

ANOREXIA NERVOSA EN LA POBREZA

Jorge Castro Morales (*)

PALABRAS CLAVE : Anorexia Nervosa - Pobreza - Factores Psicosociales
KEY WORDS : Anorexia Nervosa - Poverty - Psychosocial Factors

Se considera los aportes técnicos más recientes acerca de la patogénesis de la Anorexia Nervosa y se hace una revisión de veintitres casos atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" de Lima Perú. El autor evalúa las características demográficas de la muestra, su abordaje clínico, los criterios diagnósticos utilizados y los resultados de las modalidades terapéuticas aplicadas. Coteja estos datos con el marco cultural y las condiciones socio-económicas de la casuística, para recomendar pautas de abordaje y un modelo de tratamiento aparente a la situación de los pacientes de Anorexia Nervosa que provienen de estratos psicosociales deprivados en un país subdesarrollado.

ANOREXIA NERVOSA AND POVERTY

After a comprehensive review of updated theories concerning Anorexia Nervosa, a retrospective overview of 23 cases from the National Institute of Mental Health of Lima, Peru, is made, taking into account demographic characteristics, clinical understanding, diagnostic criteria and therapeutic outcome. Data is related to the Peruvian cultural framework conditioned by the socio-economic situation of the sample, in order to suggest specific approaches and a therapeutic model suitable to Anorexic patients from deprived psychosocial strata in an underdeveloped country.

(*) Director Ejecutivo Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" - Lima

INTRODUCCION

Where every meal has to be worked out assiduously and continuously, fatness is a state to be desired and admired, a sign of wealth and power, of leisure, security and contentment...

(P.Dally)

El epígrafe culmina con la aserción de que ningún hombre que se respete se casaría con una flacucha "... en estas sociedades ..." (se refiere a aquellas en que la pobreza es rampante).

La vigencia de los factores culturales en los patrones alimentarios es un factor que, habiendo sido estudiado largamente en la fisiopatogenia de otras condiciones clínicas, raramente ha sido relevada en la forma en que lo hace Dally en sus indispensables revisiones sobre la Anorexia Nervosa.

Generalmente asociada a estilos de vida afluentes, en los que al no existir carencias en la provisión de alimentos, es necesario buscar otras explicaciones a la presentación de este cuadro clínico, la Anorexia Nervosa pareciera ser una entidad confinada endémicamente a países ricos.

En la tradición occidental, se menciona que Simone Portá (1496-1554) describió el caso de una niña que ayunó cuarenta días y en 1694 Richard Morton estudió dos casos. Guil y Lasegue dieron consistencia sindrómica a este cuadro en 1873, siendo notoria la filiación histórica que le concedía este último autor.

Poco preocupado por la justeza semiológica, pero prolijamente descriptivo de la tesitura mental del acto de comer, Kafka hace un angustiado retrato de sus motivaciones en "Un ayunador profesional". Contemporáneo nuestro y definitivamente entroncado en esta tradición occidental, Minuchin señala determinados patrones de organización y comunica-

ción familiares que explican la emergencia de sintomatología anoréxica.

En el presente trabajo se hace una revisión de los supuestos teóricos con que se aborda actualmente la Anorexia Nervosa a fin de establecer su aplicabilidad en el contexto de la pobreza, en primera instancia. Luego realizaremos una evaluación clínica de 23 casos atendidos en el Intituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" de Lima, entre 1983 y 1988 por diversos profesionales, precisando el tipo de abordaje exploratorio y la correspondencia entre los hallazgos y los criterios diagnósticos vigentes. Finalmente formularemos algunas propuestas terapéuticas provenientes de nuestra propia experiencia clínica y los esquemas en boga, atendiendo a las singularidades conceptuales y prácticas que plantea la Anorexia Nervosa en sociedades en que la provisión de alimentos no está asegurada, y son diversos los obstáculos que limitan un abordaje ortodoxo de este problema.

REVISION TEORICA

No es propósito de ésta revisión considerar en extremo los factores endocrinológicos involucrados en la Anorexia Nervosa, en tanto que no hay evidencia de un trastorno primario en las glándulas de secreción interna que explique la sintomatología anoréctica. Sin embargo, no se puede dejar de señalar la participación del eje hipotálamo - hipofisario (26), como consecuencia de la disminución de las hormonas luteinizantes y folículo estimulantes, así como de estradiol en plasma, a resultas del estado de desnutrición de la paciente, lo que explica la amenorrea. Paralelamente, es observable una disminución en la secreción de T4 que provoca alteraciones en el metabolismo periférico de ésta, con aumento de T3 de inactividad inversa y una disminución consecuente de T3.

Crow (8) ha formulado una teoría de aprendizaje por mediación de los neurotransmisores que podría aplicarse al comportamiento anoréctico. Según ésta, el aumento de la calecistoquinina (CCK) daría cuenta, por un lado, de la disminución del apetito y el aumento de la saciedad y, por otro, de una depleción DOPA que explicaría el correlato psíquico.

