

Anorexia nerviosa. A propósito de un caso.

[Belkis Frenis Mederos](#) , [2.-Ivonne Cepero Rodríguez](#) y [3.-Luís Alberto Toca Smith](#).

RESUMEN

El término anorexia proviene del griego a-/ an – (negación) mas orígo (tender, apetecer) consiste en un trastorno de la conducta alimentaria y su definición clínica establece como característica principal la pérdida auto-inducida de peso, provocada por una preocupación patológica por la forma y el peso del propio cuerpo, que más tarde se manifiesta por el control obsesivo de la ingesta de alimentos y lleva a un estado de inanición. En este artículo realizamos la presentación de un caso de anorexia nerviosa el cual fue atendido en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Cdte. Manuel Fajardo Rivero” de Santa Clara conjuntamente por especialistas en Psiquiatría, Psicología y Medicina Interna. En su atención se combinan tratamientos alopático, natural y psicoterapéutico.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, esencias florales de Bach.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa constituye un trastorno relevante dentro del grupo de los diversos trastornos de la conducta alimentaria, que se ha incrementado en los últimos años.¹ Es una enfermedad multicausal donde interaccionan aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales con una falta de adaptación al medio social que intenta ser compensada por conductas patológicas vinculadas a la alimentación y preocupación excesiva por el cuerpo.²

Aproximadamente el 95 % de las personas que padecen este tipo de trastorno son mujeres. El comienzo suele ser en la adolescencia, se presenta mayoritariamente en mujeres con problemas de autonomía, baja autoestima, perfeccionistas pero con miedo a madurar y personalidad premórbida anancástica o esquizotímica.³ La tasa de mortalidad oscila entre el 10 y el 20 %, sin embargo, como los casos más leves no llegan a diagnosticarse, los índices reales de prevalencia y mortalidad se desconocen.⁴

Pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según CIE-10 (F50.0).

- Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal o de Quetelet menos de 17.5).
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de;

a) Evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:

- vómitos autoprovocados.
 - purgas intestinales autoprovocadas.
 - ejercicio excesivo.
 - consumo de fármacos anorexígenos y diuréticos.⁵
- Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí misma permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
 - Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden encontrarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y del cortisol, alteraciones del metabolismo periférico, de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
 - Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasan la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas, hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

En el tratamiento de la paciente se emplea la combinación de psicofármacos, psicoterapia conductivo conductual, aurículopuntura y la terapia floral que es una modalidad terapéutica de tratamiento descubierta por Edward Bach (1931-1935). Este método de tratamiento incluye un grupo de esencias florales que pueden usarse de forma personalizada o siguiendo la guía de determinados patrones genéticos de actuación (Orozco, 1996, 2003, 2010). También pueden ser prescritas esencias únicas o mezcla de las mismas para la composición de fórmulas.

En el caso del presente estudio nos proponemos el empleo de una fórmula compuesta por un grupo de esencias florales que recomendamos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Estas son: Scleranthus, Cherry Plum, Walnut, Crab Apple y Larch; en sesiones posteriores se incluye Wild Oat con administración de 4 gotas cada 4 horas de administración sublingual.

PRONÓSTICO

Sin tratamiento las tasas de mortalidad se acercan al 10 %, aunque la enfermedad leve no diagnosticada rara vez causa la muerte.

Con tratamiento el 50 % de los pacientes recupera la mayor parte del peso perdido y se revierte cualquier complicación endocrina o de otro tipo. El 25 % tendrá una evolución intermedia y puede recaer. El 25 % restante tendrá una evolución mala con recaídas y complicaciones psíquicas persistentes.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente AVF de 19 años de edad, 12º grado de escolaridad, estudiante universitaria, color de la piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes de ser una persona muy rígida, meticulosa, matraquillosa, autoexigente, con baja tolerancia a las frustraciones y tendencia a engordar con facilidad lo cual es rechazado por la paciente de una forma exagerada y sin motivo real. Dos años antes del ingreso, a raíz de una ruptura de pareja, comenzó a referir que la habían abandonado por estar gorda, aumentando el rechazo a su peso corporal, dejó de alimentarse, hacía dietas no indicadas por facultativos y a pesar de haber disminuido exageradamente de peso continuaba viéndose gorda. Este cuadro se fue intensificando con el cursar del tiempo y un año después restringió tanto la dieta que solo se alimentaba a base de té, su peso disminuyó tanto que llegó a pesar 68 libras (posee una estatura de 152 cm).

