algunos exámenes complementarios de rutina (hemograma, glucemia, orina, urea, etc.), la situación puede complicarse más aun ya que, en general, los resultados son normales, los pacientes dicen sentirse muy bien y realizan todas sus actividades normalmente y aun más de las habituales. Se sienten capaces de correr un maratón con el mejor de los éxitos.

Hemos escuchado de una paciente a quien un médico le había recomendado aumentar su actividad física para mejorar su apetito, indicación que cumplió estrictamente, logrando así acelerar su descenso de peso, sin modificar por cierto su ingesta.

Los pacientes con anorexia nerviosa generalmente son traídos a la consulta. Dificilmente concurren complacidos, dado que carecen de conciencia de enfermedad. Esta es una de las razones por las cuales es imprescindible al inicio contar con la familia para la prosecución del tratamiento. Cuando llevan considerable tiempo de evolución, dos o más años, recorriendo consultorios sin encontrar solución a su problema, es probable que tengan y expresen su deseo de curarse a causa del agobio que les produce la transformación que ha ocurrido en su vida, aun cuando insistan en que no se sienten patológicamente delgadas, pero se dan cuenta que esta preocupación les ha inundado la existencia.

Un objetivo fundamental de la entrevista diagnóstica es establecer si el paciente tiene un temor malsano a engordar a raíz del miedo a perder control de la ingesta. Algunas preguntas útiles que orientan en este sentido son: ¿Te opondrías a comer si la comida no tuviera calorías? ¿Te preocupa no poder parar de comer si comenzaras a alimentarte normalmente? ¿Cómo te sentirías si comieras tres veces por día? El diagnóstico se puede hacer con un cierto margen de confiabilidad si el temor enfermizo a engordar se acompaña de una pérdida de peso significativa y de amenorrea o modificaciones en el interés sexual en el varón. Es responsabilidad del clínico conocer la enfermedad y considerarla como una posibilidad diagnóstica cuando las circunstancias lo sugieran y luego obtener los antecedentes a partir de un acercamiento empático al paciente, en el cual le reconoce la importancia que le atribuye a su empeño en adelgazar y en ejercer el control, al tiempo que destaca los efectos negativos y peligrosos de esta situación.

Hay algunos pacientes que, por la forma en que se presentan, dificultan el diagnóstico. Esto es así en aquellos que niegan el temor a la gordura, y esto se puede deber a engaño o bien a simple negación.

Valeria, de trece años en el momento de la consulta, había perdido solamente un 10 % de peso en los últimos tres meses, pero tenía un 20 % de déficit de peso para su edad y su talla. Siempre había sido delgada y aseguraba en la entrevista que se daba cuenta de su delgadez y que hacía todo lo posible para comer, puesto que no quería que sus padres se preocuparan. La médica pidió los estudios complementarios mínimos y le solicitó que trajera para la siguiente consulta un registro de su ingesta habitual de la semana posterior. Por otro lado, en la entrevista familiar se pudo establecer que, coincidentemente con el comienzo de descenso de peso de Valeria, la madre había comenzado a trabajar. Esto era un hecho conflictivo para la pareja parental, puesto que el padre se oponía a que la madre tuviera actividad fuera del hogar. El comienzo de los síntomas de Valeria trajo como consecuencia inmediata que la madre pidiera licencia de su trabajo para supervisar las comidas de su hija. Con el registro de

la ingesta en mano, quedó claro que el aporte de aproximadamente 800 calorías por día era el responsable de su descenso de peso. El diagnóstico precoz permitió revertir rápidamente el proceso de enfermedad y atender a los conflictos familiares que gatillaron y contribuyeron al mantenimiento de la situación.

Es frecuente que surjan dudas cuando el paciente es mayor de lo esperado, proviene de clase baja o bien parece poco inteligente. Algunas veces, pacientes que pertenecen a estas categorías son estudiados en busca de causas médicas o psiquiátricas que den cuenta de la pérdida de peso antes de llegar al diagnóstico correcto; sucede que son estadísticamente atípicos y no se corresponden con el perfil que demarcan los libros de texto. Con ellos, el clínico debe considerar la posibilidad de que tengan anorexia nerviosa antes de embarcarse en una evaluación médica costosa y prolongada.

Adriana, de once años, fue remitida al Hospital Italiano luego de nueve meses de internación en otra institución, donde llevaba tres meses de alimentación parenteral. Los síntomas iniciales de Adriana eran descenso de peso y falta de apetito que ella atribuía a intensos dolores de cabeza. La historia clínica que traía se agrupaba en tres tomos. Tal era la convicción del equipo terapéutico de que la paciente era víctima de una afección maligna, que la niña decidió claudicar. Para el momento en que nosotros la recibimos llevaba cuatro meses que no se incorporaba ni ergula la cabeza, su expresión verbal era sólo un quejido y solamente deglutía las gotas de agua del cubito de hielo que envuelto en una gasa le apoyaban en los labios. Al cabo de tres meses de tratamiento adecuado Adriana estaba de regreso en la escuela y prosiguiendo su desarrollo. Sin embargo, es de esperar que se pueda evitar que una persona deba perder casi un año de su vida por un error diagnóstico.

