

HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DEL CERRO

Anorexia nerviosa: Estudio de tres pacientes

Por las Dras.:

OIDIA RODRIGUEZ MENDEZ* y MAGALY GARCIA SANCHEZ**

Rodríguez Méndez, O.; M. García Sánchez. *Anorexia nerviosa: Estudio de tres pacientes*. Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

Se estudiaron 3 pacientes del sexo femenino en las edades comprendidas entre 12 y 14 años, que presentaban una anorexia nerviosa, ingresadas en la sala de psiquiatría del hospital docente pediátrico del Cerro. Se analizan algunos aspectos del cuadro clínico. En la personalidad premórbida encontramos rasgos obsesivos, histéricos y tendencia a la inhibición. Aparece la anorexia conjuntamente con otros síntomas neuróticos después de situaciones conflictivas para las pacientes. La anorexia les ocasiona una pérdida importante de peso. La dieta es obsesiva y esclavizadora. Un signo inseparable de la anorexia nerviosa es la detención del desarrollo puberal con amenorrea o ausencia de menarquía. La evolución es favorable, aunque lenta y larga. Se comparan nuestros hallazgos con los señalados en la literatura y se hacen comentarios.

INTRODUCCION

Esta entidad fue conocida y descrita desde la segunda mitad del siglo XIX por *Lasegue* y *Guell*. A partir de esa fecha, se han elaborado numerosos trabajos que han cumplido el conocimiento desde el punto de vista descriptivo, nosográfico y patogénico.¹

La anorexia mental (AM) suele producirse hacia la pubertad o en la adolescencia, en jóvenes que viven en un medio muy dominante. A veces serán muchachas extremadamente mimadas y en casos, hija única y en general de un medio elevado. Otras veces la anorexia es mucho más precoz y comienza con manías en la comida.²

Las restricciones alimenticias comenzarán a raíz de un choque emocional o de evidentes conflictos psicológicos.

* Especialista de 1 grado en psiquiatría infantil. Jefa del servicio de psiquiatría del hospital docente pediátrico del Cerro. Instructora de la Facultad No. 2 del ISCMH. Miembro del grupo provincial de salud mental.

** Especialista de 1 grado en psiquiatría infantil. Instructora de la Facultad No. 2 del ISCMH.

Según Lesser, en el 45 % de los casos, la anorexia mental deviene de todo un régimen adelgazante y en el 40 %, tras una situación competitiva que no se ha sido capaz de resolver. Otros piensan que no existe una clara relación cronológica, en la mayor parte de los casos, entre el suceso y el origen de la anorexia, salvo en las llamadas formas reactivas.

La comida se reduce por diversas causas, al principio por propia voluntad, come sólo lo que le gusta y reduce la cantidad. Se queja de molestias digestivas, con lo que pone en marcha su régimen adelgazante y el problema de hacerla comer, se torna en lo más importante para toda la familia, que tratará de presionarla.

La joven no siente hambre y dice sentirse bien, su actividad no disminuye, incluso puede aumentar. Está incómoda, a la defensiva, encerrada en sí misma, con superficiales relaciones sociales y poco a poco se irán empeorando las relaciones con la familia.

Cuando tratan de presionarla para que coma, la paciente reacciona disimuladamente, arroja la comida, falsea su peso, vomita o hace sus comidas a escondidas, toma purgantes. Los horarios de comidas son irregulares, elige extrañas comidas, y el privarse de alimentos, puede alternar con una bulimia.³

El síndrome somático que la acompaña se caracteriza por un notable adelgazamiento, hay anoréxicas que llegan a perder la mitad del peso.

Se mantendrá una amenorrea mientras dure la enfermedad, hasta aumentar de peso; trastornos de la piel y de las laneras (se seca y arruga la piel, se parte el cabello, las extremidades se enfrían y hay una cianosis muy notable); alteraciones digestivas (lengua saburral, constipación permanente) bradicardia o hipotensión arterial.

Los exámenes de laboratorio muestran un descenso del metabolismo de base, aumento del colesterol de la sangre, hipoglicemia, aplanamiento de la curva hipoglicémica, aumento de la sensibilidad a la insulina y anemia con disminuciones del índice de hemoglobina.⁵

Hay insuficiencia ovárica con frotis vaginales atróficos y disminución de las células acidófilas.

