

“SOBRE 500 CASOS DE TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA”

-SEGUNDA PARTE-

Bernardo Rovira; Eduardo Chandler; Miriam Remo; Marcela Alvarez

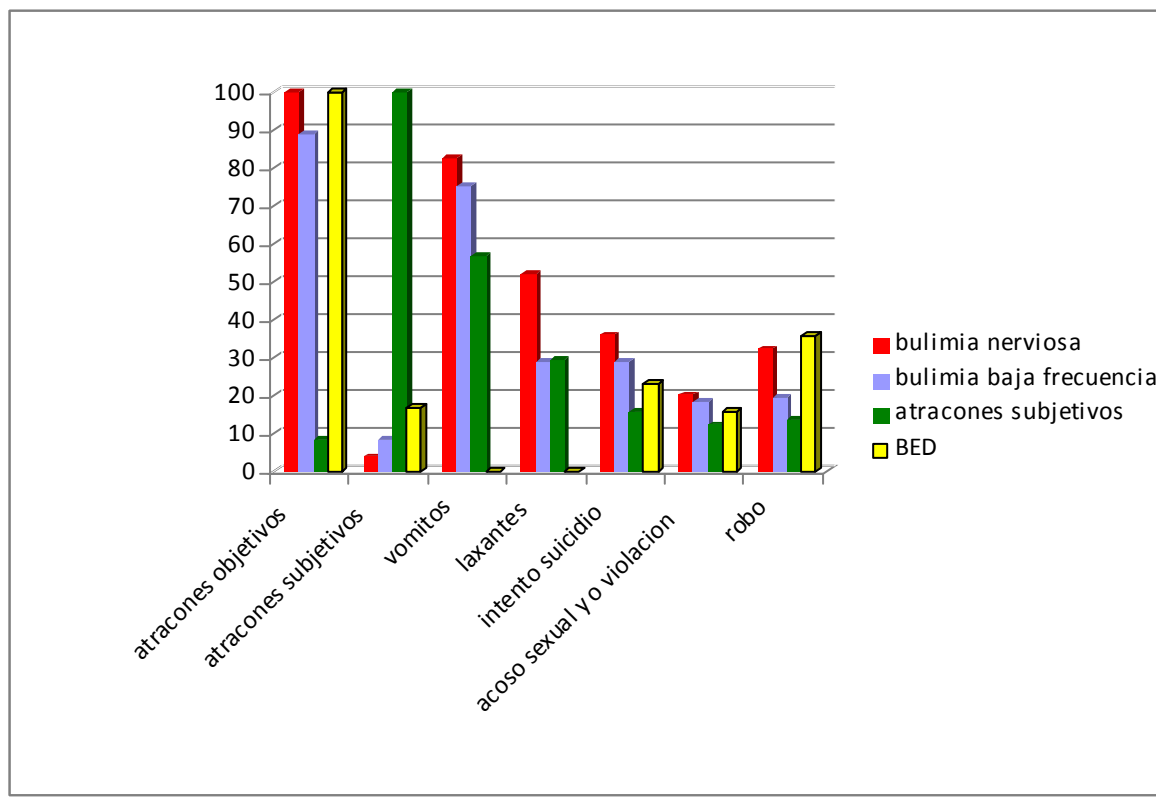
Programa de Trastornos en la Conducta Alimentaria, Departamento de Salud Mental, División Psiquiatría de Enlace, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA), enfermedades psíquicas que se expresan a través de conductas que alteran los hábitos alimentarios, están recibiendo cada vez más atención tanto a nivel científico como social, debido a su frecuencia creciente y a la morbi-mortalidad que implican. Estos trastornos se apoyan en cuatro pilares etiológicos –todos necesarios pero ninguno aisladamente suficiente-: la personalidad previa, el marco social propiciatorio, una familia con determinada estructura y dinamismos y una predisposición biológica que torna particularmente vulnerables a ciertas jóvenes. De ellos, los dos cuadros paradigmáticos son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, entre los cuales existen cuadros intermedios que no reúnen los criterios necesarios para ser considerados como verdaderas Anorexias ó Bulimias. Se llaman, en su conjunto, Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). En la primera parte de este trabajo nos hemos ocupado del trastorno no especificado más cercano al polo anoréxico, el TANE Restrictivo. En esta segunda parte describiremos aquéllos trastornos del grupo de descontrol, más cercanos a la Bulimia Nerviosa.

Material: De nuestra casuística de cerca de 2.000 casos observados en los últimos diecisiete años, extractamos una muestra de 500 pacientes con distintos TCA estudiados en detalle y tratados entre 2001 y 2010. El 98.6 % de ellos son mujeres, siendo el 87.5 % de ellas solteras. Su edad promedio fue de 24.12 (DS: 8.28). Dada la presencia casi absoluta de pacientes de sexo femenino en la población afectada por TCA y para facilitar la escritura y la lectura de este trabajo, nos referiremos genéricamente a *las* pacientes.

Características diferenciales entre Bulimia Nerviosa, Bulimia de baja frecuencia sintomática, Atracones Subjetivos y BED:

Representamos estas diferencias en el siguiente gráfico (tabla 6)



Desde una perspectiva clínica, el diagnóstico diferencial entre estos cuadros se hace en base a determinados detalles que presentan sus síntomas:

- Las características del atracón.
- Que exista un *verdadero* descontrol al comer vs. el *sentimiento* de comer fuera de control.
- La presencia de conductas purgativas.

Recordemos aquí los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV para Bulimia Nerviosa:

A.- Atracones recurrentes:

- 1.- Ingesta muy superior a la normal en corto espacio de tiempo (menos de dos horas).
- 2.- Pérdida de control de qué y de cuánto comen.

