

## **HOSPITALIZACIÓN EN ANOREXIA NERVIOSA (Reflexiones desde la experiencia)**

Josep Toro

*Hospital Clínico: Universidad de Barcelona (España)*

### **Justificación**

Cuando la profesora Conxa Perpiñá solicitó mi colaboración para que escribiera un artículo sobre hospitalización en pacientes con anorexia nerviosa, era evidente que no podía negarme. Y, agradeciendo su gentileza, no me negué. Pero, meditando, llegué a la conclusión de que probablemente debía escribir un artículo poco académico, sin referencias bibliográficas, sin excesivo rigor. Las razones para ello eran varias. La primera es la existencia de una importante literatura sobre hospitalización en trastornos del comportamiento alimentario: ahí está, es muy extensa, y puede consultarla todo profesional interesado. Claro que podía proceder a una revisión del tema, pero, como me conozco, sé que mis revisiones de temas amplios que me interesan difícilmente consiguen apretarse en las breves páginas de un artículo. Y, si decidiera hacerlo, necesitaría disponer de un tiempo actualmente utópico. Por todo ello se me ocurrió escribir algunas reflexiones y comentarios sobre el ingreso hospitalario de pacientes anoréxicos y sus circunstancias como podría hacerlo charlando amigablemente con Conxa Perpiñá mientras nos tomamos un café... O algo parecido. Se lo propuse e —¡ingenua de ella!— lo aceptó.

Y esto ha sido lo que, sentado ante el ordenador, ha ido saliendo espontáneamente a la superficie, teniendo presente tan sólo algunas de las preocupaciones y discusiones que han estado presentes a lo largo de 25 años ingresando pacientes, especialmente anoréxicos.

### **La hospitalización psiquiátrica**

En la asistencia psiquiátrica la hospitalización de pacientes con frecuencia ha sido, y es todavía, un tema controvertido, incluso polémico. También con frecuen-

cia las controversias y las polémicas trascienden los ámbitos profesionales, pasan a los medios de comunicación, convirtiéndose en intermitente tema de opinión ciudadana. Cuando no de actitudes y criterios políticos o politizados, enraizados en antropologías con frecuencia nada científicas. Lo cierto es que no suele contemplarse con los mismos ojos el ingreso hospitalario de un paciente psiquiátrico que el ingreso psiquiátrico de cualquier otro tipo de paciente. El paciente psiquiátrico tiende a considerar su posible hospitalización como inmotivada, excesiva, injusta o contraproducente, y con bastante frecuencia se resiste a ella o se niega en redondo. A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades y trastornos, el paciente psiquiátrico y el común de la ciudadanía tienden a considerar el ingreso de aquél como una *especial pérdida de libertad*, hasta el punto de situar con frecuencia este hecho en un muy primer término, relegando a un muy segundo término las razones terapéuticas de tal decisión.

Desde la perspectiva personal, subjetiva, del paciente, la anorexia nerviosa suele plantear este hecho de manera contundente, con frecuencia radical. El paciente anoréxico, casi por definición de la naturaleza de su trastorno, carece en principio de *conciencia de enfermedad*. Sin conciencia de enfermedad no puede haber *motivación para el cambio*. Y sin una ni otra no puede resultar realmente eficaz tratamiento alguno. Precisamente conseguir que el paciente asuma su condición de tal e instaurar su deseo de abandonar el trastorno constituyen los objetivos básicos, imprescindibles, iniciales, de toda intervención psicológica o psicosocial. En el paciente anoréxico promedio, el problema se agudiza puesto que cuanto más grave es su trastorno tanto menos conciencia de enfermedad suele tener y, sobre todo, tanto menor va ser su motivación para cambiar.

Pero es precisamente cuando la anorexia nerviosa es grave o corre el riesgo de serlo cuando se hace necesario el ingreso del paciente. Por consiguiente, lo habitual es que el clínico, al sugerir el ingreso, se enfrente a una negativa rotunda, convencida, con frecuencia dramática. Pero en bastantes casos, en determinadas circunstancias o fases, la hospitalización del paciente anoréxico es necesaria, imprescindible. Todo ello supone que hay que tener ideas claras acerca de *cuándo* decidir la hospitalización (criterios diagnósticos) y *cómo* plantearla al paciente (motivación para el ingreso).

### **Criterios de hospitalización de la paciente anoréxica**

(Dada la mucha mayor prevalencia de mujeres afectadas por la anorexia nerviosa, en este artículo utilizaré exclusivamente el femenino, lo que deben perdonar, una vez más, los siempre relegados pacientes varones). En este momento histórico, entre especialistas en trastornos del comportamiento alimentario es muy difícil encontrar discrepancias significativas relativas a las condiciones que ha de cumplir un paciente anoréxico para proceder a su ingreso hospitalario. A título ilustrativo aquí describiré los criterios actualmente establecidos en nuestro Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona.

