

ANOREXIA EN GEMELAS ADOLESCENTES

V. M. Torrado, J. A. Mazaira

U.S.M. Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico doble constituido por gemelas monocigóticas con presunto diagnóstico de anorexia nerviosa. Se describen, en primer lugar, las características más sobresalientes del cuadro, dedicando un espacio al final para reflexionar acerca de algunas cuestiones de interés suscitadas por esta demanda. En adelante, y para mayor comprensión, se identificará a cada una de las pacientes con un nombre supuesto (Susana y Verónica).

MOTIVO DE CONSULTA

Acuden a la Unidad, derivadas por su médico de cabecera, un par de gemelas de 15 años acompañadas de su madre, quien algunas semanas antes había concertado la cita. El motivo de consulta estaba relacionado con una rápida disminución de peso y amenorrea que se inicia en ambas de forma simultánea hace meses.

ANTECEDENTES PERSONALES

En Susana, existió un periodo previo de restricción alimentaria debido a insatisfacción corporal en el verano 93. Resto, sin interés.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Difícilmente filiales. Algunos familiares "nerviosos" (madre, tía paterna), sin tratamiento.

HISTORIA DEL PROBLEMA

El adelgazamiento se inicia en Octubre coincidiendo con el nuevo curso escolar en Toledo, donde se hallaban estudiando 1º B.U.P. Ellas afirman que la comida era tan mala que perdieron el apetito y dejaron de tener hambre, aunque a ninguna chica del centro le pasó lo que a ellas. La familia detecta esta situación cuando vienen a casa en las vacaciones

de Navidad. Aunque inicialmente acuerdan que terminen el curso en Toledo, las hacen volver porque seguían perdiendo peso. En esos tres meses, Susana bajó 18 Kg. y Verónica 11 kg.

CLÍNICA ACTUAL

Cuando las vemos en consulta, a finales de marzo, Susana pesa 50 Kg y Verónica 49. Ambas presentan amenorrea desde noviembre, aproximadamente. Susana verbaliza hipotermia, sensación de mareo, debilidad y dificultades de concentración. Verónica admite cierta sensación de frío, aunque no presenta el resto de la sintomatología. Según la familia, rechazan alimentos que antes les gustaban (pastas, patatas...) y la madre dice obligarlas a comer. No existe distorsión de la imagen corporal, aunque Susana llega a reconocer cierto temor a engordar que al principio oculta. No existen métodos extremos para perder peso (vómitos, abuso de laxantes...). No existe evidencia de psicopatología general alguna. Inicialmente, cada una de ellas niega que se encuentre enferma y rechazan la consulta. No obstante, Verónica reconoce en Susana ciertas actitudes *anoréxicas* cuando se les describen.

DATOS SOCIOBIOGRÁFICOS

Verónica y Susana son naturales de un pueblo de la provincia de Pontevedra. Ocupan un lugar central entre sus hermanos (tres varones y tres mujeres, en total), el mayor de los cuales tiene 19 años. El padre tiene 48 años y trabaja de albañil. La madre, tiene 38 y es ama de casa. Sin pasar excesivas penurias, los recursos económicos de la familia son modestos.

Las gemelas cursaron los dos últimos cursos de la E.G.B. en Orense, en régimen de internado de una compañía de religiosas. En general, el rendimiento académico fue adecuado. Para realizar el B.U.P. el curso 93/94, se les ofreció la posibilidad de ir a Toledo. Finalmente, deciden ir pese a las reticencias familiares. La adaptación fue mala desde el principio. Conservaban las compañeras de cursos anteriores, pero el régimen de vida les resultaba muy exigente (en particular, la rigidez en los horarios, determinadas prohibiciones, como *hablar en el comedor, etc.*). No comían en la misma mesa, ni compartían habitación. Actualmente, desde mediados de Enero 94 siguen estudios en un instituto próximo a su casa, refiriendo buena adaptación.

Los padres describen a las gemelas con términos como: "muy obedientes", "trabajadoras", "calladas"...

206 ACTITUD DURANTE LAS ENTREVISTAS

Verónica manifiesta su desacuerdo ante la consulta, pero se muestra normativa y colabora en las pruebas. Con ambas presentes en la entrevista, Verónica, invariablemente, es la que contesta a las cuestiones que no tienen una destinataria explícita. Susana permanece con una actitud que ha sido descrita por los miembros de la Unidad como de "indiferencia neurótica", "pasivo-agresiva" (oposicionista) o "pasivo-dependiente". Cuando se le formulan preguntas de forma directa, no es infrecuente que dirija la mirada hacia su hermana en busca de confirmación.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Exploración somática

Exploración física, Rx cráneo (normales), EKG (Verónica: arritmia sinusal acentuada; Susana: arritmia sinusal con espacio PR corto), EEG (normales), pruebas rutinarias de laboratorio de sangre y orina (sin alteraciones relevantes).

E.A.T. (Eating Attitudes test), de Garner y Garfinkel⁽²⁾: tanto este como el siguiente son autoinformes que evalúan características conductuales y cognitivas de los trastornos alimentarios. Verónica obtiene 20 puntos y Susana, 24 (el punto de corte para detectar un trastorno alimentario está en 30).

