

FUNDACION ESPAÑOLA DE LA NUTRICION

ANOREXIA NERVIOSA Y NUTRICION

C. Núñez, O. Moreiras y A. Carbajal
Departamento de Nutrición
Facultad de Farmacia
Universidad Complutense de Madrid

P. Varela¹, A. Marcos¹, I. Santacruz¹ y G. Morandé²
¹ Instituto de Nutrición y Bromatología
Consejo Superior de Investigaciones Científicas
Facultad de Farmacia. Ciudad Universitaria
² Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica.
Hospital del Niño Jesús. Madrid

G. Morandé
Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica
Hospital del Niño Jesús. Madrid

Edita: FUNDACION ESPAÑOLA DE NUTRICION

C/ General Yagüe, 20 - 4.º-A

28020 MADRID. Tel.: 555 38 05 - Fax: 597 44 04

Colabora: EDICIONES AYALA, S. L. - Fax: (91) 350 78 80

I.S.B.N.: 84-605-2688-7

Depósito Legal: M-14283-95

Fotocomposición: CICEGRAF, S. L.

Imprime: MILOFE

INDICE

	<u>Página</u>
Prólogo, <i>Gregorio Varela</i>	5
Algunos aspectos nutricionales de la anorexia nerviosa, <i>C. Núñez, O. Moreiras y A. Carbajal. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid</i>	9
Parámetros inmunológicos de elección en la valoración nutricional de la anorexia nerviosa, <i>P. Varela, A. Marcos, I. Santacruz y G. Morandé. Instituto de Nutrición y Bromatología. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Facultad de Farmacia. Ciudad Universitaria</i>	31
Anorexia nerviosa: de la clínica al tratamiento, <i>G. Morandé. Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital del Niño Jesús. Madrid</i>	43

PROLOGO

En un mundo en el que todavía muchas personas padecen hambre, es realmente paradójico y difícil de comprender la existencia de la anorexia nerviosa, trastorno de la alimentación en el que personas con abundancia de alimentos rehusan comer llegando en muchos casos a la muerte. Esta enfermedad de consecuencias muy graves está cada vez más extendida y puede considerarse, junto con la obesidad, uno de los principales trastornos de la conducta alimentaria en los países desarrollados. A pesar de los estudios realizados, son aún muchos los aspectos desconocidos y un hecho está claro: no hemos sido capaces de detener su avance.

De ahí que el problema de la anorexia nerviosa venga preocupando desde hace tiempo a la Fundación Española de la Nutrición (FEN). En 1990 organizó en Madrid un seminario titulado «Anorexia nerviosa: ¿una epidemia actual?», durante el cual un grupo de nutriólogos y psiquiatras planteamos problemas y pretendimos aportar soluciones a esta alteración tan compleja. Todos coincidimos en poner de relieve la gravedad del problema y su incremento progresivo. Desde entonces y hasta ahora hemos seguido trabajando en este apasionante campo.

En la presentación de aquél seminario se pusieron de manifiesto diversas consideraciones que siguen estando vigentes. Quizás el aspecto más sorprendente para un nutriólogo que trata de profundizar en la anorexia nerviosa es que, a pesar de las bajas ingestas, no se observan, en general, situaciones claras de desnutrición para diversos nutrientes con valores muy satisfactorios para otros como, por ejemplo, β -caroteno. Esta es una de las muchas características que marcan las diferencias entre la desnutrición provocada por el ayuno y la observada en la anorexia nerviosa. Por otro lado, lo que sabemos de esta enfermedad confirma la idea de que el adelgazamiento no es un fenómeno inverso y paralelo al de la obesidad.

Estos dos puntos no son más que un ejemplo de lo poco que se sabe de esta moderna patología que en este momento se está abordando desde muy diferentes frentes: psiquiátrico, nutricional, bioquími-

co, etc. La complejidad del problema se pone de relieve al tratar de contestar a esta pregunta clave: supuesta la etiología mental de la anorexia nerviosa, ¿cuál sería la señal del cambio o alteración de la conducta alimentaria?

Por todo lo anterior, no es extraño que en la actualidad, y a nivel general, exista un gran desconocimiento respecto a las causas y consecuencias nutricionales de la anorexia nerviosa. Ante esta falta de información científica y la gran incidencia del trastorno en nuestro país, la FEN quiere, a través de este primer informe, dar a conocer algunos de los estudios realizados pues una manera de prevenir su aparición es informando sobre su existencia: no podemos olvidar que muchas veces el primer problema que aparece en torno a la anorexia nerviosa es el de descubrirla. Hemos incluido en este informe, junto a los aspectos nutricionales e inmunológicos de la anorexia, algunos psiquiátricos ya que estamos ante una enfermedad compleja, en la que es difícil deslindar la parte somática y la mental y en la que es necesaria la ayuda de todos los profesionales para intentar contenerla. Esperamos que nuestra pequeña contribución pueda ser útil para evitar una de las enfermedades de consecuencias más trágicas en nuestros jóvenes y sus familias.

Gregorio Varela

ALGUNOS ASPECTOS NUTRICIONALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

**C. Núñez, O. Moreiras y A. Carbajal
Dpto. de Nutrición. Facultad de Farmacia
Universidad Complutense de Madrid**

INTRODUCCION

Entre la población adolescente y especialmente la femenina de las sociedades desarrolladas, la restricción en el consumo de alimentos por motivos puramente estéticos ha dado lugar a la aparición de ciertos trastornos alimentarios cuya incidencia está aumentando vertiginosamente, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa (AN), que ha llegado a convertirse en una verdadera «epidemia». Por ello, se ha hecho necesario profundizar en todos aquellos aspectos relacionados con un tema tan paradójico y lleno de interrogantes: ¿Qué es la anorexia nerviosa?, ¿Qué hace que personas jóvenes, normalmente mujeres adolescentes, limiten drásticamente su ingesta de alimentos en un proceso que las conduce, si no se detiene, inexorablemente a la muerte?, ¿Qué es lo que induce a tal limitación?, ¿Qué se pretende?, ¿Cuál es y dónde está esa gordura que tanto odian y aborrecen y que intentan eliminar con dietas tan drásticas?, ¿Por qué al pánico a engordar se une un sentimiento de culpa cuando se ha caído en la tentación de comer?, ¿Es una enfermedad de la conducta?, ¿Es una manifestación de protesta?, y si es así, ¿De qué se protesta?, ¿Qué hace que esta enfermedad sea cada vez más frecuente?

La AN puede ser considerada como la última fase de un continuo cambio que discurre desde un adelgazamiento consciente por razones estéticas, pasando por una etapa de fijación neurótica al peso y a la ingestión de alimentos, hasta una situación caracterizada por una conducta alimentaria incontrolable y una evidente distorsión perceptiva de la imagen corporal.

Puede definirse como un trastorno multifactorial, con connotaciones psíquicas, endocrinas y nutricionales que afecta fundamentalmente a mu-

jeros adolescentes de países industrializados y de clase social media-alta. Sin embargo, el trastorno se va extendiendo cada vez más y en la actualidad, aún dentro de esta tónica general, se observa un aumento de la incidencia en hombres y en otras clases sociales. En la Tabla 1 se resume el perfil del sujeto con un mayor riesgo de sufrir este trastorno.

TABLA 1
Perfil del individuo de riesgo (Morandé, 1989)

-
- Mujeres (9:1)
 - Adolescentes jóvenes (13-18 años)
 - *Status* socioeconómico medio-alto
 - Procedencia urbana o periurbana
 - Hijas de padres con nivel de educación superior a la media
 - Con madres que trabajan fuera del hogar
 - Antecedentes psicopatológicos (de tipo afectivo y/o abuso de alcohol)
 - Obesas en algún momento de la vida y/o con madres con sobrepeso u obesas
 - Desarrollo normal o precoz, excepto en el área psicosexual
 - Alteraciones alimentarias en la lactancia o en la primera infancia
 - Rendimiento escolar alto, escasa adaptación social, inadecuado uso del tiempo libre
 - Trastornos cognitivos que las hacen fácilmente influenciabiles
-

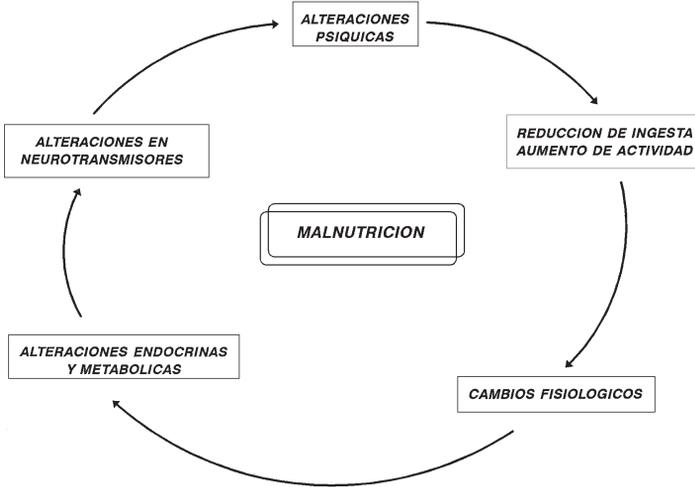
Los criterios de diagnóstico de AN más aceptados son los de la Asociación de Psiquiatras Americanos (DSM III-R) (1987):

- Intenso miedo a convertirse en obeso que no disminuye a medida que desciende el peso.
- Alteración en la forma en que se percibe el propio peso corporal, talla o silueta: distorsión de la imagen corporal, afirmando que se siente grueso aún en estados de extrema delgadez.
- Rechazo firme y contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para la edad y altura; generalmente reducción del peso en un 15% por debajo del peso teórico; o bien fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento.
- En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales.

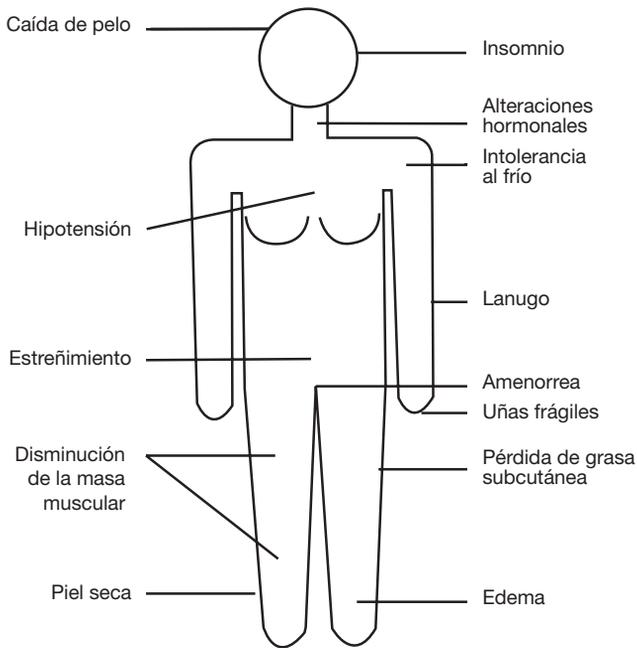
Según Llewellyn-Jones y Abraham (1984) considerar una pérdida de peso de al menos un 15% del peso corporal original como un criterio de diagnóstico puede conducir a errores, ya que una persona obesa perdiendo esa proporción de peso no tiene porque padecer AN, de ahí que estos autores consideren el peso relativo —índice de Quetelet [peso (kg)/talla² (m)]— como una medida más apropiada y así, determinan que un índice de Quetelet menor de 15, en ausencia de cualquier desorden físico o psíquico, puede sugerir la existencia de AN. Casper (1986) establece que cualquier otra enfermedad relacionada con una repulsa hacia los alimentos y/o pérdida de peso debe ser diferenciada de la AN. Por ejemplo, en determinadas enfermedades orgánicas, depresión, histerias y esquizofrenias puede producirse una pérdida de apetito y una aversión hacia los alimentos. Sin embargo, el miedo a ganar peso y el placer por perderlo son características de esta alteración.

Los pacientes con AN se dividen, clásicamente, en dos tipos: aquellos que pierden peso mediante una restricción severa de su ingesta (**anoréxicos restrictivos**) y aquellos en los que los intentos por controlar o limitar su ingesta se ven interrumpidos por episodios de ingestas compulsivas y, a menudo, recurren al vómito así como al uso de laxantes, diuréticos y/u otros fármacos para conseguir su propósito (**anoréxicos bulímicos**). Este último grupo es denominado por algunos autores como bulimaréxicos o pacientes con bulimia nerviosa (Commerci y Williams, 1985).

Aunque no está clara su etiología, la AN es un estado en el cual convergen una serie de componentes fundamentales de modo cíclico (Gráfica 1): Una alteración psíquica, que suele ser el inicio y que se concreta fundamentalmente en una distorsión perceptiva de la imagen corporal y fobia al peso, que lleva a una drástica disminución de la ingesta y a un aumento en la actividad física (Toro y Vilardell, 1987). Esto a su vez, va a producir una serie de cambios físicos y fisiológicos (especialmente una gran pérdida de peso) y unos cambios endocrinos y metabólicos entre los que destaca: pérdida de los ciclos menstruales (amenorrea), disminución del metabolismo basal, hipotermia e hipotensión entre otros (Herpetz-Dahlmann y Remschmidt, 1988) (Gráfica 2). Estos cambios pueden producir una alteración en los niveles de neurotransmisores cerebrales que a su vez podría ser el origen de los trastornos psíquicos, todo ello, dentro de un entorno marcado por el valor que en las sociedades occidentales actuales tiene la delgadez. Todos estos componentes se centran en una situación de malnutrición, que bien podría ser el origen o el final del proceso.



GRAFICA 1
Alteraciones en anorexia nerviosa



GRAFICA 2
Posibles signos y síntomas que acompañan a la pérdida de peso en anorexia nerviosa. (Herpetz-Dahlmann y Remschmidt, 1988)

Sin embargo, esta malnutrición autoimpuesta poco tiene que ver con otras situaciones de malnutrición consecuencia del ayuno. El paralelismo entre muchos de los comportamientos observados en pacientes con AN e individuos expuestos a condiciones de semiayuno ha sido estudiado por Casper (1986), tomando como referencia de los efectos del ayuno en el hombre el estudio realizado por Keys y col. (1950) en la Universidad de Minnessota durante la Segunda Guerra Mundial. El experimento de Keys y col., consistió en restringir la ingesta calórica de 36 voluntarios jóvenes, sanos y psíquicamente normales, durante 24 semanas; la actividad física se mantuvo normal y la ingesta media se redujo a 1570 kcal/día. Los hombres perdieron, por término medio, un 25% de su peso original y del estudio se recogió una gran información, no sólo sobre aspectos fisiológicos, sino también del comportamiento (Tabla 2). De entre los aspectos diferenciadores de la AN frente a los ayunadores voluntarios destacan entre otros la actividad (energía inagotable), el aspecto cuidado, la gran iniciativa, la represión y autocontrol del hambre, la preocupación continua por el alimento, la no deprivación proteica y las preferencias por alimentos bajos en calorías.