**Tabla 1**

Criterios de atención médica urgente en pacientes con anorexia nerviosa y trastornos afines

- Pérdida de peso superior al 50% en pocos meses
- Alteraciones de la conciencia
- Convulsiones
- Deshidratación
- Alteraciones hepáticas o renales graves
- Pancreatitis
- Descenso del potasio (< 3mEq/l)
- Alteraciones del sodio
- Arritmia grave o trastornos de la conducción
- Frecuencia cardíaca < 40
- Otros trastornos en el ECG
- Síncopes
- Hematemesis grave
- Dilatación gástrica aguda

**Tabla 2**

Criterios de ingreso psiquiátrico urgente en pacientes con anorexia nerviosa y trastornos afines

- \* Alteraciones fisiológicas de riesgo:  
Frecuencia cardíaca < 45  
Potasio < 3,5 mEq/l  
Rectorragias
- \* Índice de Masa Corporal < 14
- \* Nula ingestión de alimentos, especialmente líquidos
- \* Sintomatología depresiva con riesgo de autolisis
- \* Conductas autolesivas importantes

Por supuesto que en la anorexia nerviosa y en trastornos afines a ella, aunque no es lo deseable, eventualmente deben realizarse *ingresos urgentes*, es decir, no programados. Los más ineludibles son los determinados por alteraciones biológicas que exigen tratamiento médico urgente. Se detallan en la Tabla 1.

Ante cualquiera de estos trastornos el paciente debe ser hospitalizado, normalmente tras ser atendido en un servicio de urgencias, y debe ser tratado por los especialistas médicos que correspondan.

Este género de emergencias sólo sobreviene en un reducidísimo número de casos. Las urgencias corrientes tienen otro perfil. Se trata de urgencias de *ingreso psiquiátrico*, cuyos criterios se describen en la Tabla 2.

A pesar de que los tres primeros criterios son claramente biológicos, se incluyen como criterios de ingreso *psiquiátrico* urgente porque, no revistiendo la gravedad de las circunstancias enumeradas en la Tabla 1, son manifestaciones intrínsecas de anorexia nerviosa, que, como tales, deben ser abordadas siguiendo el protocolo específico para este trastorno; por consiguiente, en un contexto hospitalario psiquiátrico. Los criterios 4 y 5, los más «psiquiátricos», precisamente no son exclusivos de la anorexia nerviosa, ya que son aplicables a cualquier género de síndrome psicopatológico.

Estos ingresos urgentes acostumbran a plantear un problema complementario: muchas veces se trata de ingresos «calientes» y en consecuencia sin preparación previa. Mas la preparación para el ingreso de la paciente, así como la de su familia, constituyen objetivos terapéuticos de notable importancia. En la práctica clínica habitual tal preparación debe realizarse durante el tratamiento ambulatorio que lógicamente está tratando de detener y a ser posible solventar el trastorno anoréxico. En ese tratamiento, ¿cuándo debe decidirse el ingreso del paciente? Fundamentalmente cuando se presenta alguna de estas circunstancias:

1. La paciente presenta otro trastorno asociado que dificulta el tratamiento ambulatorio, p.ej., un episodio depresivo mayor.
2. La paciente se niega a cumplir las normas del programa terapéutico ambulatorio, p.ej., régimen de visitas, limitación de la actividad física, pautas alimentarias básicas, etc.
3. El comportamiento familiar de la paciente y la conflictividad interpersonal familiar son graves, contraproducentes y resistentes a los intentos de modificación.
4. La evolución del peso no sigue la progresión pautada en el programa terapéutico.
5. Lógicamente si la paciente incurre en cualquiera de los criterios expuestos en las tablas 1 y 2.

### **Preparación para el ingreso**

Todo paciente con anorexia nerviosa debe saber desde el principio de su tratamiento, incluso antes de iniciarlo, que su ingreso hospitalario es posible. Es decir, todo paciente, afecto de cualquier enfermedad, *tiene derecho* a saber cuanto cabe hacer con él, terapéuticamente, en función de su trastorno o enfermedad y de los grados de gravedad por los que discurra. Pero al margen de los derechos del paciente, está información básica, inicial, relativamente detallada, es el primer paso en el camino de la preparación para el ingreso, aunque éste no sea previsible en ese momento en el caso de un paciente concreto. Se trata de que el paciente nunca tenga sorpresas, dentro de lo técnica y humanamente previsible.

Ello supone que la paciente anoréxica debe conocer desde un principio su *programa terapéutico*, debe saber a qué atenerse en cada momento evolutivo de su trastorno. Que las decisiones terapéuticas estén previstas desde el comienzo de la relación terapéutica supone, además de la preparación cognitiva-emocional con-

siguiente, la evitación de discusiones y negociaciones entre terapeuta y paciente. El programa es el reglamento y este, una vez formulado, debe obligar a todos, terapeutas y pacientes. Conocerlo previamente forma parte del pacto terapéutico, aunque en el caso de la anorexia nerviosa suele ser dudoso el grado de aceptación de lo pactado por parte de la paciente. En definitiva, la anoréxica debe saber qué síntomas o manifestaciones ha de presentar o qué circunstancias se han de cumplir para que se decida su ingreso. En cada momento debe saber si está acercándose o alejándose de tales requisitos.

Lo que no puede hacer jamás el clínico es plantear a la paciente su hospitalización como una *amenaza*. «Si no haces lo que te digo, si no aumentas de peso, si sigues así...te ingresaré»: no es ésta la forma adecuada de plantear las cosas. La anoréxica ha de saber que en su enfermedad, como en cualquier otra, si se cumplen ciertas circunstancias es preciso proceder al ingreso del paciente a fin de incrementar la eficacia terapéutica. Pero una cosa es disponer de esta información, sabiendo exactamente cuándo tal cosa puede ocurrir, y otra escuchar reiteradamente la amenaza de ingreso.

