

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2016;113(2):81-85

Las dos caras del trastorno alimentario: el sufrimiento psíquico y somático

Two faces of eating disorder: the psychic and somatic suffering

Elikadura-nahasmenduaren bi aldeak: sufrimendu psikikoa eta somatikoa

Recibido el 15 de febrero de 2016; aceptado el 1 de marzo de 2016

Conferencia pronunciada el 11 de febrero de 2012 en Madrid en el seno de la XXXVII Jornada del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica (IEPPM) a cargo del profesor y doctor Ricardo Franco Vicario y la psicóloga clínica y psicoterapeuta Pilar Puertas.

ATENCIÓN AL SUFRIMIENTO SOMÁTICO

Introducción

La primera vez que oí hablar de la anorexia nerviosa fue en 1971. Yo tendría unos 20 ó 21 años. Estudiaba, como alumno interno, Medicina en Valladolid. En una sesión clínica, uno de los médicos adjuntos (neurólogo) de la cátedra del Prof. Olegario Ortiz Manchado, presentó horrorizado el caso de una joven que había fallecido de un panhipopituitarismo (fracaso funcional de la hipófisis). Nunca antes habíamos oído hablar de una fenomenología semejante y nos resultaba muy difícil comprender cómo era posible que gente de nuestra edad se dejase morir de inanición.

A lo largo de mi vida profesional como internista, he tenido oportunidad de atender muchos más casos semejantes. Puedo afirmar que los que mejoraron lo hicieron tras un proceso de psicoterapia individual y familiar a cargo de especialistas con sólida formación psicoanalítica.

Por aquella época la actitud de la Medicina y sus ofi- ciantes, los médicos, consistía en hospitalizar a los pa- cientes, separándolos de su entorno familiar y engordándolos a la fuerza, como a pavos prenavideños,



Figura 1. Imagen de una mujer de extrema delgadez en actitud de posar.

con sonda nasogástrica, nutrición parenteral... Era el triunfo momentáneo del equipo médico, que abocaba a un fracaso estrepitoso en cuanto el paciente salía del hospital y dejaba de comer con fundamento.

Paradójicamente, el más fuerte siempre resultaba ser el paciente (ver figura 1).

Es por ello que la Escuela de Milán, con Mara Selvini a la cabeza, propuso la estrategia de declararse *down*; palabra inglesa que significa derrotado, impotente de- lante de los pacientes. Declararse *down* implicaba dejar a los enfermos que hiciesen, respecto a su conducta ali- mentaria, lo que les diese la gana.

Esta impotencia del médico frente a la fuerza de la omnipotencia de los pacientes, tampoco funcionó, entre otras cosas porque es muy difícil que un facultativo contemplara inerte un suicidio de estas características.

Está claro que en esta patología, la asimetría del poder de la medicina paternalista nunca funciona, porque la ventaja la tiene siempre el paciente.

Lo más escandaloso de la anorexia y de la bulimia es que nos coloca brutalmente delante de una organización psíquica dirigida hacia la muerte. Pero una muerte que, a diferencia de la melancolía, no es ni deseada, ni vislumbrada; pero que a veces ocurre. ¡Y vaya si ocurre!

Ya nos dirá y explicará, después de mi exposición, la psicoanalista Pilar Puertas, con más infinita autoridad que yo, que así como en la melancolía, según la célebre fórmula de Freud: “la sombra del objeto cae sobre el yo”, en el caso de la anorexia se podría colegir “que la sombra del yo ideal cae sobre el propio yo”.

No es fácil para un clínico adentrarse en el enigmático y complejo mundo de éstas y, ocasionalmente, éstos pacientes. Ardua labor para la que precisamos siempre la inestimable ayuda de los psicoterapeutas.

Hace apenas 30 años, los trastornos de la alimentación se consideraban una curiosidad científica que no despertaba ningún interés social.

En este periodo de tiempo, en el que unos más que otros hemos envejecido, los enfermos se han multiplicado por 10. En el caso de nuestro país, probablemente existan más de 300.000 pacientes.

Sabemos que unas dos terceras partes de las adolescentes se declaran hoy insatisfechas con su cuerpo. Curiosamente, hace 40 años, las mozas se preocupaban por el aspecto de la cara; sin embargo, las nuevas adolescentes se inquietan ante todo por su culo.

En un libro autobiográfico, que a todos recomiendo, titulado “Días perdidos”, de Marya Hornbacher, la autora, recordando sus tiempos en la Escuela Primaria dice textualmente: “¡El puto culo!, ¡yo no pedí tener culo! ¿Por qué no tener el culo plano, el culo que parece hundirse en los vaqueros Guess cuando echas la pierna hacia atrás”.

