

Trastornos del comportamiento alimentario

J. Tomás, I. Quiles, N. Bassas.

"Si comes lo que no te gusta,... que en general es lo sano,.... podrás comer alguna vez lo que te apetece,... que no suele ser saludable".

I.- Generalidades:

Los trastornos de la alimentación son muy frecuentes, desde la más temprana infancia hasta la adolescencia, así pues pueden aparecer en cualquier edad.

Se debe tener en cuenta para una comprensión correcta psicopatológica:

- a) Por una parte el momento evolutivo en el que se encuentra el paciente desde un punto de vista madurativo,
- b) Y por otra, que en función del estadio del desarrollo, el trastorno adoptará un aspecto clínico determinado y también su significación simbólico-relacional será distinta.

A veces, este tipo de alteraciones, consisten en trastornos leves e intrascendentes que no son más que la consecuencia de la proyección de la angustia de los padres, y en otras son alteraciones clínicas graves y constituyen auténticas manifestaciones de una perturbación relacional importante.

En la alimentación se imbrican tanto las necesidades biológicas, como las necesidades relacionales y afectivas. Las alteraciones alimentarias favorecen, pues, la expresión de las insatisfacciones relacionales consiguientemente.

Debemos tener en cuenta, al abordar este tema, que la alimentación es una función necesaria y fundamental para la vida. La madre esta totalmente implicada en la función de alimentar y nutrir al lactante, tanto por condicionantes naturales (mamas) como por necesidades afectivas ligadas a lo más profundo de lo instintivo.

Cada vez más, el padre se responsabiliza y toma parte, en la atención al lactante, gracias a la modificación que de las funciones parentales, se ha producido en nuestra sociedad actual. Pero debemos señalar que aunque otras personas colaboren en el cuidado del



niño-lactante (tanto el padre como otros), nunca pueden sustituir la función relacional básica existente entre la madre y el hijo.

La comida, el alimento, constituye uno de los vínculos más permanentes e importantes de la relación madre-hijo, al igual que también lo será, tocarse, acariciarse, reír, agarrarse, abrazarse, chillar, llorar, etc., pero ninguna tiene afectivamente tanta trascendencia relacional y produce el nivel de satisfacción por ambas partes como la que a través de la lactancia tiene la succión.

El niño pequeño identifica como madre a la persona que le suministra la comida, ya que su presencia, se asocia la sensación de bienestar, que sigue a la alimentación, con el calor afectivo del amor y la sensación de agradabilidad; mientras que su ausencia, debido a la sensación de malestar, producida por el hambre, se asocia a sentimientos de aversión, desplacer, odio y desagrado.

Las actitudes de rechazo, o de aceptación del alimento, repercuten en la madre, que vive estas manifestaciones como un signo del rechazo del niño hacia ella o hacia su afecto, asociándolo a sentimientos de incapacidad o impotencia. La aceptación y el bienestar, del niño, en cambio, repercutirán mejorando el bienestar de la madre.

La madre anima al niño a comer porque el apetito es para ella una clara manifestación de la aceptación de su amor y afecto, pero lentamente, a medida que el niño va creciendo, la madre será cada vez más sensible a los requerimientos socio-culturales del medio ambiente. La sociedad a medida que aumenta la edad del niño le impondrá más prohibiciones sobre lo que se puede o no se puede comer, aquello que es saludable y lo que no es conveniente.

Cada vez más, se aprecia un incremento progresivo en la oferta de alimentos preparados industrializados para niños cada día más pequeños, con información, que además esta controvertida a nivel social, con lo que se favorece continuamente sin darnos cuenta, la pérdida de la seguridad, de las madres en lo que hacen.

(Se produce la duda de si, lo que se hace, es lo mejor o lo más correcto, provocando sentimientos de culpa, que se convertirán en factores de perturbación de la relación afectiva, favoreciendo la aparición de trastornos, puesto que a través de la comida aparecerá la expresión del conflicto relacional creado).

Podemos resumir que:

El comportamiento alimentario esta al servicio de una triple demanda:

- a) Adquisición energética, función de orden biológico, con finalidad equilibradora y consecución homeostática.
- b) Hedónica, función de orden afectivo y emocional, su finalidad es comportar placer, recompensa y bienestar.

c) Simbólica, función de orden psicológico, con finalidad relacional y cultural. Las actitudes de incorporación de los alimentos son en su complejificación paralela a la incorporación del bagaje social-madurativo de la personalidad.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: DEMANDA
a) Adquisición energética. b) Hedónica, placer, bienestar. c) Simbólica, relacional y cultural.
DOBLE FUNCIÓN
a) Interna, (nutrición). b) Externa, regulación del intercambio del sujeto con el entorno.

Así el comportamiento alimentario tiene una doble vertiente o doble función homeostática:

- a) Interna, controladora de la adquisición de productos energéticos (nutrición).
- b) Externa, regulación de los intercambios del sujeto con el entorno.

Podríamos afirmar que al **alimentarnos se combinan los factores siguientes:**

A) Factor Interno:

- 1) Porque tenemos hambre (necesidad energética).
- 2) Porque "nos apetece comer" (actitud hedonista, que es independiente de la necesidad energética).

B) Factor externo:

- 1) Porque "es la hora de comer" (hábitos respetados por la sociedad a la que pertenecemos):
 - a) Aprendizajes culturales como los gustos, aversiones y ascos.
 - b) Las situaciones en las que nos alimentamos: solos o acompañados,
 - c) Actos cotidianos o sociales, por Ej.: la Navidad, el volumen de

la cantidad de comida a ingerir; duración de la comida en función de situaciones por Ej.: Banquetes, Fast food, etc...

Los síntomas serán descritos según las experiencias subjetivas y en concreto por las señales fisiológicas (hambre, apetito, saciedad). La presencia de estas sensaciones, su ausencia o su distorsión son elementos semiológicos de primera importancia.

Debemos distinguir los **trastornos que conciernen directamente a la toma alimentaria, o aquellos que solo interfieren a la ingesta:**

A) Anomalías prandiales:

- a) La hipofagia:
 - 1) Anorexia,
 - 2) Rechazo alimentario,
 - 3) Investimiento de la sensación de hambre o su rechazo.

- b) La hiperfagia:
 - 1) Exageración del hambre o del apetito,
 - 2) Ausencia de saciedad,
 - 3) Ir más allá de la saciedad

- c) Otras anomalías como:
 - 1) El escoger y seleccionar sistemáticamente los alimentos,
 - 2) Masticarlos interminablemente o
 - 3) Deglución sin masticar,
 - 4) Almacenamiento de los alimentos en la boca,
 - 5) Eliminación clandestina de los mismos,
 - 6) Pica, Geofagia,
 - 7) Etc...

B) Anomalías extra-prandiales:

- a) La hiper-reactividad a los estímulos alimentarios (propio de la sociedad de consumo): Está relacionada con predisposiciones metabólicas y algún tipo de vulnerabilidad psicológica
- b) Picar
- c) Comer compulsivamente: Ingesta de un alimento deseado entre comidas, compulsivamente, para satisfacción impulsiva de placer

d) El acceso bulímico: Raptus alimentario en el que la absorción de los alimentos está al margen del placer de la ingesta y de la saciedad; no tiene otro límite que la capacidad gástrica, no tiene horario; hasta que llega al vomito provocado o espontáneo, que se acompaña de angustia y vergüenza posterior que producen una depresión. En las bulimias hay que diferenciar aquellas que se caracterizan por un consumo preferente en carbohidratos.

e) Las Ingestas alimentarias nocturnas: De tipo compulsivo o bulímico; consiste en personas que se levantan a medianoche para comer, no debe confundirse con los insomnes.

f) El vomito postprandial: Como estrategia para un control de peso.

Todos estos síntomas pueden presentarse asociadamente y en ciertas ocasiones serán difíciles de individualizar, dentro de un cuadro clínico concreto.

Otros comportamientos alimentarios patológicos, con distinto significado, serán:

- 1) Interés obsesivo hacia lo que concierne a los alimentos;
 - c) Robo de alimentos
 - d) Almacenamiento y ocultamiento de los mismos
 - e) Mericismo,
 - f) Etc.

Es en la anamnesis específica sobre los comportamientos alimentarios es donde encontraremos las respuestas inadaptadas

Serán conductas patológicas:

- 1) Si difieren de las del resto del grupo socioeconómico y cultural.
- 2) Si conducen a consecuencias inadaptadas en el orden de higiene, para la salud fisiológica y psicológica del individuo.
- 3) Si no son secundarias a procesos orgánicos como tumores o enfermedades endocrinas.
- 4) Si dependen principalmente de problemas de origen psicopatológico.
- 5) Si son reactivas a problemas situacionales conflictivos transitorios.