Otras consideraciones acerca de los neurotransmisores ponen de relieve la disminución del metoxihidroxifenilglicol (MHPG) que se observa en estos pacientes y la alteración atípica que muestran en el test de supresión de la Dexametasona (19) lo que vincularía este cuadro clínico a la familia de las depresiones noradrenérgicas.

Estas premisas, de capital importancia para el tratamiento farmacológico de la Anorexia Nervosa, no agotan el abordaje conceptual del tema. Muy por el contrario, es en las vertientes intrapsíquica y de interacción familiar que se han volcado las más elegantes disquisiciones sobre éste fenómeno.

La hermenéutica psicoanalítica produjo en 1939 la explicación de un trauma sexual (Ryle, 1939) que estaría ligado a la observación de una escena primaria en que la fellatio desencadenaría un rechazo al sexo masculino, simbolizado por los alimentos, según Waller (35).

Comentando esta hipótesis, Galdston (16) sostiene que "la implicación que hay temores de impregnación oral o fantasías de quedar embarazada en la patogénesis de esta condición y la exploración de ideación acerca de temas sexuales en la psicoterapia probablemente agravarían la sintomatología y harían ominoso el déficit de desarrollo en cuestión: el aprender a cuidar de uno mismo y controlar sus apetitos".

Bruch (6) añade que el riesgo de confrontar a estas pacientes (que son, como ya es sabido, mayoritariamente

del sexo femenino) con su conducta dietética anormal, haciéndoles ver que es una forma de reducir sus temores sexuales y acrecentar su ligazón a la madre, mediante manipulaciones metabólicas, consiste en que - por esa vía - se refuerce la resistencia.

En todo caso, dice la misma Bruch (5), el tratar de fortalecer su ego a guisa de terapia lo que en realidad produce es un fortalecimiento de sus sentimientos de ineffectividad y desesperanza.

Esta autora considera que la triada básica en la psicopatogénesis de la Anorexia Nerviosa está constituida por un trastorno en la percepción de la imagen corporal, un trastorno en la interpretación de los estímulos externos e internos (incluido el apetito) y el sentimiento de ineffectividad, que da lugar tanto a la obediencia cuanto al negativismo que, en forma alternada, exhiben. Reconoce dos formas clínicas que son una primaria o típica y otra atípica, en la que el trastorno en la percepción de la imagen corporal está aumentado, al punto de incorporarse a un sistema delusional. Estas pacientes presentan depresiones severas pero son básicamente esquizofrénicas, por lo que hay que tratarlas como tales. En los casos primarios, el conflicto se centra en una falta de reconocimiento de afectos que con un manejo psicoterapéutico adecuado conducirá a la solución del problema. Pero todo lo anterior obviaría el trastorno comportamental que tiene como sustrato el sentimiento de ineffectividad y da lugar a la obediencia y/o el negativismo. Es frente a éste último (conducta de negarse a comer) que se alzan las técnicas de modificación de conducta.

Autores como Binder y Halmi (18) han sistematizado técnicas operantes en que, básicamente, se utilizan como reforzadores positivos el aumento de la actividad física, las visitas y la actividad social y como reforzadores

negativos el permanecer en cama, la intubación y el aislamiento.

Otros autores, como Geller (17) o Liebman (20), con quienes trabajara inicialmente Minuchin, trataron de integrar las técnicas conductuales con las psicodinámicas, incluyendo en estas últimas el abordaje familiar.

Aparentemente el resultado no fué convincente o el seguimiento fué deficiente. Bruch (4), ha denunciado los riesgos de la modificación de conducta y Minuchin se apartó de sus esfuerzos integradores para dar forma a su terapia familiar sistémica de corte estructural.

El abordaje familiar de la Anorexia Nervosa parte de la aceptación de la existencia de una conspiración familiar para evitar conflictos y la manera en que el grupo familiar negocia con ellos recurriendo a patrones rígidos y entremezclados de organización.

La anoréxica trata de proteger a la familia al polarizar sobre ella un conflicto conyugal que deviene, gracias a la enfermedad, en un conflicto parental.

Selvini Palazzoli (30) partiendo de la terapia individual llega a otra conceptualización sistémica de la familia que se define como estratégica. En ella pone énfasis en las paradojas y contraparadojas que involucra el tratamiento de éstas pacientes. Diez años después (31) anuncia un modelo de seis etapas para tratar individualmente la Anorexia Nervosa, partiendo de una concepción familiar del problema.

Frente a éstas posturas, aparentemente contradictorias, surgen dos opciones interesantes para el ámbito latinoamericano. La primera es la descripción factual de los fenómenos inmersos en la Anorexia Nervosa, tal cual viene haciendo Acta Psiquiátrica Escandinava en relación al estudio de seguimiento de 151 pacientes del Rigshospitalet de Copenhague (2), lo que está permitiendo un mejor cono-

cimiento de la historia natural de la enfermedad; o la publicación de casos de países subdesarrollados, como los que se presentan en Nigeria (14).