B.- Conductas compensatorias inapropiadas: *vómitos, laxantes, diuréticos, anorexígenos, ayuno, ejercicios excesivos, etc.*

C.- Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

D.- La autovaloración está exageradamente influida por el peso y la forma del cuerpo.

E.- El cuadro no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Formas clínicas:

a) Purgativo: regularmente usa el vómito, los laxantes y diuréticos como conductas compensatorias.

b) No purgativo: emplea el ayuno o el ejercicio físico excesivo, como conductas compensatorias.

A) Bulimias de baja frecuencia sintomática

Son pacientes con síntomas bulímicos que no alcanzan, por su frecuencia, a constituir Bulimias Nerviosas en sentido estricto. Presentan episodios de atracones objetivos y conductas compensatorias pero no en forma regular, sino esporádicamente y en general en momentos de gran tensión emocional. Estos episodios, al igual que en la BN, constituyen un recurso para la descarga de dichas tensiones. En sus antecedentes personales estas pacientes comparten, en gran medida, las características de personalidad que presentan quienes padecen Bulimia Nerviosa. Ejemplo típico de esto es que viven temiendo abandonos, ya sea reales o imaginarios. Tienen, además, un patrón de relaciones interpersonales intensas pero inestables, en donde alternan permanentemente idealizaciones y autodesvalorizaciones. Una paciente las define de esta forma:

“Me desarrollé muy tarde y eso me trajo muchas inseguridades. Yo era chata y bajita y cuando me vino estaba feliz, hasta ese momento me sentía una nena. Recién ahí me empecé a divertir, empecé a mostrarme y me puse de novia con un chico, pero él no me miraba y entonces se convirtió en una obsesión para mí. Cuando lo conseguí, me aburrí. Estando con él tuve ese período de anorexia. Cortamos y volvimos mil veces, era una relación ficticia”.

Otra característica típica es que tienen una imagen de sí mismas en extremo negativa, dificultades en el control de los impulsos y sentimientos de ira y de vacío. La siguiente viñeta ilustra al respecto:

“En estos días estoy queriendo matar a todos y también me peleo mucho con papá, en el trabajo. Me echa de la oficina constantemente por mis enfrentamientos con el resto del grupo, pero eso es algo que yo no puedo manejar. Me doy cuenta de que estoy bastante irritable con todos, salvo con mi hermano. Con mi mamá es porque controla lo que como y se la pasa diciendo que voy a engordar si no vuelvo a la dieta. Con mi hermana también me la agarro porque me usa el cepillo de dientes, la ropa y todo... “No los soporto, creo que voy a explotar”.

Respecto de sus antecedentes familiares, vemos que son jóvenes que crecieron en familias no bien integradas, donde el desacuerdo y la violencia entre los padres traspasaron la intimidad de la pareja y donde discusiones y gestos agresivos formaron parte de la vida cotidiana. Algunas pacientes refieren haber vivido separaciones complejas de los padres, con abandonos por parte de alguno de ellos y cambios bruscos en la situación económica y social, cambios que les ocasionaron pérdidas de amigos y de lugares de pertenencia. Un dato a señalar es que en estas familias –pese a su integración defectuosa- los ideales estéticos se encuentran en primer plano. Así, ambos padres se han esforzado siempre por mostrarse espléndidos y han ejercido presión sobre sus hijos para que cumplan con dichos ideales. Ilustra esto una paciente:

“Siempre, de parte de mi papá, recibí mensajes básicos: sobresalir en los deportes, estar bien físicamente, dar una buena imagen y no mostrar mucha sensibilidad”.

El cuadro clínico comparte sus características con la Bulimia Nerviosa, excepto que sus síntomas aparecen con una frecuencia menor que la requerida por el DSM IV para el diagnóstico de BN. En palabras de una paciente:

“Anoche no me podía dormir. A las 3 de la mañana me fui a la cocina y me bajé una torta y sé que no lo hice por hambre sino porque cuando como lo que tengo prohibido, recién entonces logro dormirme”.

En otro caso, la paciente sufrió comportamientos alimentarios patológicos desde los 15 años de edad. Comenzó con dietas antojadizas que le provocaron severo adelgazamiento y perdió, años más tarde, el control de sus ingestas, subiendo de peso notablemente. En la actualidad, contando con 26 años, presenta atracones únicamente durante los fines de semana.

Refiere:

“Ahora me pasa los fines de semana, que es cuando me siento sola. Tal vez es una forma de destruirme y luego dormirme, pero no lo puedo manejar a pesar de que sé que no debo hacerlo. Pienso en irme a vivir sola y me da miedo tener estos atracones”.

Estas pacientes presentan un evidente trastorno en su estado de ánimo, frecuentemente son cuadros depresivos ya instalados desde el inicio de su adolescencia. En relación a la fijeza de los síntomas, hemos observado variaciones y una cierta alternancia con otras conductas descontroladas, como por ejemplo: abuso de alcohol, drogas, robos y/o compras compulsivas. Esto estaría relacionado con la inestabilidad general de su personalidad, en la cual la impulsividad tiene un gran protagonismo.