En la nueva clasificación de enfermedades (ICD-10) propuesta por la OMS se incluyen en el capítulo de los trastornos alimentarios, como perturbaciones básicas la anorexia y la bulimia, también se consideran como cuadros independientes, los trastornos bulímicos inespecíficos, la avidez asociada a disfunción psicológica y los vómitos asociados a disfunción psicológica.

Debe tenerse en cuenta que a lo largo de la infancia la prevalencia de desórdenes



alimentarios, varía a tenor de la edad.

En la infancia más precoz la dependencia de la madre es completa, a partir de los diez meses de edad, cuando la alimentación ya inicia su diversificación aparece la influencia de la moda en la forma de administrarla y en el tipo de alimentación que se administra, tanto a través de la madre, gracias a las múltiples publicaciones de divulgación, como del médico a través de actitudes bien orientativas, de tolerancia, o a tenor de modas basadas en hallazgos científicos, sobre los hábitos nutricionales.

Las actitudes irracionales y las fantasías sobre la comida prevalecen en este período de la alimentación del niño a través del rigor materno, aunque al fin a lo largo del desarrollo del lactante y también por que la madre se va sintiendo más segura, las actitudes más racionales se irán progresivamente imponiendo.

Los problemas alimentarios en el período más temprano de la infancia, en el estadio de recién nacido, generalmente se deben a perturbaciones físicas que disminuyen su fortaleza y afectan su capacidad de succión.

Los deficientes mentales y los parálíticos cerebrales, por sus dificultades de coordinación y su afectación del movimiento muscular presentan muy a menudo trastornos alimentarios, que en éstos últimos pueden llegar a tener consecuencias fatales al presentarse fácilmente aspiraciones pulmonares.

Las madres muy jóvenes o las que padecen alteraciones emocionales o provienen de medios sociales muy perturbados también frecuentemente tienen dificultades para nutrir a los lactantes de forma correcta, debido a las alteraciones secundarias a su estado de tensión; se ha demostrado que la tensión muscular de la madre es percibida por el lactante, induciendo en él alteraciones alimentarias, del sueño e irritabilidad.

A lo largo de la infancia los trastornos dependientes de problemas relacionales severos o de perturbaciones físicas conducen a una desnutrición que caracteriza una forma concreta de alteración del crecimiento.

Una alteración específica de la lactancia es la **Rumiación**, es un trastorno que aparece entre el sexto y el octavo mes de la vida y consiste en la aparición de regurgitaciones con actividad de rumiación, que el lactante se produce, en una cierta actitud de "éxtasis", con la mirada más allá del observador y que tiene consecuencias nutricionales. Depende, parece ser, tanto de ciertas alteraciones neurológicas innatas como de alteraciones ambientales en proporción variable según cada caso (de acuerdo con nuestra experiencia).

La **Pica**, es otra alteración que aparece, también, en la primera infancia, consistente en la ingesta de sustancias no nutritivas, cuya causa puede estar relacionada a una perturbación relacional afectiva, pero también a una anemia hipocroma ligada a una hiposideremia y que puede tener serias consecuencias sobre el desarrollo del niño, sin

olvidar que puede producir alteraciones orgánicas secundarias como el saturnismo, gracias a la intoxicación por plomo, debido a la ingesta de pintura de pared.

La sobrealimentación, el cebamiento, en la infancia puede ser la base de una futura obesidad que aparezca tardíamente.

En el segundo y tercer año de la vida, el apetito decrece, al igual que disminuye el índice de crecimiento del niño.

A menudo esta eventualidad, desencadena que los padres se preocupen en demasía por la aparición de hábitos de selección de comida que el niño empieza a hacer, sin darse cuenta de que la selección es proporcional a la oferta que el medio-ambiente, los padres, hacen al niño. Las actitudes que de forma permanente se adopten incorrectamente en este momento evolutivo van a favorecer la aparición de la llamada anorexia selectiva (empecinamiento rotundo en no ingerir determinados alimentos y reducción de la ingesta a determinados platos o caprichos concretos, que de alguna manera los padres terminan por darle). Esta oferta en la mayoría de las ocasiones esta íntimamente ligada a la angustia que desencadena el "no ver comer" al niño, a pesar de que no presenta ningún signo de desnutrición y de estar en estado de salud absolutamente correcto (frustración de cebamiento).

II) ANOREXIA-BULIMIA

En resumen la ingesta alimentaria, depende de factores fisiológicos:

- a) Sensación de hambre, apetito
- b) Necesidades energéticas

Y de factores psicológicos como:

- a) Estado de bienestar o al contrario de tensión
- b) Presencia o ausencia de conflicto relacional con el medio
- c) Noción de soledad o de agobio

La bulimia, acompañada de obesidad o no, y la anorexia, hoy en día se considera que deben enfocarse conjuntamente desde un punto de vista psicopatológico; puesto que en ambas intervienen como factores etiopatogénicos básicos: La imagen corporal (como ésta, es vivenciada por el paciente), la relación del paciente con la comida y las actitudes parentales hacia la alimentación.

ANOREXIA NERVIOSA DEL ADOLESCENTE

CIE-10: F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (I)
--

Enfermedad caracterizada por:

- a) La pérdida deliberada de peso corporal, inducida o condicionada por el paciente.
- b) De mayor frecuencia en chicas o mujeres jóvenes, aunque los adolescentes varones también pueden presentarla más raramente, así como prepúberes o bien mujeres en los límites de la menopausia.

La anorexia nerviosa se define como un síndrome cuyos síntomas fundamentales se encuentran entre los siguientes:

- a) Temor intenso e irracional a la obesidad, que persiste a pesar de la pérdida progresiva de peso y el aspecto emaciado o caquético de la paciente.
- b) Trastorno de la imagen corporal, puesto que a pesar de su delgadez el paciente se siente obeso
- c) Pérdida de peso de alrededor un 25 %, aunque ésta valoración debe hacerse a tenor del peso esperado en función de las tablas de evolución del desarrollo de peso y talla (en relación por lo tanto al peso previsto)
- d) Rechazo frontal a mantener o adquirir un peso por encima del peso propio a la edad y talla que la paciente tenga.
- e) Ausencia de inicio de la menarquia o amenorrea después de haberla iniciado, en las pacientes de sexo femenino
- f) Ausencia de enfermedad física que pudiera desencadenar el proceso anoréxico secundariamente.

La presencia de la anorexia, amenorrea, y adelgazamiento han favorecido que en Castellano y en Francés sea frecuente referirse a esta enfermedad como la de las tres A. En lengua Inglesa suele referirse como la de las tres F en referencia a Fashion (moda), Food (alimentación), Fitness (buena forma física).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ANOREXIA MENTAL.-

Desde un punto de vista epidemiológico, los casos graves son poco frecuentes 0.50 a 0.75 % de la población total (una niña de cada 250, entre los 12-18 años), destaca que lo más frecuente es que:

- a) Se encuentre un porcentaje muy elevado de mujeres en la familia de la paciente.
- b) Que sea hijo único o bien sea el mediano
- c) La familia parece una familia normal, sin conflictos aparentes significativos y unida; cuyo nivel socioeconómico suele ser en general o medio, o alto.
- d) Afecta a niñas en el 90% de los casos
- e) Cuando afecta a los varones, el miedo a la obesidad es menor, que en las mujeres, pero la intensidad de los temores hipocondríacos, que pueden llegar a adoptar forma de delirio alrededor de la alimentación, son más intensos.
- f) En los varones es más precoz su aparición, mientras que en las mujeres suele ser más tardía.
- g) El trastorno puede durar algunos meses, incluso varios años, pero cabe destacar que en la actualidad cada vez se aprecian más casos de tipo pasajero, en los que no es rara la aparición de dos o más recaídas.
- h) La pérdida de peso oscila entre los 15-50 % en relación al peso anterior. La media se sitúa entre el 20-30%

DSM-III-R: ANOREXIA NERVIOSA.

- A) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal según la edad y la talla.
 - Pérdida hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso en aumentar el peso esperado en el período de crecimiento, con un peso de un 15% por debajo del teórico.
- B) Miedo a ganar peso o a ser obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; se queja de que "se encuentra gorda" aún estando emaciada o cree que alguna parte del cuerpo resulta "desproporcionada".
- D) En las mujeres, ausencia de lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; administración de estrógenos).

La anorexia nerviosa es una enfermedad más frecuente en las sociedades occidentales. Nylander (1971), en Suecia, señala una frecuencia de 1/150 en adolescentes y Schawabe, observa un índice de 1/200 en las sociedades socioeconómicamente desarrolladas.

En un estudio epidemiológico efectuado en nuestra Unidad de Psiquiatría del Vall d'Hebrón, encontramos que la prevalencia en cuanto a la edad (mayor incidencia) se encontraba entre los 13-15 años, en una muestra analizada de 106 pacientes con anorexia nerviosa en edades comprendidas entre 10 a 21 años, y en un 20 % de estos casos la anorexia se desencadenó antes de la aparición de la menarquia, destacando que deben excluirse un 10 % que eran varones.