La otra se plasma en novedosos enfoques etológicos acerca del problema. Al estudiar el llamado "altruismo alimenticio", Demaret (11), recuerda que en condiciones naturales la supervivencia es, ante todo, la supervivencia del grupo y que en tal virtud algunos individuos pueden ser sacrificados por el bien común. Dice: "... no sería útil para el grupo, en condiciones de hambre, que un individuo se alimentase más que otros (...) el altruismo alimenticio de la anoréxica es interpretado, generalmente, como una actividad reparadora, una formación reaccional contra la agresividad, al mismo título que solicitud ansiosa hacia la madre".

También Demaret señala que la sensación de estar "demasiado llenas" y la necesidad de "vaciar" mediante vómitos, lavativas, laxantes, o diuréticos es quizás una distorsión neurótica que hacen las anoréxicas del altruismo alimenticio. Puntualiza, en relación a los vómitos, que las regurgitaciones son modos de alimentación de la progenitura muy extendidos en el mundo animal y que la alimentación boca a boca se dá no sólo entre los primates antropomórficos, sino también en diferentes poblaciones humanas, tanto europeas como papúes (Eibesfeldt 1970). Especula acerca del origen del beso humano como derivación de esa alimentación boca a boca y su significado en la náusea que algunas anoréxicas experimentan con el beso.

Podríamos concluir entonces que la anoréxica no solamente protege a su familia, como quiere Minuchin, si no que - en el ámbito de la pobreza - estaría asegurando la supervivencia de su grupo cultural. Esta explicación nos parece, sin embargo, deletérea.

Parece ser que la perturbación central de la Anorexia Nervosa está

en una severa distorsión de la realidad, que puede llevar a la anoréxica a ignorar su propia supervivencia y el contexto de violencia que la rodea: la lucha tenaz y a veces despiadada por un bien limitado como es la comida.

Esta distorsión cognoscitiva tiene un correlato afectivo, en las formas de inicio típico, en mecanismos psicológicos y mediadores químicos propios de la depresión. La persistencia o no resolución de ésta distorsión haría patentes contenidos psicológicos que requieren otro tipo de abordaje.

CASUISTICA

Tal como fuera señalado en la introducción, ésta revisión de casos se basa en una indagación retrospectiva de 23 historias clínicas del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" de Lima - Perú, desde Enero de 1983 hasta Diciembre de 1988. Estos casos corresponden a la demanda efectiva atendida en ese Centro, el que por su vecindad con un Hospital General recibe tanto los casos que acuden directamente como los referidos por el mencionado Hospital. Ambas instituciones están ubicadas en el Cono Norte de Lima y su zona de influencia comprende una área urbano-marginal de la ciudad, con una población estimada en no menos de millón y medio de personas que habitan viviendas precarias en su mayoría. El tipo de asentamiento humano característico es el del migrante de la región andina que se desplaza a la gran ciudad con su familia nuclear inicialmente, para después ir incorporando otros parientes y allegados.

La zona cuenta con servicios médicos y educativos parcialmente satisfactorios, pero es evidente que la impronta cultural de origen canaliza la demanda real, en este y otros cuadros clínicos, hacia modalidades de atención de raigambre popular, en

las que el componente "folk" andino es predominante.

Del total poblacional señalado, es importante resaltar que un 40% corresponde a menores de edad (por debajo de 18 años), razón por la cual hemos asumido la responsabilidad de ensayar un modelo asistencial que pueda satisfacer una conflictiva típica de ese grupo etario.

No se pretende que la muestra sea representativa en términos estadísticos ni que las conclusiones del presente estudio puedan extrapolarse en forma lineal, aunque - desde ya - las consideramos válidas para una reflexión de carácter general.

El total de pacientes fue de 23. Dos de sexo masculino (8.7%) y 21 de sexo femenino (91.3 %). El promedio de edad general fue de 19 ± 4 . Cuatro pacientes fueron catalogados como de nivel socio-económico medio (17.4 %) y 19 del nivel bajo (82.6 %).

Todos los pacientes tienen historia clínica en el Instituto. Sólo 19 (82.6%) cuentan con examen físico, de los que 14 (60.8%) fueron examinados por el médico tratante. Siete pacientes (30.4%) cuentan con exámenes auxiliares como fórmula sanguínea, hemoglobina, glucosa, proteínas y electrolitos. Dos (8.7%) cuentan con los 2 primeros exámenes. Uno (4.3%) cuenta con hemograma, hemoglobina y electrolitos; y un paciente (4.3 %) con hemograma, hemoglobina, glucosa y electrolitos. Dieciocho pacientes fueron sometidos a pruebas psicológicas.

Durante un seguimiento mayor de un año no se modificó los diagnósticos en 12 casos (52%) y si se hizo en 5 (21.7%) y se presentó intercurencia somática de tipo diarrea crónica, TBC pulmonar e hipertiroidismo en un caso (4.3%).

