

Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios

Javier San Sebastián Cabasés

Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares

Se revisan los hitos históricos relativos a la descripción y conceptualización de los trastornos alimentarios en la historia de la Medicina, haciendo énfasis en los cambios producidos en la génesis de las anorexias antiguas y modernas, así como en la descripción de las características profundas de la enfermedad anoréxica y de algunas de sus más ilustres representantes históricas.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa; Historia de la Medicina; Alimentación; Restricción; Purga; Hambre; Psiquiatría; Psicósomática.

1. Introducción

El ser humano, en su condición de animal racional, ha visto determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos. Entre éstos últimos deben reseñarse los instintos o impulsos primarios, entre los que merecen mencionarse el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y también obtener placer), y la sexualidad (promovida también por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción). Por otra parte, desde antiguo el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento del encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciándose la relación y la empatía. Son otras las necesidades básicas del hombre, pero las dos mencionadas tienen una estrecha relación con la cuestión de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su evolución a lo largo de la historia. El ajuste de estas necesidades básicas a los requerimientos que supone la existencia en una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o éticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos, como ya

expuso el psicoanálisis en su momento, y como es lógico suponer por otra parte. El individuo alcanza la felicidad de las maneras más dispares, y ello supone el control, por diversos mecanismos, de las pulsiones básicas, sustituyéndolas por valores más espirituales o intelectuales que aportan también felicidad. A lo largo de la historia la Medicina y otras disciplinas han abordado desde puntos de vista muy dispares este aspecto fundamental de la condición humana, dando respuestas que van desde la implantación de códigos éticos y religiosos hasta la descripción de enfermedades en las que el hambre y sus alteraciones (desnutrición), la sexualidad (en términos de atractivo-imagen-aspecto renuncia a..) y otros fenómenos psíquicos estaban en primer plano enfatizándose según las escuelas en aspectos más psicológicos, físicos o sociales. En el contexto de esta disparidad de respuestas, aún hoy día diversos autores dudan de la condición de enfermas que pueden tener las anoréxicas (aún cuando su proceso lleve a la muerte), presentando su situación como una forma de entender la existencia, tan respetable como otras. Si se revisan las características personales y existenciales de los grandes ascetas y místicos de religiones cristianas y orientales, se podría concluir que existe una estrecha frontera entre lo que puede considerarse patología o normalidad en lo

que concierne a la alimentación, considerando además que en Psiquiatría dicho límite siempre es difícil de trazar. Gandhi, artífice nada menos que de la independencia de la India, mantuvo durante su vida una alimentación probablemente más hipocalórica e hipoprotéica que la de muchas anoréxicas restrictivas, y nadie pone en duda su condición de personaje admirable, tan pacifista y profundo en sus convicciones como enérgico y resuelto en su manera de ejecutarlas. Desde la óptica psicoanalítica, Gandhi habría sublimado sus pulsiones primarias, dando lugar a su «espiritualización» y transformación en ideales, acompañado todo ello de pragmatismo y coherencia a la hora de llevarlos a la práctica. ¿Fue Gandhi un anoréxico? No es fácil responder a esta pregunta desde planteamientos fenomenológicos e historicistas de lo que suponen estas patologías, si bien, manejando los manuales diagnósticos de consenso actuales (DSM IV, CIE 10) la respuesta es que no. La misma pregunta cabe hacerse de otros tantos personajes históricos en campos como la religión, el arte, la literatura y otros.

2. Los trastornos de la conducta alimentaria en el pasado

La Anorexia Nerviosa

La investigación ha puesto de manifiesto que la Anorexia existe desde antiguo, desconociéndose su prevalencia hasta hace relativamente poco tiempo, con distintas connotaciones entre las que destaca la religiosidad y el misticismo. Prueba de ello es la presencia en el santoral cristiano de representantes del espectro restrictivo y purgativo de este trastorno. En el siglo IX, un monje de Monheim (Baviera), refiere la milagrosa curación de la joven Friderada, que tras un período de apetito voraz, deja de comer por completo, vomita los lácteos que ingiere y finalmente es curada por Santa Walpurgis tras ser llevada a ese santuario (Habermas, 1986). Santa Liberata (Santa Wilgefortis), hija del rey de Portugal, es considerada santa patrona de las mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas,

tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello, tras férrea y persistente restricción alimentaria como rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia. Ello la llevó a ser crucificada por su padre y después canonizada (Lacey, 1982). Probablemente Sor Juana Inés de la Cruz, poetisa mística española del siglo de oro, autora de una fecunda y profunda obra de alto contenido religioso, fue anoréxica restrictiva. Santa Catalina de Siena, nacida en 1347, refiere ya a los siete años su primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo, y en la adolescencia ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan. Las hierbas constituyen con toda probabilidad sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones (Bell, 1985). Llegó a ser consejera del papa Gregorio XI en Avignon, y, tras el fracaso en sus intentos para impedir que se consumase el Cisma de la Iglesia Católica, deja de alimentarse y muere al poco tiempo (Guillemot y Laxenaire, 1994). Sobre Santa Juana de Arco, heroína francesa de la guerra de los cien años, también se ha hipotetizado su posible condición de anoréxica. El sentido fenomenológico de la enfermedad era, en estos casos, el mismo que después manejó de alguna manera el psicoanálisis: la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad; un sentido de la existencia marcado por la penitencia, el sacrificio y también la productividad intelectual y artística. Es decir, a través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de femineidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo. Se trataba de mujeres ascéticas, resistentes, alejadas del mundo material, con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones, aún desarrollando una gran actividad. También en el mundo árabe existen referencias a esta enfermedad. Así, en el siglo XI Avicena describe el caso del joven príncipe Hamadham, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía. En este caso, probablemente el cuadro inicial fuera una depresión (Sours, 1980).

Sabemos de otras probables anoréxicas de estirpe similar, no condicionadas por cuestiones místicas o religiosas, más modernas, como Juliette Gréco, cantante francesa de los años 40-50 y musa de toda una generación de existencialistas, o Simone Weil, superviviente del holocausto nazi y después ministra del gobierno francés. Como vemos, mujeres todas consistentes intelectualmente, con inquietudes trascendentales y no cultivadoras de su físico. ¿Tal vez rechazadoras a priori del mismo y por ello precisamente excesivamente cultivadoras del espíritu o del intelecto?. Según la concepción actual de la enfermedad, ésta podría ser una interpretación. Otra anoréxica purgativa célebre (tal vez bulímica o bulimárica) ésta más reciente, fallecida en condiciones trágicas, fue la princesa Diana de Gales. Sin embargo, ésta podría considerarse más encuadrada en la concepción actual del trastorno, en el sentido de un excesivo culto al cuerpo perfecto. Un rasgo común a todas ellas es la presencia de antecedentes personales altamente conflictivos.

Una enfermedad tan curiosa e incomprensible tenía, por fuerza, que despertar curiosidad en la comunidad científica, como así resultó con ésta. La A.N. está presente desde antiguo en la literatura médica. Ya en 1500, Simone Porta había observado algún caso que podríamos identificar con una Anorexia Nerviosa (Acconero y Baraldi), sin olvidar la mencionada descripción de Avicena. Los primeros textos que describen cuadros similares datan del siglo XVII, siendo el médico inglés **Richard Morton** el primer autor que describe con gran detalle y admirable precisión un cuadro de Anorexia Nerviosa, en un texto titulado *A Treatise of Comsumptions*, en 1689, refiriéndose al caso de Miss Duke. El autor denomina a la enfermedad «consunción nerviosa», y en la descripción hace referencia a la anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, y atribuyéndolo a la tristeza y a las preocupaciones. En 1873, casi simultáneamente, Gull en Londres y Lassegue en París, describen nuevamente con absoluta precisión y detalle (sus descripciones tienen plena actualidad) cuadros de A.N., atribuyendo su causalidad a la Histeria, y denominándolos respectivamente «apepsia hística» y «anorexia hística», descartando, tras dudas iniciales, la

causalidad orgánica de la enfermedad. En 1914, **Simmonds**, a partir de estudios necrópsicos establece una nueva hipótesis causal de la A.N., la disfunción hipofisaria, denominándola «caquexia hipofisaria», lo cual supone un drástico cambio en la perspectiva etiopatogénica del trastorno, que hasta 1938 pasa a ser considerado de causalidad orgánica.

Sheehan, en 1938, establece claramente la diferencia entre A.N. y caquexia hipofisaria de origen isquémico, lo cual no impide que hasta los años 50 la A.N. sea considerada de origen endocrinológico.

Precisamente el hecho de ser la enfermedad psicósomática y somatopsíquica por antonomasia, ha hecho que, a lo largo de la historia de la Medicina, distintas especialidades (Neurología, Psiquiatría, Endocrinología) hayan establecido hipótesis causales, desde las más físicas hasta las más psicológicas. Ello explica las numerosas denominaciones (más de 25 distintas) que ha recibido y las distintas etapas por las que ha transcurrido su descripción e interpretación. Desde el punto de vista de la Psiquiatría, el psicoanálisis fue la primera escuela que estableció interpretaciones causales. Freud, Abraham, Fenichel o M.Klein consideraron la A.N. una neurosis, relacionándola primero con la histeria (Freud) y después con la melancolía. También la fenomenología, las escuelas de medicina psicósomática, el conductismo y la psiquiatría biológica más recientemente han establecido hipótesis sobre un trastorno de cuya difícil ubicación nosológica y etiopatogénica puede suponer un ejemplo el caso de Ellen West, descrito por Binswanger, que fue diagnosticada de melancolía por Kraepelin, de esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, y de «trastorno endógeno psiquiátrico y endocrinológico» por Zutt. La A.N. ha sido considerada, pues, como enfermedad adscrita al espectro depresivo, al hístico, al obsesivo-compulsivo, al psicótico y a otros, hasta que tomó entidad propia, aún cuando frecuentemente curse comórbida con otros trastornos.