B) Pacientes que presentan atracones subjetivos con conductas compensatorias inadecuadas

Suelen ser mujeres jóvenes que se ven impulsadas a recurrir a conductas compensatorias, preferentemente el vómito autoprovocado, cada vez que ingieren pequeñas cantidades de alimento, en especial de cualquier alimento no planificado por ellas o que consideran como *no buenos*. Estas ingestas son vividas como actos fuera de control, desesperantes y siempre promovidos por la ansiedad. Se trata de pequeños desbordes, los que, no obstante ser pequeños, promueven –debido a la vivencia subjetiva de descontrol que los acompaña– el recurso a conductas compensatorias como al mencionado vómito, o bien a la intensificación de las habituales restricciones alimentarias y de la actividad física. Estas jóvenes también recurren al empleo de laxantes y/o diuréticos. Un claro ejemplo lo aporta una paciente al decir: *“fue algo tremendo, me comí todo”*... refiriéndose a dos galletitas de agua comidas fuera del antojadizo plan alimentario autodiseñado para ese día. Otra paciente relata:

“Un típico descontrol mío es cuando estoy en la oficina y me levanto a hacerme un café fuera de horario. Seguro que ahí como algo, una galletita, por lo menos. Después, si tengo que salir a hacer algún trámite, empiezo a sentir mi panza, a verme gorda. Me siento culpable por haber comido y si ese día tenía programado salir con mis amigas, no lo hago.”

Y agrega:

“Comer me despierta culpa, independientemente de la cantidad que haya comido. He llegado a vomitar hasta luego de beber dos vasos de agua”

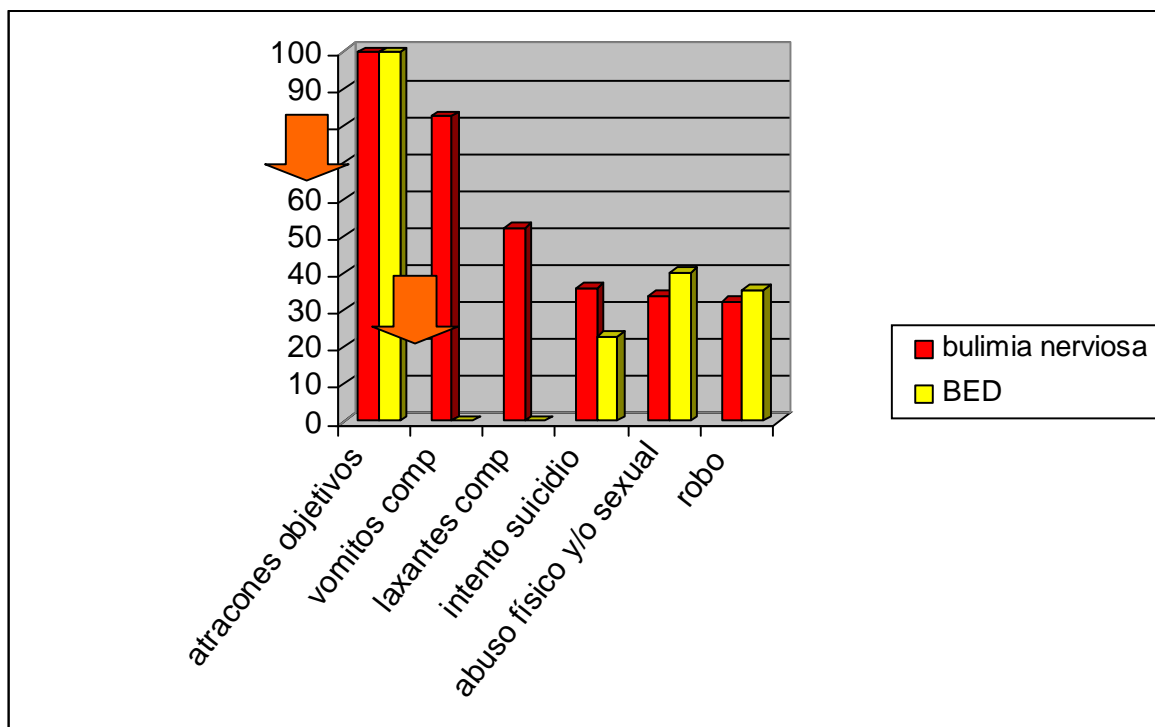
En sus rasgos de personalidad ellas comparten varias características con la Anorexia Nerviosa y con el trastorno restrictivo, sobre todo el alto nivel de autoexigencia, de perfeccionismo y de autocontrol. También muestran una sobrevaloración de sus aspectos intelectuales a expensas de los afectivos, siendo éstos vividos como algo peligroso y desestabilizante, razón por la cual evitan el contacto emocional con los demás. Suelen ser personas inseguras e indecisas, muy sensibles y proclives a sentirse no aceptadas. Sus sentimientos de desvalorización no se condicen, en general, con la imagen que muestran.

De expresión emocional fría y rápidamente cambiante, su forma de hablar se conjuga en primera persona y carece de matices. Asimismo, son fácilmente sugestionables y consideran que sus relaciones con los demás tienen una profundidad que la realidad no convalida.

Viven sumamente preocupadas por la posibilidad de ser criticadas o rechazadas en las diversas situaciones sociales y se sienten expuestas a la mirada de los demás. Su sentimiento de inferioridad las torna inhibidas en las situaciones interpersonales nuevas y se ven a sí mismas como socialmente ineptas y poco o nada interesantes.

El temor a exponerse y la vergüenza están aquí en estrecha relación con la puesta afuera, proyectiva, de una autoevaluación sumamente negativa. Tienen una sensación de no estar nunca a la altura que las circunstancias exigen. También presentan marcados rasgos evitativos, por lo cual eluden realizar tareas que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a la crítica, a la desaprobación o al rechazo. Así, se muestran reacias a implicarse con los demás si no están seguras de que van a agradar. En pos de ese objetivo de agradar intentan mostrar un cuerpo tan delgado como creen que los demás desean ver.