E.D.I. (Eating Disorder Inventory), de Garner, Olmsted y Polivy⁽³⁾: Puntuación global similar y bastante baja en ambas, aunque la mayoría de las escalas hacen referencia a sintomatología secundaria al trastorno. Susana puntúa más alto en los factores *insatisfacción corporal e ineffectividad*; Verónica lo hace en *desconfianza interpersonal y conciencia interoceptiva*.

Cuestionario de personalidad 16 PF de Cattell

Sólo comentaremos los cinco factores en los que se produce alguna diferencia significativa. Susana aparece con respecto a su hermana, menos inteligente, sumisa y pasiva, de sensibilidad más dura, con tendencia a adoptar una actitud calculadora en sus relaciones personales. El perfil de Verónica ofrece pequeñas desviaciones del promedio, manifestándose como una muchacha impresionable, idealista, franca, sencilla, de trato fácil.

F.E.S. (Family Environment Scale), de Moos y Moos⁽⁴⁾: No existe gran discrepancia entre ambas. Susana niega la percepción de todo conflicto familiar e identifica mayor competitividad. Para Verónica existe mayor estabilidad familiar en comparación con su hermana y un grado de autonomía mayor. En ambas, la puntuación en la subescala de cohesión

es máxima, situándose la de expresividad emocional próxima al promedio de familias españolas.

ENFOQUE TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

En primer lugar, se consideró necesario descartar una posible etiología orgánica y hacer una valoración de su estado somático. Seguidamente, se optó por ofrecer a la familia y a las gemelas información concerniente a la anorexia nerviosa (pese a manejar este diagnóstico como una hipótesis en aquel momento), realizando un enfoque cognitivo-conductual del trastorno. Se explicaron los riesgos de la pérdida de peso y la desnutrición, la evolución esperable y los recursos terapéuticos disponibles. No se dieron pautas específicas de actuación a la familia. La siguiente cita se dio al mes siguiente (esperando contar con los resultados de las pruebas biológicas), con la indicación de que llamasen telefónicamente si seguían perdiendo peso.

La evolución fue favorable en ambas desde el principio, subiendo aproximadamente 5 Kg en siete semanas, estabilizándose a partir de ahí. Recientemente, Verónica ha recuperado la menstruación. Susana sigue manifestando algunas rarezas alimentarias e intentando restringir la cantidad de alimento. Por esta razón, Verónica ha llegado a enfrentarse en varias ocasiones a su hermana, requiriéndole que incrementase la ingesta.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La sintomatología de Verónica lo explicamos como simple amenorrea secundaria a pérdida de peso. En Susana, diagnosticamos *anorexia nerviosa atípica (CIE-10)*, un cuadro similar a la anorexia nerviosa, pero en el que faltan una o más de sus características. Es razonable pensar que una deficiente adaptación socioambiental (y alimentaria) haya podido influir en ambas, pero pensamos que no excluye el diagnóstico.

Consideramos a Susana como una adolescente preanoréxica que mantiene actitudes de riesgo y una sensibilidad aumentada hacia el tamaño de su cuerpo, aunque en la actualidad mantiene un peso prácticamente normal. Russell⁽⁵⁾ decía que estas pacientes habían atravesado una fase críptica de anorexia nerviosa.

Debemos tener en cuenta que al construir categorías diagnósticas discretas (enfermo *vs* sano) mediante el empleo de criterios cuantitativos y en cierta medida arbitrarios (como margen de infrapeso), ganamos indudablemente en fiabilidad al diagnosticar. Sin embargo, tenemos el riesgo de confundir "caso clínico" con "necesidad de intervención". En la demanda que nos ocupa, ha resultado de utilidad considerar la hipótesis del *continuum* entre salud-enfermedad para orientar nuestro

proceder y prevenir eficazmente una posible evolución comprometida.

Por último, nos parece interesante reseñar la importante variación que han sufrido algunos de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en poco más de 20 años. Feighner y cols.⁽²⁾ propusieron los primeros criterios operativos para la anorexia nerviosa que precisaba de la pérdida de un 25% del peso original, exigiendo la presencia de dos síntomas entre seis (uno de los cuales era la amenorrea). El DSM-III (1980) elimina por completo el criterio de amenorrea y mantiene el de la pérdida de peso. El DSM-III-R

(1987) exige inexcusablemente la presencia de amenorrea para diagnosticar y cambia el criterio de porcentaje de pérdida de peso original por el de infrapeso (peso por debajo del mínimo valor normal para edad y talla) del 15%. Por último, la CIE-10 (1987) utiliza la relación peso-talla con el criterio del Índice de Masa Corporal ($IMC = Kg/m^2$) inferior a 17,5.

Aunque Susana nunca alcanzó el criterio de peso requerido por la CIE-10 para la anorexia nerviosa, la pérdida de su peso original llegó a alcanzar el 26% y persiste una amenorrea de seis meses de evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff R, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general Psychiatry* 1972;26:57-63.
- 2 Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9:273-279.
- 3 Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2:15-34.
- 4 Moos R, Moos B. *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, California. (Adaptación española de TEA Ediciones, 1989).
- 5 Russell GF. The diagnostic formulation of Bulimia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Comps) *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York Bruner/Mazel.1988.