

Caso clínico

Comentarios a un caso de anorexia mental

F.M. Espín Jaime, J.C. Espín Jaime

Málaga

RESUMEN

Se presenta un caso clínico que reúne los criterios diagnósticos del DSM-III-R para considerarlo como Anorexia Mental y que tiene como particularidad el que evoluciona hacia un trastorno paranoide.

Se realizan consideraciones sobre la identidad de este cuadro, muchas veces confusa, en el que se ha considerado toda una serie de alteraciones psicopatológicas que no guardan más relación con ella que su parentesco en el plano sintomático.

Tras la delimitación clínica se describe su estructura psicopatológica y los más frecuentes cursos evolutivos, junto a las diversas estrategias terapéuticas propuestas. Se comenta la catalogación psicótica o neurótica de este cuadro en función de los factores psicodinámicos, patogénicos y evolutivos.

HISTORIA DE LA ENFERMA

Paciente (I.M.R.) de 17 años, mujer, soltera, residente en Los Barrios (Cádiz) y de un nivel socioeconómico bajo. La historia de su

trastorno se inicia en el año 1987 (hace año y medio, si tomamos como referencia el momento en el que acude a nuestra consulta) cuando comienza a restringir la ingesta alimenticia. Previamente había hecho un régimen de adelgazamiento a fin de conseguir «el peso ideal». Sus familiares advirtieron comportamientos raros en relación con la alimentación, una mayor tendencia al aislamiento, irritabilidad, un tono depresivo del humor y un temor exagerado ante la posibilidad de engordar. Posteriormente se añadieron mareos, vómitos posprandiales —muchos de ellos provocados— y desde hace 9 meses amenorrea y estreñimiento.

El cuadro se mantiene con estas características hasta hace dos meses en que se produce una agudización: con una total negativa a comer por anorexia, según la paciente, se intensifican y se hacen más manifiestos los vómitos, la búsqueda y uso de laxantes. En el momento en que nosotros la vemos, septiembre 1988, ha perdido un total de 18 kilos y ha desarrollado de forma progresiva una caquexia; no presenta conciencia de enfermedad; aparece poco conversadora, retraída, refiriendo un cortejo sintomático depresivo, con insomnio, elementos paranoides y fóbicos. Posteriormente aparecen ideas delirantes y alucinaciones: cree que hay micrófonos en su casa y que la espían los muchachos, oye voces que la ame-

Comunicación presentada al VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona mayo 1990.

nazan, etc; y piensa que son los chicos del pueblo que siempre se han metido con ella por ser «fea y gorda».

Los familiares insisten en los datos más significativos: su negativa a comer, los vómitos y la delgadez extrema, aceptada y buscada por la paciente que incluso llega a afirmar que necesita perder algunos kilos más para conseguir el peso ideal; lo que crea tensiones en el medio familiar.

Sus conductas anoréxicas son evidentes: negativa a aumentar de peso, dismorfofobia, ingesta de alimentos hipocalóricos que hace de manera lenta y parsimoniosa, rechazo de las grasas, etc, vómitos espontáneos generalmente posprandiales pero también independientes de la ingesta y autoinducidos, estreñimiento, sensación de plenitud, búsqueda y toma de laxantes, algún episodio bulímico seguido de vómito, tendencia a esconder y guardar la comida, hiperactividad etc.

La evolución ha sido alternante en estos últimos meses: en principio, sin lograr una mejoría franca, se consiguió detener la pérdida de peso; posteriormente se han obtenido mejorías transitorias derivadas fundamentalmente del período de internamiento y consiguiendo aislamiento del medio familiar.

Así en un principio fue tratada ambulatoriamente con antidepresivos y ansiolíticos añadiéndose posteriormente neurolépticos. Durante la hospitalización, momento en que por primera vez se separa de su madre, se produce una evolución favorable, mostrando una buena actitud ante la alimentación oral, comiendo de todo aunque manteniendo como norma general no terminar ningún plato; engordando dos kilos y realizando crítica parcial de los trastornos paranoides que presentaba. En esta situación y con el diagnóstico de anorexia nerviosa, delirio paranoide de perjuicio y déficit nutritivo, es dada de alta, con un peso de 36,5 kilos, continuando tratamiento psicoterápico y psicofarmacológico (Dogmatil, Largactil y Tryptizol) en régimen ambulatorio.