TABLA 2
Estudio comparativo entre ayuno y anorexia nerviosa

	AYUNO impuesto	ANOREXIA NERVIOSA autoimpuesto
HUMOR Y ESTADO EMOCIONAL	Falta de iniciativa Humor variable y peleón Deterioro de la apariencia Hambre continua Soñar con la comida	Alta iniciativa Humor cambiante Cuidado con la apariencia Represión del hambre Preocupación por el alimento
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	Gustos raros Alimentos de gran volumen Alimentos calientes Mucho tiempo para comer Recoger migajas y bulimia	Alimentos bajos en calorías, lípidos e hidratos de carbono
NIVEL DE ACTIVIDAD	Fatiga	Aparente actividad inagotable
FUNCIONES SEXUALES	Se evita esfuerzo Disminución del interés Fantasías y sentimientos sexuales Impotencia Amenorrea	Hiperactividad Similares
CRECIMIENTO	Alterado	no alterado

(Casper, 1986. Modificado de Keys y col., 1950)

Aunque los estudios y trabajos dedicados a los aspectos psíquicos y a las repercusiones fisiológicas de la AN son relativamente abundantes, son escasos los que se ocupan de aspectos nutricionales como la dieta, parámetros bioquímicos, composición corporal, etc., o los que estudian las bases para programas dietéticos específicos y adecuados para la recuperación del paciente. Sin embargo, el aspecto nutricional es de vital importancia en la AN, ya que el primer paso que debe conseguir el clínico en el tratamiento es que el paciente deponga su negativa a comer y pueda ganar peso. Además, es bien sabido que la medida más acuciante ante un desnutrido es recuperar su estado de salud y una cosa está clara en el tratamiento de la AN: es extremadamente difícil corregir los aspectos psíquicos del enfermo sin mejorar previamente el estado nutricional.

Para el tratamiento de la AN, un mundo tan pragmático como es el de la nutrición del individuo, cuyos fallos repercuten en la salud del mismo, tiene que enfrentarse aportando soluciones a otro mundo dominado por esquemas mentales distorsionados y por interpretaciones peculiares y muy personales acerca de qué y para qué es el alimento. El establecimiento de las bases para estas soluciones es, a su vez, difícil, de ahí la necesidad de realizar estudios para tratar de conocer el estado nutricional de estos pacientes. Por ello, desde hace tiempo, nuestro equipo del Departamento de Nutrición de la UCM, viene ocupándose del estudio de los aspectos nutricionales de la AN (Moreiras y col., 1989; Moreiras y col., 1990b; Núñez, 1991; Núñez y col., 1994; Núñez y col., 1995).

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Muchas actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación de los pacientes con AN pueden parecer paradójicas. Por un lado, restringen su ingesta lo que contrasta con la gran preocupación e interés por el alimento y la comida: muchos coleccionan y leen asiduamente libros sobre nutrición y gastronomía; les gusta y disfrutan preparando comidas para otras personas, aunque ellos siempre encuentran alguna disculpa para no consumirlas; muchos estudian o trabajan en profesiones relacionadas con los alimentos (cocineros, dietistas, camareros, etc.) (Garfinkel y col., 1988). Sin embargo, a pesar de estos amplios conocimientos sobre dietas y su contenido calórico, son incapaces de aplicarlos para realizar una alimentación correcta y

razonable. «Piensan en calorías» pero con la única finalidad de limitar su ingesta.

Por otro lado, se ha observado que son muy ritualistas en las comidas: rehusan comer en compañía, son muy precisos en colocar los alimentos en los platos, siempre sirven los alimentos en el mismo orden, cortan la comida en porciones muy pequeñas y mastican muy lentamente por lo que habitualmente tardan mucho tiempo en comer, utilizan especias y condimentos raros y si dejan alimentos en el plato, suelen esconderlos bajo los cubiertos (Garfinkel y col., 1988).

Muchos enfermos restringen la ingesta de líquidos, algunos porque creen que el agua engorda y otros porque les produce una sensación de plenitud intolerable. En otros casos, por el contrario, beben grandes cantidades de agua como método para intentar calmar la sensación de hambre.

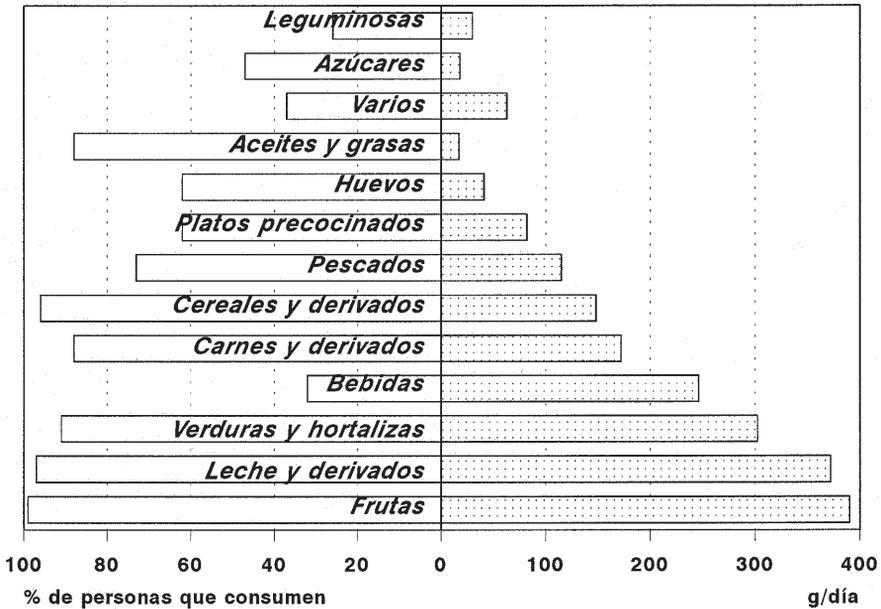
El consumo de alimentos es muy heterogéneo aunque, en general, existe una ingesta elevada de frutas, lácteos y verduras y minoritaria de grasas, leguminosas y azúcar. El consumo está condicionado por la enfermedad y, por tanto, otros factores como sexo, edad, publicidad, etc., que intervienen notablemente en la elección de alimentos en poblaciones sanas, no influyen en el consumo. En muchas ocasiones, la hospitalización y la consecuente dieta impuesta va a condicionar el tipo de alimentos, no mostrando las verdaderas tendencias de consumo.

En un estudio realizado por nuestro equipo sobre los hábitos alimentarios de un grupo de 78 pacientes con AN (67 mujeres y 11 hombres) (16.6+3.2 años), tratados en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid, la primera peculiaridad que se observó al analizar los datos de consumo de alimentos fue la gran dispersión de resultados. Así, en grupos básicos como el de cereales, el consumo oscilaba entre 0 y 466 g/día, frutas entre 0 y 1986 g/día y verduras entre 0 y 880 g/día.

En la Gráfica 3 figuran las cantidades medias consumidas de cada grupo de alimentos así como el número de consumidores. Frutas, lácteos y verduras son los que se utilizan, tanto por un mayor número de personas como en mayor cantidad, formando parte, por tanto, de la dieta diaria. Se consumen en menor cuantía, carnes, cereales y pescados. Aceites y grasas, aunque utilizados por gran número de personas,

presentan una ingesta media muy baja, al contrario que las bebidas, consumidas por muy pocos individuos pero en gran cantidad.

GRAFICA 3
Consumo por grupos de alimentos



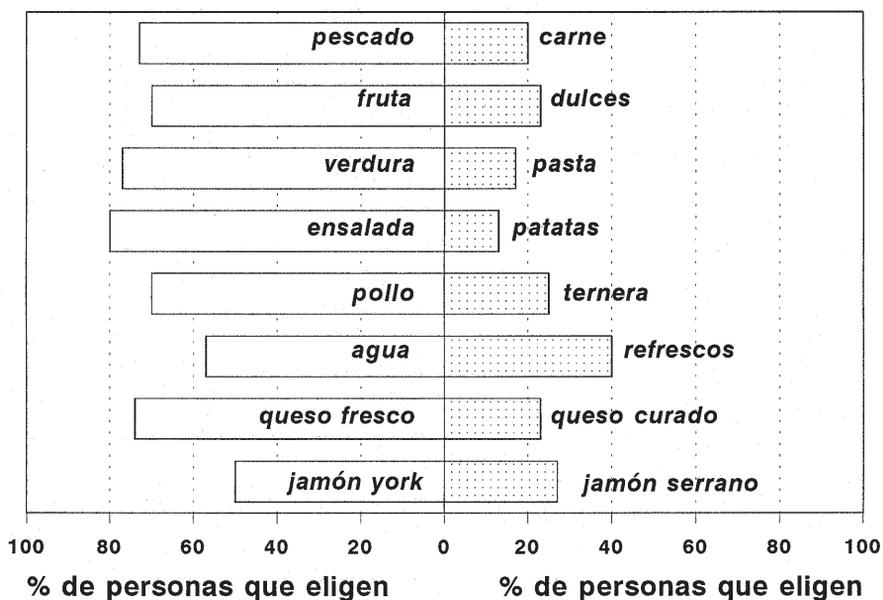
Estos datos indican que para el individuo anoréxico el contenido calórico de los alimentos es de vital importancia. Así, entre dos opciones de alimentos de distinto valor calórico la elección se dirige hacia aquellos que el individuo considera menos energéticos aunque en ocasiones ésto no responda exactamente a la realidad (Gráfica 4).

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Un aspecto importante en la valoración del estado nutricional de estos pacientes es determinar los requerimientos energéticos y nutricionales, aspectos, sin embargo, todavía poco conocidos. En primer lugar habría que plantearse si las recomendaciones de energía para la

población sana son también válidas en el caso de la AN, por lo que es necesario seguir investigando en esta línea.

GRAFICA 4
Elección entre dos opciones de alimentos



Aunque los estudios concretos sobre la ingesta de energía y nutrientes en pacientes con AN son muy escasos, todos los autores ponen de manifiesto la grandes diferencias que existen dentro de ellos y coinciden en afirmar que la mayor deficiencia es la energética. Así, si identificamos la AN con una malnutrición, ésta no será de tipo proteico sino energético, siendo además raro encontrar deficiencias bioquímicas en otros nutrientes (Gray y Gray, 1989; Moreiras y col., 1990b). Por tanto, las diferencias con otras formas de malnutrición pueden explicarse por la existencia de una ingesta más elevada de proteína.

En la Tabla 3 aparecen los valores medios de la ingesta energética encontrada en diferentes estudios, en todos ellos muy inferiores a los recomendados que, para estos grupos de edad, se estiman en 2750-3000 kcal para hombres y 2300-2500 kcal para mujeres.

TABLA 3
Ingesta de energía (kcal) en pacientes con anorexia nerviosa

Energía (kcal)	Edad (años)	Referencia
900	16±6	Huse y Lucas, 1984
773 ± 349	18 ± 5	Thibault y Roberge, 1987
1400 ± 654	17 ± 2	Moreiras y col., 1990b
1090	24. 7	Van Binsbergen y col., 1988
1722 ± 768	17 ± 3.2	Núñez, 1991

Esta baja ingesta energética puede provocar en los pacientes la consiguiente adaptación metabólica: existe una clara evidencia de una reducción significativa en la tasa metabólica basal, del orden de un 10%, en personas con ingestas bajas y en AN (Waterlow, 1986; Melchior y col., 1989). Se ha demostrado que estos pacientes presentan un cierto estado hipometabólico, consecuencia de un ajuste homeostático protector a nivel celular (Fohlin, 1977). Este hecho puede explicar cómo una ingesta deficitaria o marginal de nutrientes durante un largo período de tiempo puede ser suficiente para mantener las necesidades metabólicas.

Según Forbes y col. (1984) la disminución del metabolismo basal en pacientes con AN se debe a una reducción en la masa celular como consecuencia de la reducción de peso y en concreto a la pérdida de masa libre de grasa, ya que después de un período de realimentación en el que se recupera dicho compartimento, el gasto también aumenta (Melchior y col., 1989). Por otro lado, habría que tener en cuenta «la acción termogénica de los alimentos». Aunque no existe suficiente información sobre el efecto de la misma en individuos con ingestas bajas en energía, se piensa que la restricción calórica produce una disminución de la acción termogénica específica (Waterlow, 1986).

Algunos pacientes disipan una mayor cantidad de energía en forma de calor por lo que el coste calórico para conseguir una ganancia de peso puede ser muy variable en cada paciente. Sin embargo, no se han observado diferencias en el gasto energético por actividad física (Melchior y col., 1989; Dempsey y col., 1984) aunque sí está claro que disminuyendo el ejercicio durante el período de recuperación, se llega antes al peso deseado (Kaye y col., 1988). Todo ello tendría que tenerse en cuenta para establecer los requerimientos energéticos. Es ne-

cesario, por otra parte, diferenciar entre requerimientos para ganar peso de aquellos para mantener un peso estable.

Por último, el estrés psicosocial al que está sometido el individuo con AN puede influir notablemente en la absorción y disponibilidad de los nutrientes contenidos en los diferentes alimentos y este hecho también debería considerarse a la hora de marcar sus requerimientos (Underwood, 1986).

Tampoco puede olvidarse que la AN afecta fundamentalmente a adolescentes y jóvenes en período de crecimiento y desarrollo, por lo que a la hora de establecer sus necesidades y requerimientos, a la recuperación de peso habría que añadirle las necesidades para compensar la posible disminución en la tasa de crecimiento que pudiera haberse producido.

La reducción energética con la que los anoréxicos consiguen perder peso se realiza en la mayoría de los casos eliminando de la dieta, principalmente, los alimentos ricos en hidratos de carbono y así, al comienzo de la enfermedad lo primero que dejan de ingerir son dulces, postres y aperitivos ricos en calorías. Un estudio realizado por Crisp (1981) confirma que los pacientes con AN presentan una ingesta mínima de hidratos de carbono, aproximadamente 40 g al día, cuando la ingesta habitual de sociedades desarrolladas como la nuestra, supera los 300 g/día (Moreiras y col., 1990a). En su lugar, consumen grandes cantidades de verduras, frutas y ensaladas. La aversión por las grasas es también característica (Drewnowsky y col., 1988) y sólo en casos extremos reducen la ingesta de proteínas. Además, el grado de distorsión en la imagen corporal, característico del individuo anoréxico, se acentúa después de una comida con una proporción normal de hidratos de carbono (Gráfica 5).