Finalmente, 5 pacientes (21.7%) abandonaron el tratamiento antes de un año.

CUADRO N° 1.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-III SATISFECHOS

	(N=23)	%
Temor a engordar:	15	65.21
Trastorno en la imagen corporal:	14	60.86
Disminución de peso mayor a 25%:	18	78.26
Rechazo a mantener el peso:	16	69.56
Ausencia de enfermedad física causal	19	82.60

CUADRO N° 2.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS ADICIONALES SATISFECHOS(*)

	(N = 23)	%
1- Inicio entre 10 y 30 años:	19	82.60
2- Actitud desnaturalizada frente a las comidas (arrojarlas, escogerlas, ejercicios post-prandiales):	14	60.86
3- Amenorrea no menor a tres meses: Hiperactividad. Bulimia, y Vómitos	15	65.21
4- eventuales	11	47.82

(*) Según Serrano (32)

CUADRO N° 3.
ABORDAJE TERAPEUTICO

	H	PFI	PFII	PT	TF	E
Caso 1		X	X			M
Caso 2		X	X			A
Caso 3		X	X			M (1)
Caso 4	X	X	X	X		R
Caso 5		X	X			M (1)
Caso 6	X	X	X	X		R
Caso 7		X	X			M (1)
Caso 8	X	X		X	A	
Caso 9	X	X	X	X		R
Caso 10	X	X	X	X	X	B
Caso 11		X				A
Caso 12	X		X	X		M (2)
Caso 13	X		X			A
Caso 14	X	X		X		R
Caso 15		X	X			M (1)
Caso 16	X	X	X			M (3)
Caso 17	X	X	X	X	X	B
Caso 18	X	X	X			M (1)
Caso 19	X	X				A
Caso 20	X	X	X	X		B
Caso 21	X	X	X	X	X	B
Caso 22	X	X	X	X	X	B
Caso 23	X	X	X	X	X	B

Siglas : H - Hospitalización
 PFI - Tricíclicos
 PFII - Neurolépticos
 PT - Psicoterapia individual
 TF - Terapia familiar
 E - Evolución
 B - Buena
 R - Regular
 M - Mala
 A - Abandonó antes del año

1 = Sucesivos cambios en diagnóstico y tratamiento.

2 = Intercurrencias somáticas.

3 = Cambios frecuentes de prescripciones.

Entre las modificaciones diagnósticas cabe resaltar un caso, que en el curso de cuatro años tiene anotados los siguientes códigos de la ICD 9 (DSM III): 307.1/300.4, luego 295.5 y finalmente 298.90 con 301.20. En otro caso, codificado con 307.1 (Anorexia Nervosa), se señala entre la sintomatología inicial el aumento del apetito. En otros dos se incluyen diagnóstico de rango neurótico en sustitución al inicial y en uno distinto la codificación viraba a 295.3 (Esquizofrenia paranoide) en un segundo momento.

Es notable la gran variedad de psicofármacos de que se echa mano. Entre ellos se incluyen los siguientes:

Tiotixeno, Amitriptilina, Bromazepán, Trimeprimina, Clozapato dipotásico y la combinación de Flufenazina con Nortriptilina, todos ellos usados en un solo caso.

Además se utilizan: Tioridazina, Imipramina, Trifluoperazina, Alprazolam, Triazolam, Carbonato de Litio y la combinación de Tranilcipromina con Trifluoperazina.

De otro lado, también se hace uso de la Ciproheptadina y reforzadores de la dieta, entre los cuales el más popular es el Sustagen.

DISCUSION

Un primer comentario que fluye es la preponderancia del sexo femenino (91.3%) en la causística revisada y que del total de ésta, el 82% de los casos atendidos se adscriben a la clase baja. El rango de edades se ajusta al criterio señalado por Serrano en el Cuadro N° 2, de 10 a 30 años en 19 casos, siendo la excepción 4 casos en que los demás criterios diagnósticos tampoco estaban claramente perfilados. Uno de ellos, por ejemplo, cambió sucesivamente de diagnóstico.

La mayor prevalencia de la clase baja en el período del estudio puede considerarse representativa del universo del que provienen los casos

reportados e introduce un cuestionamiento a la noción, generalmente aceptada, de que la Anorexia Nervosa es privativa de sociedades afluentes o de los estratos superiores de la escala social. Un reciente trabajo de Famuyiwa (14) pone énfasis en algunos aspectos psicosociales que habían sido tocados tangencialmente por Dally (9). Famuyiwa, señala cuatro factores distintivos en la presentación de la Anorexia Nervosa en la población negra de Nigeria: en primer lugar, la aceptación de la familia extendida como estilo organizacional y comunicacional que tiende a anular los patrones rígidos o entremezclados de agrupación familiar y la disfunción de la comunicación que Minuchin (21) plantea como característica estructural de la familia de la anoréxica.