Obsérvese que de algún modo amenazar a un paciente con ingresarlo «si no va bien» —es decir, si no deja de ser paciente— es una incongruencia que en absoluto ayuda a establecer la conciencia de enfermedad. En efecto, si no comer suficientemente, si realizar actividad física compulsivamente, son síntomas de una enfermedad llamada anorexia nerviosa y no caprichos de, pongamos por caso, una niña maleducada, toda amenaza sobra. Si le amenazo estoy tratándola del mismo modo que puedo hacer si quiero corregir una «mala» conducta que considero voluntaria. Ningún médico «amenaza» a su paciente con ingresarlo si sigue con sus dolores abdominales o no desaparece su ictericia. Amenazar es provocar más ansiedad, más rechazo del programa terapéutico y probablemente empeorar la relación terapéutica.

En la mayoría de casos sucede además que la familia ya ha actuado así desde el momento en que comenzó a alarmarse: «Si no comes te habrán de ingresar». Este tipo de manifestaciones han sólidamente producido en asociación con desaprobaciones, regañinas y agresiones, es decir el modo de proceder habitual cuando «la chica se porta mal».

La labor terapéutica dirigida al establecimiento de conciencia de enfermedad, al tiempo que subraya las alteraciones fisiológicas y somáticas que padece la paciente, precisamente debe basarse en subrayar la escasa libertad con que cuenta para decidir y actuar en lo que concierne a la comida y el cuerpo. La paciente sabe que, en relación a sus intenciones iniciales, ha perdido control. Lo que eran preocupaciones y conductas normales, compartidas por muchísimas chicas o chicos de su edad, se han convertido en obsesiones y compulsiones. ¿Podemos amenazar a un obsesivo para ayudarle a vencer su trastorno? No parece que sea lo más adecuado, con la peculiaridad de que el obsesivo suele ser consciente de que está afectado por un trastorno, lo que no siempre sucede a la paciente anoréxica.

¿Pero qué hacer con la paciente que no quiere ingresar, que se resiste radicalmente a ello? En el caso de menores de edad, el problema queda atenuado puesto que la decisión última deben tomarla sus padres o quienes legalmente tengan la

patria potestad, de acuerdo con el facultativo que indica el ingreso, y contando con la consiguiente autorización judicial. Así se ingresa a una porción de pacientes anoréxicos. El problema grave, jurídico y ético, se plantea en los pacientes mayores de edad en situaciones psicobiológicas de alto riesgo. Ante una negativa absoluta de éstos para ingresar, sólo cabe una resolución judicial. ¿Mas qué garantías de eficacia terapéutica tiene el ingreso forzado judicialmente de una persona adulta que está dispuesta a no colaborar en absoluto y que además está bajo los efectos de la frustración, de la rabia, producida por un ingreso de estas características? Lo lógico es pensar que quizás pueda conseguirse mejorar su estado nutricional mediante alimentación forzada, pero que en cuanto «recupere la libertad» regresará de inmediato a su estadio de inanición anoréxica.

Ciertamente esto sucede en bastantes casos, pero no en todos, ni mucho menos. Está documentado que incluso son mayoría los que evolucionan correctamente y que incluso son capaces, posteriormente, de manifestar su agradecimiento por la decisión de ingresar. Claro está que se trata de ingresos en unidades de alta especialización y no sólo en una unidad de escasos recursos cuyo objetivo realista es salir del paso y que la paciente no muera.

### **Objetivos del ingreso**

Es obvio que si la paciente anoréxica presenta alteraciones biológicas de riesgo, el primer objetivo, urgente, es su supresión. Pero en lo que concierne a lo que de específico tiene la anoréxica, ¿qué se debe pretender conseguir? Curarla es evidente que no. El paciente y su familia deben conocer y entender desde un principio que no es posible buscar la curación mediante un ingreso hospitalario. Lo que el ingreso debe conseguir es que el paciente pueda abandonar la sala estando en condiciones de seguir su tratamiento ambulatorio (o en hospital de día) con más garantías que antes de ingresar. Se supone que todo enfermo ingresado en un hospital, exploraciones aparte, se halla en una fase aguda de su enfermedad o trastorno, buscándose el conseguir una inflexión correctora de su curso, mejorarlo, para tras el alta seguir visitándose, tratándose con mayores garantías de respuesta terapéutica.

También es obvio que el restablecimiento de un estado nutricional mínimo suficiente es un objetivo central de la hospitalización de la anoréxica. Nunca debe olvidarse que las consecuencias neurobioquímicas de la malnutrición/desnutrición constituyen el principal factor de perpetuación y agravación de la enfermedad una vez establecida. En consecuencia, la mejora del estado nutricional debe dar lugar a la reducción de sintomatología depresiva, incluyendo la irritabilidad, y obsesiva compulsiva. En el bien entendido que el consiguiente aumento de peso incrementará la ansiedad asociada a la insatisfacción corporal y por tanto la tendencia a rechazar el alimento. Es claro que si esto no ocurriera así probablemente no se trataría de una anorexia nerviosa.

El ingreso debe permitir el abordaje terapéutico de las frecuentes compulsiones de estas pacientes. Ello supone sobretodo impedir (prevención de respuesta) sus manipulaciones extravagantes de los alimentos y sus rituales relacionados con la

actividad física. Obsérvese que el ejercicio físico excesivo que practica una mayoría de pacientes tiene mucha menos importancia de la que se cree en cuanto a consumo energético; lo importante, lo patológico es que se trata de una actividad compulsiva. Sin olvidar que tiende a reducirse espontáneamente con la normalización del peso.