C) Pacientes con Síndrome de Descontrol Alimentario



Son cuadros caracterizados por episodios recurrentes de atracones objetivos sin conductas compensatorias posteriores, motivo por el cual evolucionan a la obesidad. En sus antecedentes personales, estos pacientes –que también suelen registrar antecedentes familiares de obesidad, especialmente las madres- refieren dificultades en relación a sus conductas alimentarias, con sobrepeso ya desde la primera infancia o la pubertad. Esta situación configuró su relación con los otros niños de forma muy particular, habiendo sido, con frecuencia, burlados o criticados, lo que los llevó a retraerse socialmente al punto de no querer participar de las actividades propias de su edad. También presentaron dificultades para adaptarse a situaciones nuevas, como el inicio de las actividades escolares y sociales, estando muy apegados a sus casas y a sus madres. Un ejemplo de esto que señalamos lo ofrece una paciente que fue llevada a consulta nutricional a los 7 años de edad, quien relata que en su casa le escondían la comida para que no siga aumentando de peso. A otra paciente, le fueron recetadas anfetaminas a los 10 años de edad en el marco de un tratamiento para adelgazar (hemos hallado, con cierta frecuencia, el uso de anfetaminas en estos pacientes).

Tal como sucede con casi todas las pacientes que presentan trastornos en la conducta alimentaria, el inicio de la sintomatología coincide con el despertar de la adolescencia y el acercamiento con el otro sexo. Una joven lo trasmite así:

“Hasta los 16 años ya fui normal en todo, era la mejor alumna hasta que me enfermé. A esa edad me puse de novia y a los dos meses comencé a no comer o a comer mucho. Empecé a sentir cosas, estaba alterada, no tenía con quien hablar, nadie tenía novio aun. Subía y bajaba de peso y desde ese momento, cada vez que comienzo una relación, luego de haber perdido el peso que gané en la anterior, me enloquezco y empiezo a comer sin límites”

Estas pacientes pertenecen generalmente a familias disfuncionales que han sufrido separaciones complejas o bien refieren el fallecimiento de alguno de los padres a muy temprana edad. Respecto de la

disfuncionalidad familiar hemos observado que suelen conocer la infidelidad de uno de los padres y soportan silenciosamente la presión de ser depositarias de éste o de algún otro secreto familiar.

En estas pacientes solemos encontrar también antecedentes de abuso sexual -más raramente de violación- mantenidos en reserva por mucho tiempo. En algunos casos la niña denunció dicha situación y por diversas causas, ajenas a ella (por ejemplo intereses comerciales o desestimación de lo sucedido por parte de su familia), esas ofensas no fueron desagraviadas. En otros casos, la joven nunca pudo contar esos hechos -incluso cuando dichos abusos continuaban- debido a que seguía conviviendo con el abusador, miembro de su núcleo familiar cercano. Algunas pacientes, en el transcurso del tratamiento, lograron recuperar estos episodios reprimidos en su memoria. Otro detalle observado en nuestros pacientes es que experimentaron situaciones de colecho prolongado, legitimadas por su entorno. Un ejemplo de esto lo brinda una paciente que nos refirió que hasta los once años de edad se pasaba a la cama de sus padres por miedo a que entren ladrones por la ventana de su habitación.

Con frecuencia estas pacientes viven solas debido a que la convivencia con otras personas, familiares o amigas, fue imposible o porque se separaron de la familia por diversas causas como el comienzo de sus estudios lejos de su lugar de origen, la necesidad de la familia de emigrar por cuestiones laborales, etc.

Nos encontramos también en estos casos, con padres varones (más que madres) que tienen una actitud descalificante hacia la gordura. Estas pacientes tienden a creer que la solución de *todos* sus problemas va a llegar asociada a la reducción de peso, creencia en general compartida con su medio familiar. Otra situación que se repite es la de los premios, castigos y sobornos, que se iniciaron en la infancia y se repiten en la relación familiar actual, generando un tipo de vínculo de tinte perverso. Una paciente relata lo siguiente:

“Durante el colegio el trato era que si yo no lloraba durante un mes me regalaban una muñeca grande y eso funciona hasta hoy porque si llego a bajar de peso mi papá me dijo que me paga las extensiones de cabello que yo tanto quiero. También él suele pesarme y me dice que si no subo de peso, me regala lo que yo quiera, un juguete o una salida”

Esta paciente en un momento determinado llegó a amenazar con subir de peso si no le pagaban un viaje o le compraban un auto. Dice:

“Cuando me dijeron que no me compraban el auto me encerré y comencé a comer como loca; no soporto que me contradigan”

En concordancia con lo observado en las enfermas bulímicas, sus madres suelen ser mujeres muy ansiosas con imposibilidad de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé y que, ante cada requerimiento de éste, responden alimentándolo. Luego, ya en la adolescencia, la joven -ante requerimientos emocionales de importancia- recurren a conductas orales, de todas las cuales la más clara es la de comer con cierto grado de descontrol, lo que constituye la antesala del cuadro que estamos describiendo.

En su sintomatología, las pacientes que padecen un síndrome de descontrol alimentario presentan atracones recurrentes pero sin conductas compensatorias efectivas. En este sentido, intentan llevar adelante dietas que habitualmente transgreden a poco de comenzarlas. Muchas pacientes, a lo largo de la historia de su trastorno, han intentado recurrir a los vómitos o a otras conductas

compensatorias, sin éxito. Todas tienen sobrepeso, por lo cual la insatisfacción con su propio cuerpo está ligada a la forma real del mismo, no existiendo distorsión de la imagen corporal.