El perfil calórico, como puede deducirse de lo anterior, suele presentar con frecuencia una elevada proporción de calorías procedentes de la proteína (mayor del 20%), como ocurre en las dietas hipocalóricas, un moderado aporte de lípidos y una importante disminución de los hidratos de carbono. En este sentido, no puede olvidarse que mientras que los hidratos de carbono complejos son visibles y pueden suprimirse de la dieta fácilmente, la grasa estructural o invisible no resulta fácil de eliminar. El consumo de grasas visibles es bajo, como queda reflejado en el predominio del tipo de preparaciones culinarias que no requieren la utilización de las mismas (Tabla 4)

GRAFICA 5

Percepción de la imagen corporal en anorexia nerviosa (Crisp, 1980)

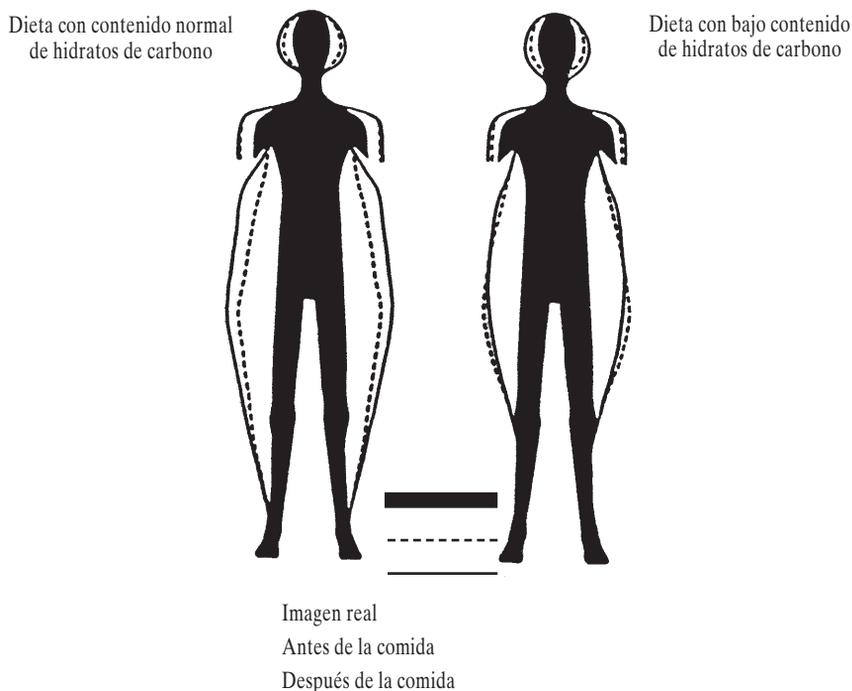


TABLA 4
Métodos culinarios empleados con mayor frecuencia

Anorexia nerviosa	Tipos de alimentos	Controles
Cocidos	HUEVOS	Fritos
Hervidos o plancha	PESCADOS	Rebozados
Plancha	CARNES	Fritas
Cocidas sin rehogado	VERDURAS	Cocidas con rehogado
Sin aliñar	ENSALADAS	Aliñadas
Cocido sin tomate	ARROZ	Cocido con tomate

La baja ingesta energética conlleva en muchas ocasiones una ingesta deficitaria de algunos nutrientes. Así, es frecuente encontrar ingestas muy bajas de algunos minerales como zinc, hierro y magnesio (Moreiras y col., 1990b; Núñez, 1991), aunque conviene resaltar que

este hecho no es sólo característico de mujeres con AN sino también de poblaciones sanas de adolescentes, especialmente mujeres cuando comienza el período fértil (Carbajal, 1990; González, 1989). A pesar de la baja ingesta de hierro y al contrario de lo que ocurre en mujeres sanas en las que estas deficiencias se traducen con frecuencia en anemia ferropénica, en los pacientes con AN los parámetros hematológicos no suelen estar alterados.

Algunos autores apoyan el hecho de que en AN existen muchas características comunes a la deficiencia de zinc (alteraciones en el gusto, anorexia, alopecia, anormalidades psíquicas, etc.) (Casper y col., 1980). Sin embargo, éste sigue siendo un aspecto controvertido.

Debido al elevado consumo de lácteos, la ingesta de calcio suele ser adecuada (Núñez, 1991); sin embargo, este nutriente debe cuidarse ya que estos enfermos tienen un mayor riesgo de osteoporosis como consecuencia de la amenorrea, de los bajos niveles circulantes de hormonas sexuales y, en ocasiones, de la elevación del cortisol (Rigotti y col., 1991).

Los peculiares hábitos alimentarios del paciente con AN que se caracterizan por un alto consumo de alimentos ricos en vitaminas, contribuyen a que, en general, la ingesta de vitaminas sea satisfactoria, situación que se traduce, en muchos casos, en niveles sanguíneos de vitaminas adecuados (Gray y Gray, 1989). Por el contrario, en individuos sanos es relativamente frecuente encontrar ingestas deficitarias (Lemoine y col., 1986; Carbajal, 1990). En el estudio antes comentado sobre el estado nutricional de un grupo de 78 jóvenes afectados de AN se encontraron cifras medias satisfactorias en la mayoría de los casos. Sin embargo, los valores individuales mostraron que un 33% presentaba deficiencias en sangre de vitamina B6, 7.5% de riboflavina y 4% de tiamina, existiendo también situaciones marginales para tocoferol (33%), retinol (26%) y β -caroteno (7.5%).

Además del consumo de alimentos especialmente ricos en vitaminas, otras posibles razones que explican la ausencia de hipovitaminosis pueden ser un bajo catabolismo en los tejidos, asociado con un metabolismo reducido y el uso frecuente de suplementos vitamínicos (Casper, 1986). Es característica la hipercarotinemia aunque su mecanismo no ha sido totalmente establecido (Thibault y Roberge, 1987; Curran-Celentano y col., 1985). Puede ser debida a una mayor inges-

ta dietética de carotenos, a un defecto acusado en su metabolismo o a una movilización de las reservas lipídicas y posibles cambios catabólicos secundarios a la pérdida de peso (Frumar y col., 1979).

Con respecto a otros nutrientes, se encuentran niveles de ácidos grasos esenciales inferiores a los normales, que se atribuyen a una dieta deficitaria, ya que éstos no pueden sintetizarse en el organismo (Langan y Farrell, 1985). Sin embargo, en muchas ocasiones los pacientes no muestran síntomas clínicos claros de estas deficiencias (piel escamosa, trombocitopenia, largo período de cicatrización de las heridas, etc.) que sólo aparecen cuando existe una gran pérdida de peso o una larga evolución de la enfermedad. Por otro lado, en algunos pacientes puede observarse hipercolesterolemia consecuencia de anomalías en el metabolismo lipídico.

En resumen, la mayoría de los autores coinciden en señalar que el estado nutricional de los pacientes está regido principalmente por una severa restricción energética que los conduce a una drástica pérdida de peso, sin que esta situación se traduzca en importantes deficiencias bioquímicas (Casper, 1986; Moreiras y col., 1990b; Núñez, 1991).

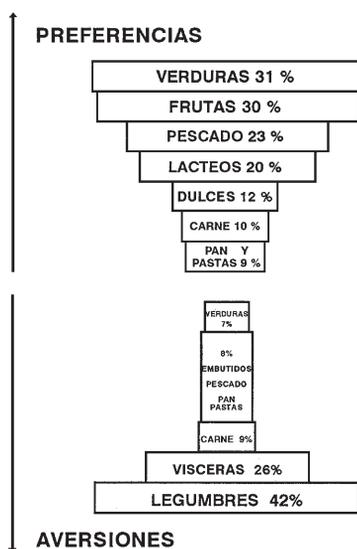
PREFERENCIAS Y AVERSIONES

Todo lo anterior pone de manifiesto que el conocimiento de las necesidades de energía y nutrientes es de vital importancia para el éxito del tratamiento nutricional; pero además, éste debe establecerse teniendo en cuenta también las preferencias y aversiones del individuo anoréxico. Es importante conocer y comprender su peculiar comportamiento alimentario y sus gustos y aversiones para poder lograr el entendimiento y colaboración del paciente.

Se observan, por un lado, preferencias y aversiones características del trastorno que padecen pero, por otro, también algunas propias de la etapa adolescente. Concretamente, mientras las preferencias suelen ser típicas de pacientes con AN y condicionadas especialmente por los aspectos «energéticos» de los alimentos, las aversiones coinciden, en general, con las de la población sana, convergiendo en este caso, además de la aversión que produce el contenido calórico del alimento, una serie de factores como palatabilidad y costumbres capaces de provocarlas.

En la Gráfica 6 se resumen los resultados del estudio antes mencionado (Núñez, 1991). Existe una marcada preferencia hacia los alimentos con bajo o muy bajo contenido energético: verduras, frutas, pescados y lácteos son los cuatro grupos de alimentos elegidos por mayor número de personas. Es importante destacar que un 4% de los pacientes encuestados no tenía preferencias por ningún alimento determinado, aspecto que no suele observarse en poblaciones sanas, ya que es realmente difícil encontrar personas que muestren una indiferencia total hacia los alimentos. Las aversiones, dirigidas principalmente hacia legumbres y vísceras son, por el contrario, semejantes a las encontradas en personas sanas (Carbajal, 1987). Hay que destacar, sin embargo, que un 21% de la muestra presenta un especial rechazo hacia las carnes, principalmente las rojas, contrastando con los resultados observados en población adolescente sana, en las que este grupo de alimentos aparece siempre entre sus preferencias.

GRAFICA 6
Preferencias y aversiones (% de encuestados)



Guiado por sus peculiares gustos, el paciente elige como menú ideal (considerando éste como aquél que hipotéticamente consumiría en el caso de no tener ningún tipo de limitación) uno muy diferente del que podría elegir un adolescente sano (Moreiras y col., 1989) tal como puede verse en la Tabla 5.

TABLA 5
Menú ideal

Anorexia nerviosa	Controles
Verduras (acelgas, espinacas)	Pasta
Pescado a la plancha	Pollo asado con patatas fritas
Fruta	Postre comercial

En AN es importante saber distinguir entre lo que verdaderamente disgusta al paciente y las aversiones que han surgido como resultado de unos hábitos alimentarios anormales. Además, es necesario, identificar las posibles ansiedades y miedos asociados con ciertos alimentos.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El tratamiento nutricional es de gran importancia para conseguir una mejoría del paciente, ya que es extremadamente difícil corregir los aspectos psíquicos del enfermo sin mejorar previamente su estado nutricional. El primer paso en el tratamiento es, por tanto, conseguir que el paciente deponga su negativa a comer y pueda ganar peso.

La rehabilitación nutricional debe basarse en la administración de una dieta equilibrada que contenga proteínas, grasas e hidratos de carbono en las proporciones adecuadas y vitaminas y minerales en cantidad suficiente para cubrir las ingestas recomendadas. La utilización de suplementos puede ser muy útil, especialmente en el caso de aquellos pacientes que evitan comer una dieta normal. Es muy importante establecer un plan individualizado para cada paciente que comprenda: un detallado historial dietético del consumo actual y pasado de alimentos; una estimación del contenido calórico de la dieta actual y la selección de los niveles energéticos tanto para la dieta inicial como para la de mantenimiento una vez alcanzado el peso «meta».

Aunque existen pocas pautas para la realimentación del paciente con AN, la cantidad de energía administrada en una primera fase de recuperación debe hacer frente a las necesidades energéticas de la tasa metabólica basal en pacientes inmovilizados, con un aumento de 200-250 kcal por semana durante las primeras fases del tratamiento e incrementos mayores en fases posteriores (Clínica Mayo, 1988; Carruth, 1990).

Por otra parte, no pueden olvidarse ciertas complicaciones que la etapa de realimentación presenta. Así, es frecuente la aparición de alteraciones gástricas (especialmente dilatación) y edema periférico, por lo que la mayoría de los autores consideran que al comienzo deben emplearse dietas bajas en energía, aumentando gradualmente el aporte calórico hasta conseguir el peso deseado. En este sentido, algunos autores creen que emplear dietas muy energéticas puede ser contraproducente desde el punto de vista psíquico ya que podrían ser rechazadas o podrían dar lugar a tendencias bulímicas, por lo que sería suficiente comenzar con una ingesta de aproximadamente 1.200 a 2.000 kcal/día durante la primera o las dos primeras semanas (Forbes y col., 1984; Huse y Lucas, 1984). En otros casos se observa una evolución más favorable cuando los pacientes son obligados a comer grandes cantidades de alimentos equivalentes a 3.000 - 5.000 kcal/día (Russell, 1983).

Por otra parte, y dado el estrés psíquico y emocional que «comer» le supone al paciente, existen formas de aumentar la cantidad de energía sin que este estrés emocional se acentúe. Por ejemplo, añadir azúcar o cacao a la leche, acompañar algunas comidas con mayonesa o tomate frito, establecer una cantidad mínima de aceite para condimentar y aliñar las comidas y utilizar el huevo o la leche para la preparación de los platos. Acompañar las comidas con zumos, batidos o bebidas azucaradas también puede ayudar a aumentar el contenido en energía de las mismas de forma no apreciable (Núñez y col., 1995).

La recuperación satisfactoria desde el punto de vista nutricional no requiere una dieta especialmente rica en proteína. Una ingesta de 1.5 a 2 g de proteína por kg peso corporal, junto con la cantidad necesaria de minerales y vitaminas, parece suficiente para que puedan llevarse a cabo todos los procesos anabólicos (Forbes y col., 1984). Se recomienda una ingesta diaria relativamente alta de ácidos grasos esenciales, de un 5 a un 7% de las calorías totales en forma de linoleico. Es importante cuidar la ingesta de calcio, ya que aunque ésta no suele ser deficitaria en estos enfermos existe un mayor riesgo de osteoporosis, como ya se ha comentado.

Durante el tratamiento nutricional es muy importante conseguir la colaboración y consentimiento del paciente y negociar, en muchos casos, sus propias dietas (Clínica Mayo, 1988). De ahí la importancia, a la hora de establecer dietas que sean bien aceptadas, de conocer y

tener en cuenta las preferencias y aversiones. Es necesario conversar con el paciente sobre el concepto de dieta equilibrada y discutir con él el aumento de peso. El asesoramiento nutricional más que prescribir dietas rígidas, debe servir para guiar al paciente a recuperar el hábito de comer.

Todo lo anterior pone de relieve la importancia que tiene una correcta nutrición en el tratamiento de la AN, siendo muy necesario tener en cuenta los aspectos aquí mencionados si queremos un completo éxito en la mejoría psíquica y física de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM III-R)*. Washington, DC. American Psychiatric Association. 1987.

CARBAJAL, A. *Estudio de la situación nutricional para algunas vitaminas de dos grupos de adultos jóvenes, uno con dieta adecuada y otro con dieta baja en calorías*. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense. Madrid. Informe: Investigación en Nutrición. Fundación Banco Exterior. 1990.

CARBAJAL, A. *Hábitos alimentarios de la población española. Influencia de algunos factores socioculturales*. Tesis Doctoral. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense. Madrid. 1987.

CARRUTH, R. E. *Adolescents*. En: *Present Knowledge in Nutrition*. Life Sciences Institute. Nutrition Foundation. Washington, DC. 1990:331-332.

CASPER, R. C.; KIRSCHNER, B.; SANDSTEAD, H. H.; JACOB, R. A.; DAVIS, J. M. *An evaluation of trace metals, vitamins and taste function in anorexia nervosa*. *Am J Clin Nutr*. 1980;33:1801-1808.

CASPER, R. C. *The pathophysiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. *Ann Rev Nutr*. 1986;6:299-316.

CLINICA MAYO. *Manual de Dietética de la Clínica Mayo*. CM Pemberton, CF Gastinen (eds). Medici SA. Barcelona. 1988.

COMMERCI, G. D., WILLIAMS, R. L. *Eating disorders in the young. Anorexia nervosa and Bulimia*. Year Book Medical Publishers. Inc. 1985.