Otras pacientes se corresponden sólo parcialmente con el criterio de pérdida de peso, o aun menstrúan. Pueden ser diagnosticadas como casos leves si tienen los rasgos psicopatológicos fundamentales. Según varios estudios es posible que un 5 % de las adolescentes de clase media padezcan de una forma leve de anorexia.

Estos son los casos que en las categorías del *DSM III* corresponden a "Trastorno de la alimentación atípico".

Carmen, de veinticuatro años, fue derivada por un médico amigo de la familia a quien ella había consultado, agobiada por la zozobra que le ocasionaba su rumia mental acerca del peso y la comida. Tenía solamente dos kilos de déficit del peso y sus menstruaciones eran regulares pero escasas. Carmen era víctima de dos obsesiones que le teñían la experiencia: debía dormir con el ante-

brazo cruzado sobre el abdomen y sentir las puntas de los huesos de la cadera. Por otro lado, a la mañana, se vestía frente al espejo y debía constatar siempre que estando parada y con las piernas juntas, la parte interna de los muslos no se tocara. En cuanto a su alimentación, su debilidad eran las galletitas, por lo tanto sus comidas eran muy escasas y mal balanceadas, y Carmen siempre comía distinto de los demás. Desde el punto de vista nutricional, sólo requirió un par de consultas para constatar que con una dieta balanceada no debía renunciar a sus galletitas y, sin embargo, podía integrarse a la mesa en calidad de igual. En la psicoterapia individual sistémica sus obsesiones cedieron paso a otros temas más importantes de su vida que habían quedado obturados por este trastorno. La terapia finalizó al cabo de unos meses, cuando Carmen anunció con entusiasmo que se sentía en condiciones de embarazarse, anhelo del marido que había quedado postergado por el pánico de su mujer a engordar.

SIGNOS CLINICOS

La forma característica de presentación de estas pacientes es con mucha ropa, amplia y superpuesta, lo cual disimula su delgadez. También es frecuente que se peinen de modo tal que el cabello, al caer sobre el rostro, oculte la prominencia de los pómulos. No es infrecuente que hasta el médico se sorprenda al constatar la habilidad para disimular la desnutrición.

La piel suele estar seca, áspera y fría, a veces cubierta de lanugo (vello fino y oscuro más abundante que lo normal, que puede llegar a cubrir todo el cuerpo). En ocasiones hay Petequias en piel (hemorragias puntiformes), edemas en piernas, y las palmas pueden presentar el color amarillento que produce la hiper胡萝卜素emia. La bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca) y la hipotensión arterial son casi constantes. Los dientes presentan alteraciones en el esmalte cuando las pacientes son vomitadoras. Otro signo revelador de esta costumbre son las lesiones en los nudillos de la mano, causadas por el roce con los dientes al introducir la mano para provocarse el vómito.

Las mediciones constatan el bajo peso, la disminución de la grasa corporal y de la masa muscular y, en aquellos que debutan con su enfermedad antes de haber completado el desarrollo puberal, es frecuente encontrar baja estatura.

Estos pacientes se suelen quejar de dolor abdominal, constipación y sensación de saciedad; es que en relación con la desnutrición, en un 50 % de los casos hay un enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Esto se corrige con la recuperación de peso, así como mejora la constipación con el aumento de la ingesta. La abundancia de ropa que mencionamos cumple en realidad dos funciones: disimular la apariencia y paliar la sensación constante de frío.

Una arritmia cardíaca puede ser para el clínico el hallazgo más alarmante que orientará a la búsqueda de trastornos hidroelectrolíticos y a las causas que pudieran haberlos provocado (deficiencia de potasio, calcio, magnesio, por desnutrición, vómitos, o uso de laxantes o diuréticos).

Un 8 % de nuestros pacientes presentó sialorrea (babeco), síntoma de escasa gravedad pero estridente.

Leonor recogía su saliva en pañuelitos y utilizaba alrededor de quince días durante sus primeros días de internación. Este síntoma remitió rápidamente cuando comenzó su mejoría.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Algunos principios básicos sirven de guía. El primero, es que el diagnóstico siempre lo hace el médico. Esto permite el despistaje de signos clínicos incongruentes con el cuadro. Luego de explorar la presencia de los rasgos centrales de la anorexia nerviosa, si hay signos no pertinentes debe pedir información adicional como para ver si se corresponde con otro trastorno posible. Recordemos que un síntoma debe siempre ser evaluado teniendo en cuenta sus acompañantes. Se debe evitar una evaluación exhaustiva de laboratorio, a menos que haya signos discordantes con la anorexia nerviosa. Así, pensar en un hipertiroidismo porque la paciente esté delgada o hiperactiva sería inapropiado, a menos que además tenga taquicardia y esté sudorosa. Por otro lado, nunca se debe hacer un diagnóstico de anorexia nerviosa a falta de otra explicación médica más adecuada. La creciente especialización en medicina entraña el riesgo de que aquel que desconoce los aspectos esenciales de la anorexia tienda a ver sólo un rango de síntomas, explorando los conocidos a su especialidad. Así, el neurólogo suele pensar en un tumor hipotalámico, el endocrinólogo en hipertiroidismo o en mal de Addison y el ginecólogo en disfunción hormonal. Afortunadamente, a medida que se difunde la información acerca de los trastornos de la alimentación a través de congresos, publicaciones científicas y programas de divulgación, estos márgenes de error se van estrechando. Igualmente riesgoso es quedar fascinado por el cuadro y diagnosticar con ligereza, sin atender cuidadosamente a signos no pertinentes. De los pacientes que nos consultaron hubo tres en los cuales el diagnóstico diferencial logró establecer la presencia de otra afección.