La eliminación de la FSH disminuye en ²/₃ partes. Hay discrepancias entre autores acerca de si aumentan o disminuyen los cetoesteroides.

Patogenia

Es importante la predisposición a ciertos componentes constitucionales. Muchos autores señalan que la anorexia suele producirse en niñas de una especial constitución fisiológica: la morfología miniatura, de morfología de cariz ectodérmicos, asténicos y longilineales poseedores del tipo leptosómico de E. Kretschmer.⁶

Es raro encontrar anorexia en los antecedentes familiares de estas enfermas y especialmente en la madre. Raramente los hermanos son anoréxicos mentales. Una hermana puede copiar el síntoma por razones dinámicas totalmente diferentes.

Durante largo tiempo se ha considerado que la anorexia mental era un fenómeno histérico, sin embargo a principios de siglo la mayoría de los autores la separan de la gran neurosis o bien suponen la existencia de una anorexia histérica distinta de la anorexia mental. Otros describen formas obsesivas, histéricas o de causa mixta que podrían diferenciarse desde un punto de vista clínico.⁷

Algunas muchachas desean adelgazar para parecerse a un tipo ideal femenino etéreo, romántico, como si el hecho de tener formas, implicara el de ser deforme. Su deseo de adelgazar esconde un rechazo a la femineidad.

La anorexia mental masculina es mucho más rara que la de las muchachas.⁸ Fluctúa entre un 3 y un 20 %. Se origina en la adolescencia. No parece haber trastornos somáticos, metabólicos o endocrinos propios de la anorexia en ninguno de los sexos, excepto la amenorrea.

Se valoran distintos tipos de personalidades: obsesivas, jónicas, histéricas, esquizoides. Algunos creen que se diferencian en la hiperactividad, pues en los adolescentes predominan la apatía y la pasividad.

Hay autores que consideran que esta anorexia mental es una forma más o menos femenina de reaccionar y que se da en muchachos que tienen una predisposición particular.

MATERIAL Y METODO

Se estudian tres pacientes femeninas que presentaban una anorexia nerviosa ingresadas en la sala G de psiquiatría del hospital docente pediátrico del Cerro, en el año 1980, en las edades comprendidas entre 12 y 14 años de edad.

Se analizan algunos aspectos del cuadro clínico tales como: personalidad premórbida, conflicto desencadenante, síntomas psiquiátricos personales, antecedentes patológicos familiares, embarazo y parto, relaciones familiares, relaciones con pariguales y aprendizajes.

Se le aplicaron pruebas psicológicas.

Se expone el tratamiento y la evolución de 3 años, de las pacientes A, B y C.

Se hacen cuadros comparativos.

RESULTADOS

Se estudiaron tres adolescentes femeninas en edades de 12, 13 y 14 años, respectivamente. El motivo de consulta fue la negativa a ingerir alimentos.

Al analizar la personalidad premórbida de ellas, encontramos:

Paciente A: Características histéricas y de inhibición.

Paciente B: Predominan los rasgos de timidez y obsesividad.

Paciente C: Marcados rasgos histéricos y obsesivos.

En las tres adolescentes existieron conflictos que desencadenaron los síntomas:

Paciente A: Aumento de peso durante la estancia en la escuela al campo, sus compañeros comenzaron a decirle "gorda". Posteriormente hace la dieta para bajar de peso.

Paciente B: Aumento de peso en la escuela al campo, lo que motivó a que le llamaran "gorda", después aparece la restricción de alimentos.

Paciente C: Estudia en beca, sus compañeros comenzaron a exigirle desmedidamente, y era objeto de burlas. Esta situación continuó en la escuela interna.

Con respecto a la sintomatología de cada una de ellas tenemos:

Paciente A: Pérdida de 20 lb en 3 meses. Se niega a comer, pues no tiene hambre. Su dieta es ilógica: frutas, caramelos, chocolate, refresco, maní indistintamente, gran angustia por creer que está gorda. Esconde o bota los alimentos, fingiendo que se los comió. Prepara vasos de agua caliente con sal como emético. Después de ingerir cualquier alimento hace ejercicios o se provoca el vómito. Obliga a su mamá y a su gato a comer y tomar vitaminas. Pidió que la dejaran cocinar para toda la familia.

Rechazo a crecer: No tolera ser adolescente. Se viste de forma peculiar para no marcar su silueta, se aprieta sus mamas y se cubre con velos, escotes altos, vestidos amplios.