El número de hijos que constituían la fratria de estas pacientes oscilaron entre 2 y 4. El hijo único, a diferencia de lo que describen la mayoría de los autores, apareció en un muy reducido porcentaje en nuestra muestra y curiosamente la afectación de anorexia nerviosa en el segundo hijo con un hermano menor, fue la más frecuente.

Como estrato social predominante, encontramos una mayor incidencia de casos en la clase media acomodada y media-alta.

Entre los antecedentes personales, valorados en la muestra: El embarazo y parto fueron normales. El período neonatal era normal. Los organizadores psicoafectivos, fueron normales en todos los pacientes. La evolución psicomotriz y del lenguaje, también era normal en el 90% de los pacientes analizados.

Como datos anormales, dignos de consideración, destacaba, la presencia de:

- a) Alteraciones del sueño en el 66% de la casuística (insomnio, pesadillas, sueño agitado y cansancio al despertar).
- b) Entre los antecedentes familiares, en el 34% se apreciaba la existencia de una alteración psicopatológica relevante.
- c) Llamo la atención la existencia en un 35 % de los casos, de un duelo por pérdida debida a un fallecimiento de familiar próximo

El perfil de personalidad de las madres, en el estudio que nos estamos refiriendo se apreció que los rasgos más preponderantes fueron:

- a) Miedo a la muerte de sus hijos,
- b) Miedos de muerte,
- c) Dependencia respecto a su propia madre.
- d) Actitud de sobreprotección.

El perfil de la personalidad del padre, se definía en cambio a través de los siguientes rasgos que fueron los que aparecieron en mayor predominio:

- a) Función de padre "nutridor" (suple las funciones de la madre).
- b) Personalidad débil con ausencia en la capacidad de ejercer un rol de discriminación a través de la autoridad
- c) Actitud de dependencia de su propia madre.

De acuerdo con las exposiciones que se obtuvieron en las entrevistas a los padres, se encontró que los desencadenantes atribuidos por la familia al inicio de la enfermedad, más frecuentes, fueron los siguientes:

- a) El 30% de los casos lo atribuían a la obesidad y a la intención de reducirla,
- b) En el 23 % de los casos, la familia no reconocía ningún factor desencadenante.

La clínica que aparecía más frecuentemente en la entrevista de exploración de la paciente era compleja y combinaba diversos rasgos clínicos entre sí:

- a) De depresión,
- b) De normativización conductual (actitud de sometimiento a la norma familiar-social sin iniciativa, ni creatividad)
- c) Actitud afectiva muy absorbente y dependiente.
- d) Disociabilidad, con incapacidad para establecer una relación amistosa duradera o enriquecedora

En el análisis de los sueños destacaba la presencia de temas de muerte, angustia, alrededor de la alimentación y del abandono.

El dibujo, a nuestro parecer es uno de los datos más constantes de expresión del estado anímico de los pacientes con anorexia nerviosa, y presenta unas características concretas que evolucionan hacia la diversificación a medida que la paciente resuelve la situación creada; es de estilo perfeccionista, vacío, no suelen haber figuras humanas o están alteradas, son personajes estereotipados, dibujados de espalda o de perfil o amputados, suelen ser dibujos construidos con rigidez e infantiles.

En aquellos que presentaban antecedentes patológicos previos, sobresalía la patología de inhibición como la más prevalente. Los trastornos más manifiestos fueron:

- a) Fobias en el 49%
- b) Obsesiones en el 47%.

El rendimiento escolar era claramente brillante en el 47% de la muestra y normal o bajo en el 45% restante; merece la pena tener en cuenta que el resultado escolar de brillantez, que suele citarse al hablar de estos pacientes, por lo tanto, solo corresponde a la primera fase de la enfermedad y baja rápidamente, después.

La sintomatología acompañante más frecuente en la primera fase, o fase prodrómica, fue: actitud general de "niño prudente", con irritabilidad asociada, obsesividad y dependencia. En la segunda fase, o fase de estado, destacaron como alteraciones más frecuentes la presencia de fobias, obsesiones, irritabilidad y hiperactividad. Y por último en la tercera fase, o de caquexia, fueron la pasividad y la inhibición al igual que las fobias y obsesiones, los síntomas acompañantes más frecuentes.

Generalmente, la evolución ponderal consistió en una mejoría inicial, un empeoramiento a mitad del tratamiento y una estabilización en bajo peso. Un 20% presentó una mala evolución ponderal.

No hay descritas remisiones espontáneas. Puede, en caso de no someterse a un tratamiento correcto, cronificarse a 15 o 20 años. El peso es lo que más fácilmente se normaliza y la amenorrea lo que se resuelve más tardíamente. El 50% presenta una vida social insatisfactoria.

A menudo, se acompaña de fases de obesidad. El rendimiento escolar es brillante, menos como acabamos de señalar en los períodos de agravación sería acompañados de adelgazamiento importante. Los síntomas psiquiátricos pueden evolucionar a patologías diversas. Presentan episodios depresivos en el 70% de los casos. La muerte aparece en el 5%

El suicidio en el 20% de más de 18 años y en el 15% de las pacientes de entre 15 y 18 años.

El análisis de los casos muestra que el pronóstico es más favorable cuando el inicio es en la primera adolescencia (12-15 años), si hay un incremento ponderal antes del inicio, o si existe un trauma psicológico anterior. También si existe un estado de sufrimiento, no hay hiperactividad, hay noción de hambre y la fratria del paciente es poco numerosa.

En cambio, el pronóstico es desfavorable si hay hospitalizaciones previas y de larga duración y se acompaña de manifestaciones obsesivas importantes.

También desde un punto de vista epidemiológico, hemos observado un incremento en los últimos años pero no disponemos de estudios en España que lo corroboren estadísticamente, en forma precisa.

La estructura psicopatológica de estos pacientes, a nuestro entender, está en relación con determinadas dificultades precoces en la organización de la personalidad y al fracaso que significa la pubertad, al no disponer en este estadio del desarrollo, de recursos personales suficientes para investir, satisfactoriamente, las pulsiones que aparecen en la pubertad y adolescencia; y poder elaborar una organización psicoafectiva eficaz de su personalidad que le permita asumir la totalidad de la individuación.

Son pacientes eficaces frente a las expectativas ambientales, sumisos y normativizados, con conductas adultizadas, que configuran el comportamiento descrito como "del niño prudente"

La familia de la anoréxica es disfuncional, con importante dependencia madre-hija. La interacción entre los comportamientos de sobreprotección, rigidez e intolerancia por una parte y los conflictos por otra, a través del comportamiento de evitación, sería el organigrama fundamental de este esquema familiar alterado, cuyo rol activo es llevado por la madre y el inoperante, pasivo, por el padre.

- a) Un grupo de madres se describen como dominantes, rígidas, y que evitan las manifestaciones emocionales.
- b) Otro grupo presenta una personalidad fóbica, a veces con formaciones reactivas, de tipo obsesivo.
- c) Y un tercer grupo, que es el más frecuente, son depresivas, con clínica manifiesta o latente, y son la causa de la no independización del paciente. La ansiedad no les permite soportar la angustia de separación del niño en el octavo mes de edad, manteniéndose la dependencia y no permitiendo su individuación.

En el estudio a que nos referíamos anteriormente destacaba este tercer grupo llamando la atención la dependencia de la madre del paciente con su propia madre.

EL padre es de personalidad débil, sometido a la madre, sin autoridad y con un rol pasivo. En nuestra casuística el padre era esencialmente pasivo y "nutridor" y suplía las funciones de la madre.

ANOREXIA MENTAL: CUADRO CLÍNICO

a) Disminución de la ingesta alimentaria:

La disminución de la ingesta alimentaria se instaura lentamente o de pronto aparece una reducción clara, come menos, justificándolo frente a los familiares con diversos argumentos:

- 1) Quiere seguir un régimen, para perder algunos kilos, por poco que presente un mínimo de obesidad, parece a los ojos de la familia como algo enteramente justificable, creen que su deseo es el de agrandar y estar más seductora a los ojos de sus compañeros.
- 2) Ha sufrido recientemente un accidente traumático que de alguna manera ha podido afectarla, pérdida de un amigo querido, un fracaso escolar, separación forzada de la familia, una experiencia sexual desagradable, una ruptura afectiva, etc.

Los padres ven como normal el cambio de ritmo en sus hábitos alimentarios y lo justifican como una afectación transitoria por el trauma

El cuadro evoluciona en tres-seis meses, se agrava y se convierte en una situación cada vez más patológica y clara.

- a) Presenta miedo permanente a ser gorda
- b) Se queja constantemente de estar obesa
- c) Se pesa con regularidad y se mira al espejo continuamente sin ser capaz de percibir su propia delgadez.