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.

- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

Los trabajos de Hilde Bruch en 1973, haciendo hincapié en la distorsión de la imagen corporal, de Russell (1970, 1977), concertando las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas y últimamente de autores entre los que destacan Garfinkel y Garner (1982), han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la A.N. como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

La Bulimia Nerviosa

La Bulimia es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico, tal vez por su evolución natural menos dramática, tal vez por la menor relevancia personal de sus afectadas y también porque su ocultación ha sido siempre más fácil. Las primeras referencias médicas datan de 1708, y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en los últimos 10 años. Sin embargo, las conductas de purga, y la ingesta alimentaria abusiva y descontrolada se conoce bien desde tiempos remotos. Sabido es que en la civilización romana se utilizaba el vómito y otras formas de purga como forma de vaciar el contenido gástrico para continuar la ingesta masiva y descontrolada de alimentos. Este patrón ha continuado en muchos ámbitos cuyos partícipes, a lo largo de la Historia han podido acceder a él (conviene no olvidar que, todavía, en muchos lugares del mundo, comer es un privilegio). Hoy día también se establece que la Bulimia tiene una entidad propia, diferenciada, con unos claros criterios diagnósticos, establecidos, al igual que para la A.N. en los manuales DSM IV y CIE 10.

3. Los trastornos de la conducta alimentaria en la actualidad: Cambios producidos

Los trastornos alimentarios están actualmente de moda. Desde hace unos meses, raro es el

día en que los medios de comunicación no nos informan de algún detalle relacionado con el tema. Se enfatiza en la actualidad de estas enfermedades, en su alta causalidad social, en la influencia de las modas, en lo alarmante de su frecuencia etc. Sin embargo, hace 20 años, en los Servicios de Psiquiatría se presentaban en sesiones clínicas casos de Anorexia Nerviosa como rarezas clínicas para la mejor formación de los médicos residentes, en la medida en que escaseaban dichos cuadros, y se publicaban casos en las revistas especializadas por idéntica razón. Lo cierto es que en la última década la prevalencia de TCA se ha disparado hasta el punto de constituir una auténtica epidemia, si bien dicho fenómeno, además de no presentarse cronológicamente en la etapa en la que los medios de comunicación lo han puesto de moda (últimos dos años), sino ya desde 1993/1994, no se corresponde tampoco con las cifras que desde algunos ámbitos se dan por ciertas. Puede afirmarse que, en la actualidad, la prevalencia de A.N. no supera el 4% en grupos de riesgo (mujeres de entre 13 y 18 años) y la de Bulimia, muy difícil de determinar y de diagnóstico más tardío, en el peor de los casos no superaría el 8%, perteneciendo ambas enfermedades a un «continuum», con presentación clínica de ambas formas en una misma paciente a lo largo de la enfermedad. Empíricamente se constata un notable incremento de prevalencia de formas purgativas de A.N., y B.N. y un cierto mantenimiento de la de formas restrictivas puras de A.N. entre las adolescentes. También se ha observado una creciente prevalencia de T.C.A. en varones y, sobre todo, lo más llamativo en cuanto al cambio clínico en los últimos años, ha sido el notable incremento de las formas atípicas de T.C.A., con presentaciones clínicas a veces muy aparatosas en chicas muy jóvenes (frecuencia y rápida instauración de vómitos, severidad de la desnutrición, comorbilidad con otras patologías), que en muchos casos ni siquiera cumplen todos los criterios DSM IV o CIE 10 para poder ser diagnosticadas de Anorexia restrictiva, purgativa o Bulimia. Precisamente la abundancia de cuadros atípicos ha contribuido a «inflar» las cifras de prevalencia, basándose en criterios poco rigurosos, lo cual no significa que los «nuevos casos» no sean realmente T.C.A., a los que hay que

dar una respuesta asistencial y preventiva desde el ámbito sanitario y otros. Por otra parte, la gran divulgación que se ha hecho desde los medios de comunicación de esta problemática sanitaria también ha contribuido a la sobreabundancia de demanda asistencial en el nivel de atención primaria y especializada, observándose muchos nuevos casos que no cumplían criterios diagnósticos y tampoco presentaban gravedad o riesgo evolutivo.