Otras características clínicas de estas pacientes son presentar ansiedad permanente, gran dependencia y estar siempre alerta ante los signos del temido rechazo por parte de los demás. Ese temor las lleva, en muchas oportunidades, a evitar situaciones sociales, sobre todo si implican el contacto con gente desconocida. Una paciente nos cuenta lo siguiente:

“Me siento a comer y luego, casi inmediatamente, me pongo mal... me siento culpable”.

Otra paciente dudaba si asistir o no al casamiento de su hermanastra porque se encontraría con una parte de la familia que no conocía. *“No soy capaz de soportar esas miradas”* confesó. Finalmente, luego de elaborar en la psicoterapia su temor a ser rechazada, pudo asistir y divertirse (aunque refiriendo: *“no me levanté de la mesa en toda la noche”*). Esta misma paciente agregó luego:

“Me paso la vida pendiente de la mirada de los demás, yo me siento mucho más gorda de lo que los otros me ven”.

Estas pacientes tienen también grandes dificultades para tolerar la soledad, siendo en esos momentos de gran malestar cuando generalmente aumentan su ingesta y aparecen los descontroles. También tienden a relacionarse con los demás “haciendo cosas por ellos”, buscando sentirse importantes, imprescindibles, como modo de obtener seguridad. Esto sucede a expensas de su propia vida, de la cual no pueden hacerse cargo adecuadamente. Una paciente, empleada de una veterinaria, nos cuenta su dificultad para poner límites a su trabajo, lo que termina sobrecargándola y dice:

“No puedo decir que no a nada porque me siento en falta. El domingo rompí la dieta y me sentí muy mal, además tuve que ir al trabajo en mi día libre porque había que ir a una quinta a sacrificar a un perro. Ninguno de los dos veterinarios apareció. A veces me da miedo no poder hacer lo que me indican...pero en el momento en que me lo piden, más allá de todo y aunque me parezca injusto y me de bronca, no puedo decir que no. Después me como todo lo que encuentro... No puedo pensar en mí.”

Como dos características psicopatológicas centrales –aunque comunes a todas las personas que padecen TCA- estas pacientes presentan profundas sensaciones de vacío acompañadas de una imperiosa necesidad de llenarlo. Poseen además una muy baja tolerancia a la frustración y un penoso sentimiento de desvalorización personal. Suelen ser inmaduras emocionalmente, con una importante incapacidad para evaluar las consecuencias de sus actos.

Una paciente refiere:

“Mi marido se fue al campo y volvió al otro día y eso me dio rabia porque no me avisó. No me pude dormir y comí como loca; me agarró una ansiedad tremenda, sentía que se me venía el mundo encima; no puedo cambiar.”

Tal como sucede en otras patologías de descontrol alimentario, vemos en estos pacientes marcadas dificultades para decodificar las emociones y sensaciones provenientes del cuerpo. Un ejemplo de esto lo aporta una joven que, aunque se encontraba engripada, no podía explicarse la razón

de su cansancio y malestar (no es de extrañar, entonces - como ella misma concluye- que le cueste tanto percibir la sensación de saciedad). Dice ella:

“Es verdad que no tengo conciencia de mi cuerpo; antes de la operación me tuvieron que cortar los anillos porque no me salían, el que me los sacó se disculpó y yo le dije que no se preocupe; después me di cuenta de que me había lastimado el dedo, pero yo estaba preocupada porque él debía estar pensando: “¡a esta gorda no le salen ni los anillos!”

Dentro de los trastornos por descontrol alimentario, encontramos un subgrupo de pacientes capaces de mantener durante el día conductas dietantes -o incluso adecuadas con la comida- pero que presentan descontroles nocturnos. Estos episodios suelen estar asociados a momentos de gran tensión en su vida diurna, pero al llegar la noche y aflojar los controles, encuentran una ocasión de descarga. En general, estos “comedores nocturnos” (NES, por sus siglas en inglés), consultan más tardíamente. Tal como sucede con el BED, con notable frecuencia hemos visto este cuadro - asociado necesariamente con sobrepeso- en varones. Una paciente, profesional, de 36 años, lo describe así:

“Me levanto a comer en mitad de la noche, semidormida, sin pensar. Como algo dulce y sólido, eso es mi debilidad. Me dura unos minutos, al volver a la cama la sensación es horrible, siento que otra vez algo anda mal... pero enseguida me duermo.”

En ella, los descontroles nocturnos aparecen ligados a intolerables situaciones de desvalorización que sufre en su trabajo durante la víspera y que son vividas como injustas, por ejemplo el no ser adecuadamente reconocida.

D) Pacientes que mastican y escupen

Es un cuadro de escasísima frecuencia, configurado por pacientes masticadoras que trituran grandes cantidades de alimentos para luego escupirlos. Sus características clínicas son las siguientes:

- Mastican y escupen la comida
- Son comportamientos ritualizados y practicados en soledad.
- Son conductas que también pueden verse en pacientes que reúnen, como trastorno principal, criterios de Bulimia Nerviosa.
- Presentan, como antecedente histórico personal, el hecho de que su familia siempre ha estimulado el control de su peso corporal.
- El ritual alimentario que presentan les permite relajar la estrictez de sus dietas y su preocupación por su silueta y peso.

Es un cuadro clínico que se presenta preferentemente en mujeres hacia el final de la adolescencia. La paciente intenta manejar estas conductas por algún tiempo antes de consultar. Suelen ser jóvenes con un buen nivel de instrucción, muy ansiosas y con una permanente necesidad de agrandar, lo que las lleva a estar alerta ante cualquier manifestación que les indique que el otro las critica o siente desagrado hacia ellas. Incluso es habitual verlas recurrir a cualquier mentira para evitar sentir crítica o

rechazo. También en ellas la impulsividad tiene una fuerte presencia, tanto en el ámbito de la comida como en otras áreas, por ejemplo los robos, lo que suele provocar situaciones difíciles.