Y éste puede ser el comienzo para que criaturas como Marya empiecen a tontear con las dietas, los ejercicios físicos, los laxantes, diuréticos y psicofármacos para poder combatir la ansiedad y la angustia, y conciliar el sueño que les niegan las anfetaminas, la cocaína o la misma sobreexcitación del ayuno.

En el trastorno de la alimentación relacionada con el adelgazamiento se presentan dos caminos: uno es recurrir a vomitar cuando se ingiere cualquier cosa, lo que constituye la bulimia, y el otro el ayunar exacerbadamente, lo que define la anorexia.

En la bulimia, se come desaforadamente, sin límites. Por eso el bulímico, no obstante, pese a sus vómitos, gana peso respecto a la época en la que eventualmente tenía un comportamiento exclusivamente anoréxico.

El no comer provoca, entre otras reacciones, un conjunto de sensaciones que crean tanta adicción como las drogas. Por lo tanto, superar esta situación es cada vez más difícil. Cuanto más se ayuna, más ayuno se necesita

Tabla I.
Patogenia de los trastornos de alimentación

Factores predisponentes

- Factores genéticos
- Edad 13-20 años
- Sexo femenino
- Trastorno afectivo
- Introversión-inestabilidad
- Obesidad
- Nivel social medio-alto
- Familiares con trastorno afectivo
- Familiares con adicciones
- Familias con trastornos de la ingesta
- Obesidad materna
- Valores estéticos dominantes

Factores precipitantes

- Cambios corporales adolescentes
- Separaciones y pérdidas
- Rupturas conyugales del padre
- Contactos sexuales
- Incremento rápido del peso
- Críticas sobre el cuerpo
- Enfermedad adelgazante
- Traumatismo desfigurador
- Incremento de la actividad física
- Acontecimientos vitales

Factores de mantenimiento

- Consecuencia de la inanición
- Interacción familiar
- Aislamiento social
- Cogniciones anoréxicas
- Actividad física excesiva
- Yatrogenia

para recobrar las sensaciones de excitación, hipersensibilidad y poder.

La anorexia y la bulimia pueden ser las dos caras de una misma moneda, el bucle fatal del cual sólo un tercio de los afectados se recupera, otro tercio se cronifica, el resto vive constantemente al borde de las recaídas y el 10% muere (ver figura 2).

¿Por qué han estallado los trastornos de la alimentación, precisamente ahora? En la patogenia de esta problemática, hablamos de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Los sociólogos ponen su acento en las influencias de la moda, los biologicistas, que cada vez hay más, en la genética, y el mundo de la psicología en los conflictos paternofiliales (ver tabla I).

Hay dos verdades incuestionables. La primera que en nuestra cultura la delgadez se asocia a la eficacia, el autocontrol y la disciplina; mientras que la gordura evoca



Figura 2. Fotografía de Oliviero Toscani (www.olivierotoscanistudio.com) para la campaña de Nolita “No anorexia”, que protagonizó la modelo francesa Isabelle Caro, con 26 años. La modelo falleció dos años después de la campaña a causa de una neumonía. Un mes después del óbito, la madre de Isabelle se suicidó.

debilidad, pereza y hasta pobreza. La segunda certeza es que la anorexia suele afectar a una adolescente creativa, de presencia inicialmente agradable, disciplinada, inteligente y con una voluntad poderosa, férrea.

Síntomas fundamentales de la anorexia pura

- Distorsión de la imagen corporal, rechazo por mantener un peso mínimo normal y temor a la obesidad.
- Caída del cabello.
- Falta de conciencia de la enfermedad.
- Hipotensión arterial. Crisis ortostáticas.
- Amenorrea.
- Aparición de vello corporal.
- Intolerancia al frío.

Complicaciones

- Desnutrición.
- Pérdida de masa ósea (osteoporosis)
- Problemas cardíacos (insuficiencia, arritmias catastróficas...).

Síntomas fundamentales de la bulimia

- Episodios de apetito voraz
- Conductas tendentes a contrarrestar la abundante ingesta de comida.
- Anormal conciencia de un patrón alimentario.
- Vómitos inducidos.
- Purgas con diuréticos y laxantes.
- Menstruación fluctuante (ausente o disminuida).
- Oscilaciones significativas de peso.