- CRISP, A. H. *Anorexia Nervosa. Medicine. 1981 ; 18 :68-78 .*
- CRISP, A. H. *Anorexia Nervosa: Let me be. Academic Press Inc. Ed. Gurne y Straton Inc. Londres. 1980.*
- CURRAN-CELENTANO, J.; ERDMAN, J. W.; NELSON, R. A.; GRATER SJE. *Alterations in vitamin A and thyroid hormone status in anorexia nervosa and associated disorders. Am J Clin Nutr. 1985;42:1183-1191.*
- DEMPSEY, D. T.; CROSBY, L. O.; PERTSCHUK, J. M.; FEURER, I. D.; BUZBY, G.; MULLEN, J. L. *Weight gain and nutritional efficacy in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr. 1984;39:236-242.*
- DREWNOWSKI, A.; PIERCE, B.; HALMI, K. A. *Fat aversion in eating disorders. Appetite. 1988;10(2):119-131.*
- FORBES, G. B.; KREIPE, R. E.; LIPINSKI, B. A.; HODGMAN, C. H. *Body composition changes during recovery from anorexia nervosa: comparison of two dietary regimes. Am J Clin Nutr. 1984;40:1137-1145.*
- FOHLIN, L. *Body composition, cardiovascular and renal function in adolescent patients with anorexia nervosa. Acta Paediatr Scand. 1977;268 7-20.*
- FRUMAR, A. M.; MELDRUM, D. R.; JUDD, H. L. *Hypercarotinemias in hypothalamic amenorrhea. Fertil Steril. 1979;32:261-264.*
- GARFINKEL, P. E.; GARNER, D. M.; RODIN, G. *Eating disorders. En: Nutrition and metabolism in patient care. Kinney JM, Jeebhoy KN, Hill GL, Owen OZ (eds). WB Saunder Company. Philadelphia. 1988:205-221.*
- GRAY, E. G.; GRAY, L. K. *Nutritional aspects of psychiatric disorders. J Am Diet Assoc. 1989;89:1492-1498.*
- GONZALEZ, M. *Estudio del estado nutritivo de un colectivo de adolescentes, juzgado por la dieta, parámetros bioquímicos y hábitos alimentarios. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. UCM. Madrid. 1989.*
- HERPETZ-DAHLMANN, B.; REMSCHMIDT, H. *Physiological abnormalities in anorexia nervosa. Monatsschrift Kinderheilkunde. 1988; 136 (11):732-738 .*
- HUSE, D. M.; LUCAS, A. R. *Dietary patterns in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr. 1984;40:251-254.*

- KAYE, W. H.; GWIRTSMAN, H. E.; OBARZANEK, E.; GEORGE, T. *Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr.* 1988; 47:987-984.
- KEYS, A.; BROZEK, J.; HENSCHL, A.; MICKELSON, O.; TAYLOR, H. L. *The biology of Human starvation. Minneapolis: Univ Hum Press.* 1950.
- LANGAN, S. M.; FARRELL, P. M. *Vitamin E, vitamin A and essential fatty acid status of patients hospitalized for anorexia nervosa. Am J Clin Nutr.* 1985;41: 1054-1060.
- LEMOINE, A.; LE DEVEHAT, C.; HERBETH, B. *ESVITAF: Vitamin Status in three groups of French adults. Ann Nutr Metab.* 1986;30/1.
- LLEWELLYN-JONES, D.; ABRAHAM, S. F. *Quetelet index in anorexia nervosa. Br Med J.* 1984;288:1800.
- MELCHIOR, J. C.; RIGAUD, D.; ROZEN, R.; MALON, D.; APFELBAUM, M. *Energy expenditure in economy induced by decrease in lean body mass in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr.* 1989;43:793-799.
- MORANDE, G. *Trastornos alimentarios en los adolescentes. Anorexia nerviosa y bulimia. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.* 1989.
- MOREIRAS, O.; CARBAJAL, A.; NUÑEZ, C.; MORANDE, G. *Modelo dietético de un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa y/o bulimia. Nutr Clín Diet Hosp.* 1989;9/3:9-20.
- MOREIRAS, O.; CARBAJAL, A.; PEREA, I. M. *Evolución de los Hábitos alimentarios en España. Publicación del Ministerio de Sanidad y consumo. Dirección general de salud alimentaria y protección de los consumidores. Madrid.* 1990a.
- MOREIRAS, O.; NUÑEZ, C.; CARBAJAL, A.; MORANDE, G. *Dietary intake, food habits and nutritional status, assessed by anthropometrical parameters, in anorexia nervosa. Internat J Vit Nutr Res.* 1990b;60:267-274.
- NUÑEZ, C. *Estado nutricional juzgado por la ingesta, parametros bioquímicos y composición corporal de pacientes con anorexia nerviosa de diferentes subtipos y tratamientos dietéticos. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.* 1991.
- NUÑEZ, C.; CARBAJAL, A.; MOREIRAS, O. *Refeeding efficacy on body*

composition in hospitalized patients with anorexia nervosa. Nutr Res. 1994;14/10: 1457-1 463.

NUÑEZ, C.; MOREIRAS, O.; CARBAJAL, A. *Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basadas en la evaluación de su estado nutritivo. Rev Clin Esp. 1995; 195/4.*

RIGOTTI, N. A.; NEER, R. M.; SKATES, S. J.; HERZOG, D. B.; NUSSBAUM, S. R. *The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa: a longitudinal study of cortical bone mass. JAMA, 1991;265:1133-1138.*

RUSSELL, D.; PRENDERGAST, P. J.; DARBY, P.; GARFINKEL, P. E.; WHITWELL, J. A. *comparison between muscle function and body composition in anorexia nervosa: the effect of refeeding. Am J Clin Nutr. 1983;38:229-237.*

THIBAUT, L.; ROBERGE, A. G. *The nutritional status of subjects with anorexia nervosa. Internat J Vit Nutr Res. 1987;57(4):447-452.*

TORO, J.; VILARDELL, E. *Anorexia nerviosa. Martínez Roca (ed). Madrid. 1987.*

UNDERWOOD, B. A. *Evaluating the nutritional status of individuals: a critique of approaches. Nutr Rev. 1986:213-224.*

VAN BINSBERGEN CJM; HULSHOF KFAM; WEDEL, M.; ODINK, J.; COELINGH BENNINK, HJT. *Food preferences and aversions and dietary patterns in anorexia nervosa patients. Eur J Clin Nutr. 1988;42:671-678.*

WATERLOW, J. C. *Metabolic adaptation to low intakes of energy and protein. Ann Rev Nutr. 1986;6:495-526.*

PARAMETROS INMUNOLOGICOS DE ELECCION EN LA VALORACION NUTRICIONAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA

P. Varela¹, A. Marcos¹, I. Santacruz¹ y G. Morandé²

¹ Instituto de Nutrición y Bromatología. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Facultad de Farmacia. Madrid.

² Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCION

Ha sido ampliamente demostrado en países del tercer mundo que los factores dietarios juegan un importante papel en el mantenimiento de las defensas del individuo, ya que el stress nutricional contribuye a alterar la función inmune en poblaciones malnutridas. Dicha malnutrición es, por tanto, la causa mas común de inmunodeficiencia secundaria en el mundo (1, 2).

En líneas generales se puede afirmar que las deficiencias nutricionales, ya sean severas o moderadas, conducen a un empeoramiento de la inmunidad mediada por células (3, 4), así como a una depresión del sistema del complemento (4) y de las funciones secretoras de los fagocitos (5).

Es bien conocido que diferentes situaciones nutricionales o distintos grados de malnutrición originan cambios inmunológicos. Este hecho ha dado lugar a que la interacción nutrición-inmunidad se esté aplicando en la práctica clínica, al utilizar la inmunocompetencia como evaluador del estado nutritivo. De este modo, la capacidad inmune adquiere gran interés como índice funcional altamente sensible de dicho estado, pudiéndose detectar situaciones de malnutrición, incluso a nivel subliminal (6,7).

En países industrializados, se ha observado que la función inmune puede encontrarse alterada en distintas poblaciones de riesgo (6, 7).

Además, en dichos países aparecen cada vez con mayor frecuencia otros tipos de malnutrición provocados por desórdenes alimentarios, entre los que se encuentra la anorexia nerviosa, cuya prevalencia está alcanzando proporciones alarmantes, fundamentalmente entre adolescentes (8).

Esta patología se caracteriza por una serie de alteraciones psicológicas y del comportamiento, que se podrían resumir en distorsión de la imagen corporal, fobias y actitudes compulsivas hacia ciertos alimentos y como consecuencia, una gran pérdida de peso autoinducida, que provoca en los pacientes situaciones graves de malnutrición, que en ocasiones les puede conducir a una caquexia extrema y a la muerte (9).

No se conoce con exactitud la etiología de esta enfermedad, pero lo que sí está claramente demostrado es que en ella se dan dos vertientes, psicológica y nutricional que deben ser bien estudiadas, a fin de contribuir al mejor pronóstico y curación de los pacientes.

Las consideraciones anteriores nos llevaron a valorar el estado nutricional de pacientes de anorexia nerviosa, a través de parámetros inmunológicos, en dos estadios de la enfermedad, agudo y en recuperación. Asimismo, se trató de escoger entre los indicadores inmunológicos evaluados, aquellos que mejor detectaran situaciones de malnutrición subliminal en estas pacientes.

SUJETOS Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en una población de 34 enfermas de anorexia nerviosa, diagnosticadas en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Este grupo se dividió en dos subgrupos, según el porcentaje de peso ideal para su edad y talla (10): 1) grupo anorexia A, que llamaremos anorexia en fase aguda, comprendió 16 jóvenes con un peso inferior al 75% del peso ideal y 2) grupo anorexia B, formado por 18 enfermas cuyo peso en el momento del estudio era superior al 75% del peso ideal, y al que denominamos grupo de anorexia en recuperación.

Los resultados obtenidos en ambos grupos de anorexia fueron comparados con los de un grupo control, formado por 21 jóvenes voluntarias, estudiantes, supuestamente sanas, pertenecientes al Instituto Nacional de Bachillerato Ciudad de los Poetas de Madrid, y a la Fa-

cultad de Farmacia de la Universidad Complutense. Dichas jóvenes fueron seleccionadas en función de su edad, talla, nivel socio-cultural y estado de salud.

En todas las jóvenes objeto del estudio se evaluó: peso y talla por métodos estandar, edad, porcentaje de peso ideal (10) e índice de masa corporal (índice de Quetelet).

En relación con los parámetros inmunológicos, el recuento de leucocitos y linfocitos se llevó a cabo por técnicas de rutina (Coulter Counter, Hialeah, Florida). Las subpoblaciones linfocitarias CD4 y CD8 se determinaron, previa separación de linfocitos de sangre total a través de gradiente de densidad con Ficoll-Hypaque, mediante marcaje de los linfocitos con los anticuerpos monoclonales correspondientes y posterior medida mediante citometría de flujo (11). Asimismo, se determinó la razón CD4/CD8. La inmunidad celular «in vivo» se valoró a través de test cutáneos de hipersensibilidad retardada (12), mientras la inmunidad humoral fue cuantificada por las inmunoglobulinas séricas IgG, IgA e IgM (13). Por último, la inmunidad inespecífica se estudió por las fracciones séricas C3 y C4 del complemento y la capacidad hemolítica total del suero (CHI00) (13).

El primer día del estudio se procedió a la extracción de sangre en ayunas, se midió la talla y el peso, y se aplicó el test cutáneo de hipersensibilidad retardada. La muestra de sangre fue procesada convenientemente a fin de realizar la determinación de los parámetros inmunológicos ya citados.

A las 48 horas se leyeron las pruebas cutáneas, midiendo el diámetro de induración que aparece en respuesta a cada antígeno. Se considera respuesta positiva a un antígeno cuando la induración alcanza al menos 2 mm. Si es inferior a este valor, la respuesta es negativa. La evaluación total se realizó mediante la cuantificación del «score» (suma de los milímetros de induración de todas las respuestas positivas). Las diferentes formas de respuesta se valoraron de acuerdo con los criterios de Jaurrieta y col. (14).

Los resultados se expresan como media \pm error estandar. El análisis estadístico se realizó mediante el test de la t de Student. Se consideran diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSION

Con respecto a los parámetros antropométricos (Tabla 1), la talla de las pacientes estudiadas fue semejante a la del grupo control, lo que significa que las enfermas no presentan signos de alteración del crecimiento, hecho que está de acuerdo con lo observado por otros autores (9). La edad de las jóvenes anoréxicas es semejante a la de las controles. Sin embargo, las edades de los dos grupos de pacientes son estadísticamente diferentes, hecho determinado porque el grupo B presentó un período de evolución de la enfermedad más largo ($3,91\pm 0,49$ vs. $1,51\pm 0,20$ años).

TABLA 1
Parámetros antropométricos de jóvenes sanas y enfermas de anorexia nerviosa

	CONTROL	ANOREXIA-A	ANOREXIA-B
EDAD (años)	17,04±0,52	15,35±0,73	17,89±0,53#
TALLA (cm)	160,6±1,25	160,8±1,87	161,3±1,25
PESO (Kg)	54,78±1,32	38,78±1,00*	50,42±1,19*#
PORCENTAJE DEL PESO CORRECTO	94,15±1,32	68,59±0,78*	88,08±1,59*#
INDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m ²)	21,22±0,44	14,67±0,30*	19,36±0,39*#
TIEMPO DE EVOLUCION (años)	—	1,51±0,20	3,91±0,49#

Valores expresados como media ± error standard.

* $p < 0,05$ vs. control.

$p < 0,05$ anorexia A vs. B.

El peso medio de las controles fue de $54,78\pm 1,32$ kg, un 5,85% inferior al peso correcto para su edad y talla (10), porcentaje dentro de los límites de normalidad, de acuerdo con Harvey y col. (15). Sin embargo, el peso de las enfermas en ambos grupos estudiados fue inferior al del grupo control, alcanzando los valores más bajos el grupo «anorexia A». Esta última diferencia es una consecuencia directa del diseño del estudio, ya que el porcentaje del peso correcto fue menor de un 75% en el grupo A y mayor del 75% en el grupo B, como ya se ha expresado en el apartado anterior.

La relación peso/talla, determinada por el índice de masa corporal (Índice de Quetelet) [peso (kg)/talla² (m)] indica, según la clasificación de Llewellyn-Jones y Abraham (16), un estado de «delgadez extrema o emaciación» en el grupo de anorexia aguda (índice inferior a 15) y de «bajo peso» en el grupo B de enfermas.

En el estudio de la serie blanca se puede observar (Tabla 2) que el número de leucocitos está disminuído en los dos grupos de pacientes frente a controles, siendo menor en el grupo de anorexia aguda frente al crónico. Es importante destacar que un 40% de las enfermas de anorexia aguda y un 30% de las del grupo en recuperación presentan valores inferiores a 4.000 leucocitos/mm³, mientras que todas las controles rebasan esta cifra, lo que indicaría una ligera leucopenia en las pacientes, que parece recuperarse en el curso de la enfermedad.

TABLA 2
Leucocitos, linfocitos, subpoblaciones linfocitarias CD4 y CD8 y razón CD4/CD8 en jóvenes sanas y enfermas de anorexia nerviosa

	CONTROL	ANOREXIA-A	ANOREXIA-B
LEUCOCITOS (n°x10 ³ /mm ³)	7,56±0,31	4,58±0,31*	5,85±0,42*#
LINFOCITOS (n°x10 ³ /mm ³)	2,64±0,19	2,13±0,17*	2,08±0,11*
LINFOCITOS (%)	34,77±1,87	46,88±2,34*	36,61±1,34*#
CD4 (%)	45,20±1,86	43,16±5,89	40,21±5,65
CD4 (n° x 10 ³ /mm ³)	1193±34	919±87*	836±92*
CD8 (%)	26,46±2,87	38,27±3,41*	36,11±0,67*
CD8 (n° x 10 ³ /mm ³)	699±71	815±80	751±15
CD4/CD8	1,70±0,14	1,12±0,08*	1,11±0,15*

Valores expresados como media ± error standard.

* p<0.05 vs. control.

p<0 05 anorexia A vs. B

En lo que respecta a los valores medios de los leucocitos encontrado en el grupo control y en el grupo B de anorexia se puede afirmar que están dentro de los límites normales establecidos por Vives (1988) (17), mientras que los obtenidos en el grupo agudo de enfermas se sitúan en el límite inferior de la normalidad. En este sentido, numero-

Los autores han observado la aparición de leucopenia en enfermas de anorexia nerviosa (18, 19, 20), mientras otros describen valores más altos y dentro de límites normales (21).

El número total de linfocitos es semejante en los dos grupos de enfermas y significativamente menor que en controles, aunque de nuevo, dentro de límites normales. Sin embargo, si consideramos los valores porcentuales de linfocitos con respecto al total de leucocitos, se observa que el grupo A de anorexia presenta valores significativamente más altos que el grupo control, mientras que el grupo B de anorexia se sitúa en límites normales, apareciendo un fenómeno de linfocitosis relativa dentro de la leucopenia en el grupo de anorexia aguda, que parece revertir con la recuperación nutricional, situación ya observada por otros autores en esta enfermedad (22).