En su historia personal registran, asimismo, una gran dificultad para terminar los proyectos que han comenzado. Estudios y relaciones quedan truncos y esto las hace sentir fracasadas, lo que agrava la sensación de muy baja autoestima que ya sufren, explicando, en parte, la sintomatología depresiva presente. En las tres viñetas siguientes, una de nuestras pacientes ilustra claramente lo que acabamos de señalar:

“Yo no soy alguien que se quiere a si misma. Tengo mucho odio dentro mío, odio que descargo con el masticar y escupir. Siento un vacío enorme, por momentos es más notable y veo que hago cosas que me llenan, en parte, pero me las ingenio como para no disfrutarlas”.

“Me hubiera gustado ser distinta, haber estudiado, triunfado en algo, pero por ser vaga no lo hice...Estoy triste, voy a cumplir 27 años y no hice nada de mi vida”.

“No puedo entender lo mal que me trato: mastico y escupo, me automedico, me aislé y no tengo amigos ni nadie que me llame por teléfono, ni tengo proyectos. ¿Cómo es posible que pueda hacerme tanto mal a mi misma...?”

Son pacientes en quienes se destaca una importante polarización entre sus propios intereses y las expectativas que sienten que los demás han puesto en ellas; es decir que litigan dentro de sí sus necesidades y sus ideales. Agrega nuestra paciente:

“Por momentos me siento bien, sobre todo cuando estoy flaca. No sé disfrutar de las cosas, me siento insatisfecha, en todos lo órdenes me siento mal conmigo. Me propongo cosas que no puedo cumplir y me torturo”. “Siento que tengo que gustar a todo el mundo y cuando no lo consigo me siento mal. Lo valorado está afuera y la desvalorización está adentro”.

En sus antecedentes personales vemos que desde los comienzos de la adolescencia y a veces desde la primera infancia misma, es decir durante un largo período previo al surgimiento del síntoma de masticar y escupir, estas jóvenes han presentado dificultades con la alimentación y una excesiva preocupación por su silueta corporal. Esta preocupación fue compartida con otros miembros de la familia, en casi todos los casos la madre, lo cual llevó a que su desarrollo se realizase acompañado de constantes dietas, con períodos en donde predominaban las conductas restrictivas y períodos en donde se destacaba el descontrol. Estas conductas, contradictorias entre sí, determinaron grandes fluctuaciones de peso del orden de 10 a 20 Kg. Relata otra paciente lo siguiente:

“Desde un principio mamá estuvo descontenta con mi cuerpo, ya a la mamadera le ponía sacarina. Siempre la comida fue un tema en casa, nunca fue algo natural y ahora la censura la tengo adentro mío”. “Lo que me pasa no es por hambre. Menstrué a los 13 años; físicamente estaba muy desarrollada y creo que me sentía incómoda con ese cuerpo. A los once años mi mamá me premiaba con dinero por cada kilo que yo bajaba”.

Encontramos en la historia de algunas pacientes, con anterioridad a que se instalen las conductas características que estamos describiendo, períodos restrictivos en los que se hizo un diagnóstico de “anorexia nerviosa” y otros de descontrol en los que frecuentemente fueron consideradas como “bulímicas”. No es sencillo, en esos momentos de sintomatología extrema, precisar la evolución que cabe esperar. En algún momento, llegadas estas jóvenes a la adolescencia, surge la lucha entre la necesidad biológica de comer y el deseo de ser admiradas por su figura. Mientras su

cuerpo les demanda comer, sus expectativas emocionales les imponen la búsqueda de la figura que los demás esperan de ella. Es en este momento en que intentan conductas compensatorias, como por ejemplo el vómito, sin conseguirlo y aparece entonces el curioso ritual de masticar y escupir lo masticado como una especie de “solución”, pues les permite -aunque sea simuladamente- comer, evitando el temido sobrepeso. Nos dice una de nuestras pacientes:

“A los 16 años comencé a masticar y escupir lo que masticaba. Esto fue de menor a mayor y hoy me ocupa toda la vida. Cuando como y no escupo, siento mucha culpa; este tema me ocupa todos mis pensamientos, ya no puedo estudiar pues no logro concentrarme”.

Llama la atención el haber encontrado un alto porcentaje (50% de nuestros casos) de abusos sexuales, a veces concretados por individuos conocidos de la familia y otras veces por algún familiar. Inocentemente, una paciente relataba:

“Mi papá siempre me trató como a una nena, hasta mis quince años me metía en su cama, me hacía cosquillas y me tocaba la cola. Cuando mamá se iba de viaje yo dormía en la cama con él, hasta que un analista le dijo que yo no era su esposa”.

Otra joven refiere:

“Le conté a mis padres lo que me había pasado con el novio de la socia de mamá, que me quería violar; me dio algo para tomar y como no me dormí me robó el reloj. Me sentí mal con la reacción que tuvieron, porque me dijeron que no había sido nada y que lo olvidáramos. Tiempo después, este señor salió en los diarios por violaciones reiteradas y ahí me creyeron... pero no cambiaron su actitud”.

Estas pacientes pertenecen a familias en las cuales se registran antecedentes de miembros con obesidad o con bulimia, picoteos o dietas permanentes. También observamos la existencia de familiares de primer grado con cuadros depresivos. Un ejemplo lo constituye este testimonio:

“A mi papá, desde que lo operaron del corazón, lo pusieron a dieta, pero se pasaba toda la noche picoteando comida de la heladera y mamá aún no deja de decir que comer dulces es un pecado”.