En una de esas pacientes, la exploración se inició por presentarse con taquicardia y fiebre; resultó ser una esclerosis múltiple. Otro tenía taquicardia leve y signos de debilidad muscular; resultó tener un error congénito del me-

tabolismo muy poco frecuente, un déficit de maltasa ácida tipo adulto. En otro caso, los estudios de laboratorio revelaron hipernatremia y resultó tener un tumor hipotalámico.

En términos generales, desde el punto de vista médico se debe hacer diagnóstico diferencial con afecciones gastrointestinales: colon irritable, úlcera, síndrome de mala absorción, enfermedad de Crohn. En el terreno endocrino: hipertiroidismo, enfermedad de Addison, hipopituitarismo y diabetes. Otro terreno es el de los tumores del sistema nervioso central. Desde el punto de vista psiquiátrico, se debe diferenciar la anorexia nerviosa de la depresión, con pérdida de apetito y peso; de la esquizofrenia, con presencia de ideas delirantes acerca de la contaminación de los alimentos, y de la drogadicción (anfetaminas, cocaína, heroína y estimulantes).

Es frecuente que algún miembro de la familia cuestione el diagnóstico durante la evolución planteando la necesidad de encontrar una enfermedad orgánica que justifique el cuadro.

Claudia comía delante de su familia la dieta indicada, y afirmaba que estaba muy interesada en recuperar su peso. Sin embargo, continuaba desnutriéndose cada semana. La madre insistía en que debía existir alguna otra enfermedad. Esto llevó a realizar algunos estudios complementarios que fueron normales y a descubrir que le daba por lo menos la mitad de su comida al perro.

PRESENTACION

El rasgo diagnóstico más característico de la organización mental del paciente con anorexia nerviosa es su terror a engordar. Este puede expresarse como preocupación por una parte específica del cuerpo, como ser el abdomen, muslos, caderas, piernas o la redondez del rostro. Además, es frecuente que se sienta avergonzada por su peso o su ingesta y lo considere un signo de autoindulgencia condenable. Generalmente viene acompañado de intenso temor a perder el control en la comida, de modo que la búsqueda tenaz de la delgadez se vuelve un modo de procurarse un margen de seguridad respecto del riesgo de engordar. Así, la evitación de la gordura se vuelve una idea sobrevalorada, y cuando el entrevistador le pregunta cuál es el peso que considera apropiado para sí, inevitablemente lo ubicará muy por debajo de cualquier patrón razonable. Es común que la paciente niegue verse delgada o que insista en que sus piernas o brazos aún se vean un poco gordos. A pesar de su evidente mala salud, lo más habitual es que la paciente niegue su enfermedad, minimizando sus síntomas, y cuestione y se oponga al trata-

miento. Algunas veces esta resistencia se mitiga cuando comienza a sentir cansancio corporal, insomnio u otros trastornos. También suele ocurrir que aun aquellas pacientes que aseguraban sentirse perfectamente bien al momento de la primera consulta, aclaran con entusiasmo sentirse con muchas más fuerzas y de mejor ánimo luego de haber comenzado a recuperar peso.

Subtipos de anorexia nerviosa

A lo largo del tiempo, los estudiosos de este trastorno han intentado diversas clasificaciones agrupando los casos según ciertos rasgos o síntomas.

En un próximo capítulo discutiremos la relación entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, como trastornos que se pueden situar en los extremos de un continuo.

Con respecto a la anorexia nerviosa, podemos distinguir dos grupos de pacientes: *anorexias restrictivas*, son aquellas que logran su descenso de peso limitando su ingesta; el otro grupo es el de las *anorexias bulímicas* que logran su objetivo provocándose el vómito o recurriendo al uso de laxantes y/o diuréticos.