En su ingreso, alejada del mundanal ruido, la paciente debe ser ayudada a reestructurar sus cogniciones referidas a su enfermedad, su cuerpo, la comida y su interacción social (familiar y de grupo). En un ingreso en fase aguda el clínico sólo puede aspirar a iniciar esta labor. Ha de limitarse a sembrar dudas entre las seguridades (distorsiones) cognitivas de la anoréxica, a suministrarle datos e informaciones que le permitan percibir errores e incoherencias. El terapeuta debe convencerle de que el objetivo terapéutico final no es que aumente de peso —que engorde, dice ella—, sino que pueda llegar a sentirse feliz, libre, tranquila. Porque la paciente sabe que ahora se siente infeliz, sin libertad, ansiosa... y no precisamente (o no sólo) por estar ingresada. Lo sabe, aunque a veces le cueste reconocerlo explícitamente.

El ingreso debe ser aprovechado para mejorar sus relaciones interpersonales, empezando por las familiares habitualmente muy deterioradas. Los conflictos provocados por la anorexia nerviosa constituyen un impacto habitualmente grave para el grupo familiar. Se instaura una situación de estrés crónico, acumulativo, progresivamente incrementado en su intensidad, que afecta a todos los miembros de la familia. Por supuesto, también a la paciente. Agresiones mutuas, desaprobaciones múltiples, emociones expresadas sin control, escalada de miedos y amenazas, la propia decisión de ingresar (en menores de edad y en muchos adultos) constituyen los ingredientes del contexto familiar en que suele desarrollarse un ingreso. En el ingreso, pues, debe iniciarse, y a ser posible conseguir, la estabilización de las relaciones familiares.

¿Cómo conseguir esos objetivos? ¿Cómo y por qué puede ser terapéutico un ingreso hospitalario?

### **Funciones y contenidos terapéuticos de la hospitalización**

Analicemos en primer lugar qué significa e implica un ingreso, al margen de los contenidos terapéuticos formales que se desarrollen durante el mismo. Sin duda lo más relevante es el *cambio radical de ambiente* que conlleva. En un principio se trata de un cambio que entraña consecuencias negativas. Por el mero hecho de tratarse de un ambiente nuevo exige de la paciente un esfuerzo de adaptación constituido en estresor seguro. Además, en la mayoría de casos, que no en todos, la hospitalización se lleva a cabo sin un consentimiento suficiente de la afectada cuando no con su oposición radical. Por otro lado, el ingreso supone la supresión de los muchos o pocos agentes y situaciones gratificantes que le funcionaban como tales en su vida extrahospitalaria; por tanto, tristeza asegurada. Añádanse las consecuencias de, al ingresar, ver interrumpidos sus estudios por parte de esa mayoría de pacientes anoréxicas a ellos entregadas perfeccionistamente, es decir obsesivamente.

Junto a todo ello, lo peor suele ser la previsión, el convencimiento, es decir, la ansiedad anticipatoria, de que en el ingreso se va a conseguir el tan temido aumento de peso, el odiado «engorde». En los casos en que la paciente ya se reconoce como tal, es decir cuando ya ha empezado a aceptar que probablemente está enferma, esa es la razón central, sustantiva, de su ansiedad y por tanto del rechazo al ingreso, del malestar que le suscita.

Pero los cambios implicados en el ingreso hospitalario entrañan factores altamente positivos para la pretendida eficacia terapéutica. La *supresión y alejamiento físico y emocional de los conflictos familiares* es sumamente eficaz e imprescindible en la inmensa mayoría de casos. Se disuelve así de manera inmediata y total una situación de estrés nociva para todos los implicados; también para el paciente y su trastorno. Claro que el ingreso puede instaurar la tristeza de la separación y la incertidumbre del pronóstico inmediato, pero sus efectos negativos son mínimos comparados con los tan frecuentes devastadores efectos de la guerra familiar, creadora de múltiples ambivalencias afectivas, una creciente dependencia conflictiva, y unas relaciones que suelen manifestarse a través de una especie de lucha por el poder real. Todo ello queda en suspenso, desaparece físicamente, con el ingreso. Y el distanciamiento permite trabajar con paciente y familia a fin de encarrilar racionalmente sus relaciones personales futuras.

Es curioso y aleccionador que ya William Gull, en pleno siglo XVIII, ya contemplaba como medida terapéutica obligada la separación de las pacientes respecto de sus familias; la *parentectomía*, así se la denominaba.

Con frecuencia se olvida que un ingreso también conlleva la *supresión de todas las influencias sociales y culturales promotoras del modelo estético corporal delgado*, propio de pacientes —y no pacientes— del género femenino. El ingreso constituye, pues, una auténtica cuarentena, un aislamiento respecto de los agentes que en última instancia tanto han contribuido a generar y mantener la decisión de perder peso en la mayoría de los casos, los que tan eficazmente han colaborado al establecimiento de la definitiva insatisfacción corporal del (la) paciente. Medios de comunicación, tiendas de modas, conversaciones y comparaciones con amigas, prácticas deportivas de riesgo, prácticas alimentarias del grupo o en familia incorrectas, etc., todo ello se queda en la puerta de la sala. Tras la puerta va a encontrarse con un ambiente «aséptico» y, en consecuencia, mucho menos presionante en relación a la estética corporal.