Son familias con padres varones que han participado poco o nada en la educación de sus hijos y con madres siempre preocupadas por sus dietas y por su propio aspecto físico, así como el de sus hijos. Una de las pacientes ya citadas refirió al respecto:

“Con papá nos distanciamos a mis 8 años, no sé por qué, pero ahora tener esta enfermedad me sirvió para acercarme; soy muy dependiente”.

La sintomatología más llamativa se presenta en los episodios de masticar y escupir en soledad, aunque también les ocurre cuando ya no pueden evitar comer acompañadas. Lo que hacen en este último caso es masticar la comida para luego, hábilmente, deshacerse del bocado masticado ocultándolo en una servilleta o en los bolsillos, para tirarlo luego. Tal como vemos en muchas enfermas bulímicas que vomitan, la imposibilidad de realizar sus rituales con comodidad genera en quienes

mastican y escupen una creciente ansiedad cargada de agresividad, que se torna insoportable y que lleva a recurrir a mentiras, peleas y excusas para poder comer en soledad. Refiere otra paciente lo siguiente:

“En soledad preparo toda la escena: me cuido de no ensuciar, cubro la mesa y el piso con papeles de diario, o consigo bolsas de residuos para escupir lo masticado. Me pongo ropa vieja y me paso un buen rato masticando y escupiendo unas 10 o 12 baguettes, 2 o 3 kilos de fideos o alguna torta... es como una droga. Cumplo así con el deseo de mi cuerpo y con el deseo de mamá de estar flaca”.

Una de las jóvenes cuyos relatos ya hemos referido nos decía:

“Desde que recuerdo, mi madre se pasaba todo el tiempo haciendo dietas. Para ella era pecado comer dulces o un chocolate en casa, entonces cuando yo volvía del colegio me comía tres o cuatro alfajores en el kiosco y, una vez en casa, comía los cereales que ella me preparaba. Así, las dos quedábamos contentas”.

Los episodios que presentan estas pacientes calman su ansiedad y su agresividad, siempre asociada a una elevada impulsividad. Estos rituales no despiertan una significativa culpa posterior ni autorreproches.

Durante un tiempo prolongado, a partir del comienzo de estas conductas alimentarias se va empobreciendo la vida psíquica, pues el tema llega, como ya hemos señalado, a desplazar a todo otro interés personal. Poco a poco estas jóvenes abandonan sus proyectos, se distancian de sus amistades y empiezan a mostrar una marcada dificultad para sentir placer a cualquier nivel. Aparecen los robos de dinero o de comida, pues deben estar seguras de tener alimentos a mano y mienten para conseguir ese espacio de soledad que le permita esquivar cualquier invitación que las exponga a comer delante de otras personas. Una paciente, con cierta desafectación emocional, nos decía:

“Miento. Ya miento por todo, no lo puedo controlar. Me peleo con mi novio y armo escenas para quedarme sola... es como una locura que me agarra; me siento ansiosa y lo que quiero es quedarme sola para terminar comiendo así, masticando y escupiendo, que es una cosa curiosa que descubrí hace poco tiempo”.

Los episodios no solo calman la ansiedad. Enfatiza ella en un intento de aclarar lo que dice:

“Es ansiedad, y digo ansiedad, no hambre, porque no es hambre lo que tengo”

Y agrega:

“Recuerdo que me provocó felicidad, después de descubrir que no podía vomitar, el haber encontrado este método para comer y luego escupir. Pienso en esto y siento como una euforia”.

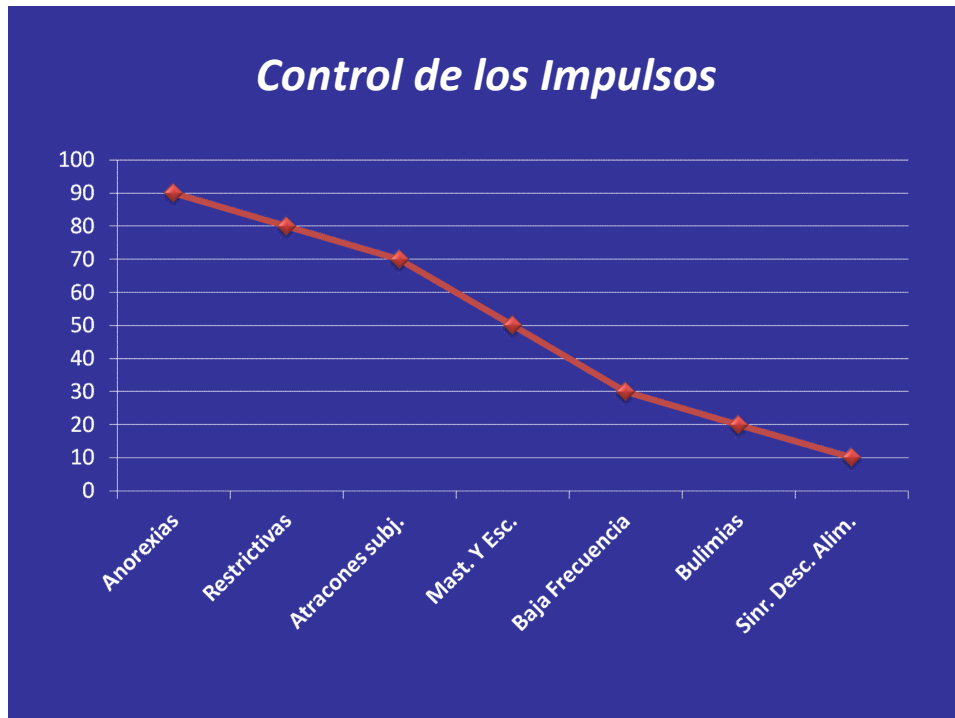
A lo largo de las descripciones que hemos realizado en esta revisión, resulta clara la existencia de un gradiente de impulsividad creciente en la medida en que avanzamos desde el polo anoréxico hacia el bulímico. Tanto en el examen semiológico inicial como en las escalas de medición psicológica y en las evoluciones específicas, este gradiente determina las diferencias clínicas que observamos en cada grupo de pacientes.