El término *anorexia* implica pérdida del apetito, y esto en realidad no es lo que les sucede a los pacientes hasta que no han alcanzado un estado de desnutrición severa y ayuno muy prolongado. Muchos pacientes reconocen tener hambre, pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si ingieren un bocado más de lo que se habían propuesto. Para paliar esta sensación de hambre a veces toman cantidades exageradas de líquido, otras en cambio se sienten muy satisfechos de poder controlarlo con su autodisciplina; llegan, incluso, a controlar la sed y son restrictivos no sólo para los alimentos, sino también para el agua. Es por esto que a veces llegan a la consulta deshidratados. También la saciedad es percibida en forma distorsionada. Refieren distensión, plenitud, náuseas. Por la baja ingesta y la desnutrición, son pacientes con constipación crónica, y esto aumenta su sensación de plenitud y de "guardarse la comida", lo que en ciertos casos los lleva a hacer uso de purgantes. Algunas veces el laxante es empleado con el objetivo de "expiar" la culpa por el "pecado" de haber comido. Es frecuente que comenten sentirse "limpios por dentro" luego de purgarse.

Mariana, de diecisiete años, llega a la consulta al cabo de tres años de evolución de su trastorno alimentario. Había tenido aproximadamente un 10 % de exceso de peso cuando comenzó una dieta casera. Era la menos destacada intelectualmente y la menor de tres hermanas. El descenso de peso y la consiguiente figura esbelta le aseguró un sitio de honor en su entorno.

Los padres de Mariana eran consumidores crónicos de un laxante antiguo y

suave. Con el transcurrir del tiempo, Mariana fue restringiendo cada vez más su ámbito vital y obsesionándose cada vez más con el tema de la comida y el peso. Su dieta seguía siendo sumamente restringida pero esto no parecía calmar sus ansiedades. Recurrió al uso de este laxante de consumo corriente en la familia y al cabo de un tiempo su uso se volvió compulsivo, llegando a tomar hasta 64 pastillas por día, distribuidas por mitades luego del almuerzo y la cena. A la pregunta de cómo hacía para obtener esta cantidad, respondió que las compraba con dinero que le robaba a la madre, quien nunca llevaba control. En efecto, cuando pregunté cómo esperaba que los padres la ayudaran, pidió que no la dejaran salir de la casa bajo ninguna circunstancia y que no le dejaran dinero a la mano porque podría llegar a sobornar a alguien para que le fuera a comprar las pastillas. También pidió que no la dejaran volver al colegio, puesto que ver a sus amigas que también abusaban de laxantes y, sin embargo, estaban bien de aspecto, le haría volver a dudar de nuestras advertencias.

Mariana fue internada de urgencia en el Hospital Italiano por la severidad de su desequilibrio electrolítico (tenía 2,8 de potasio), y sólo el estudio gastroenterológico exhaustivo que se le practicó la convención del daño que se había infligido. Una radiografía de abdomen mostró que un segmento del intestino grueso había perdido motilidad por el abuso de laxantes, y acumulaba allí materia fecal que no podía ser evacuada en forma natural.

Cabe agregar que, en la última época de su enfermedad, Mariana había agregado diuréticos a su artillería de autodestrucción. En el capítulo de tratamiento retomaremos este caso para ilustrar los componentes familiares que estaban en juego.

Cuando no logran mantener una conducta lo suficientemente restrictiva como para lograr su objetivo e ingieren un plato normal de alimentos o alguno de los alimentos "engordantes", pueden comenzar a provocarse vómitos; éste es uno de los signos más peligrosos para estas pacientes, y uno de los que empeora el pronóstico y aumenta el riesgo.

El caso más dramático de este subtipo que hemos tenido es el de Hernán, de dieciséis años, residente del interior de nuestro país, quien fue internado directamente en terapia intensiva del Hospital Italiano por presentar arritmia cardíaca a causa de hipocalcemia producida por vómitos. Hernán tenía un déficit de peso del orden del 35 % y había logrado engañar parcialmente a su médico por medio de un subterfugio bastante original. Se había cosido un reborde en el interior del elástico de su calzoncillo donde guardaba municiones que le aumentaban el peso en el momento del registro. Sin embargo, dada su extrema emaciación, el médico había hecho un diagnóstico correcto y había sugerido la eventualidad de la derivación al Hospital Italiano en caso necesario. Una tarde

de un día caluroso, luego de haber almorzado con una sonrisa triunfal, alegando que todos estaban equivocados acerca de su preocupación por su salud, Hernán salió a dar una vuelta, vomitó el almuerzo y luego fue a correr alrededor de la cancha de fútbol bajo el sol abrasador. El joven cayó colapsado y fue sólo la inquietud del padre, que había salido a buscarlo, lo que salvó su vida. Del interrogatorio posterior surgió que el muchacho vomitaba hasta catorce veces por día y tenía maniatado a todo el mundo aduciendo que comía todo lo que le pedían, lo cual además era cierto!

Este caso, al igual que el anterior, tiene la virtud también de poner de manifiesto otro elemento que debe tenerse siempre presente al tratar a estos pacientes, y es el de la variedad de recursos de engaño que son capaces de esgrimir. Algunas veces la familia nos ayuda a descubrirlos y otras veces, durante las primeras etapas del tratamiento, debemos además bregar con los padres que aseguran que su hijo "jamás" sería capaz de mentir. Nuevamente aquí vemos por qué se hace imprescindible contar con un control médico experto, conocedor de estudios de laboratorio que desenmascaran lo que el ojo desnudo no percibe.