La paciente se provocaba el vómito después de ingerir alimentos y amenorrea de un año, a pesar de estos síntomas se negaba a asistir al médico pues no se consideraba enferma.

Con la justificación de buscar una dieta efectiva para bajar de peso la mamá logra llevarla a un especialista en Endocrinología quien por el estado físico de la paciente decide hospitalizarla para estudio y tratamiento, en sala se le practicaron los siguientes estudios complementarios.: PKL: 164 mmol/l, TSH: 1.8 mmol/l, T4: 85.5 mmol/l, FSH:4.8 mmol/l, LH: 0.8 mmol/l, TGP: 13.4 Uds., glicemia: 3.4 mmol/l, recibe tratamiento con vitaminas del complejo B y dieta llegando a alcanzar 45 Kg. de peso, egresa con el diagnóstico de Disfunción Hipotálamo Hipofisaria por bajo peso corporal.

Este aumento de peso incrementó el miedo a verse gorda y su deseo de bajar de peso, dejó nuevamente de comer, se autoprococaba el vómito con más frecuencia, presentó además dolor abdominal localizado en epigastrio, diarreas y regurgitación gastroesofágica, es ingresada en el servicio de Medicina Interna del Hospital Cdte Manuel Fajardo donde se le realiza una endoscopia superior que informa signos de bulbitis que no explican la sintomatología aguda de la paciente, es remitida al servicio de Psiquiatría.

En el Examen Psiquiátrico encontramos: farsa de displacer, irritabilidad, se niega a recibir tratamiento alegando que no está enferma, ansiedad, labilidad afectiva, insomnio, anorexia, baja autoestima con pobre concepto de sí misma

desde el punto de vista físico, miedo a la ganancia de peso, pensamientos repetitivos sobre la comida y el peso, así como pobre relación social y conflictos familiares.

Otros síntomas: vómitos autoprovocados, diarreas, epigastralgia, regurgitación gastroesofágica, decaimiento y pérdida de peso de aproximadamente 3kg. en una semana.

Exámenes complementarios realizados:

Hb: 10.6 g/l, Eritro: 2 mmol/l; Leucograma: 7.4 x 10 mmol/l, Pol 0.53, L0.54, M 0.05, Eos 0.01; Lámina periférica: normal; Conteo de reticulocitos: 0.8 %; US abdominal: vesícula acodada y septada sin cálculo, hígado, páncreas, bazo y RI normales. RD con ligera pielocaliestasis; E.G.D: signos de bulbitis.

Estudios psicométricos:

16 PF. Rasgos: reservado, esquivo, rígido, frío, tenso, frustrado, agobiado y con baja tolerancia a las frustraciones. Tendencias a ser emotivo, voluble, inestable emocionalmente, desconfiado, conservador y respetuoso.

IDARE. Ansiedad elevada como rasgo y estado.

Mackover. Dificultades en las relaciones interpersonales, inmadurez.

Test del Árbol (HTP). Ambivalencia, fantasía, sujeto bloqueado por el estado angustioso, agresividad hacia sí mismo, necesidad de independencia, de cambios y conflictos personales.

Bender. No organicidad.

Zung y Condex. Moderada distimia depresiva.

DISCUSIÓN DEL CASO

Por la instalación del cuadro durante la adolescencia, en una paciente del sexo femenino, con una personalidad de características anancásticas y pérdida de peso importante aproximadamente el 15 % del peso corporal provocada por el propio enfermo a través de la evitación del consumo de alimentos acompañado de vómitos autoprovocados y a pesar de ello insiste en que debe continuar haciendo dietas estrictas, manifestando miedo a la obesidad, la historia de amenorrea, negación del problema de salud y la resistencia a la evaluación y al tratamiento planteamos el diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Bulimia: Es otro de los trastornos alimentarios que se descarta por la ausencia de episodios recurrentes de ingestión copiosa de comida seguidos de vómito autoinducidos, abuso de laxantes o diuréticos y ejercicio físico intenso.