CIE-10: F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (II)

Es un síndrome independiente:

- a) Es nítido. Gran acuerdo entre profesionales.
- b) El control evolutivo muestra rasgos clínicos que se cronifican a lo largo del tiempo.

Las causas de la anorexia nerviosa:

- a) No se conocen con certeza (interacción de factor cultural y psicológico)
- b) En menor grado intervienen mecanismos como la vulnerabilidad de la personalidad.

Se asocia:

- a) A malnutrición variable con afectación secundaria endocrina y cambios metabólico.

Se duda de si el trastorno endocrino es debido a la malnutrición o si es resultado del comportamiento (dieta selectiva y restrictiva, ejercicio físico excesivo, practica de vómitos y purgas, con alteración electrolítico secundario);

d) En ocasiones a pesar de su voluntad de adelgazar presenta episodios bulímicos con ingesta súbita de una cantidad importante de alimentos, que le generan sentimientos de humillación y culpa.

e) Para perder peso echa mano de diversos recursos como son: Vomitar, ingerir laxantes, tomar diuréticos, enemas, al mismo tiempo que incrementa el nivel de sus actividades físicas y sociales como forma de consumir el máximo de calorías

A lo largo de todo el primer período de la enfermedad, la anorexia es muy probablemente un termino inadecuado, puesto que la paciente más que una falta de apetito lo que tiene es una sensación intensa de hambre, pero hay una lucha contra esta hambre y la anorexia es mas, entonces, un rechazo a alimentarse que no una perdida de apetito. En períodos más tardíos de la enfermedad el apetito desaparece.

b) Adelgazamiento

La perdida de apetito se sigue de un adelgazamiento progresivo, que reviste en ocasiones un aspecto impresionante: Se reduce, se funde el panículo adiposo y la masa muscular (amiotrofia), cae el pelo (alopecia), el pelo es ralo, las uñas se tornan quebradizas, la piel se reseca, la cara es inexpresiva y el cuerpo esquelético.

Cuando el peso llega a un nivel de perdida del 50 % se instaure un estado de caquexia, apareciendo entonces síntomas específicos como: Hipotermia, bradicardia, hipotensión, hipoglucemia, hiponatremia, hipokaliemia (en aquellos casos que la paciente ingiera laxantes).

También pueden aparecer concentraciones altas de la hormona de crecimiento y del cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Se altera, pues, el funcionamiento hipofisario (Panhipopituitarismo de Simmonds)

En los enfermos prepúberes hay que estar atentos cuando no pueden alcanzar la ganancia de peso propia del crecimiento, ya que puede ser un síntoma que aparezca como manifestación de adelgazamiento

Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasan las manifestaciones de esta o, incluso, se detienen: En las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, no pareciendo la menarquia, en los varones persisten los genitales infantiles. Si se produce la pubertad en la fase de recuperación, la menarquia será tardía.

PERDIDA DE PESO

Esta provocada por el mismo paciente:

- a) Evitación de consumo de alimentos que engordan
- b) Vómitos autoprovocados
- c) Purgas intestinales autoprovocadas
- d) Ejercicio excesivo
- e) Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

c) Actividad física y social

A pesar del adelgazamiento, se encuentra en buena forma tanto desde un punto de vista cognitivo como físico. La acción, que desarrolla constantemente, busca más la consecución de un buen resultado, de acuerdo con las reglas de la competitividad, que no una satisfacción, lo que da un cierto carácter compulsivo al comportamiento, que a su vez tiene una cierta rigidez, y necesita superarse, autovencerse, continuamente. La actividad desarrollada en general sobrepasa los límites físicos de la paciente de forma amplia.

d) Amenorrea

La desaparición de la menstruación no esta, como quizás podría pensarse, en relación con el adelgazamiento. Desaparece la regla antes que la pérdida de peso llegue a un nivel de suficiente intensidad como para que pudiera ser su causa. Y a su vez reaparecen mucho más allá de haber conseguido la recuperación del peso corporal

e) Interés sexual

No asume las pulsiones propias de la pubertad y la preadolescencia, niega sus caracteres sexuales secundarios. No integra sus transformaciones evolutivas.

Cuando acepta aparentemente la sexualidad, esta, adopta el aspecto de algo extraño a ella o ajeno, como si hablara automáticamente, sin que represente un motivo de seducción o atracción. Siempre se aprecia la negación del rol sexual, y de haber una relación sexual esta carece de la relación dinámico-afectiva que debe caracterizarla.

f) Anorexia en varones

Aparece en un predominio del 5% (para nosotros su incidencia es mayor, hasta un 11-12% en nuestra muestra). La eclosión se da en el período prepuberal o sino esta desencadenado por el mismo (generalmente de forma muy brusca a veces reviste forma traumática).

La pérdida de la libido sexual equivale a la amenorrea femenina

Uno de los rasgos destacables es el déficit en la identidad masculina

Hay antecedentes familiares psicopatológicos de consideración, en los padres (patología de inhibición grave, homosexualidad, depresión y ansiedad endógenas)

Es de mal pronóstico (frecuentemente suele ser un signo precoz de una psicosis)

g) Anorexia en adultos

Si aparece a partir de los 25 años no debe considerarse como una anorexia nerviosa del adolescente. El trastorno en estos casos es casi siempre la manifestación clínica secundaria y habrá que descartar la presencia de una psicosis, un tumor cerebral o una depresión; en este último caso siempre que la pérdida de peso no sea excesiva.

CIE-10: F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (III)

Criterio diagnóstico

1) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de Quetelet, BMI, de 16 ó menos).

2) La pérdida de peso es por:

a) Evitación de los "alimentos que engordan";

b) Uno o más de lo siguiente:

- Vómitos auto-inducidos;

- Purgas auto-inducidas;

- Ejercicio físico excesivo;

- Uso de inhibidores de apetito y/o diuréticos;

3) Distorsión de la imagen corporal, mediante la cual el

miedo a la obesidad y flacidez del cuerpo actúa como idea sobrevalorada intrusa, y se impone un bajo peso.

4) Trastorno endocrino amplio que afecta el eje hipotálamo-

pituitario-gonadal, que se manifiesta por amenorrea y en el varón con pérdida de interés sexual e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de pérdidas metrorrágicas en mujeres anoréxicas que están en tratamiento con terapéutica sustitutiva hormonal, como píldora contraceptiva).

También suelen encontrarse niveles elevados:

a) De hormona de crecimiento,

b) De cortisol plasmático,

c) Modificaciones en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea

d) Anomalías en la secreción de insulina.

5) Si el inicio es en la edad pre-puber, se retrasara la

secuencia de los procesos pubéres (se para el crecimiento); en las niñas, los senos no se desarrollan y hay una

amenorrea primaria; en los jóvenes varones, los genitales quedan juveniles. Con la recuperación, la pubertad es normal, pero la menarquia aparecerá más tardíamente.

El peligro de recaída tras la adolescencia, se producirá coincidiendo con momentos vitales importantes: Boda, nacimiento de un hijo, duelo afectivo, etc.

Este trastorno tiene pronóstico de cronificación.

En el caso de que una persona que ha padecido o padece una anorexia tenga hijos, existe el peligro de que estos sean sometidos a regímenes severos, como consecuencia de la perversión oroalimentaria de la madre.

EXPLORACIÓN:

a) Características:

- 1) Piel seca
- 2) Caída del cabello
- 3) Presencia de lanugo
- 4) Signos de deshidratación
- 5) Alteraciones dentarias
- 6) Cianosis en las extremidades, síndrome de Raynaud frecuentemente
- 7) Edemas en las mejillas y en zonas preorbitarias.

Es necesario atender los síntomas que permiten una diferenciación de los síndromes de origen orgánico

PSICOPATOLOGÍA:

La práctica clínica no permite en la actualidad, describir a la anorexia como una patología específica en si misma como algunos autores todavía pretenden.

a) Diversos tipos de problemas pueden encontrarse, que justifican el polimorfismo evolutivo que hoy día presenta el cuadro, cuando se le considera en su globalidad.

- a) Aspectos histriónicos-disociativos
- b) Aspectos obsesivos
- c) Estados limites de la personalidad. Personalidad simbiótica
- d) Características esquizoides de la personalidad
- e) Características maniacodepresivas

b) Es una reducción simplista situar la problemática etiopatogénica y psicopatológica de la anorexia en una sola categoría nosográfica.

c) Rasgos psicopatológicos de interés

1) Fobias.-

- La dismorfofobia parece uno de los síntomas claves del inicio del síndrome (vigilancia y aprensión ante el crecimiento de las diversas partes del cuerpo que proclaman los caracteres secundarios puberales: muslos, caderas, abdomen, que al iniciarse el desarrollo puberal pueden manifestarse especialmente disarmónicos)
- Fobia a contemplarse en el espejo o incapacidad para verse a si misma ante el espejo (evitación).
- Miedo a engordar
- Fobia a determinados alimentos de cierto nivel calórico
- Fobia a alimentos en función de su forma y color
- Fobia social y aislamiento consecuente a experiencias traumáticas (humillación social: La llaman "gorda" o "exuberante" o "empollona", etc.)