Tras dos años se mantiene con una alimentación reducida, sale poco de casa y mantiene la creencia delirante de perjuicio.

DATOS PSICOBIOGRÁFICOS Y DE PERSONALIDAD

Penúltima de 8 hermanos, 6 hembras y dos varones (la menor entre las hembras). Sus primeros recuerdos en el medio familiar son pocos y negativos, con sentimientos de frustración, abandono, inseguridad: no se le atendía en sus demandas, sentimiento de desplazamiento respecto a sus hermanos mayores, rechazo. Hasta los 8 años vivió en el campo en un Cortijo, aislada, con los vecinos más próximos a varios kilómetros, edad con la que, y a raíz de la muerte de su padre, se trasladó junto a toda la familia al pueblo.

Los recuerdos acerca de su padre son escasos: siempre estaba fuera, le tenía miedo y murió del hígado ya que, dice, le gustaba la bebida. Desde entonces el rol paterno lo asumió el hermano mayor figura a la que teme y obedece, y al que define como serio, trabajador, poco hablador y aficionado a la bebida. La madre, más apegada a ella, le mostraba más confianza, con conducta sobreprotectora, y con la que se relaciona de forma ambivalente y contradictoria.

La escolaridad fue regular, no llegando a terminar sus estudios primarios. Durante la infancia y debido a las especiales circunstancias de hábitat las relaciones sociales se limitaban a su familia, y aunque posteriormente cuando se trasladaron al pueblo se ampliaron algo, siempre fueron difíciles, especialmente con gente de su edad y hombres. Pocos amigos, ella dice una o dos con las que establece una estrecha relación de dependencia.

Menarquia a los 12 años. Desde siempre se ha sentido acomplejada, nunca se ha gustado, se sentía fea y gorda. Y aunque comenzó a salir a las discotecas, cada vez ponía más excusas para no hacerlo porque se sentía molesta.

No ha tenido novios, ni ha salido con ningún chico. Comenzó a trabajar, sirviendo en las casas, desde los 14 años; responsable y cumplidora, no tuvo problemas. Desde hace dos meses dejó el trabajo a iniciativa familiar con lo que el aislamiento social se hizo más patente.

La visión de su delgadez actual es positiva para ella, se gusta más a sí misma, se acepta mejor, se ve más bella, y rechaza un posible aumento de peso.

En la personalidad premórbida destacan como rasgos más sobresalientes la introversión, inhibición, envidia y la dependencia que de la valoración de los demás presenta. No constaban antecedentes psicopatológicos ni enfermedades previas de interés. Sí había antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico y abuso de tóxicos.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

— Exploraciones biológicas: Analítica sanguínea: normal, aumento VCM. Proteinograma: aumento de la alfa-1 y alfa-2 globulina. Radiografía de tórax: normal. EEG normal. Exploración física: intensa delgadez, caquexia, abdomen blando. Exploración neurológica sin anomalías. Peso 34,5. Talla 1,58 cm. Determinaciones de vitamina B, ácido fólico y un triple estímulo hipofisario TRH, LH-RH e hipoglucemia con valores dentro del rango normal. Orina: normal.

COMENTARIO

Nosotros entendemos que el diagnóstico sindrómico de este caso que presentamos es el de Anorexia Nerviosa o Mental, ya que reúne los criterios diagnósticos del DSM III-R y en el que durante su evolución, y no en un primer momento, aparecen ideas delirantes de perjuicio lo que nos sirve para discutir su adscripción nosológica.

Son pocos los autores que consideran a la anorexia nerviosa como una alteración del apetito; hoy en día se pone el énfasis en la desnutrición voluntaria y en la lucha contra el peso; de ahí que la identificación clínica se haga, y así ha sido en este caso, en base a la existencia de un patrón alimentario fundamentalmente restrictivo, apoyado en una búsqueda activa de la desnutrición y una preocupa-

ción persistente por el peso y el tamaño corporal, en el sentido de que tienden a sobrealimentarlo siendo especialmente sensibles a las informaciones que acerca de su peso les llegan desde su entorno, con un miedo intenso a engordar, trastornos de la imagen corporal y amenorrea.