Cabe agregar que en el Perú y otros países con predominio de la cultura andina, el tipo de organización familiar casi siempre excede a la nuclear (es extendida o agregada), siendo notoria la ausencia del padre en términos físicos o como autoridad vigente.

En segundo término, Famuyiwa coincide con Dally en el epígrafe de éste artículo, cuando señala que la gordura es una prenda de atracción en las culturas aborígenes de África. Esto conduciría a un estilo de aprehender la realidad que diferiría de los mecanismos psicodinámicos tradicionalmente puestos en juego para explicar la conducta anoréxica.

En tercer lugar, enfatiza el hecho de que una dieta en base a carbohidratos, como la que se consume entre los estratos pobres de Nigeria, tiende a enmascarar el proceso de pérdida de peso y finalmente advierte acerca del riesgo de no reconocer este cuadro clínico, ya sea por que recibe atención inicial por parte del personal no profesional (curanderos) o porque, como ocurre en algunas partes de África, coexiste con trastornos físicos

derivados de la desnutrición. Es interesante resaltar que en la revisión de la bibliografía peruana y latinoamericana no se hace alusión a éstos factores concomitantes, tendiéndose a estudiar el problema desde puntos de vista occidentales, tanto en lo conceptual como en su derivación a la práctica clínica.

Escobar(13) y Carbajal (7), son una muestra de este aserto en la bibliografía psiquiátrica peruana. En lo que respecta a la latinoamericana, destaca la casuística brasileña en los estudios de Noto Yazigi (24), Figueiroa (15), Moschetta Cordioli (23), Silva et al (34) y Santos et al (27), así como una breve entrada cubana de Rodríguez y García Sánchez (25) que mantienen los mismos patrones conceptuales.

La literatura argentina y la chilena continúan la ilustre tradición de sus ya reputadas escuelas, como la atestigua la última publicación de Doerr (12), en que se analiza con pulcritud los roles familiares en la patogénesis de la Anorexia Nervosa, poniéndose de relieve los factores clínicos, de autoridad parental o sustituta, de escolaridad y sexualidad dentro de un enfoque fenomenológico que no se distingue, en cuanto riqueza conceptual, de los mejores trabajos publicados sobre el tema.

Ello no obstante, no se advierte la singularidad de los factores culturales en el contexto del subdesarrollo, tal como los especifica Famuyiwa. Y este ejercicio no responde a una posición meramente ideológica, sino que adquiere relevancia clínica por el texto mismo de su último enunciado: los factores diagnósticos y terapéuticos en él involucrados ameritan un análisis más detenido de la casuística, los criterios evaluativos y diagnósticos utilizados y los resultados terapéuticos obtenidos.

Es notoria la ausencia de exámenes físicos por parte del médico tra-

tante en 9 ocasiones (en otras 5 se solicitó éste examen al médico internista, mediante interconsulta) y la omisión de pedido de evaluación psicológica en 7 casos.

Los exámenes de laboratorio son solicitados en forma aleatoria, con evidente disparidad de criterios y lo que refleja mayor consenso es la historia clínica. Esta revela uniformemente, lo siguiente:

. Organización familiar tipo familia extendida o agregada, con una figura materna intrusiva y un padre ya sea ausente o punitivo. La actitud de los hermanos frente a los hábitos alimenticios de la paciente constituye frecuente fuente de conflicto. En algunos casos, la promiscuidad derivada de la pobreza generaba la exposición a experiencias sexuales.

. Actitudes frente a la alimentación compatibles con la noción de bien limitado.

. Patrones dietéticos culturales con predominio de carbohidratos en desmedro de proteínas o grasas.

. Ausencia de indicios de desnutrición grado II en el grupo cultural o familiar.

La ausencia del examen físico en casos como los revisados, que entrañan clásica sintomatología psicósomática, puede ser entendida como una secuela tardía y distorsionada de la función que se atribuye el psiquiatra a partir de la impronta psicoanalítica, la que aún no siendo predominante en la orientación de los médicos del Instituto, tiende a conferir un status idealizado según el cual este examen no sería tarea apropiada - sino hasta contraproducente - para un psicoterapeuta. Esto explicaría la solicitud de interconsulta en cinco de esos casos. Para los otros cuatro no tenemos explicación válida. Tampoco la hay para la omisión del informe psicológico, aunque en este caso - como en el anterior - pueda haber intervenido la tendencia a la deserción

temprana del tratamiento, sobre todo cuando éste es ambulatorio.

Los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas guardan concordancia con los obtenidos en otras latitudes: se trata mayoritariamente de adolescentes mujeres con un buen nivel intelectual, dificultades en el contacto emocional, narcisismo, masoquismo, tendencia a la represión, al aislamiento, la formación reactiva, la intelectualización y distorsión del esquema corporal.

Estos dos últimos rasgos se correlacionan con los antecedentes clínicos de rasgos obsesivos en relación con los estudios (la intelectualización) y los índices casi infantiles (Tanner grado I) para el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en la exploración física.