Trastornos depresivos: En esta entidad priman son los síntomas de la esfera afectiva.

Abuso de anfetaminas: Se produce un cuadro clínico muy similar descartándose en estos momentos por la ausencia de ingestión de dicha sustancia y de la

estigmatología clínica que lo caracteriza.

Esquizofrenia: Durante la fase prodrómica pueden aparecer síntomas subclínicos con aislamientos, retraimientos y distorsiones de la realidad pero se descarta por la ausencia de síntomas patognomónicos de dicha entidad.

TRATAMIENTO

El mayor desafío en el tratamiento de la anorexia nerviosa es lograr que el paciente reconozca que tiene una enfermedad y los objetivos del mismo estarán encaminados a reestablecer hábitos de ingesta adecuados y reducir la insatisfacción hacia la imagen corporal. En esta paciente el tratamiento se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1: Como primer paso se hospitaliza, se realiza evaluación nutricional y se establece dieta balanceada e hiperproteica. Se administran vitaminas del complejo B al inicio por vía intramuscular (B1, B6 y B12) durante 10 días y posteriormente por vía oral (Polivit 1 tab. tres veces al día). Se administró antidepresivos tricíclicos, Amitriptilina (tab. 25 mg.) a razón de 75 mg. como dosis inicial llegando a 100 mg. al final del ingreso.

Pasada la primera semana notamos mejoría de algunos síntomas, no tenía irritabilidad, ausencia de diarreas, disminución de la depresión, no aquejaba ansiedad ni insomnio y comenzó a ingerir pequeñas cantidades de alimentos tres veces al día con disminución del vómito autoprovocado.

Fase 2: En la segunda etapa de tratamiento jugó un papel fundamental la psicoterapia, ejercicios de relajación, la auriculopuntura y la terapia floral de Bach, esta inicialmente coexiste con el medicamento alopático y su administración es sublingual (4 gotas cada 4 horas) por 21 días. A los 10 días de esta etapa, la paciente fue capaz de controlar la compulsión de provocarse el vómito, su estado emocional era más estable y a los 15 días refería sentirse tranquila y aceptaba la ingestión de alimentos en pequeñas dosis 3 veces al día. Logró aumentar 2 kg. de peso.

Fase 3: Se egresa la paciente con tratamiento combinado de psicofármaco, psicoterapia y terapia floral con seguimiento por consulta externa de Psiquiatría y Psicología al inicio con una frecuencia semanal y posteriormente quincenal por un período de seis meses. Esta fase estuvo encaminada a evitar las recaídas y alargar los períodos de crisis.

Anorexia Nervosa On the Purpose of a Case.

SUMMARY

The term Anorexia comes from the Greek a-/an- (deny) and orígo (wish, desire) and consists in a disorder of the alimentary behavior and its clinical definition established as main characteristic the self-induced loss of weight caused by a pathological worry of the shape and weight of the body that later it is

demonstrated in the obsessive control of the ingest of aliments that leads to a state of starvation. In This article we present a case of anorexia nervosa assisted in Commander Manuel Fajardo Rivero Hospital from Santa Clara. The case was assisted by specialists on Psychiatry, Psychology and Medicine. For the assistance of the case were combined psychotherapeutic, natural and allopathic treatments.

Key words: Anorexia nervosa, Bach floral essences.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(7 Suppl):4-54.
2. Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2009; 360:500-506.
3. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007; 40(4):310-320.
4. Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2009; 43:1-5.
5. DSM- IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Barcelona. Edit. Masson S.A. 1995
6. Gowers SG. Management of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2008; 93:331-334.

[Especialista Primer Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Profesora Asistente. Hospital Universitario Cmdte Manuel Fajardo Rivero. Villa Clara, Cuba.](#)

[2.-Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y de Segundo Grado Medicina General Integral. Profesora Titular. Hospital Universitario Cmdte Manuel Fajardo Rivero. Villa Clara, Cuba.](#)

[3.- Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Hospital Universitario Cmdte Manuel Fajardo Rivero. Villa Clara, Cuba.](#)