2) Obsesiones y compulsiones.-

- Rituales ante la comida (rigidez horaria, exigencia de control calórico)
- Manipulación de los alimentos (destrucción y elaboración)
- Robo de alimentos u otros objetos significativos: dinero.
- Gimnasia e hiperactividad compulsiva
- Obsesividad en las costumbres y obligaciones (adultizado y superyoico, carácter operante).

3) Pobreza fantasmática (déficit en la capacidad de fantaseo).-

- Temor a la fantasía de no poder dejar de engullir alimentos que son deseables

4) Rasgos depresivos.-

- Como elemento desencadenante:
Depresiones reactivas, un duelo (perdida o peligro de perdida, descontextualización, ruptura de la situación simbiótica)
- Como consecuencia del deterioro físico progresivo hasta llegar a la muerte: la melancolía.
- Síntomas depresivos clásicos:
Irritabilidad, anhedonia, cefalalgias, abdominalgias, déficit operativo, déficit fantasmático, sentimientos de baja autoestima, insomnio severo, etc.

5) Rasgos histéricos.-

- Como personalidad de base:
(frecuente en anorexias prepuberales y en aquellos casos en que hay un acontecimiento traumático de origen incestuoso o pseudoincestuoso: padres etílicos y violentos) la ingestión oral es confundida en la fantasía con la relación sexual. La relación tempestuosa con el padre no es más que la defensa de la situación edípica.
- Como síntomas que aparecen en el período de remisión, indicativos de una relación familiar menos diádica y más triangular (egocentrismo, tiranización, seducción y manipulación, mentiras, etc.)

d) Etiopatogenia

Diversos factores se combinan en la génesis de la anorexia:

1) Organicidad

Para algunos la anorexia mental del adolescente se ha considerado como una alteración de tipo neuro-endocrina central (Panhipopituitarismo de Simmonds) consistente en un descenso general en la actividad de la hipófisis (adenohipófisis y neurohipófisis)

Otros creen que el centro hipotalámico de control del hambre y de la saciedad están disregulados.

Las hipótesis centradas en una comprensión fundamentada en un origen orgánico hoy

por hoy siguen sin demostración, las alteraciones endocrinas corresponden más al estadio medio de la enfermedad y al último que no del inicio como debería ser, si fueran un factor causal real.

2) Estructuración psicopatológica

Las alteraciones psicopatológicas son diversas, que van desde problemas mínimos de adaptación hasta problemas graves de personalidad.

Los más frecuentes son los siguientes:

a) La anorexia viene a expresar un conflicto de independencia y autonomía, donde la alimentación es un territorio excelente para establecer el conflicto de relación dependiente/independiente con los padres.

Intenta manipular, dominar, superar a los padres de la misma forma que lo hace con su cuerpo

b) La anorexia expresa una conflictiva en relación a la pulsión sexual. Rechaza el reconocimiento de su rol sexual genital y de las transformaciones puberales consiguientes. El adelgazamiento, el abandono de las actitudes seductoras, ponen de manifiesto el rechazo a asumir el rol sexual femenino y aceptar juego relacional con el sexo opuesto

c) Expresa una distorsión de la imagen corporal, que es vivido de una forma especial. El cuerpo es maltratado, para convertirlo en algo etéreo, vaporoso, cuyos malos instintos deben ser rechazados y destruidos

3) Constelación y dinámica familiar

La constelación familiar y su dinámica relacional presentan ciertas características que son preponderantes en un número elevado de casos.

El padre se encuentra en un segundo plano de las decisiones y tiene escasa preponderancia afectiva, esta excluido o ausente, con una actitud permisiva, no ejerce autoridad e interviene raramente en las relaciones familiares.

Frecuentemente hay una cierta complicidad relacional padre-hija, consistente en una leve fascinación por parte del padre hacia la conducta anoréctica de la hija, y esta seducido por la capacidad, de la paciente, en obtener buenos resultados y se siente orgulloso de lo que considera fuerza de voluntad y no expresión de una enfermedad.

La madre, suele ser mujer protectora, facilitante, dominante a través de su ansiedad de anticipación, generalmente hipocondríaca, pendiente de la apariencia física y que se valoriza a si misma a través de la hija; tiene gran dificultad en reconocer las dificultades



reales de la hija y su anticipación actúa como yugulante continuo de la independización psicológica de la hija.

Los padres suelen ser exigentes, gustan que su hija sea una niña modélica, prudente y obediente, exitosa en sus estudios y educada en la relación social. (La dependencia de la niña a lo largo de toda su maduración, no ha modificado las expectativas parentales y el modelo de comportamiento que ellos desean de ella, es el que esta siempre ha tenido, que además se ajusta totalmente a la exigencia cultural educativa)

Hay antecedentes familiares de enfermedades mentales

La familia socioeconómicamente, en general, pertenecen a un grupo de clase media alta o alta.

Las alteraciones familiares no necesariamente son las determinantes de la eclosión de la enfermedad, es posible que la alteración dinámica relacional sea anterior a la aparición de los trastornos, pero muy probablemente la relación todavía se agrava más a través de la anorexia de la paciente y de la fuerte actividad manipuladora que suele hacer de si misma y de la familia.

La dinámica relacional parental aparentemente no presenta ni conflictos ni problemas y los desacuerdos a primera vista no desvelan el cierto desequilibrio que cuando se explora se manifiesta claramente a través de:

- a) Esposa dominante ansiosa, marido sumiso y ausente
- b) Relación rígida, estereotipada, normativizada, con un nivel de comunicación o ausente o patológico.
- c) Déficit en la expresión afectiva con escasez de reacciones airadas o de ternura.
- d) Los comportamientos sexuales están desplazados o no son objeto específico de relación o se ignoran.
- e) El inicio del tratamiento pone de manifiesto la implicación que los padres tienen en el proceso, puesto que se oponen a la hospitalización, a la psicoterapia y incluso a veces son claramente cómplices de la patología de la adolescente

Esquemmatizando y en relación a nuestra experiencia hemos encontrado como datos a señalar que:

- a) En el conflicto cerrado entre madre e hija, el padre no tiene cabida: ante las

situaciones dramáticas de las dos primeras cualquier intento de imposición de autoridad por parte del padre es desautorizado por la madre.

b) Hay una tensión rivalizante entre ambos padres por el amor de la hija.

c) La Madre, caracteriza por:

- Rasgos marcados fóbico-ansiosos
- Depresión franca o/y enmascarada tras comportamientos rígidos
- Temor al desbordamiento emocional.

d) Padre, caracteriza por:

- "Ausente", rasgos caracteriales (extrema blandura)
- Identificaciones de tipo femenino.
- Componente depresivo endógeno y antecedentes de alcoholismo.

e) Aunque percibido individualmente, el niño, no ha sido investido por si mismo sino que, es la imagen narcisista de los padres que cumplirá los deseos que ellos no han podido realizar.

f) Hay un falta de refuerzo hacia las actitudes de autonomización del hijo (hay un fallo en la identidad corporal del niño, con trastorno perceptual y de reconocimiento de sus propias funciones; la obediencia y el conformismo son el resultado de un Ideal del Yo que esta al servicio de responder al deseo del otro)

g) Cuando el niño no come toda la familia se siente atacada, agredida. En ocasiones los padres niegan la sintomatología del hijo y no ven su delgadez hasta tarde.

En las "Familias autocentradas" (no amigos, no familiares), el Matrimonio caracteriza por:

a) Conflicto latente, la madre ocupa el rol dominador, la imagen del marido esta desprestigiada (decepcionante al lado de la figura del abuelo materno fuerte y nutridora).

b) Interferencia hiperexigente de la abuela materna (de rasgos histéricos) sobre la relación matrimonial y sobre la educación de los hijos.

c) Incapacidad de expresión de los conflictos y de las diferencias (no se habla).

d) Formaciones reaccionales: Sumisión. Intercambio de roles: La hija ocupa el lugar del padre y viceversa. Confusión de los roles sexuales. Cada uno de los cónyuges delega en el otro el rol de madre (cuidador y controlador) y el del niño

(rol del protegido y débil).

Desde un punto de vista sistémico: La familia funciona como un solo organismo, unas partes condicionan a las otras, por ello no existe el abandono del síntoma de uno de los integrantes.

El síntoma tiene por objeto preservar la unidad de la familia, cumple una función homeostática y estabilizadora. Es la única forma de adaptación del sujeto a la situación familiar (a través del síntoma).

El liderazgo dinámico-relacional de la familia anoréxica esta en la madre.

La relación de la madre con su hija anoréxica es el fruto de la relación con su propia madre (fijación afectiva de carácter homosexualizado latente de la madre con su propia madre, que dará lugar a una: Relación idealizada, profundamente ambivalente hacia la madre y una viva decepción edípica con el padre (no aceptación de lo masculino).