Se afeitó el vello pubiano. No acepta recibir información sexual, "le da asco".

Autoagresiones, depresión, ideas suicidas y paranoides, crisis de angustia aguda, pérdida de hábitos de higiene y sueño. Pérdida de intereses. Hipertermia matutina y vespertina, cefaleas, cianosis distal, vómitos.

Detención del desarrollo puberal. No menarquía.

Ingresó en la sala de psiquiatría, donde hubo necesidad de hidratarla por vía parenteral y pasar alimentos a través del Levine.

Actitud negativista ante el tratamiento. Niega síntomas y problemas.

Paciente B: Pérdida de 30 lb en 5 meses. Se niega a comer, dieta estricta e irracional, hace ejercicios después de ingerir alimentos.

Prescripciones alrededor de su cuerpo: desea, entre otras cosas, que desaparezcan las curvas normales del muslo, se ve muy gruesa, se mira constantemente en el espejo.

Intranquilidad, tristeza, se aísla totalmente, irritable, cefaleas, insomnio, vómitos, amenorrea.

Paciente C: Pérdida de 30 lb en 5 meses. Se niega a comer, hace dieta extraña. Cuando come algo se golpea el abdomen hasta llegar a producirse hematomas o realiza ejercicios para eliminar las calorías ingeridas. Vómitos provocados. Se mira constantemente al espejo, se ve gruesa, se angustia. Refiere sentirse muy bien sin comer.

Ideas, obsesión y compulsiones: Recoge papeles, piedras de la calle, le crea gran angustia ver cualquier objeto fuera de su lugar o en otra posición, besa su ropa u otras pertenencias antes de colocarlas en su lugar.

Crisis aguda de ansiedad: Pérdida de hábitos de higiene. Ha dejado de lavarse los cabellos para evitar su caída, pues meses atrás había presentado este problema. Tristeza, ansiedad, insomnio, retraimiento, dejó de salir y relacionarse con sus amigos. Detención del desarrollo puberal. No menarquía.

A P F

Paciente A: Fue remitido a psiquiatría a los 7 años por trastornos de conducta, no se le diagnosticó trastorno alguno.

Paciente C: Fue atendida en psicología por dificultades en su aprendizaje.

Características físicas de los padres:

Paciente A: Madre — muy delgada, anoréxica.
Padre — delgado.

Paciente B: Madre — robusta.
Padre — robusto.

Paciente C: Madre — robusta.
Padre — robusto.

Conducta que se debe seguir con los pacientes:

- Ingreso en sala de psiquiatría.
- Descartar trastorno orgánico causante de su anorexia.
- Tratamiento con fármacos. Se utilizó clorpromacina 200 mg/día, amitriptilina 100 a 150 mg/día, trifluoperazina 3 mg/día y 15 mg/día. Durante las crisis se utilizó faustán im. o clorpromacina im., además vitaminoterapia y ciproheptadina.
- Hidratación parenteral durante 5 días, a la paciente A, así como alimentación por Levine, pues presentó signos de deshidratación ligera y cetosis.

Psicoterapia

Tratamiento de la familia, ya que existieron graves problemas en los hogares de los pacientes A y C, se modificaron algunas conductas, pero no todo lo que se aspiraba. Ambos pacientes decidieron irse a vivir con sus abuelos, con autorización de sus padres.

Atención de los pacientes

1. En el hospital no se les obligó a comer, se alertó al personal y a la madre acompañante de no reforzar anorexia de pacientes. Se decidió llevarles a la habitación sus alimentos.
2. Al inicio utilizamos dieta de complacencia, se le sirvieron alimentos en poca cantidad, y de poco valor calórico.
3. Se les explicó todo lo referente a una dieta, su gasto de calorías, requerimientos energéticos de vitaminas y otros.

4. Cuando las pacientes se sintieron más seguras en el nuevo medio hospitalario, se decidió que comieran en el comedor, junto a los demás pacientes. Su dieta se fue modificando a dieta libre reforzada, siempre ofreciéndoles poca cantidad.
5. Propiciar que participaran en las demás actividades programadas en la sala.
6. Psicoterapia individual:
 - a) Terapia racional a paciente A. Se utilizó el narcoanálisis sin resultados positivos.
 - b) Terapia racional combinada con el entrenamiento autógeno en paciente B.