Otro síntoma que puede asociarse a cualquiera de los subtipos que hemos descrito es el de la hiperactividad. Es relativamente frecuente que estos pacientes dobleguen sus esfuerzos por bajar de peso agregando un desgaste calórico extra. Esto, en lugar de ser visto como parte de la enfermedad, suele ser utilizado por los pacientes para intentar demostrar que no sólo no están debilitados, sino que gozan de más energías que nunca.

Mariela, de doce años, se despertaba todas las mañanas cuarenta y cinco minutos antes que su familia y salía a correr alrededor de la piscina de su casa. Cuando sus padres la descubrieron, alegó que lo hacía para que el ejercicio matinal le abriera el apetito.

FACTORES DE PERSONALIDAD Y ANOREXIA NERVIOSA

Es compleja y plena de interrogantes la relación entre personalidad y condiciones psicopatológicas. Akiskal y colaboradores⁴ han desarrollado varios caminos posibles para relacionar estos dos factores.

El primero de ellos considera que la personalidad provee una predisposición caracterológica para el desarrollo de un trastorno. Entre los estudiosos de los trastornos de la alimentación, esta línea está representada por Bruch⁵, quien ha insistido en que uno de los factores etiológicos críticos para el desarrollo de la anorexia nerviosa es la personalidad premórbida de los

individuos con trastorno alimentario. Ella describe a estos pacientes diciendo que eran niños "perfectos", complacientes y con apariencia de estar especialmente dotados, quienes se habían vuelto expertos en lo que se refiere a observar y gratificar a los padres. Así, estos niños nunca fueron preparados para la experiencia de separación e individuación, propia de la adolescencia. Bruch destaca tres rasgos esenciales: el fracaso en desarrollar autonomía de las figuras parentales, especialmente de la madre; debido a intrusividad y exceso de control de parte de los adultos; el desarrollo de una "persona" social muy dócil y bien orquestada, logrando así sustraerse a enfrentamientos parentales. Sin embargo, este sí-mismo [self] social sería muy deficitario en el ámbito de la subjetividad en cuanto a que estos pacientes tienen gran dificultad en detectar correctamente sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales. En términos de Winnicott, estamos en presencia de un "falso self" que se elabora a expensas del "verdadero self" que permanece durmiente y subdesarrollado. Los dos elementos anteriormente referidos darían cuenta de una mayor vulnerabilidad del yo que permanece latente durante la niñez, pero se actualiza en la adolescencia debido a los múltiples requerimientos de este período.

La segunda corriente que describe Akiskal destaca la influencia modificadora o patoplástica de la personalidad sobre la manera como se expresan los trastornos psicológicos. De este modo, la personalidad no es considerada un factor etiológico o predisponente para el trastorno, sino que sería el elemento que tiñe la forma en que se manifiesta. Así, Garfinkel y Garner⁶ concluyen que el peor pronóstico de la anorexia nerviosa está asociado con rasgos de personalidad inestables y neuróticos, con síntomas bulímicos y con un incremento en la caracterización somática y obsesiva.

Una tercera posición respecto de la relación entre personalidad y trastorno es la que sostiene Fairburn⁷⁻⁸. Esta postura ubica los atributos de personalidad como secuela de un trastorno psiquiátrico que, por lo tanto, carecen de significado patológico. Para ilustrarlo, señala que, por ejemplo en la bulimia nerviosa, la depresión se mitiga cuando se controlan los síntomas alimentarios. En la anorexia nerviosa, esta hipótesis se ha considerado, por ejemplo, cuando se comparan perfiles de personalidad de los mismos pacientes desnutridos, y después del restablecimiento de peso y de la recuperación sintomática. Este enfoque presume que serán "primarios" solamente aquellos rasgos de personalidad que persisten luego del restablecimiento nutricional. Muchos investigadores han explorado esta línea y claramente se observa una fuerte tendencia a la normalización de los puntajes psicométricos con la restauración de peso. Es por esto que toda evaluación diagnóstica de estos pacientes mientras están desnutridos se debe considerar de valor absolutamente provisional.

RASGOS DE PERSONALIDAD

En la última década muchos autores han investigado la presencia de rasgos que sean característicos. Strober en 1980⁹ utilizó una batería de tests sofisticada para examinar rasgos de personalidad de pacientes anoréxicos adolescentes, no crónicos. Se eligieron adolescentes a fin de minimizar rasgos que pudieran surgir como complicación de una enfermedad crónica en la cual hay un importante deterioro psicológico y social. El encontró que éstos pacientes tenían más ansiedad neurótica, conformidad social, control de la emocionalidad y evitación de estímulos que otros dos grupos psiquiátricos considerados como control. Concluye que una estructura de carácter rígida, obsesiva, con rasgos de excesiva conformidad, conducta regimentada e inhibición de la emotividad son típicos del paciente anoréxico joven.

El mismo autor en el año 1985¹⁰ hizo una revisión de la bibliografía sobre el tema y concluyó que rasgos de personalidad tales como, inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía son predisponentes para la anorexia nerviosa, en tanto que introversión, depresión y proclividad a obsesionar son factores complicantes, vinculados a la desnutrición y a la condición de paciente.