Se encuentra una interpenetración entre todos los miembros de la familia con una falta de diferenciación entre ellos, con la transgresión de las barreras intergeneracionales, o sea "el matrimonio a tres"

4) Interacción dinámica-relacional:

a) Alteración relación madre/hija cuyo inicio se sitúa en los primeros estadios del desarrollo. La madre establecería una relación estereotipada, normativizada, para satisfacer las necesidades no como la niña las siente sino como ella cree que las siente.

Atiende a las necesidades de la hija como si fuera un modelo cultural (información externa, libro, etc.), pero sin sensibilidad para reconocer la demanda de la niña, o quizás la ansiedad e inseguridad que presenta no le permiten aceptar su percepción de las necesidades de su hija y utiliza un modelo cultural que le permite tener seguridad.

La niña no aprende a reconocer las necesidades de su propio cuerpo, puesto que toda demanda que presenta es satisfecha con una actitud externa de alimentarla, no permitiéndole separar las demandas de satisfacción alimentaria de las de satisfacción afectiva o de juego relacional.

La anorexia se enclava en la posición depresiva del Yo descrita por M.klein, alrededor del sexto mes de la vida (primera vivencia de perdida de objeto, porque esta fuera del Yo del bebe y tiene una entidad a parte.)

En dicho período, existe una gran fusión entre madre e hijo con ausencia de frustración en las relaciones y cuidados "físicos" y carencia de capaci-

dad fantasmática en la madre (reverie) que le permita imaginar lo que su bebe desea más allá del plano físico.

Dicha posición se enquistada impidiendo que tenga lugar el proceso de simbolización (recreación fantasmática de la madre ausente).

En su lugar predominara la dependencia, no habrá un intercambio de deseos, fantasías afectivas ni abstracciones.

Se agrava más al unirse una particular ausencia de la figura del padre bien física o por falta de significación para la madre.

Esta relación simbiótica de dependencia, con imposibilidad de individuación, se alarga, llegando hasta la pubertad.

La adolescencia es psicobiológicamente la renovación del intento de individuación del ser humano.

Los mecanismos que emplee este adolescente preanoréxico serán tan precarios como los que ha aprendido en su infancia: Pobreza simbólica y de abstracción y por lo tanto incapacidad para elaborar lo que le sucede, déficit en el pensamiento operante.

El anoréxico es por excelencia mujer (por la igualdad de sexo con la madre).

La hija será educada, y sobreeducada, en base a una imagen ideal buscada por la madre a consecuencia de la propia relación frustrante que ella vivió con su propia madre. Este afán de superación insatisfecho es proyectado en la hija.

El tipo de relación es frío y sobreprotector, en el que esta ausente el contacto corporal y lo que queda de este se limita a: La limpieza, alimentación, los estudios y otras actividades de tipo reglamentada. "querer, significara: Alimentar y educar".

Estructura de carácter:

Es una niña que ha sido una pequeña adulta, que no ha jugado con muñecas (déficit de fantasía y de la utilización del objeto transaccional); en la primera infancia pudo haber una hipermovilidad física en contrapartida al proceso simbólico, que no ha sentido celos de los hermanos pequeños, ni ha mostrado jamás oposicionismo hacia la madre (cualquier intento de autonomía vital no ha

aparecido; no han habido separaciones frecuentes, ya que se han opuesto tanto la niña como la madre)

La pubertad:

En general los cambios puberales en el niño comportan:

- Aumento de tensión corporal, libidinal
- Cambios corporales más o menos equilibrados
- Cambio de las necesidades: Relación de grupo
- Cambio de los patrones de los padres por los del grupo adolescente.

Adolescencia:

- Primeramente: La angustia de separación inhibe la identificación sexual. Hay un rechazo masivo del cuerpo y de sus necesidades fundamentales.
- Cuando empieza a intuir el cambio, y percibe que ya no es como la madre quiere, tiene miedo.
- La relación simbiótica con la madre puede derivar, en un intento precario de autonomía, hacia la relación simbiótica con una amiga.
- Si en este intervalo de tiempo ocurre un acontecimiento traumático de pérdida, de desengaño o bien de descontextualización de los pocos vínculos que posee, estará en riesgo de depresión, de pérdida de recursos y de recurrencia a una conductualización en vez de elaborar el comportamiento. (Puesto que de base, no posee suficiente bagaje abstracto para poder mentalizar y elaborar el problema). Otra reacción posible es la huida y la negativa a afrontarlo.

Como contrapartida se desarrollara una defensa narcisista y maniaca contra estos temores de pérdida y esta depresión: Prescindir de las necesidades del cuerpo (no comer, prescindir de la sexualidad), de las necesidades emocionales (aislamiento social)

En esta regresión la relación con la madre vuelve a tomar relevancia y retoma mecanismos y conductas infantiles: a) Desea ser alimentada como un bebe (la madre no sabe comprender y cuidarla de otra forma: la alimenta); b) Polariza totalmente la atención de la madre (se apoya en los resquicios de la relación matrimonial de los padres, los enfrenta pero los vuelve inseparables en la desgracia)

Se defiende de los sentimientos de enamoramiento hacia el padre (en un atisbo de resolución edípica) y se hace eco de los sentimientos de desprecio de la madre hacia el padre.

b) La niña tiene una mala imagen de su cuerpo y del significado de la ingesta, que implica engordar, comer, incorporar las actitudes maternas insatisfactorias y frustrantes afectivamente.

Debe dominar el hambre, negándolo, puesto que la ingesta es un "algo" destructor y la obesidad sería otra forma de destrucción.

El cuerpo puede aceptarse si se transforma en algo etéreo, que se funde en el espacio, en algo que no existe y que evidentemente no se manifiesta a través de sus necesidades. Hay una ideación paranoide del cuerpo.

5) Condicionantes sociales

Parece evidente a la luz de ciertos trabajos que ciertos factores de tipo cultural intervienen en la génesis de la anorexia mental sea como desencadenante o como elemento distorsionador.

Ciertos estereotipos poderosos determinan que la imagen femenina debe reunir condiciones sexuales atractivas, imponiendo determinantes de belleza y seducción específicos.

Las adolescentes están sometidas a una presión cultural mucho más intensa y comprometida que los adolescentes en cuanto al aspecto de su imagen corporal y a las especificidades del desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios.

Todo influye en sus hábitos físicos, de comportamiento social, de alimentación, deportes, etc.

Por todo ello el ideal de delgadez, condiciona la aparición de actitudes estéticas y dietéticas determinadas, una vez ha aparecido la anorexia esta actitud mantiene un beneficio secundario, que favorece la resistencia a abandonar las actitudes anorécticas.

En las últimas décadas la frecuencia del síndrome ha aumentado notablemente, más en las clases acomodadas, menos en las poblaciones de inmigración. Se considera una enfermedad que aparece fundamentalmente en las sociedades occidentales u occidentalizadas, como es el caso del Japón, más recientemente, (en los países más desarrollados, se destaca que cada vez se ve más un aumento progresivo en la incidencia de anorexia en varones como Suecia y Suiza)

Estos factores culturales, en ningún momento deben valorarse como la causa única o fundamental de la anorexia puesto que en otros momentos de la historia, en el que el modelo de belleza femenina no se centraba en la delgadez también las anorexias

sentían la necesidad de conseguirla y les aterrizzaba estar obesas, como a las pacientes actuales.

Resumiendo y con interés simplificador podríamos decir que la anorexia tiene rasgos que son encuadrables en varias patologías:

a) En caso que se de un mayor y diverso numero de rasgos psicopatológicos de un tipo determinado, la anorexia será secundaria a otro proceso psicopatológico, (esto no significa que si no se aborda terapéuticamente, no pueda devenir una anorexia verdadera, con peligro de la integridad física del paciente).

b) Las causas de instauración residen en dos factores fundamentales interrelacionados:

- 1) La patología familiar parental (padres ambos psicopatológicos, disfunción matrimonial y familiar, situaciones traumáticas).
- 2) Situación de abandonismo (la familia no percibe el problema o lo niega).

CIE-10: F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (IV)
Diagnóstico diferencial: a) Síntomas depresivos o obsesivos asociados, b) Trastornos de personalidad, Debe descartarse: a) Causas somáticas de pérdida de peso en jóvenes b) Enfermedades debilitantes crónicas, c) Tumores cerebrales d) Trastornos intestinales, (Enf. de Crohn, Mala absorción).

EVOLUCIÓN:

La evolución considerada en su globalidad es muy variable y va desde la curación espontánea a la muerte, y su duración oscila desde unos meses hasta la cronicidad.

Frecuentemente suele haber episodios de bulimia y recaídas frecuentes, las complicaciones somáticas no son importantes y solo las alteraciones dentarias constituyen la alteración más frecuente.

