

LA ANOREXIA-BULIMIA

Por Enrique ROJAS

Catedrático

La «anorexia-bulimia» es una enfermedad relativamente reciente. Ocurre aquí justamente lo contrario que con la depresión, ya que desde muy antiguo encontramos descripciones de ella: en Mesopotamia, en los papiros egipcios, en el mundo judío, en los persas, hasta llegar a Hipócrates y Galeno. Pero de esta enfermedad no empieza a hablarse hasta la segunda mitad del siglo XIX: con el médico inglés Gull y el francés Lasegue, que se interesan por ella desde caminos distintos.

¿En qué consiste, qué características tiene, en qué edades se produce? Yo diría que es una enfermedad que nace como consecuencia de «la moda de estar delgada», que se ha ido imponiendo en el mundo occidental, en la mujer en los últimos decenios. Hoy, el prototipo de mujer que se presenta en los medios de comunicación es el de una chica esbelta, casi plana, de figura esbelta y de dimensiones longitudinales. La televisión y el cine han sido sus principales propulsores. De ahí arranca la anorexia-bulimia, que puede definirse como «una enfermedad de origen psicológico, que se da en chicas adolescentes en un 95 por 100 y que consiste en dejar de comer por miedo/pánico a engordar»: Este es el principio, pues luego, con el desarrollo de este trastorno, las cosas se van haciendo más complicadas.

En la mayoría de los casos se asocia la «bulimia»: episodios intermitentes en los que se pierde el control alimenticio y se come con voracidad de todo aquello que engorda y que normalmente esa persona procura no tomar. Hay un movimiento pendular, que va de un extremo a otro: negarse a comer cueste lo que cueste (anorexia) o comer de todo «lo prohibido» («bulimia»), que suele darse como mecanismo de compensación ante dificultades, frustraciones o situaciones de ansiedad.

A medida que avanza esta patología se asocian los siguientes síntomas: esa persona empieza a vomitar, para evitar que la comida ingerida le pueda engordar. Al mismo tiempo se prueban dietas muy estrictas en calorías, con ejercicios físicos continuados. Más adelante, el vómito empieza a hacerse casi crónico, se utilizan laxantes con frecuencia y también diuréticos (para eliminar líquidos). Toda la conducta a lo mismo: «evitar engordar». La imagen que se tiene de la gordura es muy negativa: descalifica socialmente, margina y produce un complejo de inferioridad enorme. En los cánones de la belleza que hoy se lleva, la mujer es presentada con una figura muy delgada, que se ha ido expandiendo y que constituye la regla de oro de la forma femenina.

De este modo se instala un cuadro clínico, una enfermedad, presida ya por los siguientes síntomas: junto a la obsesión por no engordar, se hacen fijos la tendencia a casi no comer nada, que se contraponen con el descontrol de la comilona, junto al vómito repetido, los laxantes y los diuréticos, todo lo cual va a terminar en una «desnutrición muy acusada», que se desliza hacia la ausencia de menstruación (amenorrea), desequilibrios electrolíticos, deshidratación, arritmias cardíacas, hipotensión arterial, bradicardia, estreñimiento, edemas periféricos, ojos hundidos, huesos salientes bajo una piel seca y rugosa y con aumento del bello (hipertrichosis) en el labio superior y en las extremidades. Estamos ante una grave disfunción hipotalámica (trastorno de la regulación de zonas cen-

troencefálicas), con implicaciones de otras glándulas: la hipófisis, los ovarios... todo lo cual se va a quedar reflejado en las pruebas analíticas: anemia, hipoglucemia, leucopenia (disminución de las defensas), aumento paradójico del colesterol en muchos casos y una disminución de las proteínas plasmáticas, descenso de las hormonas tiroideas y ováricas, con una clara alteración del eje cerebral hipotálamo-hipofisario.

A esta enfermedad se le han dado diversos nombres, según el énfasis que se quiera poner en su descripción: «fobia al peso, obsesión por no engordar, neurosis por mantenerse delgada, vomitadoras crónicas, anorexia psicológica», etcétera. En la mayoría de los casos hay una constante, «la negación de la enfermedad», por parte de quienes la padecen. Hoy, al dar los médicos información sobre ella, muchas lo aceptan a regañadientes, pero por la presión familiar se dan cuenta que no están bien ni física ni psicológicamente.

Para hacer más didáctica la exposición voy a enumerar las cinco áreas principales de conflicto que se observan en estas adolescentes:

1) «Conflicto con la imagen del propio cuerpo»: la imagen externa de cada uno es como la tarjeta de visita. Somos nuestro cuerpo y tenemos nuestro cuerpo. El cuerpo es el vehículo mediante el cual nos presentamos ante los demás. En el encuentro interpersonal, lo primero que se destaca es la presencia física global, inmediatamente después, la cara. Decía Merleau Ponty que nuestro cuerpo es una sorpresa para el otro. En definitiva, hay que abordar el estudio de la anorexia-bulimia desde la psicología del cuerpo. En alemán existen dos vocablos: «Körper», cuerpo como objeto o como realidad exterior y «Leib»: cuerpo como realidad vivida. Uno y otro equivalen al «extracuerpo» o cuerpo propiamente dicho y al «intracuerpo» o corporalidad. Una de las principales patologías del primero es la anorexia-bulimia y las obsesiones por la estética facial (hoy tan de moda en la cultura de la imagen); mientras que de la segunda, su representante más genuino es la hipocondría.