En lo que respecta a las diferencias de rasgos entre los subtipos de anorexia, los resultados de los estudios son contradictorios según el autor que se considere. Sin embargo, los datos empíricos avalan la conclusión provisional de que las anorexias no restrictivas tienen menor control impulsivo, mayor desasosiego emocional y más actividad sexual¹¹.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Por tal nos referimos a una constelación singular de rasgos, lo suficientemente penetrante, duradera e inflexible, que da cuenta de un patrón de interacción con el entorno causando una disfunción adaptativa importante o malestar subjetivo. Cabe agregar que este diagnóstico se debe hacer solamente cuando los aspectos característicos de la conducta habitual del individuo son representativos de su funcionamiento a lo largo del tiempo y no se refieren a episodios aislados de enfermedad. Dicho de otro modo, sería inapropiado hacer un diagnóstico de trastorno de personalidad estando el paciente desnutrido o en etapa sintomática.

Revisando la bibliografía sobre el tema, resultan las siguientes conclusiones: la prevalencia de trastornos de personalidad entre individuos con trastornos alimentarios es incierta. Asimismo, resultan poco claras las implicancias pronósticas y temas específicos de tratamiento. Por otro lado, si bien no

es posible asociar ningún tipo de personalidad específico con trastornos alimentarios, la observación clínica y los estudios psicométricos indican que ciertos rasgos de personalidad son comunes a subtipos de pacientes. Si extrapolamos esta información al área de trastorno de personalidad, surge que aun cuando pueda haber múltiples tipos de personalidad asociados con trastornos alimentarios, algunos pueden predominar. Cabe destacar que la heterogeneidad en la personalidad se aplica no sólo a los pacientes que presentan un trastorno de la misma, sino también a aquel sector (según algunos autores hasta un tercio de la población enferma) que no lo tienen.

Sería deseable que estudios posteriores informaran acerca de si la presencia de un trastorno de personalidad incide sobre la respuesta al tratamiento o sobre el pronóstico.

DEPRESION EN ANOREXIA NERVIOSA

Numerosos estudios han sugerido que la depresión es relevante en la presentación clínica de la anorexia nerviosa. La frecuencia informada varía desde el 20 al 100 %. Es probable que estas diferencias se deban a inconsistencias en lo que se refiere a calidad y método utilizado en la obtención de datos, en cuanto al criterio sintomático así como el grado de atención prestado a los efectos posibles de las anomalías alimentarias y el grado de inanición.

El estudio de Eckert y colaboradores¹² es especialmente valioso en demostrar que el grado de depresión en estos pacientes se asocia con varias complicaciones coexistentes y disminuye con la estabilización nutricional y la recuperación de peso. Precisamente en el momento de la internación, un nivel elevado de depresión se correlacionaba con hábitos alimentarios bizarros, selectividad en la elección de alimentos, experiencias de saciedad anormales, atracones, sobredimensionamiento del tamaño corporal y mayor porcentaje de déficit de peso. La severidad de la depresión, consignada tanto por el paciente como por el clínico, disminuyó significativamente durante el primer mes de tratamiento, y esto estaba directamente correlacionado con el incremento de peso alcanzado.

El corte longitudinal y la prevalencia a lo largo de la vida de síndromes de trastorno afectivo mayor y maníaco definidos categóricamente, han sido evaluados utilizando entrevistas diagnósticas sistemáticas y estructuradas. En general, estos estudios son consistentes en mostrar alta representación de trastorno depresivo mayor que oscila entre 25 y 80 %. También cabe notar que estos mismos estudios informan prácticamente un 0 % de ocurrencia de manía a lo largo de la vida.

Sin embargo, dado que, tal como lo demuestra el estudio de Keys y colaboradores¹³, es sabido que la depresión, de variable intensidad, es una com-

plicación frecuente de la desnutrición, y que se presenta en personas por otro lado sanas y emocionalmente estables, es lícito dudar acerca de si son válidas las evaluaciones de depresión en pacientes con trastornos de la alimentación si no se acompañan de evaluaciones múltiples de seguimiento en las cuales los efectos conjuntos e independientes de la inanición y de las anormalidades conductuales (frecuencia de los atracones, contenido nutricional de la dieta, peso corporal, etc.) sobre el grado y persistencia de la depresión, puedan discriminarse estadísticamente.

Lo fundamental a tener en cuenta es que dado que los síntomas conductuales que acompañan la inanición (falta de energía, sueño interrumpido, retracción social, disminución de la libido, disforia, dificultad en la concentración, anhedonia) se asemejan en gran medida a los síntomas del trastorno depresivo primario, su presencia en el anoréxico puede no ser significativa desde el punto de vista diagnóstico o nosológico.