La inmunidad mediada por células, valorada «in vitro» a través del estudio de las subpoblaciones linfocitarias CD4 y CD8 (Tabla 2), aparece alterada. Cuando los resultados se analizan en valores relativos, aparece un mayor porcentaje de células CD8 en las enfermas de anorexia frente a controles, mientras el porcentaje de CD4 no se modifica. Por el contrario, el estudio de los valores absolutos muestra un menor número de linfocitos CD4 en los dos grupos de anoréxicas que en el grupo control, y los valores de CD8 no se modifican en las pacientes respecto al grupo control. En cualquier caso, la razón CD4/CD8 es menor en ambos grupos de enfermas que en controles.

Un hecho semejante se observa en malnutrición proteica y proteico-calórica, donde ha sido previamente descrito un descenso de linfocitos T circulantes (23, 24), hecho que parece deberse principalmente a una reducción en el número de linfocitos CD4, puesto que los linfocitos CD8 aparecen generalmente incrementados.

La inmunidad celular valorada «in vivo» a través de la respuesta a tests cutáneos de hipersensibilidad retardada parece encontrarse también deteriorada en estas enfermas (Tabla 3). Tanto el «score» como el número de antígenos con respuestas positivas es significativamente inferior en los dos grupos de enfermas que en controles, lo que indica, al igual que en sujetos malnutridos, una depresión en la funcionalidad de los linfocitos T.

TABLA 3
Respuesta a tests de hipersensibilidad retardada cutánea
en jóvenes sanas y enfermas de anorexia nerviosa

	CONTROL	ANOREXIA-A	ANOREXIA-B
SCORE (mm)	12,38±1,02	6,79±1,29*	7,56±1,07*
N.º RESPUESTAS POSITIVAS	4,50±0,35	2,29±0,47*	3,12±41*
ANERGIA (%)	0	13	0
HIPOERGIA(%)	5	20	36
RESPUESTA BAJA (%)	20	47	9
RESPUESTA NORMAL (%)	75	20	55

Valores expresados como media ± error standard.

* $p < 0.05$ vs. control.

Siguiendo los criterios de Jaurrieta y col. (1981) (14) se puede observar que en el grupo de anorexia aguda un 13% de las jóvenes son anérgicas, mientras que en el grupo B este hecho no tiene lugar. De igual modo, más de la mitad de las anoréxicas en recuperación muestran una respuesta normal (55%), mientras que sólo un 20% de las enfermas en fase aguda tienen una respuesta satisfactoria. Estos resultados podrían significar que, a pesar de tener ambos grupos una respuesta deteriorada global semejante, existen indicios de recuperación en las enfermas más cronificadas.

La inmunidad humoral aparece deprimida por efecto de la anorexia (Tabla 4), así la tasa de las inmunoglobulinas séricas IgG e IgA muestran valores más bajos que los del grupo control. La IgG se recupera de forma significativa en las anoréxicas crónicas, mientras que la IgA alcanza los valores de controles en este último grupo. Gershwin y col. (1985) (25) han descrito en anorexia nerviosa que la función inmune humoral no sufre un deterioro importante, a menos que los enfermos presenten un excesivo descenso del peso corporal. La invariabilidad observada en los valores de IgM podría confirmar la inexistencia de un proceso infeccioso en estas enfermas.

Por último (Tabla 5), el sistema del complemento parece encontrarse deprimido en la anorexia aguda, recuperándose la tasa de fac-

tores C3 y C4 en las enfermas del grupo B. Sin embargo, la función del complemento, medida a través de la capacidad hemolítica total (CHI00) no se recupera de igual modo y las cifras son significativamente inferiores para los dos grupos de enfermas con respecto al control. Parece que en anorexia nerviosa las vías clásica y alternativa del complemento se afectan de forma más importante que las inmunoglobulinas séricas. Además se ha afirmado que una menor síntesis de proteínas reguladoras, como C3b podría significar una lesión primaria, y ser el origen del daño al sistema del complemento, al darse un mayor turnover de C3b, lo que originaría un descenso de C3 en estas condiciones (25).

TABLA 4
Inmunoglobulinas séricas en jóvenes sanas y enfermas de anorexia nerviosa

	CONTROL	ANOREXIA-A	ANOREXIA-B
Ig G (mg/dl)	1227±52	1062±36	416±119#
Ig A (mg/dl)	173±14	122±15*	168±24
Ig M (mg/dl)	159±11	157±14	78±22

Valores expresados como media ± error standard.

* p<0.05 anorexia A vs. control.

p<0.05 anorexia B vs. A.

TABLA 5
Factores C3 y C4 y funcionalidad del complemento en jóvenes sanas y enfermas de anorexia

	CONTROL	ANOREXIA-A	ANOREXIA-B
C3 (mg/dl)	116,62±2,12	95,20±6,88	115,40±13,74
C4 (mg/dl)	44,36±1,65	32,91±2,63*	39,63±5,48
CHI00 (U/dl)	56,74±6,12	22,83±3,08*	37,62±7,29#

Valores expresados como media ± error standard.

* p<0.05 vs. control.

p<0.05 anorexia A vs. B.

CONCLUSIONES

En resumen, se puede concluir que, a pesar de que parece existir un mejor estado nutritivo en el grupo de anorexia en fase de recuperación, determinado por los parámetros antropométricos, la inmunidad celular es capaz de detectar que la malnutrición persiste de forma clara a pesar de dicha recuperación en el grupo más cronificado de pacientes.

Por ello, consideramos que tanto la valoración de las subpoblaciones linfocitarias, como el estudio de la respuesta a tests cutáneos de hipersensibilidad retardada deben ser tenidos en cuenta como indicadores de elección para la valoración nutricional de la anorexia nerviosa.

BIBLIOGRAFIA

1. GORDON, J. E. (1986). Synergism of malnutrition and infectious disease. En: «Nutrition in Preventive Medicine». 193. Monograph serie 62, WHO, Ginebra.
2. MILLER, K. (1987). Nutrition and immunology. *Nutr. Bull.*, 49: 32-40.
3. CHANDRA, R. K. (1979). T and B lymphocytes subpopulations and leukocytes terminal deoxynucleotidyl transferase in energy-protein malnutrition. *Acta Ped. Scand.*, 68: 841.
4. CHANDRA, R. K. (1992). Nutritional immunology comes of age. En: *Nutrition and Immunology*. pp. 3-4. ARTS Biomedical Publisher and Distributors. St. John's, Newfoundland.
5. HAMM, M. W. y WINICK, M. (1984). Effect of protein restriction on macrophage phagocytic capacity in young mice. *J. Nutr.*, 114: 511-517.
6. KERGOAT, M. J.; LECLERC, B. S.; PETITCLERC, C. y IMBACH, A. (1987). Discriminant biochemical markers for evaluating the nutritional status of elderly patients in long-term care. *Am. J. Clin. Nutr.*, 46: 849-861.
7. TOJO, R. y REGUEIRO, B. J. (1986). Evaluation of immunological parameters in malnutrition. En: «Nutritional Status Assessment Methodology for Individual and Population Groups». Ed. Fidanza, F. Perugia. pp. 349-354.
8. HALMI, K. A. (1987). Anorexia nervosa and bulimia. *Ann. Rev. Med.*, 38, 373-380.

9. CASPER, R. C. (1986). The pathophysiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Ann. Rev. Nutr.*, 6, 299-316.
10. METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY (1959). New weight standars for men and women. *Stat Bull Metrop. Insur. Co.*, 40,1-4.
11. BAKER, J. W. (1988). An innovate lymphocyte preparation system for flow cytometry. *Am. Clin. Lab.*, 120, 320-4.
12. KAMINISKI, M. V.; PINCHOCFSKY-DEVIN, G. D. y MCCORMICK, D. C. (1985). DCH testing as a nutritional assessment tool. *Nutr. Support Services*, 5, 21-23.
13. MANCINI, T.; CARBONARA, A. O. y HEREMANS, J. F. (1965). Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. *Immunochemistry*, 2, 235-254.
14. JAURRIETA, E.; SITGES-SERRA, A.; SANCHEZ, J. M. y SITGES-CREUS, A. (1981). Desnutrición e inmunodepresión preoperatorias: factores de riesgo en cirugía mayor. *Estudio preliminar. Cir. Esp.* 35: 81.
15. HARVEY, K. B.; MOLDAWER, L. L.; BRISTIAN, B. R. y BLACKBUM, G. L. (1981). Biological measures for the formulation of a hospital prognostic index. *Am. J. Clin. Nutr.*, 34: 2013-22.
16. LLEWELLYN-JONES, D. y ABRAHAM, S. F. (1984). Quetelet index in anorexia nervosa. *Br. Med. J.*, 288:1800.
17. VIVES, J. L. (1988). *Hematología Clínica*. Ed.: Sans-Sabrafen, J. Doyma. Barcelona.
18. HERGOZ, D. B. y COPELAND, P. M. (1985). Eating disorders. *N. Engl. J. Med.*, 313, 295-303.
19. LAMINIE DE CLAIRAC, P.; FEMANDEZ, M. E.; MEANA, A. y POLANCO, I. (1989). Anorexia nerviosa. *Nutr. Clin*, 9, 46-51.
20. BOWERS, T. K. y ECKERT, E. (1978). Leukopenia in anorexia nervosa. *Arch. Intern. Med.*, 138: 1520-1523.
21. PERTSCHUK, M. J.; CROSBY, L. O.; BAROT, L. y MULLEN, J. L. (1982). Immunocompetency in anorexia nervosa. *Am. J. Clin. Nutr.*, 35, 968-972.

22. RIEGER, W.; BRADY, J. P. y WEISBERG, E. (1978). Hematologic changes in anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry*, 138: 984-985.
23. CHANDRA, R. K. (1980). «Nutritional deficiency, immune responses and infections illness. *Fed. Proc.*, 39, 3086-3087.
24. SALIMONU, L. S.; JOHNSON, A. O. K.; WILLIAMS, A. I. O.; ADELEYE, G. I. y OSUNKOYA, B. O. (1982). Lymphocyte subpopulations and antibody levels in immunized malnourished children. *Br. J. Nutr.*, 48, 7-14.
25. GERSHWIN, M. E.; BEACH, R. S. y HURLEY, L. S. (1985). *Nutrition and Immunity*, pp. 128-155. London Academic Press.

ANOREXIA NERVIOSA: DE LA CLINICA AL TRATAMIENTO

Gonzalo Morandé

Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital del Niño Jesús. Madrid

UNA EPIDEMIA DE MODA

Uno de los cambios más importantes en las últimas décadas de nuestra historia ha sido la redefinición del papel de la mujer en la sociedad. Su mayor integración, participación y educación así como las luchas que se han dado para alcanzar esos objetivos marcan este período. Fenómeno circunscrito a una parte de la población mundial y considerado habitualmente como positivo, contribuye a enriquecer la sociedad. Conlleva como la mayoría de las transformaciones de cierta identidad, algunos costos y sufrimientos. Cambios sociales como el señalado traen consigo modificaciones en las ideas y valores y a su vez se manifiestan en variaciones de los comportamientos tradicionales. Cuando afectan hábitos fisiológicos se pone a prueba la capacidad de adaptación de una parte de la población, su fracaso posibilitará la irrupción de nuevas patologías. No todas las ideas que se hacen dominantes son sabias y saludables, ni los sujetos que se adhieren a ellas están preparados para seguirlos. Cambio social no es sinónimo de Moda, pero ignorar este modelo de difusión puede ser peligroso en la sociedad contemporánea.

Los Trastornos del Comportamiento Alimenticio en Adolescentes y Jóvenes, entre ellos la ANOREXIA NERVIOSA, pueden considerarse como uno de los precios a pagar dentro de ese contexto. Patología predominante en mujeres, se transforma en los últimos veinticinco años en una verdadera epidemia. Un nuevo problema de Salud Pública en países o grupos sociales donde el hambre parece quedar atrás y la búsqueda de la delgadez y un cuerpo perfecto, una idea-moda de alta penetración (Morandé y Carrera, 1988) (Garner, 1993).

¿UNA NUEVA FORMA DE ENFERMAR?

La ANOREXIA NERVIOSA (AN) es en alguna forma prototipo de una forma de enfermar donde la patología se subsume en un deseo consciente de controlar funcionamientos fisiológicos con la finalidad manifiesta de buscar un ideal estético y con ello una nueva identidad.

El placer del autocontrol en una sociedad de oferta ilimitada

La restricción voluntaria y progresiva de alimentos es peculiar, diferente a la que se observa en penurias económicas. Nuestras pacientes suprimen inicialmente hidratos de carbono y grasas animales. Posteriormente otros nutrientes, prácticamente todos, incluyendo el agua en muchos casos, sobreviviendo con dietas extremadamente escasas por tiempos prolongados. Según nos relatan, aguantan el hambre con dificultad en las primeras etapas, pero con gran satisfacción por el autocontrol alcanzado. Paulatinamente desaparece en la mayoría toda sensación de hambre, aunque el organismo se prepare para la ingesta como hemos podido observar. El sujeto aumenta su nivel de alerta y modifica su actitud ante la alimentación, ideación de claro matiz obsesivo que invade una buena parte de su conciencia y conducta. Desarrolla comportamientos extraños en la búsqueda, almacenamiento y manipulación de las comidas. Se mantiene de pie mientras se alimenta o lo hace a escondidas, mira prolongadamente los alimentos, los desmenuza, estruja o lava, se los lleva a la boca, mastica e ingiere de forma idiosincrática. En ocasiones prepara succulentas comidas para sus familiares en las que incorpora todos aquellos nutrientes que a sí mismo se prohíbe y por supuesto, no prueba. El éxito en el autocontrol parece compensar estos esfuerzos y probables sufrimientos. La pérdida de peso, consecuencia y objetivo de ellas constituye un refuerzo de tal magnitud que parecen desaparecer o quedar en segundo plano otro tipo de incentivos o la percepción de riesgo. Sólomente el temor, terror a «engordar» compite como refuerzo negativo con el anterior.

La respuesta adecuada del organismo y la ausencia de señales de alarma

El organismo del sujeto responde de forma ordenada al desafío comportamental al menos en sus primeras etapas. Salvo que exista una patología previa que de lugar a una comorbilidad, la adecuación será exitosa a costa de movilizar todos los mecanismos adaptativos. La de-

saparición de la menstruación habitualmente es precoz, casi al iniciar el proceso de bajar de peso. Para la paciente es gratificante y refuerza su omnipotencia. La disminución del panículo adiposo es muy importante y acelerada. A veces, queda enmascarado inicialmente por el ligero sobrepeso que estas muchachas pueden tener antes de iniciar su adelgazamiento. Satisface a la paciente, pero nunca en forma absoluta y continúan viéndose «gordas» incluso cuando la desnutrición es muy avanzada. Percepción sobrevalorada previa también al adelgazamiento, con alguna base real y que para el sujeto al menos no se soluciona con el esfuerzo realizado. La pérdida de masa muscular que aparece aproximadamente cuando la grasa corporal ha descendido un 50% es importante, sin embargo no es una preocupación anoréxica. Se objetiva en el examen físico ya que clínicamente queda encubierta por la hiperactividad y la ausencia de fatiga características de la enfermedad. La piel, más allá de la juventud de las muchachas, da signos precoces de sufrimiento. Se hace seca y descamada, pese al uso de cremas hidratantes y lubricantes, en aquellas pacientes que no temen «engordar» con ellas. La medición de pliegues cutáneos será uno de los mejores indicadores de la evolución de la enfermedad. La aparición de lanugo en extremidades, dorso y abdomen, si bien es evidente, parece no preocupar al paciente ya que lo racionalizará repitiéndose que era una característica suya previa. Fenómeno similar se observará con la acrocianosis distal, más frecuente en personas predisuestas. La frialdad de extremidades consecuencia de la hipotermia adaptativa tampoco les asusta, si es invierno aceptan ponerse guantes o acercarse a una estufa. La hipotensión no es percibida como tal ni la bradicardia.