Los exámenes auxiliares devienen irrelevantes por su diversidad, aunque últimamente hayamos estandarizado el pedido de dosaje de K y NA, siguiendo las ideas de Silber (33) acerca de la hipopotasemia inicial y la hiponatremia secundaria e ingesta excesiva de agua por parte de éstas pacientes.

En el caso de un varón (de los dos de la casuística), se solicitaron pruebas de nivel de testosterona y cromatina sexual, con resultados negativos. Las pruebas de FSH, LH y GH mostraron patrón prepuberal en los nueve casos en que se pidieron.

Cabe señalar que dificultades técnicas y económicas limitan la posibilidad de realizar exámenes exhaustivos.

Los Cuadros N° 1 y 2 muestran el grado de concordancia de la casuística con los criterios, diagnósticos de la DSM-III y los señalados por Serrano (op. cit). Se aprecia que los indicadores de menor frecuencia (14/23) son aquellos que traducen un compromiso más serio en el contacto con la realidad, como son "trastorno en la imagen corporal" y "actitud desnatu-

ralizada frente a las comida". No incluimos en esta apreciación el ítem 4 de Serrano por comprender síntomas que, a nuestro criterio, no son específicos de la Anorexia Nervosa. Su hallazgo es, por o demás, el único que no alcanza el 50% de la casuística.

Todos los demás alcanzan niveles significativos y no se diferencian de los hallazgos hechos en otras poblaciones, lo que posibilita la realización de estudios multicéntricos, en tanto que la captación de los casos tome en cuenta las peculiaridades del manejo que se hace de los mismos en los contextos culturales de la pobreza.

El Cuadro N° 3 muestra una consistencia diagnóstica aceptable en aquellos casos que tuvieron un seguimiento suficiente (18/23).

Aparte del caso detectado con intercurencia orgánica, cabría preguntarse por otros tres, en que no se descartó la misma como criterio diagnóstico, para explicar el cambio evolutivo o el resultado terapéutico.

Los diagnósticos múltiples pueden corresponder a casos dilemáticos en que, como insinúa Famuyiwa, los criterios establecidos resultan insuficientes o la pericia del clínico es cuestionable.

Es en el curso de la evolución de los pacientes que se hacen patentes no sólo las diferencias conceptuales sino los condicionamientos culturales y posibilidades terapéuticas. Las cifras del Cuadro N° 3 indican que en cinco casos los cambios en el diagnóstico y el plan terapéutico fueron sucesivos y en uno se modificó con frecuencia el tipo de prescripción, abarcando casi todo el rango del arsenal psicofarmacológico.

Esto, unido a la omisión del enfoque familiar en la mayor parte de los casos, explica la alta tasa de abandonos y resultados magros en la casuística. Resulta evidente que, cuando se cumplieron los cinco pasos que

la experiencia clínica nos aconseja en el abordaje de la Anorexia Nervosa, los resultados fueron buenos.

Estos cinco componentes son:

1.- Un período de internamiento inicial, de duración no mayor de dos meses, con énfasis en la exploración diagnóstica auxiliar (exámenes bioquímicos, pruebas psicológicas); control del balance hídrico y del peso; dieta hipercalórica y/o hiperproteica fraccionada; así como condicionamiento operante utilizando sólo reforzadores positivos (visitas, actividades recreativas y sociales).

No hemos utilizado reforzadores negativos tales como intubar a la paciente, de acuerdo al esquema terapéutico de Shütze (28) por las connotaciones psicodinámicas de tal acto. Cuando fue necesaria la alimentación parenteral, preferimos el uso de sueros e.v.

2.- Prescripción de antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina 75 a 150 mgr/d.v.o), sin otro añadido que somníferos Stat. No fue preciso el uso de sustagen u otros complementos vitamínicos o proteicos como parte de la dieta habitual. Tampoco dio resultado el uso de Ciproheptadina.

3.-Sustitución del esquema farmacológico antidepresivo por otro neuroléptico (Tioridazina 200 mgr/d o Haloperidol 20 mgr/d. v.o. en promedio), cuando la elaboración de contenidos psicóticos así lo aconseja.

4.-Psicoterapia psicodinámica orientada, con una duración breve, de acuerdo a las propuestas de Davanloo (10) desde la segunda semana del internamiento y prolongándose luego del alta hospitalaria hasta un período de tres meses, en promedio.

5.-Terapia familiar de enfoque sistémico, estructural o estratégico, siguiendo los lineamientos de Minuchin (22) y Selvini Palazzoli (29), que puede

limitarse a dos o tres sesiones diagnósticas y de orientación; o puede extenderse por varios meses, de acuerdo a la motivación y las posibilidades económicas y logísticas de la familia (ausencia del padre, gastos de movilidad, licencia en el trabajo de los miembros del grupo).