Además, en este ambiente nadie va a decirle que coma o que «se acabe el plato», y mucho menos en las horas de las comidas (por lo menos eso es lo que debiera ocurrir). No hay que seguir incrementando su ansiedad cuando está enfrentada a su objeto ansiógeno por excelencia: la comida. Ello supone, además, que el tiempo dedicado a comer debe estar limitado (¿media hora?): si come con normalidad es suficiente; si no lo hace no tiene porque estar prolongando un tiempo destinado a conductas de evitación, es decir experimentando ansiedad. Las decisiones del programa terapéutico se deberán tomar en función del peso, pero no de la cantidad de comida ingerida.

¿Debe conocer la evolución de su peso el paciente anoréxico? Es un tema de discusión y por tanto discutible. Se arguye que no hay que hacerlo pues es una



manera de alimentar sus preocupaciones y prácticas obsesivas, o de incrementar su ansiedad. Valorando pros y contras, nos hemos inclinado por informar a los pacientes de su peso cada vez que éste se evalúa. Y ello por tres motivos. El primero es para mantener una relación absolutamente honesta en la que sus terapeutas jamás le ocultan ni le ocultarán información sobre todo cuanto le afecte. Esta relación de confianza y honestidad total constituye la base de la relación terapéutica. El segundo es precisamente el temor (fóbico) al peso de estas pacientes. En situación de ingreso lo normal es que su peso vaya aumentando paulatinamente. La adaptación al aumento exige que lo enfrente, no que lo evite. Son pequeños pasos imprescindibles en el camino de la desensibilización de su ansiedad ante el peso, incluyendo el acercamiento al peso —una cifra— tabú establecido en su programa rehabilitador. Por fin, debe aprender la relación existente entre la comida que ingiere y la evolución del peso, puesto que las distorsiones cognitivas de estas pacientes con frecuencia les llevan a prever aumentos desmesurados tras ingestiones reducidas o normales.

En unidades especializadas, el paciente no va a estar solo. Allí se va a encontrar con un grupo de compañeras, a veces con algún compañero, afectadas/o por su mismo trastorno. La vida en grupo, la percepción de los cuerpos, comentarios y emociones de las demás les suele ayudar a entender sus propias motivaciones e incoherencias, facilitándoles una visión algo más objetiva de su situación. Las actividades terapéuticas en grupo permitirán potenciar estos efectos.

Es evidente que la hospitalización en grupo tiene ciertos inconvenientes. El más evidente es el riesgo de contagio de ciertas conductas compulsivas (desmenuzar la comida, mover las piernas sin parar, estar de pie, lesionarse...) y de estados emocionales negativos. Es labor del equipo de enfermería saber controlar estas situaciones. Pero también es cierto que, especialmente entre pacientes adolescentes, suelen establecerse vínculos positivos, las orientaciones que se suministran entre ellas acostumbra a ser saludables y, como ya se ha dicho, la visión de «la otra» permite aprender sobre una misma.

La duración de un ingreso depende de los objetivos señalados en el programa terapéutico. En la mayor parte de unidades especializadas se recomienda que la paciente lo abandone cuando haya recuperado su peso normal. Es evidente que si el peso de salida es bajo aumenta el riesgo de recaídas y por tanto de reingreso. Esta decisión depende en parte de los recursos asistenciales disponibles. En nuestro Servicio, al disponer de hospital de día especializado, las pacientes son derivadas al mismo cuando en la hospitalización completa han aumentado la mitad del peso que deben recuperar; el resto deben conseguirlo en el hospital de día. Si no lo consiguen regresarán a la hospitalización completa. Este planteamiento supone que la finalización de cualquier ingreso indica el inicio de una *prueba*. La paciente debe demostrar si en una situación semicontrolada (hospital de día) es capaz de mantener lo adquirido en la hospitalización total. Si no lo hace, demostrará no estar suficientemente preparada y deberá persistir en el ingreso.

Pero este concepto de *prueba* es aplicable aún sin hospital de día y habiendo recuperado el peso ideal. El cambio de circunstancias que supone regresar a la vida normal es tan importante que no puede garantizarse la continuidad o manteni-

miento de los progresos sobrevenidos en el ingreso. Es lo mismo que sucede, por ejemplo, con las relaciones familiares. Durante el ingreso, cada visita de los padres, cada salida con ellos, debe considerarse como una prueba de si unos y otra son capaces de relacionarse y convivir sin conflictos. Si estos estallan habrá que analizarlos y proceder a las intervenciones psicosociales que convenga o, incluso, a aplazar dichos contactos. Una visita abiertamente conflictiva con la familia debe suspenderse de inmediato: no es aconsejable que lo que quede de ella sea un recuerdo dramático, cosa que suele ocurrir cuando el conflicto se prolonga e intensifica.

Esta es una de las razones que justifican la intervención terapéutica dirigida a padres y otros familiares. Puede hacerse individualmente o en grupo. El grupo de familiares, de padres, tiene distintas virtudes: permite que los padres no se sientan solos con su problema; facilita la exposición catártica, compartida, de inquietudes y emociones; consigue aprendizaje de recursos de enfrentamiento al observar, escuchar e intervenir en los problemas de otras familias; etc. El terapeuta entre otras cosas, debe conseguir que los padres conozcan causas, consecuencias y pronóstico de la anorexia nerviosa; que se adapten al trastorno y a su larga duración; que distingan en sus hijas los síntomas de la enfermedad, lo que es propio de la adolescencia, lo que es consecuencia de los conflictos familiares y lo que es resultado de todo ello actuando a lo largo del tiempo. El terapeuta sobre todo ha de saber manejar y reducir los seguros sentimientos de culpa que arrastra la práctica totalidad de familias.