Complicaciones

- Deterioro del esmalte dental por los vómitos.
- Síndrome de Mallory-Weiss.
- Insuficiencia renal.
- Signo de Russell (los vómitos provocados generan con frecuencia abrasiones en el dorso de la mano dominante o en los nudillos de los dedos, incluso con formación de callosidades).

Corolario

El rasgo distintivo de la anorexia nerviosa es la búsqueda implacable del adelgazamiento mediante la observancia de una dieta continua y una restricción de la comida hasta la inanición y, a veces, la muerte.

Si bien el término fue acuñado en 1966 por Craine, y existen hoy unos criterios diagnósticos (DSM-IV) universalmente aceptados, este paradójico y complejo trastorno del comportamiento alimenticio ha atrapado a las jovencitas por razones diferentes desde hace siglos.

Catalina de Siena, Verónica Guliani, María Magdalena de Pazzi, y otras tantas siervas del Señor, caminaron hacia la santidad delgaditas y enjutas. La mortificación del cuerpo era necesaria —según sus creencias—, para conseguir un mejor dominio de las pasiones, en aras de una sublime perfección.

Por motivos no tan místicos —pero con una psicogénesis probablemente similar—, en el actual mundo occidental el 1% de las adolescentes practican una huelga de hambre apoyadas en unos ideales de omnipotencia narcisista que derivan en un constante y dramático reto hacia su propio cuerpo y hacia su propia familia.

La contextualización del fenómeno de la anorexia y de la bulimia obliga a considerar tres variables significativas: la individual, la familiar y la sociocultural.

Cualquier estrategia correctora del problema, con vocación de éxito, no puede obviar ninguno de estos aspectos.

El tratamiento farmacológico de los trastornos de la alimentación se ha centrado básicamente en tres tipos de fármacos: anorexígenos, anticonvulsivantes y antidepresivos, si bien ninguno ha demostrado eficacia.

Muchas gracias por su atención y su digna presencia. Mila esker.

Ricardo Franco Vicario
Presidente de la ACMB

ATENCIÓN AL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Introducción

El formato de esta exposición refleja con claridad la necesidad de diferenciar en el abordaje de esta enfermedad su incidencia en el ámbito psíquico y en el ámbito somático, diferenciación esencial para la intervención clínica en esta patología. Nos encontramos muy a menudo fracasos en el tratamiento de estas pacientes por la confusión existente en este abordaje.

La confusión estriba en que los distintos profesionales se deslizan a ocuparse del ámbito que no es de su competencia. A saber: el psiquiatra o psicólogo, pesando y pautando comidas; o el médico, interviniendo en el ámbito psíquico, culpabilizando o disuadiendo a la paciente para que deponga su actitud.

El encuadre de abordaje que proponemos es la diferenciación marcada de la competencia clínica de ambos. De ahí, que mi tarea como clínico de la salud mental va a ser la transmisión del sufrimiento psíquico que subyace a esta enigmática sintomatología.

Trastorno alimentario como síntoma

Empezaré diciendo que el trastorno alimentario tanto en su vertiente bulímica como en la anoréxica es un síntoma. Como todo síntoma puede corresponder a distintas estructuras psíquicas, es importante no confundir el síntoma con la estructura clínica subyacente. No es lo mismo un cierto coqueteo con la restricción alimentaria que suele aparecer en la adolescencia cuando se está librando internamente la batalla con la propia identidad sexual (restricción que generalmente remite sola), que la versión grave inherente al síntoma como es una anorexia fruto de una depresión antigua no mentalizada que eclosiona en este momento evolutivo.

Voy a detenerme en la última, ya que esta manifestación es la más renuente a la curación, engrosando las estadísticas de los casos incurables.

Este tipo de pacientes requieren un trabajo intrapsíquico de gran envergadura que consiste en facilitar la mentalización de su sufrimiento depresivo. La metapsicología psicoanalítica constituye un marco de referencia teórico que permite la comprensión y el abordaje psíquico de estas coyunturas clínicas.

El trastorno alimentario como un síntoma de una problemática depresiva no mentalizada

Para empezar a describir estos cuadros hay dos ideas claves que nos van a ayudar: la depresión no mentalizada y la defensa adictiva. Ambas se combinan en estos trastornos.

La depresión no mentalizada

El sufrimiento que padecen de una depresión no mentalizada, que es la que ocasiona los síntomas, se presenta internamente no como las depresiones habituales donde existe una inmersión en un sentimiento de tristeza y una vivencia de ruina e insignificancia personal. Por el contrario, este tipo de depresión se pone de manifiesto en el interior como un estado de desasosiego ansioso e insoportable. Los afectos adheridos al núcleo depresivo se manifiestan de forma rudimentaria como sensaciones sin haber sido elaborados y poder evolucionar hacia el estatus de sentimientos.