Los pocos estudios que dan cuenta del curso longitudinal de los trastornos alimentarios y de la depresión indican que ambos desórdenes no están temporalmente asociados de ninguna manera consistente. Esto tiene algunas consecuencias: el hecho de que algunos pacientes tengan antecedentes de depresión antes de la aparición del cuadro, o que hagan episodios de depresión mayor luego de la remisión, sugiere que el trastorno afectivo puede incrementar la predisposición o bien desempeñar algún rol en su patogénesis. Pero, lo aun más interesante es que, a pesar de la evidencia de que coexistan los trastornos alimentarios y afectivos, su manifestación temporalmente separada indica que no son simples variantes de una misma etiología. Estudios genéticos que buscan la determinación familiar demuestran que los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos primarios son etiológicamente heterogéneos, y no se les puede atribuir el mismo mecanismo de transmisión. La ocurrencia ínfima de trastornos alimentarios entre familiares de pacientes de depresión unipolar y bipolar, y el hallazgo de Biederman y colaboradores¹⁴ y de Strober y colaboradores¹⁵ de que trastornos afectivos se concentran en familias de anoréxicos en las cuales coexiste depresión mayor, implica que estos trastornos se transmiten en forma independiente.

Los estudios biológicos, por otra parte, tampoco avalan la hipótesis de un mecanismo fisiogénico compartido. En aquellos casos en los que hay superposición, se atribuye fundamentalmente al subgrupo de pacientes en los cuales coexiste la depresión clínica. Un comentario para los lectores médicos: Strober¹⁶ señala que ciertos aspectos de la alimentación bizarra e inadecuada de estos pacientes podría dar cuenta de las deficiencias en los precursores esenciales para la síntesis de los neurotransmisores necesarios para el funcionamiento normal del sistema límbico-hipotalámico, lo cual a su vez podría culminar en una depresión severa. A juzgar por la información gené-

tico-familiar respecto de la anorexia nerviosa, esto podría ser más frecuente en pacientes con mayor vulnerabilidad a trastornos afectivos. Si así fuera, esto sugeriría que tal vez haya factores biológicos que den cuenta de las diferencias entre los pacientes en sus mecanismos de adaptación a la pérdida de peso.

En conclusión, la evidencia empírica acumulada hasta la fecha no avala la hipótesis sugerida de que la anorexia nerviosa sea una variante de trastorno afectivo unipolar o bipolar. Estos se diferencian claramente en lo que concierne a fenomenología sintomática, curso temporal, historia familiar y concomitantes biológicos.

Un comentario final respecto de este tema. Es muy frecuente que debido al riesgo en que ponen su vida estos pacientes, se les suela atribuir intenciones suicidas. Esto está muy lejos de corresponderse con la realidad. Aun más, en nuestra experiencia es precisamente describir para ellos sin tapujos el riesgo de muerte a que se han expuesto, lo que ellos luego relatan como aquello que más les impactó de la entrevista inicial y fue el incentivo para comenzar a comer. Ocurre que como suelen tener esta distorsión en la percepción de sus sensaciones corporales y físicamente se van adaptando a funcionar con los signos vitales disminuidos, es real que no alcanzan a dimensionar lo mal que están, y que en la enorme mayoría de los casos no está en sus planes morir. Esto no impide que algunas veces, cuando la consulta inicial se ha hecho en estado muy avanzado de desnutrición y se plantea la probabilidad de internación, algunas pacientes han amenazado con matarse antes de ser internadas. Esto nunca ha sido más que otro ardid para intentar inmovilizar a los padres y al equipo terapéutico. Considerando los más de 70 casos que hemos visto, hubo solamente dos que tuvieron antecedentes de gestos suicidas. Una de ellas dijo que, en una oportunidad, había querido suicidarse y pensó hacerlo poniéndose Poxipol en las fosas nasales. En cambio otra, y este caso es sin duda de mayor severidad, estuvo acaparando los psicofármacos medicados durante la internación en otra institución, con el objetivo de ingerirlos en el momento propicio. Esta misma paciente confesó también haber pensado, durante esa misma internación, en poner los dedos en el enchufe.

Inés planteó una situación ejemplar para ilustrar las vicisitudes diagnósticas a que nos hemos referido en esta sección. Tenía diecisiete años en el tiempo de la consulta y su vida hasta ese momento se había caracterizado por la escasa vida de relación y el rendimiento opaco e insatisfactorio en todos los órdenes. Llevaba apenas tres meses de evolución con una pérdida de peso del 20 % a pesar de no tener déficit de peso, pues estaba excedida al comienzo de su enfermedad. Inés desplegó una sintomatología anoréxica muy exacerbada con una