DISCUSION

La anorexia nerviosa fue diagnosticada en tres adolescentes hembras. La personalidad premórbida no es rara, predominaron rasgos obsesivos, histéricos y tendencia a la inhibición. Una de las pacientes fue atendida en consulta de psiquiatría a los 7 años por trastornos de su conducta.

Aparece la anorexia conjuntamente con otros síntomas neuróticos después de situaciones conflictivas para los pacientes. Es de resaltar que en dos de ellas hubo aumento de peso con críticas posteriores, que incitaron a las jóvenes a comenzar una dieta.

En la otra paciente, los problemas no tuvieron relación con su figura o su peso.

La literatura revisada concuerda con estas apreciaciones, pues generalmente aparece la anorexia a raíz de un conflicto psicológico, y en más del 45 % deviene tras un régimen adelgazante y en un 40 % tras una situación que no ha sido capaz de resolver el individuo.¹

Hay autores que llaman "reactivos" a estos jóvenes pues en otros casos no hay relación causa-efecto.¹

Las características del cuadro clínico más sobresalientes en nuestros pacientes son muy similares a las descritas por autores de diferentes países.^{1, 2, 3}

1. Anorexia que ocasiona una pérdida importante de peso.
2. Al inicio reconocen privarse de alimentos, posteriormente niegan la realidad de los hechos y se transforma la dieta en obsesiva y esclavizadora.
3. La dieta es totalmente arbitraria, pues a veces ingieren alimentos de gran valor calórico y otras veces, se privan de alimentos que no engordan. La calidad de la dieta también varía en el transcurso de la enfermedad, sin que ellas puedan justificar sus cambios.
4. Niegan sentir hambre, su actividad física no disminuye.
5. Las tres pacientes decían estar en sobrepeso, a pesar del número de libras disminuidas. Se ha planteado que los anoréxicos tienen trastornos en su esquema corporal y del concepto corporal.

6. La depresión apareció en las 3 jóvenes, aunque sólo una de ellas tuvo ideas suicidas manifiestas.

La mayoría de los autores han insistido en los componentes depresivos de la anorexia, pues "el no comer nada, no significa el no querer vivir". *Wcigsaker, Selvini-Plazgoli* no han encontrado nunca deseos, conscientes e inconscientes de suicidio y no se puede hablar, según el autor, de verdadera depresión, pues estos pacientes no suprimen totalmente el alimento (como los sicóticos) sino que los reducen absurdamente, juegan con la muerte como los niños.

Otro signo inseparable de la anorexia nerviosa, es la detención del desarrollo puberal con amenorrea o ausencia de menarquía.

Existe en la anorexia nerviosa, una sintomatología endocrina, ya sea por déficit de elementos nutritivos, una inhibición hipotalámica o hipofisaria. Estos síntomas no mejoran con tratamientos hormonales exclusivamente.

En una de nuestras pacientes, observamos un franco rechazo a crecer, a ser mujer, esto fue de una forma transitoria, pues no se recogieron datos antes de enfermarse, y al recuperarse desapareció esta situación.

Se ha relacionado la aparición de la anorexia en pacientes provenientes de hogares con desavenencias, malas relaciones, familias con malos hábitos de alimentación. En dos hogares de nuestras pacientes, existen problemas importantes. Debemos destacar que al irse a vivir a hogares más estables y seguros, la mejoría fue más rápida.

El tratamiento consistió en aislarlas del medio familiar, dar fármacos antidepressivos, estimulantes del apetito (ciproheptadina), adecuado manejo y psicoterapia.⁹⁻¹¹

La evolución es favorable, aunque lenta y larga. Al término de tres años las pacientes han podido incorporarse a sus tareas sociales y familiares de forma más adecuada.

Evaluación en tres años

Paciente A: Desapareció anorexia, su peso es normal.

Desarrollo sexual normal.

Se incorporó a la secundaria básica nocturna.

Se ampliaron relaciones sociales, tiene novio, intereses propios de su edad y sexo.

Hábitos de alimentación normales.

Relaciones familiares inestables. La paciente vive con los abuelos donde ha podido alcanzar un cierto equilibrio.

Mantiene ansiedad en ocasiones y otros síntomas neuróticos ligeros.

Paciente B: Desapareció la anorexia.

Recuperó su peso.

Incorporación normal a la secundaria básica.