Síntomas perturbadores con atribución negativa

El estreñimiento, reacción adaptativa generalizada es egodistónica para la paciente y puede combatirlo activamente mediante todo tipo de maniobras. La frecuente oliguria relativa, secundaria al menor aporte de líquidos en algunos casos y a problemas de ajuste en el balance hidroelectrolítico intra-extracelular, también las desconcierta, aunque será menos común el uso de diuréticos hasta no haber contactado con otras anoréxicas que los usen. La progresiva disminución del apetito, las reacciones de asco ante alimentos como la carne, la dificultad en el vaciamiento gástrico e incluso la rumiación cuando aparece, refuerzan la actitud anoréxica. Las alteraciones del sueño son precoces en la mayoría de estas adolescentes, ocultas inicialmente por la hiperactividad, noches parcialmente ocupadas en estudiar u otras actividades consi-

deradas útiles. Sin observarse estados de ánimos eufóricos, el comportamiento es hipomaniaco. Ejercicios, estudios exhaustivos, clases de idiomas, ballet, gimnasia, teatro, compras, incluso ayudan en casa a poner orden y limpieza, todo ello sin fatiga aparente, necesidad de dormir ni de sentarse un momento. Salvo excepciones, los síntomas de la línea depresiva aparecen después. Irritabilidad, mayor insomnio, dificultad para concentrarse, abatimiento, anhedonia, sensación de soledad y abandono, en pocos casos ideación suicida. Pero, no todos las pacientes se deprimen, una parte significativa de ellas encuentran nuevos equilibrios en la enfermedad y no sólo por el refuerzo social. La presencia de síntomas depresivos, antes, durante o después de la crisis anoréxica, hacen más difícil la evolución (Rodríguez Cantó, 1990).

El vómito autoinducido, laxantes y diuréticos, otra forma de anorexia

El descubrimiento del vómito autoinducido, en ocasiones por contagio también de otras pacientes, cambia el curso y la patoplastia del trastorno. Es el fracaso de la restricción como único mecanismo de autocontrol y de hecho constituyen un subgrupo de enfermas que con más frecuencia recurren también al uso de laxantes (Halmi, 1985). Su autoestima es menor y la tendencia a cronificarse más elevada.

La pérdida de formas y caracteres sexuales secundarios, así como la disminución de la libido, no sólo no les preocupa sino gratifica, etiológicamente otro mecanismo adaptativo, ya que las aleja del mundo sexual adulto y favorece comportamientos de cuidado.

Problemas en el diagnóstico inicial y refuerzo de la posición anoréxica

En los primeros meses de enfermedad, salvo evoluciones sobreagudas y galopantes, los análisis de rutina serán de poca ayuda. A nivel hematológico, la serie roja se mantendrá en cifras bajas dentro de la normalidad, gracias a una activa movilización de depósitos. Una parte de las pacientes presentarán leucopenias y otras alteraciones de la serie blanca que se harán más importantes al evolucionar la desnutrición (Santacruz, 1990). El colesterol estará discretamente elevado como en otros sujetos que hacen curas de adelgazamiento aceleradas. La cuasi normalidad de los indicadores rutinarios, salvo las determinaciones hormonales, viene a demostrar la capacidad adaptativa del organismo pe-

ro, en ningún caso, niegan patología, hecho no siempre conocido y que contribuye a diferir el tratamiento y apoya a la paciente en su omnipotencia y negación de la enfermedad. Los procesos inmunológicos se ponen a prueba y responden en la mayoría de los casos con eficiencia (Varela y col., 1989). Cuadros infecciosos prácticamente no vemos en las etapas iniciales de la enfermedad, más bien sabemos que hay un riesgo mayor al recuperarse, proceso que tardará 3 ó 4 años en consumarse. La afectación endocrina es global, llegando a cifras prepuberales en aquellas hormonas que varían con el desarrollo y que también necesitarán años para restablecerse en su totalidad. Las ecografías ginecológicas muestran genitales hipotróficos que estudiados secuencialmente son de utilidad en el seguimiento. Cuando compartimos estas observaciones con los pacientes, no pueden evitar alegrarse, ratifican en parte aquellas hipótesis de que son sujetos que conscientemente no quieren crecer y desarrollarse. Se extrañan con la ecografía y las explicaciones que les da el especialista. Su esquema corporal mental parece no contemplar ningún órgano intrabdominal y menos aún útero y ovarios.

Se mueren creyéndose inmortales (Mascarell)

En forma paulatina, la paciente hace una grave desnutrición y avanza a la muerte por inanición sin prácticamente ninguna noción de ello. Actualmente fallecen pocas de estas pacientes y los tratamientos son más eficaces. Sin embargo, vemos la AN como un cuadro severo, tanto desde el punto de vista biológico y nutricional como mental, que una vez instaurado, tardará de 3 a 5 años en recuperarse plenamente. Como clínicos, nos encontramos ante una enfermedad en alguna forma autoinducida, donde la mayoría de los síntomas y signos son egosintónicos y los demás ignorados. No funcionan los mecanismos habituales de alarma, quizás por no existir dolor físico o mental de consideración. El organismo como un todo, se reorganiza en una economía de guerra regresiva, evidentemente eficaz, encontrando nuevos equilibrios paralelos a los mentales.

El inicio del tratamiento como ruptura de una adaptación

Es esa equilibración la que debemos modificar con decisión y al mismo tiempo, con extremo respeto de los funcionarios fisiológicos. Establecida una fuerte y dependiente relación terapéutica, aceptan a regañadientes tratarse. Las dificultades serán mayores en aquellos casos cronificados, con 10 ó más años de evolución donde hasta la última de las células ha encontrado una forma de funcionar en la preca-

riedad. No sólo tendremos resistencias al cambio de la paciente desde el punto de vista mental, sino de todo el equipaje biológico.

Si el tratamiento es eficaz, serán necesarios de 3 a 5 años para una plena recuperación, salvo en formas muy benignas. Hoy los objetivos están centrados en disminuir la cronicidad y evitar las secuelas que un cuadro de esta naturaleza una vez instaurado tiende a dejar.

(Las Tablas I, II, III y IV resumen aspectos de la clínica de la AN)

TABLA I
Síntomas mentales y emocionales de la AN*

-
1. Trastorno severo de la imagen corporal
 2. Terror a subir de peso
 3. Negación total o parcial de enfermedad
 4. Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño
 5. Dificultad de concentración y aprendizaje
 6. Desinterés sexual
 7. Desinterés por actividades lúdicas o recreativas
 8. Dificultad en reconocer sus emociones
 9. Temor a perder el autocontrol
 10. Sensación deliroide de lucha interna entre aspectos de su persona
 11. Sintomatología depresiva y/o obsesiva
-

* La mayoría de los pacientes presentan síntomas mentales

TABLA II
Síntomas comportamentales en anorexia nerviosa*

-
1. Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado con la intención de bajar de peso. Esta restricción se hace extensiva a la mayoría de los nutrientes
 2. Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha
 3. Disminución de la ingesta de agua o líquidos
 4. Conducta alimentaria extraña. Come de pie, corta el alimento en pequeños trozos, los estruja o lava y al terminar de comer con cualquier pretexto se pone en movimiento.
 5. Aumento de la actividad física para aumentar gasto energético. En ocasiones, ejercicio compulsivo
 6. Aumento de horas de estudio y actividades supuestamente útiles
 7. Disminución de las horas de sueño
 8. Irritabilidad
 9. Pesarse compulsivamente
 10. Uso de laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos (formas purgativas)
-

* La mayoría de los pacientes presenta al menos una parte de estos síntomas.

TABLA III

Signos y síntomas observables o deducibles de la exploración física en AN

1. Baja significativa de peso. Más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento. Índice de masa corporal (Quetelet) <17/19
2. Disminución de reservas de grasas subcutáneas
3. Disminución de la masa muscular
4. Amenorrea. Utero y ovario hipotrófico en ecografía
5. Estreñimiento
6. Vaciamiento gástrico lento. Molestias y plenitud posprandial
7. Hipotermia. Acrocianosis distal
8. Bradicardia. Arritmias. Hipotensión
9. Oliguria. Deshidratación. Edemas
10. Hipertrofia parotídea (especialmente en «vomitadores»)
11. Alteraciones dentales y gingivales (especialmente en «vomitadores»)
12. Piel seca y descamada. Pelo quebradizo y abundante lanugo
13. Signo de Russel (lesiones en la mano por vómitos autoprovocados)

TABLA IV

Parámetros de la serie roja. Sideremia y serie blanca en enfermas de AN en fase aguda y en recuperación. Comparación con grupo control. (Santacruz, 1989).

Parámetro	Control	AN-A	AN-B
Hematíes	4.76	3.89	4.27
Reticulocitos	1.85	1.61	1.28
Hematócrito	43.51	36.99	39.33
Hemoglobina	14.47	12.71	13.17
Sideremia	92.32	78.84	89.72
Leucocitos	7.56	4.58	5.85
Linfocitos	2.64	2.13	2.08
Neutrófilos	4.23	2.11	3.31
Monocitos	5.18	4.65	4.11
Eosinófilos	0.16	0.07	0.14
Basófilos	0.04	0.06	0.06
T4(%)	45.20	43.16	40.21
T8(%)	26.46	38.27	36.11
T4/T8	1.87	1.11	1.11

LA RESPUESTA ADAPTATIVA DEL MEDIO (FAMILIA Y ENTORNO SOCIAL)

Una patología inicialmente muy bien recibida

La sintomatología inicial de la Anorexia Nerviosa no sólo es bien recibida por el paciente sino también por quienes lo rodean, en una forma tan manifiesta que constituirá uno de los factores decisivos en la génesis, agravamiento y mantención del cuadro. El propósito inicial de bajar de peso de una adolescente con discreto sobrepeso para los cánones de belleza de las últimas décadas es comprendido y apoyado por la familia que en muchos casos comparte igual preocupación. Entre las adolescentes de similar edad y preocupaciones no es sólo aceptación sino competencia. Si a esto se une el comienzo lento del trastorno, su inicio durante primavera-verano cuando miles de jóvenes y no tan jóvenes tratan de modelar un cuerpo más esbelto y casi siempre moreno (en las sociedades blancas), la adolescente anoréxica recibirá al menos inicialmente un importante refuerzo social. El aumento de su actividad, la ausencia de fatiga, su fuerte determinación de continuar su dieta, las cada vez mejores calificaciones, su interés por los idiomas, el ballet o la gimnasia rítmica, la perfección de sus trabajos escolares crearán una cortina de humo y también de envidia ante este personaje que representa de hecho valores ampliamente compartidos, un ejemplo a imitar, una joven que se adelanta en el camino de la madurez. A la casa de la paciente llega una parte de esa información, la chica ha sido nombrada delegada de curso, la llaman otras niñas para preguntarle sobre estudios, las notas que siempre habían sido buenas se hacen excelentes. El nuevo curso, con frecuencia el temido 8° de E.G.B. o el más temido aún 1° de B.U.P. comienza con grandes éxitos y una voluntad inquebrantable de ser la mejor en todo.

La chica ideal que quiere ser modelo

En el ámbito de la familia, la niña redobla sus esfuerzos por agradar colaborando activamente en todas las tareas hogareñas. No da problemas, ni siquiera pretende salir con chicos o discutir las horas de llegada por las noches. Su mundo es organizado, útil, ordenado, limpio y solidario en los aspectos del diario vivir. Su habitación es un lugar de trabajo infranqueable donde desentonan unos muñecos y osos de peluche con la seriedad del proyecto vital. No es raro que los padres se sientan orgullosos de la niña y un poco asustados y desarmados ante el empuje de ésta. Se consuelan rápidamente al compararla con el hermano más

vago, descuidado e irresponsable, fuente habitual de sus preocupaciones. Una nueva cortina de humo, de negación evidente, que impide pensar y recordar. La satisfacción de ciertos deseos conscientes puestos en la hija, buenos rendimientos, fuerza de voluntad y alejamiento de los peligros sexuales y comportamentales de la adolescencia impiden observar, durante meses en ocasiones, que están ante una enferma.

Una patología que favorece el olvido

A los padres, la dificultad de recordar, que a veces es muy prolongada, les hace casi imposible evocar que en meses previos al inicio de la enfermedad habían aumentado significativamente las discusiones de la pareja (un tercio de los casos). Que ellos como pareja tenían problemas evolutivos propios de su edad, dudas con su propia corporalidad y sexualidad, con su propio envejecimiento y el de sus padres, los abuelos, alguno de los cuales falleció en ese período descompensando el sistema. El olvido se extiende a la no percepción, también en el curso escolar anterior, de la escasa aceptación social de la hija o de su desproporcionado temor al fracaso quizás por ser compartido (especialmente por el padre en nuestra experiencia). Que la separación de la familia (20% de los motivos desencadenantes) un viaje de verano a Inglaterra para aprender inglés no imaginaron nunca que pudiera afectarles tanto, extrañar de ese modo las comidas, menos aún que se sintiera sola o abandonada u otras preocupaciones también normales como que se enamorara o presentara problemas comportamentales. (Es la madre ahora quien más se extraña). Si continuamos con los olvidos, la chica y también los padres parecen no dar importancia a un hecho que está presente en casi todos los casos, un abandono amoroso. Una amiga íntima que se va con un chico, o con otra chica, si avanzamos en edad, un chico que le gusta y no le hace caso ese verano, o que sale unos días y la deja. Si extendemos el concepto, sus propios padres, más ocupados en otras cosas, de ellos mismos o de sus hermanos.

De la preocupación al conflicto familiar

El adelgazamiento, unido a la pérdida de la menstruación empieza progresivamente a preocupar, la observación del no comer ampliado ya a carnes y otros alimentos indispensables empieza a asustar y genera rápidamente conflictos con la madre por atribución cultural. Si ésta es ama de casa, por ser la responsable asignada, si trabaja es sometida rápidamente a enormes presiones para que deje de hacerlo. Viejos pro-

blemas de pareja no resueltos que se reactivan. (El 40% de las madres de chicas con Trastornos del Comportamiento Alimentario trabajan, solamente lo hacen el 16 % de los pacientes de otras patologías de nuestra consulta). Es ahora el padre quien con más frecuencia hará de cómplice de la hija, por pasividad, falta de respaldo a la madre o recriminando a ambas indistintamente. Otros cómplices por desconocimiento serán los médicos quienes tenderán a diagnosticar como agobio lo que es una anorexia nerviosa. La madre será criticada desde muchos frentes: por la hija que la acusa de no entenderla y de querer solamente llenarla de comida, el padre por no desarrollar correctamente sus funciones y entrar permanentemente en espirales agresivas e infructuosas con la niña que le molestan, por los otros hijos que consideran que se le hace demasiado caso a la enferma e incluso por sus propios padres, especialmente si trabaja, que ya veían venir una catástrofe. Las respuestas de las madres varían indudablemente ante el acoso, predominando aquellas autoacusatorias y depresivas, más aún si existía una sintomatología previa de este tipo (32 % de los casos). La patología manifiesta del padre si bien menos frecuente, más grave y también ligada a los trastornos afectivos y especialmente al alcoholismo, queda encubierta y será uno de los puntos decisivos para la evolución de la enfermedad. En poco tiempo la chica se constituirá en «el problema de la familia» a veces, en «la salvadora de la familia» como sostienen algunos autores, especialmente cuando ya se ha hecho el diagnóstico y planteado la severidad del pronóstico. En muchos casos, con esfuerzo, la familia y en mayor grado también los hermanos sanos se acomodan a la enfermedad, se inhabilitan para enfrentarla y ponen expectativas mágicas de resolución en el clínico que intentará resolver el problema. Es una conspiración involuntaria donde todo queda oculto salvo la anoréxica que es muy visible y a veces, la depresión materna.