La supresión del miedo fóbico al peso, concreción en cifras mitificadas y convertidas en tabúes del miedo al volumen corporal, es un objetivo central del tratamiento de la anorexia nerviosa. Si se mantienen con la intensidad de la fase aguda del trastorno, la recaída está asegurada. Sin embargo, como se ha apuntado anteriormente, durante una hospitalización —fase aguda— no va a ser posible eliminarlo puesto que el peso va aumentando gradualmente; es decir, el estímulo fobógeno va haciéndose cada vez más potente, impidiendo, o por lo menos dificultando enormemente, la adaptación al mismo que conllevaría el proceso de la deseable desensibilización. En otras palabras, lo único que puede garantizar la desensibilización es mantener el peso ideal estabilizado durante largo tiempo, que es lo que debiera ocurrir en la llamada fase terapéutica de mantenimiento, por supuesto posterior a la hospitalización.

Durante el ingreso, algunas consecuencias fisiológicas de la malnutrición dan lugar a cierta imprevisibilidad en la evolución del peso, lo que desconcierta y confunde a la anoréxica. Cuando la pérdida de peso es importante, y sobre todo muy rápida, el inicio de una dieta medianamente normal produce aumentos muy notables de peso, de hasta 2 o 3 kilos en 3 o 4 días. Este hecho dispara la ansiedad de la paciente. Debe saber que se trata de algo coyuntural, provisional; es la consecuencia de la imprescindible rehidratación inicial puesto que tales casos cursan siempre con una manifiesta pérdida de agua.

Del mismo modo hay pacientes que cuando van acercándose a su peso ideal, comiendo con normalidad, comprueban que su peso cotidiano no aumenta o incluso sobreviene alguna pérdida. Se trata ahora de otra de las consecuencias de la malnutrición: alteraciones en el funcionamiento metabólico habiéndose incremen-

tado el gasto calórico usual. En estos casos hay que suministrar algún suplemento dietético en forma de preparado farmacéutico o de comida extra. La paciente suele vivir este hecho de manera ambigua. Dada su ansiedad ante la cantidad de comida puede angustiarse más al tener que comer más de lo normal. Pero percibir las dificultades para recuperar peso pese a comer en exceso a veces contribuye a reducir el temor al peso, más concretamente a que éste siga aumentando indefinidamente. Todo ello supone que la paciente debe estar informada de esas —y otras— consecuencias fisiológicas de la malnutrición, supervisando muy de cerca sus reacciones emocionales ante las cogniciones que estos cambios le provocan. Ha de conocer los rudimentos de la regulación ponderal.

En la hospitalización usual, con una paciente bastante o muy depauperada, no parecen darse las condiciones para que sea eficaz el trabajo terapéutico destinado a la normalización de todo lo referente a su imagen corporal. El intenso odio al cuerpo propio de estas etapas, sumado a que está experimentando aumentos de peso que todavía le angustian más, son algunos de los fenómenos conducentes a que una gran parte de estas pacientes no resistan enfrentar su cuerpo. Parecen precisar de una toma de conciencia, *insight*, algo más consolidada y de un cierto tiempo de adaptación a los cambios de todo orden que el propio tratamiento suscita. En nuestro Servicio, la intervención sobre imagen corporal, distorsión perceptiva y respuestas emocionales, sólo se insinúa durante el ingreso, desarrollándose con mayor amplitud e intensidad en régimen de hospital de día.

¿Debe utilizarse la sonda nasogástrica? Sin duda sí. Es sorprendente que a estas alturas, bien entrado ya el siglo XXI, todavía se escuchen comentarios acerca del uso de la sonda como si se tratara de un instrumento de tortura, de una herramienta pura y simplemente coactiva. Nada más alejado de la realidad si las cosas se hacen correcta y racionalmente. Ello supone el cumplimiento de una serie de condiciones. Veamos algunas.

La sonda no es más que un recurso entre otros dentro del programa de rehabilitación nutricional de la paciente anoréxica. En consecuencia debe constar su posible aplicación y las circunstancias en que se practique en el programa terapéutico que la anoréxica ha de conocer de antemano. Nunca será una medida improvisada; la paciente debe poder preverla. Siendo un procedimiento terapéutico nunca puede ser planteado como un castigo por no comer. En un medio hospitalario, sanitario, a los pacientes no se les castiga por sus enfermedades, por muy dolorosos que sean los procedimientos —y algunos lo son mucho—; se les administran tales procedimientos para intentar curarlos o mejorarlos. En nuestro Servicio, la inmensa mayoría de pacientes que cumplen criterios para recibir alimentación forzada (sonda) suelen preferir beber en un vaso el suplemento líquido correspondiente. Lo cual limita el uso de la sonda a un reducidísimo número de pacientes y siempre de manera esporádica.