El grupo con desaparición de los problemas alimentarios constituyen el 85-99 % del total de los casos, que generalmente se acompaña de la aparición de una personalidad de tipo caracterial, en la que predominan las actitudes de manipulación y tiranización sobre el entorno, en grado variable, tras la recuperación del peso.

El grupo restante de las pacientes conservaran dificultades alimentarias y dos tercios de ellas con una fobia al peso, clara y manifiesta, evolucionando hacia la cronificación.

Las reglas oscilaran a partir del momento de su reaparición en intervalos que van de los pocos meses en las pacientes más mayores hasta intervalos de dos años.

Clásicamente se considera que la anorexia mental evoluciona en tres fases:

1) Fase de oposición al hambre:

Caracteriza por la lucha permanente contra la satisfacción del apetito y el hambre, en un contexto de insatisfacción, malestar, fondo depresivo, y malestar consigo misma

2) Fase de satisfacción maniaca:

Caracteriza por un gran optimismo, sentimiento paranoide de fuerza, de dominio, de inexpugnabilidad, de satisfacción a través de la pérdida de peso, de gran actividad a nivel social: actividades de estudios, de tipo deportivo, etc.

3) Fase de desnutrición:

Caracteriza por la instauración de una progresiva apatía con hiperactividad alternante, indiferencia, desnutrición severa.

La evolución en este momento puede tomar diversas vertientes:

- a) La anorexia cae en un estado de gravedad caquéctica que incluso puede convertirse en irreversible.
- b) Aparecen conductas bulímicas que seguidas de vómitos permiten mantener la conducta anoréctica
- c) Inicia una recuperación de peso progresiva y rápida que puede llevarla a una obesidad totalmente desproporcionada
- d) Inicia una actitud de acusación hacia el entorno familiar que desencadena graves y sucesivos conflictos, que fácilmente pueden agravarse a través de intervenciones terapéuticas desacertadas

Las posibilidades resolutorias de la anorexia giran alrededor de tres posibilidades:

1) Evolución favorable:

La curación, se consigue si la evolución es neta hacia la recuperación:

- a) Del peso, de las actitudes alimentarias y de las alteraciones hormonales (menstruación).
- b) Resolución de la problemática social con mejoría de la integración escolar y social.
- c) Si aumenta la capacidad de enfrentarse a los conflictos sucesivos de tipo existencial, y es capaz de elegir opciones relacionales, satisfactorias y enriquecedoras.

2) Evolución estabilizada:

Persisten dificultades manifiestas en diversas esferas del comportamiento si bien se acompaña de una mejoría notable en la conducta alimentaria.

3) Evolución desfavorable:

Se instaura un estado cronicado, con alteraciones graves, incluso fatales. La anorexia puede desencadenar la muerte por inanición, (la tasa de mortalidad oscila entre 3-6 % a 13-15 %, según los trabajos)

La cronicación puede manifestarse con predominio de síntomas caracteriales:

- a) Personalidad caracterial: Rigidez, predominio de las fobias y obsesiones, angustia flotante, miedos hipocondríacos.
- b) Rasgos psicóticos: Aislamiento, restricción de los intereses, pobreza afectiva, marginalidad encubierta o falsa adaptación social.

Derivación de la enfermedad hacia un predominio bulímico:

- a) Conductas de adicción, actos autoagresivos, actos delictivos, estados depresivos crónicos con sentimientos de culpabilidad, de vergüenza y de autodesprecio.

CURSO:

El curso de la anorexia puede ser episódico con diversas recaídas o de un solo episodio con una curación completa, lo más frecuentemente.

La recuperación del peso y la mejoría consiguiente en el nivel de delgadez no son signos fiables de evolución satisfactoria,

La evolución de la amenorrea y la aparición de la menstruación si que marca un punto de inflexión hacia la curación, que puede considerarse fiable

CIE-10: F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (V)

Pautas para el diagnóstico: Las 3 A:

a) Anorexia: Descartado en la actualidad (excepto si el proceso es antiguo y el hambre ha disminuido o bien si es un histérico en el que se de el síntoma conversivo de:"no tener hambre").

Hablaremos de "voluntad de no comer" y no de anorexia (falta de apetito).

b) Adelgazamiento (15% de pérdida de peso respecto del normopeso).

c) Amenorrea (por lo menos 3 ciclos en las menárquicas).

La bulimia es frecuente en períodos anteriores a la anorexia y en fases posteriores, aproximadamente un 50 % presentan una cierta obesidad después de la recuperación del período anoréctico.

Si no se reestructura la dinámica parental y se modifican las actitudes intrafamiliares tanto hacia la paciente como entre los padres, casi siempre a través de una relación psicoterapéutica, la recaída es muy frecuente.

Las conductas menores de tipo anoréctico o bulímico suelen persistir unos cuatro o seis años hasta estabilizarse de forma total. (Deben controlarse, pero con actitud de no intervenir terapéuticamente a menos de que no se conviertan en recaída)

Según la gravedad de la sintomatología pueden reconocerse diversas formas de patología anoréctica:

a) Forma de intensidad grave: Suelen ser más frecuentes en las formas tardías, presentan un aspecto caquético que amenaza con desencadenarse la muerte, suele llegar de urgencia, para hospitalización, con antecedente de hospitalizaciones repetidas. Mal estado general, es muy frecuente que se

instaure una enfermedad intercurrente que desencadene la muerte.

b) Forma de intensidad media: Episodios de anorexia que se alternan con períodos de recuperación ponderal y mejoría global, a través de una hospitalización o bien gracias a episodios de bulimia

c) Forma de intensidad leve: Son las más frecuentes, aparecen fundamentalmente entre los 13-14 años de edad, el episodio dura varios meses y después puede desaparecer espontáneamente o bien gracias a una intervención psicoterapéutica con hospitalización o no, acompañada de una parentectomía transitoria en ocasiones.

d) Variante: (sin relación con la noción de gravedad)

1) Entendemos por "anorexia pura" cuando desde el inicio del proceso predominen los conflictos oroalimentarios, y la vivencia traumática referente a la imagen corporal que desencadenan el temor a los volúmenes del cuerpo, a los caracteres sexuales y el gran temor a crecer y perder el cuerpo y las relaciones parentales de orden infantil como base del problema

Podrá revestir mayor o menor importancia según como se atienda de rápido el problema, con peligro de cronificación en caso de que transcurra un período aproximado de un año o más desde que se inició el síndrome hasta que se instaura la ayuda terapéutica adecuada.

2) Entendemos por "Anorexia atípica" aquella en la que no se dan todos los factores, como la amenorrea o la pérdida significativa de peso. Una vez descartados los orígenes somáticos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Trastorno afectivo:

Anorexia melancólica.-

1) El paciente no come porque cree no merecerlo

2) Se ha comparado la anorexia-bulimia con el trastorno bipolar, en el período anoréxico equivaldría a la omnipotencia maniaca del control de las necesidades del cuerpo y la bulimia a la fase depresiva en que la avidez de afecto es equivalente a la avidez de alimento.

Esquizofrenia.-

- 1) Idea delirante de no poseer esófago o de ser envenenado
- 2) Delirio de tipo ascético: Castigo del cuerpo, autopunición.

Neurosis histérica.-

- 1) Fantasma de fecundación oral, el cuerpo y la sexualidad están culpabilizados se diferencia de la anorexia en que habrá un mayor contenido simbólico y rico, no estará la problemática circunscrita a lo oral.

Neurosis fóbica.-

- 1) El miedo a ahogarse mientras se alimenta, habrá un despliegue de rasgos fóbicos más allá de la alimentación

Neurosis obsesiva.-

- 1) Coincide con la anorexia en el temor a alimentarse como, parte de una situación placentera y su relación con la sexualidad también posee un contenido de "miedo a la contaminación" en el acto de alimentarse. Pero con una profusión de síntomas que va más allá de la nutrición.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la anorexia exige un abordaje estratégico con aspectos diversos a atender, que deben enfocarse de forma coherente y que en cada caso presentan una complementariedad distinta.

<p>TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL H.U.M-I. VALL D'HEBRON UNITAT ADOLESCENTS UNITAT PSIQUIATRIA</p>
<p>Emplazamiento hospitalario: (Unitat de Psiquiatria)</p>
<p>a) Visitas: - 1º entrevista - 2º entrevistas (diagnosticas y terapéuticas).</p>

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) Proceso: Pasación de tests
 Diagnostico2) Psicoterapia:<ul style="list-style-type: none">- Familiar- Individual- Grupo de padres |
|---|

a) Tratamiento médico:

1) La hospitalización es necesaria en los casos graves, si la vida del paciente esta en peligro, puede ser necesario la alimentación por sonda o por vía parenteral. La hospitalización puede también ser conveniente para iniciar una parentectomía que facilite la intervención psicológica-psicoterapéutica

2) La medicación es en general inoperante y si bien los antidepresivos en algún caso son de ayuda (casos de apatía grave, humor depresivo intenso, lentitud extrema), esta eventualidad es la menos frecuente y a veces incluso prolongan la consecución de una respuesta eficaz terapéutica global del paciente.