La depresión no mentalizada ha sido descrita por los psicoanalistas psicosomatólogos investigando las afectaciones psíquicas subyacentes a las descompensaciones somáticas.

Se trata de un estado depresivo advenido en edad temprana cuando el yo del paciente no tenía competencias para generar una memoria vivencial de este estado; por lo tanto, los afectos adheridos a ella se encuentran en estado rudimentario, huérfanos de significación simbólica. Estos afectos son los que eclosionan al aparecer el trastorno alimentario.

La adicción

La adicción consiste en una especie de autocura privada que se utiliza para neutralizar el estado angustioso difuso y extraño, que es la manifestación del núcleo depresivo no mentalizado. Dicho estado acosa internamente y amenaza el sentimiento de cohesión y estabilidad psíquica. El tratamiento autocurativo para sofocarlo va a

ser el recurso a lo adictivo, que en este caso es la comida, ingiriéndola o restringiéndola al máximo.

Tanto la manifestación anoréxica como la bulímica corresponden a la misma enfermedad. Toda anoréxica es una bulímica virtual y toda bulímica es una anoréxica virtual, y es esto lo que voy a tratar de explicar a continuación.

La manifestación bulímica

En la manifestación bulímica se puede ver con más claridad que la paciente está urgida por dentro ante la vivencia de desasosiego y vacío. Va a ir al elemento adictivo para neutralizar esta vivencia. Estos estados de agonía, desasosiego y vacío generan un malestar puntual que trata de neutralizarse con el llenado de estómago.

Por lo tanto, la paciente bulímica trata su desasosiego con una medicina que es la comida, medicina que se le antoja despreciable y que luego tiene que vomitar por el temor a que su cuerpo se vaya deformando debido a su adicción, que se vive como un vicio aberrante.

La falta de control que implica el arrebatado bulímico, acrecienta una imagen propia indigna y autodevaluada, lo que aumenta el sentimiento depresivo y la herida narcisista, es decir, la herida en su autoestima de base.

Estamos ante lo que se llama la patología adictiva que consiste en tratar de paliar, es decir, compensar el malestar psíquico con la adhesión desesperada y esclava a un elemento del exterior; sea droga, tabaco, alcohol, actividad, etc. Aquí se trata de la comida.

Voy a ilustrar estos contenidos con dos escenas de un sueño, de una paciente bulímica.

En la primera escena ella se ve rechazada por mujeres de la familia; le asalta el miedo a ir sola a su casa; la familia a la que alude la paciente vive en el piso superior de su edificio; el espacio entre una casa y otra lo describe como un entorno desapacible: "hacía frío había oscuridad, era casi de noche".

En la segunda escena ve en el suelo unas bolitas, "como las cuentas de un collar"; luego lo asocia con la cadenita del lavabo que relaciona con sus vómitos. Era la cadenita que miraba mientras vomitaba.

Ambas escenas ponen en relación la vivencia depresiva de exclusión familiar y desamparo, (este último representado en la luz de la escalera y el ambiente desapacible que describe), con el vómito y por lo tanto, la bulimia. Los sentimientos depresivos no reconocidos como tales y manifestándose como una angustia difusa llevan a la ingesta para tratar de sofocarlos y la ingesta desemboca en el vómito.

La bulimia es un testimonio claro de lo que es una adicción ya que ésta se manifiesta con evidencia, en positivo, pero ustedes se preguntarán: "¿qué pasa con la anorexia?". Vamos a verlo.

La manifestación anoréxica

Lo que ocurre con las manifestaciones anoréxicas, es que estas pacientes, padeciendo de lo mismo, es decir, una depresión clandestina camuflada dentro, sin manifestaciones mentalizadas, algo que está también descrito como una depresión sin expresión, tienen una autoes-

tima que depende mucho y que se sostiene mucho con el triunfo y la lucha sobre su necesidad. Es decir, se sienten mejor con ellas, si consiguen no entregarse a su adicción alimentaria, que en el fondo es lo que más anhelan. Han hecho de su privación su cruzada personal. Padecen una patología también narcisista en su vertiente ascética. Es decir, el precario equilibrio narcisista se sostiene en la privación, en lo ascético.