Las sondas actuales prácticamente no producen molestias físicas. De hecho, la resistencia a la misma de las pacientes está determinada por percibir las como un procedimiento para aumentar su peso, lo que es muy cierto, y a veces como una especie de derrota a la lucha que emprendieron en su día contra las figuras de autoridad. Pueden estar ya en fase ambivalente, de dudas significativas, de cierta

conciencia de enfermedad, incluso con alguna motivación para el cambio, pero el amor propio es el amor propio... A nadie le gusta envainársela... Pero un problema del que apenas se habla es el de la paciente que *prefiere* la sonda a la alimentación normal. Se trata de casos en los que, incluso deseando su rehabilitación, la fobia a los alimentos (visual) es tal que solicitan y aceptan mejor una alimentación *oculta*. Por supuesto, estas pacientes así pueden realimentarse pero al no enfrentar el objeto fobógeno mantienen su ansiedad ante los alimentos. También las hay que aceptan mucho mejor el alimento *forzado*, bebido o por sonda, a fin de eludir los sentimientos de culpa provocados por las comidas ingeridas con normalidad, es decir voluntariamente.

¿Hay que administrar algún *psicofármaco* a las pacientes anoréxicas? En principio, no. En estudios controlados, hasta la fecha no se ha demostrado que fármaco alguno tenga eficacia terapéutica superior al placebo. Lo cual no deja de ser sorprendente. En efecto, cuando está suficientemente documentada la disfunción del sistema serotoninérgico en el trastorno anoréxico, sea predisponiéndolo, sea perpetuándolo, sea ambas cosas a la vez, la administración de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina no ha podido demostrar su eficacia. En cambio, sí ha demostrado su eficacia, *una vez normalizado el peso y por tanto el estado nutricional*, en la evitación de recaídas, lo que da noticia de la necesidad de la normalidad nutricional, neurobioquímica, para conseguir respuestas biológicas previsibles. Sin embargo, algún ensayo abierto ha sugerido recientemente la existencia de mejoras relevantes administrando un neuroléptico atípico.

Una complicación adicional radica en la existencia de comorbilidad, siendo trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social las patologías más frecuentes. Las padecen alrededor del 15% de las pacientes. Habitualmente la coexistencia de dos o más trastornos potencia parte de los síntomas de cada uno de ellos al tiempo que suele ensombrecer su pronóstico. Pero el tratamiento (y mejora) de los dos primeros, obligatorio desde un principio, suele producir beneficios terapéuticos en la anorexia nerviosa.

### ¿Quién debe hacerlo?

Ya es un tópico decir que la anorexia nerviosa es un trastorno multicausado, polisintomático, que exige un tratamiento multidisciplinario. Todo ello es verdad, pero en lo que a la multidisciplina asistencial se refiere es preciso establecer ciertos matices, especialmente si nos referimos al tratamiento en régimen de hospitalización.

Cierto que en la hospitalización se requiere un equipo multidisciplinario, cosa que es discutible en los tratamientos ambulatorios. Por supuesto, si hay gravedad biológica son los médicos, pediatras, generalistas o especialistas quienes se responsabilizarán de la paciente. Pero el abordaje específico de la anorexia nerviosa debe correr a cargo siempre de *profesionales de la salud mental*. El paciente debe tener siempre *su* terapeuta. Que éste sea psicólogo clínico o psiquiatra carece de importancia. Lo importante es que esté bien formado en trastornos del comportamiento

alimentario, en el bien entendido de que estará integrado en un equipo que puede complementarlo profesionalmente en cualquier momento. Este terapeuta debe ser el interlocutor de la familia. Ello no significa que no intervengan otros terapeutas en actividades concretas, por ejemplo, grupo de padres, grupos de pacientes, etc., pero *su* paciente siempre ha de ser *su* paciente.

Pero en una hospitalización el personal de enfermería tiene un papel y unas responsabilidades muy importantes. Su formación profesional especializada es imprescindible. Es el equipo de enfermería el que debe seguir y hacer seguir al pie de la letra los protocolos terapéuticos, el que deben crear el clima de control normativo, trato cálido sin sobreprotección, disponibilidad personal permanente, etc. que necesita todo paciente psiquiátrico, y muy especialmente estos.

¿Cuál es el papel de los especialistas en nutrición? Depende de la situación y cultura del equipo asistencial y de la institución en que se ubique. En nuestro Servicio, las consultas a Nutrición se realizan, como cualquier otra interconsulta médica, en casos muy especiales. Dicho de otro modo, se parte de la base que los psicólogos y psiquiatras dedicados a estos pacientes y especializados en trastornos del comportamiento alimentario han de tener suficiente formación e información sobre las alteraciones y necesidades alimentarias y dietéticas de sus pacientes para resolver los problemas que habitualmente suelen plantear. Es demasiado estrecha la relación entre nutrición y psicopatología para que se distribuyan responsabilidades.

No cabe duda que un nutricionista especializado en trastornos del comportamiento alimentario puede hacer una buena labor con estos pacientes. Pero su intervención no tiene por qué ser necesaria en la inmensa mayoría de los casos si los otros profesionales saben de qué va. Y tienen la obligación de saberlo. Lo que no es de recibo, como a veces sucede, es que incluso en régimen ambulatorio, haya psicólogos y psiquiatras que traten este tipo de pacientes y se limiten a tratar el estado de ánimo y las cogniciones anómalas (cuando no los problemas «profundos») de las anoréxicas, mientras *todo* lo alimentario lo dejan en mano de los especialistas en nutrición. Es como si la nutrición fuera algo secundario y por tanto otros harían esa labor «menos importante». El psicoterapeuta de una paciente anoréxica debe «ensuciarse las manos» y ocuparse de los problemas alimentarios e ingestivos de su paciente. Si no es así, es que no está entendiendo nada.