De los múltiples factores que contribuyen a la etiopatogenia de los T.C.A. (genéticos, de vulnerabilidad biológica, de personalidad, familiares, socioculturales), sospechamos que, en la epidemia actual, los más determinantes son los socioculturales, lo cual explicaría precisamente el cambio producido en la clínica y forma de presentación de los actuales T.C.A. No solamente la sobrevaloración que del aspecto físico hace nuestra sociedad actual, con paralela pérdida de relevancia de otros valores, sino también la modificación de hábitos alimentarios, la pérdida de entidad de la familia como elemento contenedor y favorecedor de comunicación, la acción nociva de los medios de comunicación y más recientemente la excesiva y casi siempre mal hecha divulgación de esta problemática, ha favorecido una situación social de «moda de la anorexia», utilizándose el trastorno alimentario por muchas adolescentes como forma de autoafirmación y rebeldía frente a figuras de autoridad, sobre todo parentales. A ello hay que añadir otro fenómeno social como el «contagio» basado en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar, que se lleva a cabo sobre todo en los colegios y grupos de adolescentes, que disponen de una gran información acerca de dietas, formas de purga etc. Por ejemplo, en lo que concierne al vómito, actualmente los jóvenes lo utilizan sistemáticamente para eliminar el alcohol ingerido abusivamente y en poco tiempo en los fines de semana, y entrar en una segunda embriaguez. Es alarmante constatar en la clínica cotidiana el elevado número de mujeres adolescentes que comienzan su trastorno vomitando, al comprobar que resulta más fácil y menos penoso que soportar el sacrificio del hambre producido por la restricción, y que entran en un patrón adictivo en relación con dicho comportamiento, desconociendo los efectos nocivos del mismo.

La mayoría de anorexias que se diagnostican hoy día son, desde el punto de vista fenomenológico, radicalmente distintas a las clásicas intelectuales-místicas: chicas adolescentes, muy influidas por una sociedad que prima en exceso la belleza y la imagen, partícipes de una civilización consumista, despilfarradora y superficial, en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido en detrimento de otros valores que transmiten machaconamente medios de comunicación con un enorme poder, como la televisión. En nuestra sociedad occidental, la estructura familiar y sus tradiciones tienen un escaso poder contenedor frente a la insistencia subliminal y abierta de mensajes que identifican «cuerpo diez» con felicidad. En este contexto de abundancia fácil, no tiene demasiado sentido el sacrificio, y por ello las jóvenes comienzan tan pronto a vomitar, complicando con ello sus procesos. Es como si en una mayoría de casos, el espíritu ascético, la capacidad para soportar el hambre de la restricción, se hubiera perdido, en línea, insisto, con la filosofía del «todo vale» y «todo es fácil».

Evidentemente, se siguen viendo y diagnosticando anorexias según el esquema clásico, pero actualmente son minoría. Probablemente la tasa de prevalencia de éstas no haya variado de forma tan sustancial como la de las otras anorexias «modernas» que he descrito: mujeres cuya máxima aspiración es el cuerpo diez, a costa de lo que sea, incluyendo la destrucción de sí mismas a más corto plazo con tal de conseguirlo. Cabría preguntarse si se trata de la misma enfermedad, aún con tan distinto trasfondo, y la respuesta es que sí, ya que el proceso biológico que rápidamente se pone en marcha es el mismo en ambos procesos, y la resultante psicológica de dicho proceso también. Pero ante la epidemia de trastornos alimentarios que padecemos, deberíamos ser muy críticos con el modelo de sociedad que hemos creado y padecen nuestras adolescentes.

Puede concluirse que los trastornos alimentarios, y en concreto la Anorexia Nerviosa, han existido siempre, pero la historia de ellos nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la Medicina y otras disciplinas, ya que siendo una enfermedad de clínica constante y clara, la

interpretación de su causalidad ha sido y sigue siendo un enigma cambiante. Aún cuando se avance en la investigación biológica de su etiología, es evidente la concordancia de los trastornos actuales con un estilo de sociedad muy imperfecta que explica muchos de los actuales fenómenos asociados. Cabe hacerse una pregunta final: ¿Qué tasa de prevalencia cabe esperar de Anorexia o Bulimia en los países subdesarrollados que padecen hambre endémica? ¿En caso de detectarse casos, qué interpretación cabría hacer de su causalidad?

BIBLIOGRAFIA

- TURON GIL, V. «Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación». En: *Trastornos de la alimentación. Anorexia Bulimia y obesidad*. Págs. 3-16. Ed Masson. Barcelona, 1997.
- CHINCHILLA MORENO, A. «Revisión histórica de la Anorexia y Bulimia Nerviosas». En: *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Págs. 13-29. Ed Ergon. S. A. Madrid, 1994.
- HALMI, KATHERINE A. "Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y obesidad". En: *Tratado de Psiquiatría*. Págs. 905-925. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1996.
- SAN SEBASTIAN CABASES, J. «La anorexia y la bulimia». En: *Aula de cultura* 97-98. Págs. 243-249. Ed. El Correo, Bilbao, 1999.