Hay diversas opiniones acerca de cómo debe ser entendida desde una perspectiva psicopatológica la actitud distorsionada de la anoréxica hacia el peso. Mientras que para algunos guarda relación con las conductas obsesivo-compulsivas o histéricas y para otros tienen rasgos en común con las toxicomanías, los autores que más han profundizado en la cuestión sostienen que ha de ser entendida como una actividad que, por su marcada independencia con relación a la realidad objetiva de la paciente, estaría muy próxima a una conducta delirante, en donde es posible hablar de una actitud delirante sistematizada con un referente específico: el cuerpo.

Como primer hecho a destacar en nuestro caso tenemos que el trastorno actual ha de ser entendido, a nuestro juicio, como la culminación de una serie de acontecimientos psicobiográficos que van moldeando una personalidad y un estilo de reaccionar al ambiente, determinado.

Desde muy niña, nuestra paciente presenta un fuerte sentimiento de frustración, por verse desplazada e infravalorada, de inferioridad, con necesidad de autoafirmación y relación con su ambiente. Son patentes, por otra parte los rasgos de inseguridad, necesidad de aprobación y apoyo de otros. Señala Vaz Leal que la alteración del estado de ánimo de la paciente anoréxica, su tristeza, corresponde con profundos sentimientos de soledad, abandono y vacío interior, como consecuencia del fallo de los mecanismos que habitualmente pone en marcha para solventar sus conflictos. Así y aún cuando hallamos rasgos histéricos, ansiosos, depresivos y obsesivos conformando su personalidad, su dinámica se apoya en mecanismos básicamente paranoides con una fuerte tendencia al aislamiento, desconfianza, evitación de relaciones con componente emocional,

tendencia al control e ideal de omnipotencia narcicista.

También observamos ideas sobrevaloradas, experiencias de despersonalización, alucinaciones en forma de voces que le insultan y una vivencia corporal de carácter delirante. Nuestra paciente niega su delgadez y tiene un fuerte sentimiento dismorfofóbico. Bruch (1962) consideró la existencia de un defecto en el desarrollo perceptual como la causa de la Anorexia Nerviosa. Esta autora describió los trastornos de la imagen corporal (negación de la emaciación), trastornos de la percepción (falta de reconocimiento o negación de la fatiga, debilidad y hambre) y una sensación de ineficacia e incapacidad como consecuencia de experiencias de falso aprendizaje.

Para Selvini, la anorexia nerviosa sería una psicosis monosintomática caracterizada por una escisión del self de forma que el cuerpo no contendría al objeto malo sino que sería el propio objeto malo.

Según Castilla del Pino, la distorsión de la imagen corporal sería no una idea delirante sino una dislusión, esto es, una dismorfia psicótica, un error denotativo.

Dentro de las características del grupo familiar, diferentes autores (Selvini, 1971; Laxe Naire y Marchanch, 1977; etc) se han encargado de estudiar y describir las típicas de la personalidad del padre y de la madre.

Así estas últimas suelen ser dominantes, superprotectoras y agresivas mientras que los padres desempeñan un papel secundario por su debilidad de carácter. Rasgos todos ellos, que encontramos en nuestro caso.

Se realizó diagnóstico diferencial con todos aquellos trastornos caracterizados por una alteración más o menos importante de la función alimentaria: enfermedad orgánica intercurrente (tumores, enfermedades inflamatorias intestinales, infecciones o enfermedades metabólicas) descartadas por la exploración física y pruebas complementarias; trastorno afectivo de base, donde encontramos una especial atención a la desnutrición bien en forma de quejas o indiferencia por la inhibición, pero nunca encontramos la actitud desafiante auto-

complaciente y reiterativa de la anorexia; fobia más o menos selectiva de la alimentación, en este caso suele haber un contenido simbólico particular; consumo persistente de tóxicos que conllevaría a la desnutrición; otros trastornos funcionales digestivos (nauseas y vómitos, diarreas crónicas, regurgitación, rumiación, etc), ingestión de sustancias no nutritivas (pica), etc; trastorno de tipo esquizofrénico.