Podemos describir a la impulsividad como una dificultad para resistir la realización de un acto desenfrenado, en general perjudicial para la persona o para terceros. A nivel subjetivo, quien experimenta un impulso suele sentir una especie de tensión interior antes de ceder al acto. La descarga impulsiva de dicha tensión acumulada genera un alivio inmediato el que puede ser seguido de un malestar personal debido al arrepentimiento o la culpa por las consecuencias que la descarga generó.

La impulsividad que experimentan las pacientes con TCA es un fenómeno que cabalga apoyado en dos estribos: a) una reactividad emocional instantánea y siempre más o menos violenta y destructiva (de sí misma y de la comida -por ejemplo en la Bulimia-) y b) una facilitación neurobiológica necesaria. El primer factor, el emocional, expresa a cuestiones profundas del psiquismo, como la ya mencionada baja tolerancia a la frustración. Entre las manifestaciones que evidencian la existencia de un Yo débil, una persona mostrará intensa ansiedad imposible de ser contenida, baja tolerancia a la frustración y una impulsividad más o menos intensa. Estos tres elementos determinan dos cuestiones de máxima trascendencia: sus relaciones con el mundo que los rodea y las características clínicas de su trastorno (en nuestras pacientes, los síntomas alimentarios). Existe una correlación positiva entre el número de conductas impulsivas y la mayor gravedad del TCA.

Respecto de la falla en el control de los impulsos, es una tendencia que se manifiesta con mayor o menor intensidad, a modo de “un espectro de trastornos impulsivos”, según el tipo de trastorno de que se trate. Todos ellos presentan una respuesta compartida a los fármacos que potencian la actividad de serotonina, dado que existen claros índices biológicos de una disminución de la actividad de este mediador en la patogénesis del descontrol. Podemos decir que en la Bulimia Nerviosa existe una predisposición o *terreno* impulsivo que condicionaría la aparición de los síntomas alimentarios. Presenta una mayor especificidad en torno a la comida, pero no se limita a su vínculo con ella, pues los otros objetos de su interés, especialmente las personas que conforman su mundo de relaciones, son también motivo de descargas impulsivas voraces, tanto más cuando son vividas por la paciente como fuente de decepción o frustración. La Bulimia multiimpulsiva podría servir muy bien de paradigma de la falla global en los mecanismos de inhibición y control de los impulsos. La relación entre la Bulimia Nerviosa y otros trastornos impulsivos quedaría establecida por la frecuente comorbilidad de este TCA con otros trastornos del control de impulsos, como son el abuso de sustancias, la cleptomanía, la promiscuidad sexual, etc. y en la comorbilidad con personalidades de tipo impulsivo, especialmente el trastorno límite.

En el gráfico siguiente intentamos mostrar el desplazamiento creciente del elemento impulsivo en el abanico de síntomas que se despliega desde la Anorexia Nerviosa hasta la Bulimia. El valor de 100 representa al máximo control, que aparece en las Anorexias Restrictivas puras (a nuestro criterio las únicas “anorexias” verdaderas). La presencia de cierta impulsividad en el subgrupo denominado “purgativo” explica el no posicionamiento del score en el valor 100 para el grupo “Anorexia Nerviosa”.



Conclusiones:

Motivó nuestro interés por realizar este estudio, el alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno No Especificado de la Conducta Alimentaria (TANE) que hemos recibido en nuestro Programa. Una vez revisada la bibliografía sobre el tema, creímos de interés práctico el clasificar estos trastornos en cinco tipos -vinculados por ciertas semejanzas- y estudiar con mayor profundidad las características presentes en cada uno de ellos. La sintomatología de estos síndromes intermedios no reúne los criterios requeridos internacionalmente para acreditar la condición de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, pero sí funcionan como entidades estables. Estas condiciones, duraderas en el tiempo, poseen como sentido teleológico el mantenimiento del equilibrio emocional en aquellos pacientes que buscan reforzar sus controles, o bien la búsqueda de recuperar dicho equilibrio en quienes el descontrol es una conducta habitual.

Teniendo en cuenta el desarrollo de los dos cuadros paradigmáticos, Anorexia y Bulimia, podemos decir que, en algunas oportunidades, los síntomas que caracterizan a las categorías no especificadas pueden presentarse a modo de pródromo o como cuadro residual.

Discusión:

Los resultados de este estudio ilustran sobre la importancia de emplear una clasificación de los subtipos de TANE en el diagnóstico de TCA. Cada uno de estos subtipos tiene un patrón sintomático

propio así como rasgos de personalidad que no son uniformes. Un sistema de clasificación más específico orientará a los profesionales en la implementación de estrategias terapéuticas más precisas.

Bibliografía:

- Asociación Americana de Psiquiatría. *“DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico”*. Editorial Masson, Barcelona, 1995.
- Viñetas clínicas aportadas por nuestras pacientes, a quienes agradecemos las enseñanzas que nos han brindado.