### ¿Dónde ingresar?

Por supuesto, cumpliendo criterios de hospitalización, allí donde haya un recurso asistencial hospitalario disponible. Es decir, en situaciones de urgencia, especialmente biológica, cualquier centro hospitalario puede y debe hacerse cargo de una paciente anoréxica. Mas los casos agudos o terapéuticamente resistentes usuales lo deseable es que ingresen en una unidad especializada en trastornos del comportamiento alimentario, sea autónoma pero conectada a un servicio de psiquiatría, sea integrada en él. La especialización supone la existencia de profesionales sanitarios realmente formados en estos trastornos, de protocolos terapéuticos consensuados y exigidos, y de una infraestructura adecuada.

Es evidente que contar con todo ello supone atender a un número relativamente importante de pacientes, lo que no tiene sentido en hospitales destinados a núcleos de población relativamente reducidos. En estas circunstancias la especialización suele y quizás no puede sino limitarse a uno o dos facultativos (psiquiatra y/o psicólogo) con formación suficiente y enfermeras capacitadas para entender y controlar estos pacientes. Por supuesto, que si estos recursos resultan insuficientes, la paciente en cuestión deberá derivarse a un centro de mayor especialización.

Se discute si estas pacientes deben estar en salas de psiquiatría general o en unidades físicamente diferenciadas. La experiencia señala que el problema no radica en los riesgos de *mezclar* pacientes de distintas patologías, es decir, en sus posibles influencias mutuas de riesgo, sino en que los ingresos conjuntos suelen implicar la ausencia de medidas e infraestructuras terapéuticas suficientemente diferenciadas. Porque no cabe duda que los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario tienen necesidades terapéuticas especiales y requieren de supervisiones y controles también especiales. Lo que sí parece conveniente es la separación por grupos de edad. Los pacientes infantiles y adolescentes, éstos mayoritarios en anorexia nerviosa, precisan estar integrados entre pacientes de su misma etapa de desarrollo. Y ello no por padecer un trastorno alimentario, sino por ser adolescentes. El medio terapéutico, las actividades en grupo, la formación del personal de enfermería, etc. deben estar adaptadas a estas edades. Se trata de incluirlos en un medio terapéutico que en muchos aspectos poco tiene que ver con la ambientación y cultura propia de una sala psiquiátrica para adultos.

### Preparación para el alta

Del mismo modo que hay que preparar a la paciente para el ingreso hospitalario, así hay que prepararlo para su abandono. Porque va a regresar a un mundo claramente hostil, o así lo va a percibir ella. Ya lo está previendo de antemano, cuando ve acercarse el día en que ha de abandonar la sala.

La paciente está llena de temores. Teme volver a casa y tornar en encontrarse con los conflictos de antes, con las miradas escudriñadoras de sus padres, con aquellos platos tan colmados de comida... Teme los comentarios de sus tíos, de sus abuelos, de las vecinas: «¡Qué guapa estás! ¡Qué buena cara haces, ahora sí que estás bien!», «Menos mal que te has engordado...» Son las mil una formas —ella así lo cree— de manifestarle que está GORDA. Sabe que eso ocurrirá, e incluso sabe que se trata de comentarios de buena fe, de intención complaciente, pero... Sabe que sus amigas la mirarán, compararán su cuerpo con el que tenía antes de ingresar. Aunque no le digan nada, sin duda pensarán que está más GORDA. Y volverá a oír sus conversaciones, y comprobará que algunas siguen comiendo poco y vanagloriándose de ello... Y teme ir a comprarse ropa nueva porque sin duda necesita alguna talla mayor... Necesita prepararse, sabiendo que no está curada, que por eso necesita seguir estando controlada por sus terapeutas, que por tal motivo —según constaba en el programa terapéutico— pudiera volver a ingresar si la experiencia pusiera de manifiesto que no estaba suficientemente preparada.

Claro está, la familia también debe formar parte de este trabajo de preparación. Ellos también temen volver a las andadas. También han de recordar que su hija/o no sale curada, sale anoréxica... Y sobre todo han de tener muy presente que ellos no son los responsables de la anorexia nerviosa de su hija, *ni de su curación*. Los responsables son los clínicos, los terapeutas. Si en casa vuelve a no comer, lo que debe hacerse es responsabilidad de éstos, no de la familia. Es lo mismo que sucedería ante la aparición o empeoramiento de los síntomas de cualquier otra enfermedad que tuviera su hija.

Con el alta hospitalaria, el ingreso de la anoréxica, por lo menos este ingreso se da por finalizado. Su tratamiento sigue...

### Bibliografía recomendada

- American Psychiatric Association (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Castro, J. y Toro, J. (2004). *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales y Torres.
- Herzog, T., Zeeck, A., Hartmann, A. y Nickel, T. (2004). Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: a pilot study. *European Eating Disorders Review*, 12, 164-168.
- Imbierowicz, K., Braks, K., Jacoby, G.E., Geiser, F., Conrad, R., Schilling, G. y Liedtke, R. (2002). High-caloric supplements in anorexia treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 135-145.
- Rojo, L., Bofia, I. y Tomás, A. (2004). Hospitalización en anorexia nerviosa. En L. Rojo y G. Cava (dirs.), *Anorexia nerviosa* (pp. 411-430). Barcelona: Ariel.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 409-422.
- Zipfel, S., Reas, D.L., Thornton, C., Olmsted, M.P., Williamson, A., Gerlinghoff, M., Herzog, W. y Beumont, P.J. (2002). Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 105-117.