En el curso de la Anorexia Mental aparecen ideas delirantes y alucinaciones que podían hacer discutible aquel diagnóstico. No creemos que pueda ser este el caso. Estos pueden no ser más que síntomas de un trastorno previo y ser explicados dentro del primero (las ideas delirantes y las alucinaciones se englobarían dentro del cuadro de anorexia nerviosa, serían secundarias a ésta, y aunque comprendemos que nada puede concluirse de una descripción clínica individual, resulta apropiado, y de ahí el porque lo presentamos, para apoyar la cualidad psicótica que a nuestro juicio tiene esta anorexia nerviosa) y por otra parte porque nada obsta para que en un paciente se presente sucesivas o al mismo tiempo dos síndromes distintos, aún con relaciones dinámicas entre ellos, en nuestro caso Anorexia nerviosa y Trastorno paranoide de perjuicio.

Relativo a la evolución, el pronóstico es, en términos generales, excesivamente bueno, así, según Russell y colabs.: — más de 1/3 de las pacientes permanecen crónicamente enfermas (con bajo peso y amenorrea persistente); — 15-18 % mueren; — 23 % muestra una buena evolución, (nuestra paciente estaría en el primer grupo, con bajo peso aunque sin amenorrea), siendo factores de mal pronóstico (de acuerdo con Pierloot y colabs.): — La duración de la enfermedad; — El fracaso de los tratamientos previos; — La existencia de un medio familiar desfavorable, y — La baja motivación para el cambio.

En cuanto a la terapéutica, son varios los factores que han impedido hasta ahora una evolución favorable y que son los antes enumerados como de mal pronóstico, destacándose fundamentalmente la falta de conciencia

de enfermedad, la significación positiva que para ellas tiene la delgadez y la existencia de un entorno familiar y ambiental desfavorables. Los mejores resultados se obtuvieron durante la hospitalización; actualmente tiene indicado tratamiento farmacológico (antidepresivos, neurolépticos y estimuladores del apetito) y psicoterápico individual y familiar.

Bibliografía

- BLISS, E., BRANCH, CH.: *Anorexia nerviosa*. Hoeber, Nueva York, 1960.
- BRUCH, H.: *Perceptual disturbances in anorexia nerviosa*. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187-194.
- BRUCH, H.: *The psychiatric differential diagnosis of anorexia nerviosa*. *Anorexia Nerviosa* Je Lueyer and H. Feldman, Eds.; Thieme, Stuttgart, 1965; 70-87.
- BRUCH, H.: *Eating disorders*. Basic Books, Nueva York; 1973.
- CIVEIRA, J., CIVEIRA, F.: *Aspectos clínicos de la Anorexia nerviosa*. *Psicopat.*, 1963; 3, 1: 67-80.
- HUON, G., BROWN, L.B.: *Psychological correlates of weight control among anorexia nerviosa patients and normal girls*. *Br. J. Med. Psychol.*, 1984; 57: 61-66.
- INGELMO-FERNANDEZ, J., VAZ-LEAL, F.J.: *Una aproximación psicopatológica al diagnóstico de la anorexia mental*. *Clin. Grupa*, 1985; 9: 485-492.
- KULING, J.W., SIQUEIRA, L.M.: *Diagnosis of anorexia nerviosa in the adolescent male*. *J. Adolesc. Health Care*, 1983; 4: 31-34.
- LEON, G.R., LUCAS, A.R., COLLIGAN, R.C., FERDINANDE, R.S., KAMP, J.: *Sexual body image and personality attitudes in anorexia nerviosa*. *J. Abnormal. Child. Psychol.*, 1985; 13, 2: 245-258.
- MICHAUD, P.A.: *Approche diagnostique de l'anorexia mentale en pratique courante*. *Rev. Med. Suisse Romande*, 1983; 103: 397-401.
- ORDEIG, M.T.: *Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa*. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 1: 13-26.
- PERPIÑA, C.: *Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal*. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 6: 303-312.
- ROJO, E., TURON, V.: *Imagen corporal y anorexia nerviosa*. Revisión. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 6: 313-321.
- SELVINI, M.P.: *Le vécu corporel*. *Evol. Psychiat.* 1967; 32: 149-173.
- TORO, J., VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Ed. Masson, Barc., 1987.
- VAZ-LEAL, F.J.: *Anorexia. Categorización clínica e indicaciones*. Ponencia de la XVIII Cong. Nac. Asoc. Esp. Neuropsiq., Madrid, 1990.