No hubo preocupaciones alrededor de su físico.

Sí hubo caprichos alrededor de la alimentación.

Desarrollo puberal normal.

Paciente C: Desapareció la anorexia.
Recuperó el peso normal.
Amplia relación con pariguales. Tiene novio.
Desaparecieron casi el total de síntomas obsesivos compulsivos.
Relaciones familiares sin modificaciones.
Mantiene algunos síntomas neuróticos, mejor ajuste social.

CONCLUSIONES

1. La anorexia nerviosa fue diagnosticada en tres adolescentes femeninas.
2. Los rasgos de personalidad predominantes son: histéricos, obsesivos y tendencia a la inhibición.
3. La anorexia apareció en las adolescentes posteriormente a conflictos.
4. La dieta se caracterizó por ser obsesiva, esclavizadora, absurda. Los pacientes negaban esto.
5. Aparición de ideas obsesivas, compulsiones, angustia y depresión.
6. La anorexia concommitó con amenorrea o detención del desarrollo puberal.
7. La evolución es lenta y tórpidamente durante estos tres años.

SUMMARY

Rodríguez Méndez, O.; M. García Sánchez. *Anorexia nervosa: study of three patients*. Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

Three female patients aged 12-14 years presenting anorexia nervosa were studied. They were hospitalized at the psychiatric ward, Cerro Pediatric Teaching Hospital. Some aspects of the clinical picture are analyzed. In the premorbid personality, obsessive, hysterical characteristics and trend to inhibition were found. Anorexia together with other neurotic symptoms appears after situations that result conflictive to patients. Anorexia caused them a significant weight loss. Diet is obsessive and slavering. Stop of puberal development with amenorrhea or menarche absence is an inseparable sign of anorexia nervosa. Its evolution is favourable, although slow and long. Our findings are compared with those pointed out in the literature and comments are made.

RÉSUMÉ

Rodríguez Méndez, O.; M. García Sánchez. *Anorexie nerveuse: A propos de trois patients*. Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

Il est étudié trois patients du sexe féminin âgés entre 12 et 14 ans, qui présentaient une anorexie nerveuse, hospitalisés dans la salle de pédiatrie de l'hôpital universitaire pédiatrique de la municipalité Cerro. Certains aspects du tableau clinique sont analysés. Dans la personnalité prémorbide, on a trouvé des traits obsédants, histériques et une tendance à l'inhibition. L'anorexie apparaît avec d'autres symptômes neurotiques après des situations de conflit pour les patients. L'anorexie entraîne une importante perte de poids. La diète est obsédante et asservissante. Un signe inséparable de l'anorexie nerveuse est l'arrêt du développement pubertaire, avec aménorrhée ou absence de ménarche. L'évolution est favorable, mais lente et longue. Les trouvailles sont comparées à celles rapportées dans la littérature; des commentaires sont faits.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ajuriaguirre*: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona, Toray Masson. 1973.
2. *Coorke, R. W.*: Bases biológicas en la práctica pediátrica. Barcelona, Salvat. Editores S. A., 1970.
3. *Kanner, L.*: Child Psychiatry. Charles C. Thomas Publishers Springfield, Illinois, p.777.
4. *Fransellas, F.; A. Crisp*: Compendium of right concepts in group of neurotic, normal and anorexic female. Br J Psychiatry 134: 79-86, 1979.
5. *Nelson, E.*: Tratado de pediatría. Sexta Edición. V. 2. Barcelona, Salvat Editores, 1974. P. 1362.
6. *Gasper, R.*: Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 134: 60-65, 1979.
7. *Gómez, J.*: Psychometric rating in the assessment of progress in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 136: 290-296, 1980.
8. *Freedman, M.; G. Kaplan*: Comprehensive Textbook of Psychiatry. V. 2, 2a ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1975. P. 2609.
9. *Egkert, E.*: Behavior therapy in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 134: 55-59, 1979.
10. *Golberg, S.*: Cyproheptadine in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 134: 67-70, 1979.
11. *Holmi, K. A.*: Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 134: 71-78, 1979.

Recibido: 22 de febrero de 1984.

Aprobado: 28 de abril de 1984.

Dra. Ovidia Rodríguez Méndez
Hospital pediátrico del Cerro
Servicio de Psiquiatría
Calzada del Cerro No. 2002
Ciudad de La Habana,
Cuba.