Si pudiéramos palabras a las vivencias que tienen serían algo así como: "Cuánto más me privo, me valoro más; mi cuerpo exhibe mi fuerza de voluntad, el poder y la tenacidad de mi lucha contra la entrega a lo que más ansío, que es comer desesperadamente para taponar mi vacío. Mi renuncia es mi poder. Antes de perder el sentimiento de valía y dignidad que me da la privación, ¡prefiero morir!".

Vemos en estas vivencias inconscientes cómo para la anoréxica, su delgadez es su honor y su dignidad. Si se le obliga a comer por la fuerza, el miedo es caer en una bulimia desenfrenada que tratan de controlar férreamente yéndose al lado opuesto. Temen no solamente caer en la bulimia y en la adicción sino también perder el honor, perder su dignidad. La suya es una cruzada de dignificación a través del sacrificio. Su precaria autoestima no les permite librarse a la adicción alimentaria como en la vertiente bulímica.

La paciente anoréxica hace de su cuerpo famélico un baluarte de poder, una especie de talismán que les protege de una mirada devaluante del entorno que no es más que la proyección fuera de su propia mirada interior, una mirada despectiva y fecalizante que se neutraliza con la exhibición obstinada de un cuerpo entregado al sacrificio (del latín *sacrum facere* o hacer sagrado), por lo tanto, admirable, casi sagrado.

Resumiendo lo que he expuesto hasta ahora: se trata de una enfermedad de tipo depresivo que se descompensa con la adolescencia.

Puede manifestarse con la bulimia en los casos donde la autoestima permite la entrega a la adicción alimentaria. En estos casos, es más visible la necesidad de algo que tapone el vacío y el malestar interior.

Pero la cosa se complica en su manifestación anoréxica, en donde los síntomas expresan la negativa a dejarse llevar por la tendencia bulímica y adictiva interior. Hacen del control y lucha contra esta tendencia, su cruzada ascética personal y el sostén de su narcisismo o sentimiento de autovalía.

Es por todo esto que es muy infructuoso la obligación a la ingesta porque se sienten arrastradas a lo que ellas pueden vivir como la "perdición", es decir a la pérdida de su honor.

Acabaré mi exposición con algunas consideraciones sobre el tratamiento de estas pacientes.

Tratamiento psíquico

El trabajo psicoterapéutico va a consistir en la mentalización de la vivencia depresiva para que ésta pueda ser más consciente y la enferma se apropie de ella para calmarla por el cauce psíquico.

Podrán deponer los síntomas cuando puedan darse cuenta de que están albergadas de un sufrimiento depresivo que ocasiona tristeza y sentimiento de insignificancia. Atender internamente a este estado aliviará los emergentes ansiosos y angustiosos que padecen.

Considero que hay que abordarlas con la ayuda de un médico que se ocupe de la afección somática. El tratamiento obliga a realizar un acompañamiento y apoyo a los padres, con sesiones de, al menos, una vez al mes, donde se trate de esclarecer el origen de los síntomas y la imposibilidad de manejarlos con la voluntad. El objetivo de estas sesiones sería ir desactivando la culpa que aqueja tanto a los pacientes como a las familias.

Por último, el trabajo con ellas requiere una comprensión en profundidad de la complejidad del funcionamiento mental, y el trabajo simbólico en la construcción psíquica de los afectos para hacerlos evolucionar desde la sensación al sentimiento. Requiere una comprensión y competencia en manejarse con la llamada clínica de lo negativo, de lo no advenido a inscribirse como una memoria vivencial y reside dentro en forma agónica y despersonalizada.

Son pacientes que obligan al clínico al trabajo con las afecciones no mentalizadas, en donde hay que ir tejiendo y aportando un pensamiento que dé sentido a sus síntomas y agonías.

El reduccionismo y la simplificación excesiva de la complejidad que subyace pueden no sólo ser infructuosos a la hora de conseguir resultados sino acrecentar el sentimiento de culpa, tanto en ellas como en las familias y esto complica aún más la situación descrita.

Voy a concluir diciendo que esta enfermedad nos coloca ante la impotencia y el terror de lo impensable.

Ellas no pueden pensar en su sufrimiento, darle un sentido, acompañarlo para desactivarlo. No sólo porque no son conscientes sino porque dentro no hay vestigios de ello: es incapturable, ahí está la gran dificultad.

Estas pacientes están secuestradas por un sufrimiento impensable que invade su vida y a veces la arruina.

Buscan sin saberlo un eco, una voz que dé sentido a su desesperación, y que alimente su vacío. Éste es el gran reto del clínico que las trate: entender y acompañar, para rescatarlas del vacío y la desolación.

Pilar Puertas Tejedor
Psicóloga clínica y psicoterapeuta