La anoréxica, el colegio y sus compañeras

En el colegio se crea otro problema, se abre un amplio espacio para la curiosidad, la emulación y la envidia. El riesgo de otros casos de anorexia es alto y exige medidas de prevención, así como apoyo de los psicólogos escolares, tutores y profesores para la continuidad de los estudios de la paciente frecuentemente interrumpidos por la enfermedad. El problema mayor no es tanto los resultados académicos, que al menos en las formas no bulímicas pueden mantenerse, sino el aislamiento social, generado por la propia paciente y que se constituirá en uno de los impedimentos más serios para la recuperación.

La anorexia nerviosa como forma de vida

Cada vez más centradas en su propia patología, haciendo de su enfermedad una forma de vida, la niña se irá quedando sola, descolgada de su propia generación. No adquiere o pierde las destrezas sociales propias de una adolescente normal. No sabrá hacer uso del tiempo libre, los fines de semana y vacaciones se constituirán en situaciones claramente aversivas, donde las sensaciones de soledad y abandono, serán rápidamente reemplazadas por ideaciones obsesivas sobre deformación corporal, deseos de adelgazar y restringir la dieta. Los contactos sociales, pobres y monotemáticos se restringirán a los que tengan con otros enfermos de la misma patología y en los casos cronificados exclusivamente a los padres en unos triángulos mortales que impiden crecer y mejorar al paciente y envejecer a los progenitores.

La ruptura de la equilibración patológica familiar como terapéutica

Son éstos algunos y no todos los impedimentos que deben sortear los terapeutas de esta patología, fuertes alianzas adaptativas que se transforman en obstáculos difíciles de modificar, en las que pueden envolver a los clínicos utilizándolos completamente. Desde el conocimiento de este tipo de organizaciones y con respecto a su eficacia, al igual que en las acomodaciones del medio interno de la paciente, hay que romperlas decididamente, sabiendo que hay que avanzar por etapas, desequilibrar, encontrar nuevas formas de equilibrio, para volver a desequilibrar. Es el único camino, el final no se conoce a priori, sólo se cuenta como aliado un deseo consciente de la paciente y también de sus familiares por estar bien, deseo que pese a sus ambivalencias persiste incluso tras años de enfermedad.

APROXIMACION TERAPEUTICA EN ANOREXIA NERVIOSA**La relación terapéutica. Paciente, familia y clínicos**

Una paciente gravemente enferma pero que niega estarlo y ha alcanzado un nuevo equilibrio y hasta una identidad en la patología puede aparecer especialmente difícil de abordar. Sin embargo, si se siente entendida, y quien la atiende, tiene experiencia o sabe aproximarse

a la enfermedad, establecerá una relación de colaboración en el tratamiento de características peculiares. De una gran desconfianza puede pasar a una enorme dependencia. Dependencia que se extiende al equipo terapéutico si está bien organizado y se distribuye en roles diferenciados. Es adecuado, por consiguiente, la participación de varias personas en el tratamiento con funciones complementarias. Acosta (1987) y Jeammet (1989) han insistido en las características de la relación médico-paciente en esta enfermedad, afirmaciones que compartimos.

La aceptación de un control externo por parte de un sujeto que ha perdido la noción de medida con respecto a su alimentación y que teme descontrolarse en ese y otros campos, es una explicación aceptable y habitualmente compartida por la familia.

Mirado así, el papel del terapeuta, contribuye a desconflictualizar al individuo y también su relación familiar (Szmukler y Dare, 1991).

Conocidas y aceptadas las peculiaridades relacionales del enfermo o enferma y sus padres es posible en la mayoría de los casos trabajar con ellos/as.

PROTOCOLO DE EVALUACION Y TRATAMIENTO

Una experiencia prolongada y una casuística importante ha permitido sistematizar la aproximación clínica y el tratamiento de la AN en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Los procedimientos son similares a otros protocolos ampliamente difundidos (Delaney, Chatoor y Silver, 1984; Garfinkel, Garner y Kennedy, 1985; Vandereicken, 1985; Kreipe, 1986) de los que se han validado numerosos aspectos en nuestro medio.

Evaluación previa. La incorporación del sujeto y la familia en el programa

En días sucesivos se realizan los procedimientos diagnósticos clínicos y de laboratorio. En ellos participan la chica o chico y sus padres, el objetivo es cerrar esta etapa tras una semana de exploración secuencial, salvo en los casos, que por su gravedad deba intervenir de urgencia.

1. *Entrevista Clínica Inicial: Familiar.* — Se realiza con los padres y la/el paciente. Historia clínica centrada en el trastorno de alimentación y su diagnóstico diferencial. La historia evolutiva y familiar adquiere una especial importancia, así como la personalidad premórbida, factores desencadenantes y de mantención.

2. *Entrevista Individual. Evaluación Psiquiátrica.* — Entrevista adecuada a criterios de la CIE 10. Escala de valoración clínica para trastornos de alimentación de Morgan y Russell (adaptada por Jeammet, 1984). Tabla V

3. *Cuestionarios de Trastornos de Alimentación.* — Tabla VI.

4. *Examen Físico.* — Con el examen físico detallado y la apertura de la curva ponderal termina el primer día de evaluación.

5. *Interconsulta a Medicina de Adolescentes.* — Inicio del estudio médico y petición de exámenes complementarios. Tabla VII.

TABLA V

Escala de evaluación clínica de Morgan-Russel-Jeammet*

	Satisfactorio 1	satisfactorio 2	insatisfactorio 3	insatisfactorio 4
Alimentación				
Peso				
Menstruación				
Estado mental				
Introspección				
Sexualidad				
Relaciones familiares				
Relaciones sociales				
Ocupación				
Condiciones adictivas				

* En nuestra experiencia esta escala se aplica como entrevista estructurada al inicio del tratamiento y posteriormente cada 6 meses en los cuatro primeros años de evolución. Cada ítem está definido previamente, se completan datos con familiares y el peso se toma del examen físico realizado paralelamente.

TABLA VI
Cuestionarios utilizados en anorexia nerviosa

-
1. Cuestionario de actitudes ante la alimentación de Garner y Garfinkel. (E.A.T.), 1979.
 2. Cuestionario de Salud General de Goldberg (G.H.Q.), 1979.
 3. Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.) 1978
 4. Escala de Clima Social y Familiar de Moos (F.E.S.), 1984.
 5. Protocolo Diagnóstico para Trastornos de Alimentación de Johonson (D.S.E.D.), 1985.
-

TABLA VII
Pruebas complementarias

Inicial

- Hemograma.
- Proteínas totales. Proteinograma. Colesterol.
- Urianálisis. Creatinina. Urograma. BUN.
- Calcio. Fósforo. Magnesio.
- E.C.G.
- Rx de Tórax.

Posterior (individualizado)

- Estudio endocrino.
 - Hierro. Transferrina. Ferritina.
 - Ac. Fólico. Zinc.
 - Estudio inmunológico.
 - Amilasa.
 - Densidad ósea.
 - CT craneal.
-

6. *Entrevista Familiar de Devolución y Diagnóstico. La negociación del Plan de Tratamiento (una semana más tarde).* — En ella se confirma el diagnóstico, se explica la gravedad del cuadro, su mortalidad, las complicaciones a corto y medio plazo, el curso de la enfermedad y las posibilidades de tratamiento tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. El lenguaje utilizado es claro, se apoya en la experiencia previa, la historia clínica, el examen físico y analítica que se comentan con detalle. Se señala la importancia de la participación de los padres como variable pronóstica y los enormes esfuerzos que todos deberán re-

alazar. Durante el período de evaluación más de la tercera parte de las familias logran reorganizarse con eficacia, creando las condiciones para un tratamiento en casa. En los últimos años, un mayor conocimiento de la enfermedad y de las técnicas de aproximación familiar en AN nos ha permitido disminuir las hospitalizaciones a un 50%, 15% menos que hace cinco años.

La hospitalización

El ingreso hospitalario será un recurso necesario para el tratamiento de una parte significativa de los cuadros de AN. En una minoría serán de urgencia y los restantes pueden ser programados y realizados en centros con recursos especializados en esta patología (Guía Práctica para los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Asociación Americana de Psiquiatría, 1993), (Beaumont, Russell y Youyz, 1993).

Los criterios de ingreso están resumidos en la Tabla VIII.

TABLA VIII
Criterios de Hospitalización

-
1. Baja de peso persistente (25-30%) en menos de 3 meses o un porcentaje mayor en forma progresiva
 2. Albúmina sérica < 2,5 g/100 ml o transferrina < 100 mg/dl
 3. Índice talla / creatina < 60%
 4. Recuento de linfocitos < 1.000/mm³
 5. Trastornos hidroelectrolíticos severos
 6. Bradicardia y/o arritmia severa
 7. Incompetencia familiar manifiesta ante un cuadro de evolución
 8. Intervenciones en crisis ante descompensaciones
-

1. *Contrato con la/el paciente y su familia.* — El médico responsable del tratamiento explicará con claridad la necesidad del ingreso como único medio de enfrentar la enfermedad. Se les informará que los fines del tratamiento hospitalario serán: salvar la vida de la enferma, corregir las alteraciones clínicas ligadas a la desnutrición, recuperarse nutricionalmente y reaprender progresivamente a alimentarse. Se le asegurará a la paciente que no hay ningún interés en engordarla, pero que evidentemente se le hará subir de peso. No se especificará la

cantidad de peso a recuperar ni se negociará con ella o él en ese momento. Se les hace saber que serán atendidos por un equipo médico y de enfermería que cuidará los aspectos físicos y psicológicos. Inicialmente estarán aisladas para luego integrarse en un pabellón de adolescentes con la misma y otras patologías. No se precisa la duración del ingreso aunque se puede citar que la estancia media es de 45 días. Se invita a los padres a participar activamente. Aquellos que estén dispuestos y reúnan condiciones mínimas de salud mental, serán autorizados para acompañar a la paciente día y noche en la primera semana, salvo en las comidas. Serán invitados también a participar en el grupo de padres semanal. En nuestra experiencia, si somos claros en lo que se informa y ofrece, la mayoría de las pacientes acepta la hospitalización sin excesivos problemas, lo cual no significa una colaboración plena en el tratamiento.

2. *Primera etapa del tratamiento hospitalario.* — estabilización médica e inicio del tratamiento nutricional y psicoterapéutico (7 días).

2.1. *Aislamiento.* — Habitación sin cuarto de baño, mampara de observación. En cama, sin ningún privilegio. Todas las actividades se realizan en ella incluyendo las de aseo. Sólo se levanta a una pequeña mesa para alimentarse. Puede estar acompañado/a las 24 horas por la madre o padre.

2.2. *Realimentación progresiva.* — Inicia su tratamiento con una dieta de 1500 kcal que en los días sucesivos se sube a 2000 y 2500, más uno o dos batidos suplementarios. La alimentación se define como un acto médico y es obligatoria. Las comidas se incorporan paulatinamente, la enferma es acompañada por la enfermera o auxiliar mientras las realiza, es animada a hacerlas procediéndose igual que con una medicación. Se indica la cantidad de agua a beber en función de necesidades.

2.3. *Psicoterapia a pie de cama.* — El/la paciente es visitada dos veces al día en esta primera etapa. Se utilizan técnicas de apoyo propias para un enfermo psicossomático en las que se incorpora el examen físico y la explicación. Se le pide que lleve su *gráfica de constantes biológicas*, similar a la de enfermería, consignando pulso, tensión arterial, temperatura y deposiciones. Junto a este feed-back cognitivo se le solicita también que haga un *diario y/o dibujos para el trabajo terapéutico*.

2.4. *Constantes y Peso.* — Se controla orina de 24 horas, deposiciones, tensión arterial, pulso y temperatura. Peso cada 24 horas en condiciones clínicas y sin información a la paciente.

2.5. *Interconsulta a Medicina de Adolescentes.* — Durante esta primera semana se completa el estudio médico en los aspectos no delimitados en la evaluación previa. El control antropométrico incluye la determinación del índice de masa corporal de ingreso, así como la medición del pliegue cutáneo del tríceps y circunferencia muscular del brazo. Dada la edad de las pacientes las cifras se cotejan con tablas de desarrollo.

La interconsulta se repite si aparecen complicaciones médicas durante la hospitalización.

3. *Segunda Etapa. Recuperación.* — (2 a 4 semanas)

3.1. *Término del aislamiento.* — Abandona la cama, salvo para dormir. Puede ahora ducharse y acudir al servicio acompañada, durante un tiempo limitado, nunca después de las comidas. Durante este período podrá salir al jardín y a la calle según su evolución al igual que hacer uso del teléfono. El sistema de privilegios progresivamente se va aumentando en función de la respuesta del paciente, los pasos son lentos y cuidadosamente seleccionados.

3.2. *Realimentación progresiva.* — Dieta normal más batidos suplementarios que aseguren la recuperación nutricional. La alimentación es obligatoria, se realiza en comedor, acompañados de auxiliar o enfermera, durante un tiempo previamente definido. *Reposos postprandiales* realizados también en el comedor o en la cama, durante media hora tras el desayuno y merienda y una hora tras comida y cena. Pueden ver T.V. o realizar otras actividades sedentarias.

3.3. *Psicoterapias.* — De la psicoterapia a pie de cama se pasa también paulatinamente a una oferta más amplia. El diario y/o los dibujos se hacen más ricos en la interacción con el terapeuta. Habitualmente son dos terapeutas, uno más directivo y el segundo o ayudante más receptivo. Las enfermas inician grupo terapéutico para trastornos de alimentación, los padres se incorporan a su grupo, también de frecuencia semanal. En ellos se encuentran con enfermos ambulatorios y sus familiares.

3.4. *Control de peso.*—Continúa con iguales características que en fase anterior.

3.5. *Terapia ocupacional.*—La paciente anoréxica tolera mal la inactividad asociándola a inutilidad y con ello disminuyendo aún más su autoestima. Paralelamente asciende la ideación anoréxica. La terapia ocupacional en sus diferentes vertientes viene a llenar ese vacío en un sujeto al que aún no dejamos estudiar, su recurso más habitual.

3.6. *Rehabilitación.*—Asisten diariamente al gimnasio para ejercicios de remusculación y movilización dirigidos por los fisioterapeutas. Junto con recuperar masa muscular el objetivo es la prevención de la osteoporosis.

4. *Ultima etapa de la hospitalización.*—Paso a casa y colegio (1 a 2 semanas).