Acerca de la relación con el padre, es interesante resaltar la poca importancia que se le confiere en la literatura sobre el tema. En nuestro medio, su ausencia física, espiritual o los patrones de conducta machista de que está investido le asignan un rol definido en el desencadenamiento y mantención de conflictos ligados a la asunción del rol sexual por parte de la anoréxica.

El papel de los hermanos varones es también digno de resaltar, en tanto que las condiciones de vida promiscua que genera la pobreza facilitan exploraciones sexuales y contactos que luego son vivenciados con culpa y rechazo o, de otro lado, la habituación a escenas primarias que - por reiteradas - pierden la condición traumática primigenia en las conceptualizaciones psicoanalíticas.

Como señalaran tempranamente Liebman y Minuchin (20), es preferible orientar la terapia familiar hacia cuatro tareas:

- 1° Aumento de peso
- 2° Mejorar las relaciones interpersonales en el grupo familiar.
- 3° Incrementar las actividades escolares y comunitarias.
- 4° Explorar la relación con el grupo de pares.

Pero es conveniente no perder de vista que la evolución señalada para la casuística tiene lugar en un escenario supuestamente ideal, pese a las deficiencias anotadas. Cabría preguntarse lo que ocurre con la demanda real en la comunidad, los estilos de atención empírica, folk o popular y los procedimientos no especializados de salud.

Las condiciones en que son derivados algunos casos, atendidos en primera instancia en un hospital general vecino al Instituto, permiten afirmar que no se da importancia a esta entidad clínica, considerada exótica en términos más bien axiológicos que científicos, aplicándose en el mejor de los casos, medidas de rehidratación y terapia hormonal dentro de un modelo de intervención en crisis que no toma en cuenta el seguimiento del paciente.

Esto último se puede explicar, como los casos de abandono de la terapia registrados, por la carencia de recursos humanos y familiares para implementar un seguimiento adecuado.

La evolución de los casos en que se siguieron los cinco pasos aconsejados nos hace concebir la esperanza de haber encontrado un abordaje adecuado a las condiciones culturales de nuestro medio.

Estaremos atentos a lo que ocurra cuando, en el caso que así sucediera, estas adolescentes tengan que afrontar la crisis de la maternidad. Los hallazgos de Brinch (3), en su singular seguimiento de 151 pacien-

tes de Anorexia Nervosa, permiten adelantar algunas medidas de cautela que ameritan la cooperación transcultural en esta materia.

CONCLUSIONES

1.- Es necesario sistematizar la exploración diagnóstica de los pacientes con Anorexia Nervosa, no omitiendo el examen físico ni la evaluación psicológica y estandarizando los exámenes auxiliares de laboratorio indicativos del funcionamiento metabólico del caso.

2.- Al recoger los datos de la historia clínica, es conveniente precisar las condiciones de la vivienda y la atmósfera familiar prevalente, así como los patrones dietéticos de la cultura en que está inmersa esa familia.

3.- Se requiere destacar el rol de la apariencia física (gordura) en esa cultura y los modos que ésta tiene para manejar sus desviaciones.

4.- Los criterios diagnósticos deben integrar los propuestos por el DSM III así como los tres primeros ítems del Cuadro N° 2.

5.- Se recomienda el abordaje terapéutico de cinco pasos propuesto en la discusión.