<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL H.U.M-I. VALL D'HEBRON UNITAT ADOLESCENTS UNITAT PSIQUIATRIA</p>
<p>Emplazamiento hospitalario: Unidad de Adolescentes:</p>
<p>a) Hospitalización: 1) Box de 4 camas con otros pacientes 2) Disposición de 6 camas psiquiátricas. 3) Tiempo máximo de hospitalización: 6 a 8 semanas.</p>

El Clorhidrato de ciproheptadina a dosis progresiva, (dosis mínima 40 mgrms. /día, dosis máxima 96 mgrms. /día, duración del tratamiento: de 4 a 8 meses.) con mantenimiento de un nivel alto de administración se ha mostrado eficaz, y permite disminuir el porcentaje de parentectomías, hospitalizaciones y a su vez disminuye la media de duración de un tratamiento psicoterapéutico, en nuestra experiencia.

Los neurolépticos (derivados fenotiazínicos) pueden estar indicados cuando se aprecia la existencia de sintomatología psicótica asociada. En algún caso puede ser oportuno administrar algún ansiolítico suave.

b) Tratamiento conductual:

1) La hospitalización puede indicarse, en los casos de intensidad media, para conseguir una ruptura o como ya hemos señalado como sustituto de una parentectomía o como fase previa, más todavía si existe un nivel alto de tensión familiar o las actitudes parentales y su nivel de angustia son de difícil abordaje.

2) El contrato, (se le responsabiliza de que debe conseguir un determinado peso para que pueda hacer otra determinada cosa) es de gran utilidad, permite establecer una base nueva relacional, con una clarificación de medidas de gratificación-satisfacción o de insatisfacción.

Parece de interés el facilitar dos imágenes parentales una con autoridad, que ejerce la función de punición, cuando conviene, con la suficiente dureza en la actitud relacional y otra afectiva, receptiva, permisiva, si bien no facilitante.

3) La participación de la adolescente en las tareas de la sala y su relación cordial con el personal sanitario, favorece su resolución.

**TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL
H.U.M-I. VALL D'HEBRON
UNITAT ADOLESCENTS
UNITAT PSIQUIATRÍA**

Criterio de ingreso hospitalario:
Instauración grave del síndrome.

- a) Voluntad firme de no comer
- b) Amenorrea de 3 ciclos consecutivos
- c) Adelgazamiento superior al 25% del peso ponderal
- d) Adelgazamiento menor pero:
 - 1) La pérdida de peso es vertiginosa: 500 o 1000 grms. por semana
 - 2) Bloqueo de la operatividad familiar:
 - Incapacidad de control
 - Grado de estrés y angustia insostenible
 - Antecedentes de violencia, de descompensación emocional de uno o todos los integrantes familiares.

4) Objetivos psicoterapéuticos hospitalarios

a) En relación al paciente:

- 1) Ruptura de los patrones fijos de comportamiento paciente-familia.
- 2) Establecimiento de una normativa institucional que sirva de contención del paciente:
 - Normas hospitalarias que contrasten con la falta de autoridad familiar.
 - Cuidados físicos: Realimentación progresiva, equilibrio de las perturbaciones fisiopatológicas
 - Aviso de implantación de sonda nasogástrica en caso de que la paciente se niegue a alimentarse pasadas las 2 primeras semanas iniciales.

<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL H.U.M-I. VALL D'HEBRON UNITAT ADOLESCENTS UNITAT PSIQUIATRÍA</p>
<p>Estrategia terapéutica hospitalaria Unitat de Psiquiatria</p>
<p>a) Pacientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Parentectomía durante las primeras semanas.2) Psicodiagnóstico:3) Entrevistas diagnosticas (Falco, entrevista libre)4) Tests: STAI, Beck, Fobias y Obsesiones, Actitudes Alimentarias, EMBU, HTP, Familia, TAT, Rorschach.5) Psicoterapia individual6) Psicoterapia familiar en las ultimas semanas del ingreso. <p>b) Padres:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Entrevistas terapéuticas en las primeras semanas2) Psicoterapia grupo de padres (cada 3 semanas durante los meses iniciales de la enfermedad).

- 3) Elaboración en psicoterapia de la ausencia de las figuras parentales:
 - 4) Vivencia del si mismo: Por primera vez el paciente tomara decisiones solo, sin ayuda de los padres.
 - 5) Revalorización de la figura de los padres, que ya no serán vistos en forma fusional (como parte de ella).
 - 6) Revalorización de la figura del padre como parte integrante de la familia hasta ahora tan centrada en la relación madre-hija
 - 7) Fomento y consecución de criterios propios:
 - Inicio de la disolución de la simbiosis madre-hijo.
 - Búsqueda de otras relaciones sustitutivas: En el hospital seleccionara amistades que le ayuden a paliar la soledad, dichas personas se escogerán bajo el propio criterio y por la necesidad de adaptarse al ambiente desconocido.
- b) En relación a los padres:
- 1) Vivencia de la ausencia de este hijo
 - 2) Posibilidad de vivenciarlo como un ser autónomo.
 - 3) Conseguir vivenciarlo como un ser adolescente con una nueva identidad.
 - 4) Fomento de la consecución de cambios en el seno familiar:
 - La figura del padre constituirá la autoridad rompiendo la dependencia madre-hija y descargando a esta de las relaciones excesivamente primarias y de la inoperatividad a que esta sometida
 - Preparación de la familia para la reinserción de esta hija en la propia familia
 - 5) Se echara mano de una familia sustituta en caso de que la familia natural no tenga recursos ya sea debido a:
 - Carencia de uno de los padres

- Situación de patología mental de uno de ellos
- Condiciones asociales.

<p>TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL H.U.M-I. VALL D'HEBRON UNITAT ADOLESCENTS UNITAT PSIQUIATRIA</p>
<p>Estrategia terapéutica hospitalaria Unitat de adolescents</p>
<p>a) Descartar patología orgánica b) Aplicación del protocolo de estudio c) Realimentación progresiva.</p>

5) Criterio de alta hospitalaria:

Para que la paciente, una vez que se ha ingresado, se de alta conviene que ciertos requerimientos, que podrían resumirse en los siguientes:

- a) Salida del estado caquético
- b) Recuperación del 18 al 20 % del peso ponderal
- c) Remisión de la psicopatología:
 - Disminución de la impulsividad y de la hipermovilidad.
 - Disminución del oposicionismo y de la manipulación.
 - Elevación del tono emocional.
 - Instauration de una relación positiva paciente-institución.

<p>TRATAMIENTO ANOREXIA MENTAL H.U.M-I. VALL D'HEBRON UNITAT ADOLESCENTS-UNITAT PSIQUIATRIA</p>
--

Objetivos de la relación
Psiquiatría-Adolescentes

- a) Facilitar la información fluida interclínica:
- 1) Interconsultas semanales entre adjuntos.
 - 2) Asesoramiento desde Psiquiatría al personal de Enfermería.
 - 3) Delegar en el facultativo de planta el papel de autoridad sobre la niña.
 - 4) Conseguir una actitud neutral y receptiva de las enfermeras ante los intentos de manipulación del paciente.
 - 5) Evitar la reproducción de los patrones familiares en el hospital.
 - 6) Fomentar la relación positiva adulto-paciente.
 - 7) Fomentar su identificación con el adulto.

d) Cambios o voluntad de cambio en la familia:

- En cuanto a la actitud alimentaria del padre hacia la hija.
- En una actitud más compartida de la autoridad madre-padre.
- Prolongación del contrato terapéutico a nivel ambulatorio, (en caso de fracaso el paciente será enviado a otro centro hospitalario, nunca abandonado).

c) Tratamiento psicoterapéutico.

El abordaje de la anorexia mental a través de tan solo de un tratamiento con medicación, hospitalización, parentectomía, no es suficiente en la mayoría de los casos y precisa una asistencia psicoterapéutica.

Establecer la relación dinámica terapéutica con la paciente anoréctica es difícil, deberá facilitarse una potencialidad de identificación y enfocar los problemas más inmediatos de tipo subyacente, a través de un análisis racionalizador y con actitud fundamentalmente de apoyo. En pacientes más graves o recidivantes la complejización psicoterapéutica y su profundización serán indispensables.



d) Abordaje terapéutico de la familia

El enfoque de apoyo y en ciertos casos asistencial de los padres es necesario. La madre muy a menudo en el transcurso del tratamiento de la paciente suele presentar descompensaciones ansiosas, que precisan ayuda.

Puede ser de interés la terapéutica de grupo y más todavía el grupo de padres de pacientes anorécticas, que permite ver en los demás los fallos dinámicos que difícilmente se perciben en si mismos desde un punto de vista relacional parental.