La psicopatología interpreta este trastorno como «una percepción deformada del propio cuerpo», ya que estas jovencitas «casi nunca se ven delgadas» incluso cuando se pesan delante del médico y la báscula ofrece unas cifras ciertamente alarmantes. En esas condiciones, me decía una enferma mía: «No se qué pensar, doctor, porque la verdad es que yo aún no me veo delgada.» Esta es una manifestación que casi nunca está ausente de la enfermedad. La percepción vertical suele ser bastante correcta, mientras que la horizontal está claramente alterada: se perciben a sí mismas más anchas, exagerando de forma patológica cuando objetivamente (al principio de la enfermedad) hay todavía algunas zonas laterales con una cierta condensación grasa.

Esto lleva a no comer en familia, ni en grupo, sí a solas, con lo que se come sólo lo que se quiere y se evita ser observada por los que conviven con ella. Si lo hacen en la mesa, con el resto de la familia, suelen tener la habilidad de guardar la comida en la servilleta, en el bolsillo, en una bolsita de plástico... y si no pueden hacerlo, inmediatamente

de terminar de comer, se van al cuarto de baño y vomitan todo lo ingerido. De ahí la complejidad de la situación, si se les fuerza a

comer en la presencia de otras personas, puede ser peor.

Hay dos subtipos: las «anoréxicas sin bulimia», que responden a un perfil psicológico caracterizado por la introversión, son siempre de menos comer y viven todo lo que les está sucediendo con menos ansiedad y agobio. Por el contrario, las «anoréxicas-bulímicas», que son las que vomitan, suelen ser más extrovertidas, tienen más edad, confiesan tener bastante apetito y más ansiedad.

2) «Conflicto con la familia»: No siempre se producen en el seno de familias conflictivas. He tenido más una paciente cuyos padres y hermanos eran psicológicamente bastante sanos. Pero otras veces no es así: la convivencia entre los padres no es buena ¡hay unas relaciones entre la hija y la madre muy deterioradas, en muchas ocasiones todo es debido a la falta de habilidad psicológica de la madre para tratar a su hija, careciendo de recursos psicológicos y mano izquierda; es habitual cierta rivalidad entre la enferma y alguno de sus hermanos. Ciertos psiquiatras, muy dedicados al estudio de estos padecimientos, consideran la enfermedad como un síntoma de un núcleo familiar neurótico. Se han descrito, también, patrones de conducta inadecuados: madres excesivamente hiperprotectoras, rígidas, familias en donde los conflictos interpersonales se aplazan sin buscar una solución, así como la vigilancia exagerada de la familia en relación con la comida de esa persona, llegando ella a tener la impresión de «estar totalmente controlada», convirtiéndose especialmente en la «gran observada de su madre». Todo esto tendrá una enorme importancia a la hora de hacer un «diseño terapéutico» adecuado.

3) «Se asocia en la gran mayoría de los casos una depresión». Con todo su cortejo sintomático: tristeza, apatía, decaimiento, falta de ilusión, ansiedad, nerviosismo exterior (a veces en forma de «acatisia»: no poder estar quieto, caminatas sin rumbo, ir de acá para allá).

4) «Conflicto con su personalidad»: En esa etapa de la vida es cuando se troquea y fragua un estilo propio y personal. Al encontrarse mal, emergen archipiélagos de desajuste, tales como: inestabilidad emocional (grandes cambios de ánimo), una susceptibilidad extraordinaria, inseguridad, complejo de inferioridad, aislamiento progresivo de su círculo de amistades, por evitar sobre todo preguntas y comentarios en torno a su tipo.

5) Por todo lo anteriormente dicho se produce una «paralización del proyecto personal»: que va desde los estudios al trabajo profesional si ya se tiene, pasando por dificultades para las relaciones sentimentales o para vivir la vida como anticipación, con metas, proyectos y objetivos concretos.

El pronóstico es bueno si se inicia pronto el tratamiento. Cuando la evolución es más larga, todo es más difícil. La clave está, en cuanto al porvenir de la misma, en asociar tres ingredientes simultáneos en la terapia: una medicación (farmacoterapia), unas medidas psicológicas que incluyan un programa de conducta (psicoterapia individual y familiar) y unas pautas que modifiquen el entorno (socioterapia).

La Medicina es ciencia y arte, por eso está tejida conocimiento y amor.