REFERENCIAS

- 1.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): Diagnostic and Statistical Manual 3rd Edition; American Psychiatric Association; Washington.
- 2.- BRINCH, M.; ISAGER, T; NIELSEN, S.; NYSTRUP, J; SERVERIN, I; OLSEN, N & TOLSTRUP, K. (1985): "Long-term outcome of 151 cases Anorexia Nervosa". Acta Psychiatr. Scand. 71: 381-387.
- 3.- BRINCH, M.; ISAGER, T & TOLSTRUP, K. (1988): "Anorexia Nervosa and motherhood: Reproductive pattern and mothering behavior in 50 woman"; Acta Psychia tr. Scand. 77: 611-617.
- 4.- BRUCH, H. (1974): "Perils of behavior modification in treatment of Anorexia Nervosa". J. Amer. Med. Ass. 230: 1419-1422.
- 5.- BRUCH, H. (1978): The Golden Cage: the enigma of Anorexia Nervosa; Open Books; London.
- 6.- BRUCH, H. (1979): "Island in the river. The anorexic adolescent in Treatment" Adolescent Psychiatry 7: 26-40.
- 7.- CARBAJAL, C. (1965): "Consideraciones clinicas en 8 casos de Anorexia Nervosa"; Rev. Sanidad de Policia; 25: 151-163.
- 8.- CROW, T.J. & DRAKIN, J.(1985): "Neurohumoral transmission, behaviour and mental disorder" en: Handbook of Psychiatry 5: The Scientific Foundations of Psychiatry (Sheperd, M. edit) Cambridge University Press; Cambridge.
- 9.- DALLY, P.; GOMEZ, J & ISAACS, A (1979): Anorexia Nervosa; William Heinemann Medical Books; London.
- 10.- DAVANLOO, H (1980): Short Term Dynamic Psychotherapy; Jason Aronson; New York.
- 11.- DEMARET, A. (1981): Etología y Psiquiatría; Editorial Herder; Barcelona.
- 12.- DOERR ZOEGER, O.; PETRASIC, O & MORALES, J (1988): "El rol de la Familia en la patogénesis de la Anorexia Nervosa"; Acta Psiquiat. psicol. Amér. lat.; 34: 33-40.
- 13.- ESCOBAR, M. (1962): "Acerca de la Anorexia Nervosa"; Rev. Neuro-psiquiatría; 25: 189-198.
- 14.- FAMUYIWA O. O (1988): "Anorexia Nervosa in two Nigerians" Acta psychiatr. scand; 78: 550-554.
- 15.- FIGUEIROA, L.F. (1984): "Anorexia Nervosa II- etiología"; J. Bras. psiquiatr; 33: 317-326.
- 16.- GALDSTON, R. (1974): Mind over Matter. Observations on 50 patients hospitalized with Anorexia Nervosa"; J. Am. Acad. Child Psychiatry; 13: 246-263.
- 17.- GELLER, J. L. (1975): "Treatment of Anorexia Nervosa by Integration of Behavior Therapy and Psychotherapy"; Psychother. Psychosom. 26:167-177
- 18.- HALMI, K.; POWERS, P & CUNNINGHAM, S. (1975): "Treatment of Anorexia Nervosa with Behavior Modification: Effectiveness of Formula Feeding and Isolation". Arch. Gen. Psychiatry 32: 93-96.
- 19.- HIPPIUS, W.; MILLER SPAHN, F. (1987): "Los marcadores biológicos de la Esquizofrenia y otras psicosis". Salud Mental; 10: 35-41.
- 20.- LIEBMAN, R; MINUCHIN, S. & BAKER, L (1974): "Integrated treatment program for Anorexia Nervosa"; Am.J.Psychiatry; 131: 432-436.
- 21.- MINUCHIN, S. et. al. (1978): Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- 22.- MINUCHIN, S.; FISHMAN, MC (1981): Family Therapy Techniques; Harvard University Press. Cambridge, MA.
- 23.- MOSCHETTA, G. H.; CORDIOLI, A. V. (1985): "Anorexia Nervosa: una discusión etiológica"; Rev. HCPA Fac.Med. UFRGS", 5: 111-115.
- 24.- NOTO, JR.; YAZIGI, L.(1981): "Aspectos do seguimento psicoterapico de um caso de anorexia nervosa acompanhado pelo teste de Rorschach" Bol. Psiquiatr.; 14: 111-120.
- 25.- RODRIGUEZ M., O.; GARCIA S., M. (1985): "Anorexia Nervosa: estudio de tres pacientes"; Rev.Cub.Ped.; 57:93-101.
- 26.- ROUSELL, G.F.M. (1984): Anorexia

Nervosa En: Oxford Textbook of Medicine; Weatherall D.J., LEADINGHAM G.G. & WARRELL, D.A. edits. Oxford Medical Publications, Oxford.

27.-SANTOS, P. C.; IUCIF, N.; FERRONATO, M.; OLIVEIRA, J & SANTOS. J.E. (1986) : "Anorexia Nervosa: uma revisao clínica de 12 casos". Rev. Paul, Med., 104: 240-246.

28.-SCHUTZE, G. (1983) : Anorexia Mental; Edit.Herder, Barcelona.

29.- SELVINI PALAZZOLI, M. (1970) : "The family of patients with Anorexia Nervosa" en: Anthony, J. & Koupernik G.(eds.) The child and his family. John Wiley and Sons,New York.

30.- SELVINI PALAZZOLI, M.(1978) : Self-starvation. From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. Jason Aronson.New York.

31.- SELVINI PALAZZOLI, M.(1988) : "The anorectic process in the family: asix stage model as a guide for individual therapy".Family Process; 27: 129-148.

32.-SERRANO, J. A. (1984) : L'Anorexie Mentale; Medial Trends;14: 26-32.

33.- SILBER, T.J. (1985): Anorexia Nervosa: morbilidad y mortalidad. En:La Salud del Joven y el adolescente en las Américas; Publicación científica 489; OPS; Washington.

34.-SILVA, M.C.; SILVEIRA, L; WAITZBERG, D.; PINTO, P.; YASSUDA, M.; HABR, A. & GAMA, J. (1986): "Anorexia Nervosa: tratamiento comnutrio parenteral: apresntao de dois casos". GED; 5:51-57.

35.- WALLER, J.V.; KAUFMAN, M.R. & DEUTSCH. F. (1940): "Anorexia Nervosa: A Psychosomatic entity". Psychosomatic Medicine;2: 3-16.

Dirección Postal:
Av. Arequipa 2450, Dpto. 1603
Lima 14, Perú