hipertrofia total del pensamiento obsesivo acerca del peso, la comida y sus piernas. Pasaba largos ratos llorando, tendida sobre su cama y lamentándose por sus muslos que estaban cubiertos de hematomas que se habían formado por los golpes que se había autoinfligido. La única actividad que realizaba con propiedad era estudiar para la escuela, y el resto de su vida era autopercebida como una tragedia sin salida. Lloraba desconsoladamente la mayor parte del día, y gritando alegaba que prefería morir a dejar de perder peso. El cuadro era verdaderamente triste pero lo que hizo las cosas aun más dramáticas era que los padres estaban convencidos de que Inés tenía un desorden mental agregado. Durante este período se hicieron cuatro consultas a distintos psiquiatras con la esperanza de que una medicación psicofarmacológica eliminara la sintomatología. Huelga decir que ésta no desapareció merced a una pastilla mágica, sino que se fue mitigando a medida que Inés se fue recuperando de su anorexia nerviosa. A lo largo del proceso terapéutico, la joven fue desarrollando áreas vitales diversas y más satisfactorias, y resolviendo conflictivas que dieron lugar a la emergencia de una adolescente que se dirime con las tribulaciones propias del desarrollo. Esa misma familia fue un apoyo terapéutico sumamente valioso a lo largo del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Russell, G.F.M.: "Anorexia Nervosa: Its identity as an illness and its treatment", en J.H. Price (comp.), *Modern Trends in Psychological Medicine*, 2, Londres, Butterworths, 1970.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a. ed. revisada (DSM-III-R, Washington D.C., 1987, pág. 67.
3. I.C.D.-10 *Mental, Behavioural and Developmental Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental, Ginebra, 1986.
4. Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A. y Yerevanian, B.I.: "The relationships of personality to affective disorders: A critical review", *Archives of General Psychiatry*, 40: 801-810, 1983.
5. Bruch, H.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Nueva York, Basic Books, 1973.
6. Bruch, H.: *The Golden Cage*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 1978.
7. Garfinkel, P. y Garner, D.: *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1982.
8. Fairburn, C.G.: "Bulimia: Its epidemiology and management", en A.J. Stunkard y E. Stellar (comps.), *Eating and Its Disorders*, Nueva York, Raven Press, 1984, págs. 235-258.

8. Fairburn C.G.: "Cognitive-behavioral treatment for bulimia", en D.M. Garner y P.E. Garfinkel (comps.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Nueva York, Guilford Press, 1985, págs. 160-192.

9. Strober, M.: "Personality and symptomatological features in young non-chronic anorexic patients", *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 353-359, 1980.

10. Strober, M.: "Personality factors in anorexia nervosa", *Pediatrician: International Journal of Child and Adolescent Health*, 12:134-138, 1985.

11. Swift, W.J. y Stern, S.: "The psychodynamic diversity of anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 2 (1):17-36; 1982.

12. Eckert, E.D., Goldberg, S.C., Halmi, K.A., Casper, R.C. y Davis, J.M.: "Depression in anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 12:115-122, 1982.

13. Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H.L.: *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1950.

14. Biederman, J., Rivinus, T. y otros: "Depressive disorders in relatives of anorexia nervosa patients with and without a current episode of nonbipolar major depression", *American Journal of Psychiatry*, 142:1495-1496, 1985.

15. Strober, M. Salkin, B. y otros: "A family study of anorexia nervosa and depression", Trabajo presentado en la Reunión Anual de la American Psychiatric Association, Washington, D.C., mayo de 1986.

16. Strober, M.: "Persistent hypothalamic-pituitary-adrenal axis overactivity in anorexia nervosa patients with concurrent major depressive disorder", Trabajo presentado en la International Conference on Eating Disorders, Nueva York, abril de 1986.

3. TRATAMIENTO

"Los terapeutas eficaces no parecen tener un único encuadre para intervenir cuando están a la búsqueda de maneras de movilizar las fortalezas en la familia. Se desplazan desde el pensamiento sistémico al pensamiento individual y desde el pensamiento individual al pensamiento sistémico. Están abiertos a la manera en que la familia les responde y cambian lentes teóricos de acuerdo con la necesidad. Algunas veces ven a los miembros de la familia como ondas relacionadas, otras veces como partículas que no guardan relación. En la misma familia, algunas veces tratan al paciente identificado como si fuera una víctima de la familia, otras veces tratan a la familia como si fuera una víctima del paciente. A veces se dirigen a la familia como a un campo unificado y otras veces como a un conjunto de subsistemas. El hecho del cambio perceptual, el decidir quién y qué será figura o fondo, es aquello que le otorga al clínico libertad en la búsqueda de los recursos en la familia." (B. Montalvo).¹

TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVOSA

Hasta el momento no hay una teoría etiológica o de la patogénesis de la anorexia nervosa que haya logrado una aceptación generalizada. A pesar de que se han esbozado algunas teorías biológicas interesantes que van desde la disfunción hipotalámica hasta la vulnerabilidad genética, la mayoría de los autores coincide en la multideterminación de esta enfermedad, en la cual convergen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos. Es precisamente por ello que proponemos a la epistemología sistémica para comprender y abordar terapéuticamente este trastorno.

Antes de caracterizar la novedad que introduce el pensamiento sistémico, haremos una breve reseña de algunas de las hipótesis patogénicas que han elaborado las distintas corrientes psicológicas y desde las cuales han surgido sus correspondientes tratamientos. Así, los modelos psicoanalítico, conductista, cognitivo-conductual y educacional han sido utilizados en terapias individuales, familiares y de grupo, tanto para pacientes ambulatorios como