Esta etapa tiene como objetivos la salida progresiva de la paciente a su medio tras un período prolongado de hospitalización. En el período previo al ingreso, meses y a veces años, todo su mundo giraba alrededor de la enfermedad. Sus relaciones familiares estaban muy distorsionadas y su vida social empobrecida. La vuelta a casa y al colegio es un proceso deseado pero temido, sujeto a fuertes ambivalencias. En el hospital ha encontrado un medio donde casi todo está controlado y con frecuencia les proporciona gran seguridad. Todos nuestros esfuerzos en esta última etapa, estarán destinados a convencerles de que deben irse y prepararlos para ello. El tiempo medio de ingreso es largo, seis semanas o más, pero debería ser mayor en algunos casos si se pretendiera avanzar significativamente en que se hiciera con un locus control interno (Strober, 1985) suficiente y flexible y una mayor seguridad en ellas o ellos mismos.

4.1. *Transición a casa y colegio.*—Va de visita a casa por horas, incorpora alguna comida, luego fines de semanas, noches y así hasta la alta salvo regresiones. Al colegio asiste en jornada parcial, haciendo las comidas y reposos en el hospital. Se solicita colaboración y flexibilidad al centro de estudios. Se prepara con role-playing cada una de las escenas.

4.2. *Las comidas.*—Se flexibilizan mínimamente, permitiéndoseles hacer pequeñas variaciones en desayuno y merienda, comer de-

lante de sus padres. Se acentúan las indicaciones al personal de enfermería para enseñarles a comer en forma educada, arreglarse antes de comer y ser capaces de mantener una conversación mientras comen. Al ir a casa llevan indicaciones precisas sobre las cantidades y tipo de alimentos, habitualmente los mismos que en el hospital. Por experiencia sabemos que esta medida restrictiva es tremendamente tranquilizadora. Hemos fracasado en intentos de mayor flexibilidad (Moreiras-Varela y col., 1989).

Los reposos se mantienen en las cuatro comidas, tratando de transformarlos en una sobremesa donde se hable o compartan actividades lúdicas. Se adaptan para permitir los desplazamientos extrahospitalarios.

4.3. *Psicoterapia*.—Una parte de ella se realiza en la unidad de hospitalización y no se limita a la negociación de privilegios y restricciones. Las visitas son diarias con un componente grupal y otro individualizado. El objetivo es preparar la salida y enfrentar las dudas y temores. El diario continúa siendo un instrumento básico para conocer y modular los sentimientos y reflexiones de la paciente. Más allá de la unidad acuden enfermas y familias a sus grupos semanales respectivos.

4.4. *Control médico-antropométrico*.—Los controles de peso diarios se mantienen. Se efectúa evaluación antropométrica antes del alta hospitalaria.

4.5. *Terapia ocupacional*.—Limitada en su tiempo al incorporarse la escolaridad es un espacio a defender como vía de desarrollo de creatividad y uso del tiempo libre.

4.6. *Rehabilitación*.—Igual que en etapa anterior aunque en menor tiempo.

Hospitalización en casa

En los últimos años nos acercamos a un 45 % de pacientes con AN en los que podemos hacer el tratamiento en su domicilio sin ingreso hospitalario. Corresponden a aquellas chicas o chicos que aceptan ser cuidados por la familia y a unos padres que reúnen condiciones para ello. Las indicaciones para el tratamiento son precisas, abarcan dife-

rentes aspectos y se reservan para aquellos sujetos en los que no existe un peligro de descompensación médica inmediata e indicación de ingreso urgente.

1.1. *Régimen de vida*

Cama: Los primeros días debe estar encamado/a las 24 horas, para la segunda semana hacerlo a partir de las 5 de la tarde.

Escolaridad: Puede mantenerse aquella que no interfiera con el horario de comidas y reposos, a partir de la segunda semana.

Ejercicios: Se suspende temporalmente todo ejercicio físico habitual como clases de gimnasia, ballet o equivalentes.

Sueño: El horario de acostarse y levantarse es prescrito para garantizar reposo.

1.2. *Realimentación.* — Se prescriben cuatro comidas al día, pautadas como régimen, más dos batidos suplementarios. La comida debe hacerse en un tiempo determinado, media hora las mayores y quince minutos desayuno y merienda. El reposo posterior es de una hora y media hora respectivamente. Durante estas semanas, la chica o chico hace sus comidas en un lugar diferente al resto de la familia y acompañada/o del padre o madre u otro responsable. Solamente si la evolución es muy favorable se autorizará hacia la tercera semana la comida colectiva.

1.3. *Psicoterapia.* — El o la paciente lleva su diario que comenta con el terapeuta en una reunión semanal a la que también acuden sus padres. Una parte de la sesión es individual y el resto familiar. Paralelamente, a partir de la segunda semana acude al grupo semanal de anoréxicas y los padres son animados a participar en el grupo familiar.

1.4. *Control médico-nutricional.* — Realizado con frecuencia semanal, el mismo día del grupo. En él se hace el exámen físico y antropométrico.

Si es elegido adecuadamente el caso y la familia, este diseño puede ser eficaz y permite resultados similares a los de un ingreso hospitalario, su fracaso obligará a revisar la indicación.

Tratamiento ambulatorio

Está dedicado en aquellos pacientes que han iniciado la recuperación en casa o han estado ingresados. El restablecimiento físico y mental es insuficiente en una enfermedad que cursa en tres o cuatro años aunque son los primeros dieciocho meses tras el inicio del tratamiento los decisivos. La mayoría de las pacientes que en ese período se han alejado suficientemente de la etapa crítica de la enfermedad es difícil, aunque no imposible, que retrocedan. Las recidivas y nuevas crisis tienen un especial riesgo durante ese tiempo.

1. *Plan de vida.* — Como en cualquiera otra enfermedad grave se discute con la paciente y sus familiares. En ellas se abarcan todas las actividades del sujeto, tomando en consideración su edad y período evolutivo, así como los factores psicopatológicos personales y familiares que limiten su desarrollo. La evolución de la paciente en la familia, la flexibilización del grupo familiar, la individualización de la adolescente como sujeto más allá del deseo de los padres y su incorporación a su generación serán objetivos primordiales.

2. *Seguimiento médico-nutricional.* — Según hemos podido comprobar, es más oportuno prescribir una dieta equilibrada y ajustada al estilo nutricional del sujeto y sus actividades que dejarlo en manos de un hipotético sentido común. La paciente, durante un período a veces muy prolongado se siente incapaz de elegir su propia alimentación, encontrar medidas adecuadas y aprender a confiar de otros. En la mayoría de los casos, durante los dos primeros años es necesario indicaciones precisas de alimentos y batidos suplementarios.

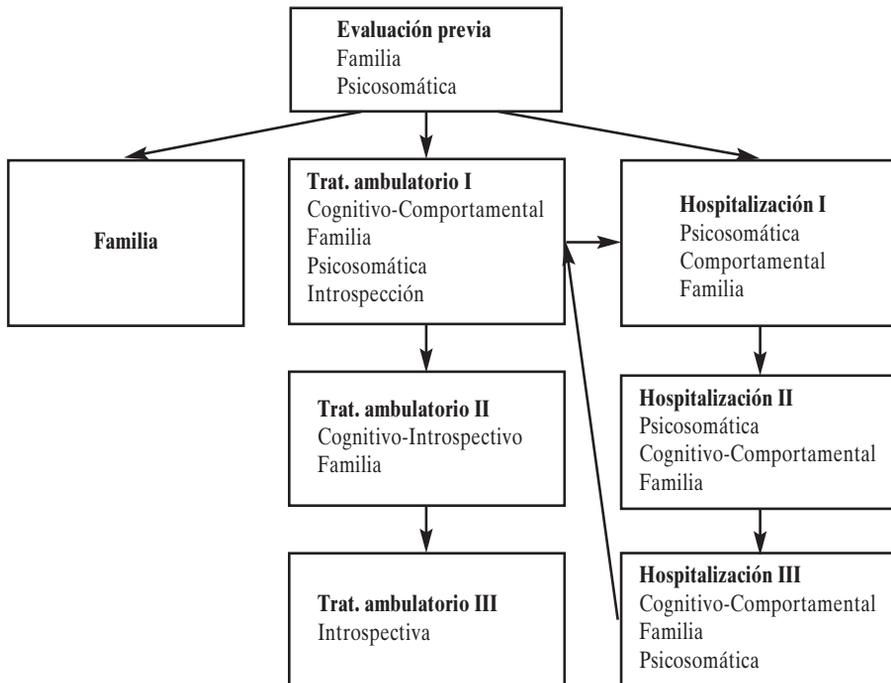
El control de periodicidad semanal es previo a los grupos terapéuticos, de manera que el/la paciente acude una sola vez, siempre acompañado/a de un familiar. En él se revisa la curva ponderal, las quejas somáticas, el plan de alimentación y las normas conductuales para la semana.

Paralelamente, en el Servicio de Medicina de Adolescentes se realizan los controles médicos, antropométricos y de laboratorio más detallados, inicialmente con frecuencia mensual y luego semestral, siempre en el mismo día de la semana.

3. *Psicoterapias.* — Con mucha dificultad la paciente avanza de lo psicossomático comportamental a la cognición y con mayores problemas aún a la introspección y retrospección. Una minoría puede bene-

ficiarse de tratamientos psicoterapéuticos basados en estos últimos aspectos, posiblemente los más saludables, deberán esperar meses y a veces años hasta poder explorar su mundo interno con alguna solvencia y eficacia. La mayoría de nuestras pacientes se incorporan en grupos de anoréxicos y sus padres al propio realizado paralelamente. Cada paciente tiene el suyo y es obligatoria su asistencia con periodicidad semanal. En la medida que progresan se pasan a otros grupos de jóvenes con otras patologías y un mayor nivel introspectivo o a psicoterapia individual. Este paso se da casi siempre desde el hospital al Centro de Salud Mental (Tabla IX).

TABLA IX
Aproximación psicoterapéutica (Morandé)



Los padres también acuden a su grupo durante uno o dos años. Su asistencia, nunca obligatoria pero sí recomendada, favorece su integración al tratamiento.

4. *Controles de evolución mental.* — Cada seis meses se repite entrevista semiestructurada de Morgan y Russell, con los diez indicado-

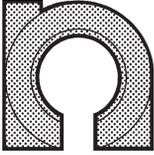
res adaptados por Jeammet, junto a los cuestionarios habituales (Goldberg, Beck).

Aunque la evolución sea favorable y una parte muy significativa en nuestra experiencia lo es, el plan de tratamiento debe extenderse como mínimo por dos años. El seguimiento, para todos los casos, durante cuatro años, tiempo en el que el 60% de nuestros pacientes pueden alcanzar una completa recuperación física y mental. El 40% restante aún no está bien y cerca de un 15% se ha colocado en una curva de cronicidad. Estos grupos constituyen hoy el mayor desafío terapéutico, tanto en sus aspectos de prevención como de atención especializada. Para una patología como la anorexia nerviosa ya ampliamente representada en nuestra sociedad estas cifras son preocupantes y motivo de reflexión y estudio en los próximos años.

BIBLIOGRAFIA

- MORANDE, G. y CARRERA, M. (1988). *Anorexias Nerviosas y Bulimias: ¿Una epidemia actual en adolescentes?* Rev. Psiquiat. V. N.º 1.
- GARNER, D. (1993). «Pathogenesis of Anorexia Nervosa». *The Lancet*. Vol. 41/26:1631-1634.
- RODRIGUEZ CANTO, F. (1990). «Sintomatología depresiva en Anorexia Nerviosa». *Tesis de Grado. Universidad Complutense de Madrid*.
- HALMI, K. (1985). «Classification of the Eating Disorders». Edit. Sz mukler. Pergamon Press.
- SANTA CRUZ, I. (1989). «Parámetros hematológicos como indicadores de estado nutritivo en anorexia nerviosa». *Tesina. Departamento de Nutrición. Facultad Farmacia. Universidad Complutense de Madrid*.
- VARELA, P.; MARCOS, A.; REQUEJO, A. y MORANDE, G. (1989). «Suplementación dietética y estado nutritivo en anorexia nerviosa» *Nutr. Clín.* IX/9:7-14.
- ACOSTA, E. (1987). «Aspectos psicodinámicos de la anorexia nerviosa». *Conferencia Hospital Central de la Cruz Roja*.
- JEAMMET, P. (1989). «La anorexia nerviosa como una patología del comportamiento en la adolescencia» *Conferencia. Jornadas Sepypna. Santander*.

- SZMUKLER, G. y DARE, C. (1991). «The Maudsley Hospital Study of Family Therapy in Anorexia Nervosa». *Family Approaches in Treatment of Eating Disorders*. Edit. Woodside and Shekter-Wolfson. *Clinical Practice* 15. Londres 1-22.
- DELANEY, D.; CHATOOR, I. y SILVER, T. (1984). «A protocol for inpatient treatment of anorexia nervosa at CHNMC». *Clin. Proced. CHNMC*, 40: 439-447.
- GARFINKEL, P.; GARNER, D. y KENNEDY, S. (1985). «Special problems of inpatient management of anorexia nervosa» Garner and Garfinkel. Guilford Press. 344-359.
- VANDEREYCKEN, W. y MEERMAN, R. (1984). «anorexia nervosa; a clinican guide to treatment». *Int. J. Psychiatr. Med.* 14: 191-205.
- KREIPE, R. (1986). «Inpatient management of anorexia nervosa» *Sem. Adol. Med.* Vol. 2 (1) 27-36. Thieme Inc. NY.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1993). «Practice Guideline for Eating Disorders» 150/2:212-223.
- BEAUMONT, P. J.; RUSSELL, J. D. y TOUYZ, S. W. (1993). «Treatment of Anorexia Nervosa». *The Lancet.* 341/26:1635-1640.
- MOREIRAS-VARELA, O.; CARBAJAL, A.; NUÑEZ, C. y MORANDE, G. (1989). «Modelo dietético de un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa y bulimia.» *Nutr. Clín.* IX:9-20.
- STROBER, M. (1982). «Locus control, psychopatology and weight gain in anorexia nervosa» *J. Abnorm. Psychol.* 10/1:97-105.



Fundación Española de la Nutrición. C/ General Yagüe, 20 - 4.º-20020-Madrid - Tel.: 555 38 05, Fax: 597 44 04

Publicaciones: «Serie Informes»

- N.º 1 Importancia de las legumbres en la nutrición humana.*
- N.º 2 Refrigeración y congelación de alimentos vegetales.*
- N.º 3 Nutrición y Tercera Edad en España.*
- N.º 4 El azúcar.*
- N.º 5 Necesidades de agua y nutrición.*
- N.º 6 Dieta equilibrada en las personas de edad avanzada.*
- N.º 7 Propiedades nutricionales del azúcar y la evolución de su consumo en los últimos treinta años (1964-1994).*
- N.º 8 Anorexia nerviosa y nutrición.*

Publicaciones: «Serie Divulgación»

- N.º 1 Colesterol y enfermedad coronaria. (Agotado)*
- N.º 2 Importancia de las legumbres en la nutrición humana. (Agotado)*
- N.º 3 Problemática del desayuno en la nutrición de los españoles. (Agotado)*
- N.º 4 Aditivos alimentarios. (Agotado)*
- N.º 5 Consumo preferente y fechas de duración de los alimentos.*
- N.º 6 Pescado graso, colesterol y enfermedades cardiovasculares.*
- N.º 7 El azúcar en la alimentación humana. (Agotado)*
- N.º 8 Las hamburguesas en la alimentación. (Agotado)*
- N.º 9 Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española.*
- N.º 10 Yogur: Elaboración y valor nutritivo.*
- N.º 11 Las hamburguesas en la nutrición de los españoles.*
- N.º 12 En busca de la «dieta ideal». (Agotado)*
- N.º 13 Las sardinas enlatadas en la nutrición.*
- N.º 14 Bollería, ingesta grasa y niveles de colesterol en sangre.*