



¿BULIMIA, SOMATIZACIÓN O TRASTORNO POR CONVERSIÓN?: A PROPÓSITO DE UN CASO; UNA TEORÍA DE LAS ALARMAS NEUROBIOLÓGICAS.

Francisco Traver Torras.

Consorcio Hospitalario de Castellón.

PALABRAS CLAVE: Bulimia, Somatización, Conversión, Enfermedad psicósomática, Alarmas neurobiológicas, Vómito.

Este artículo propone un nuevo modelo de comprensión de la interacción psicológico-neural, de la enfermedad psicósomática a la luz del modelo-predicción de Hawking, un modelo propuesto para la explicación del funcionamiento de la corteza cerebral. No existe ninguna razón para pensar que el cerebro subcortical posea una manera de funcionar distinta. En ese sentido se conceptualizan las alarmas neurobiológicas según el citado modelo y se explicita su funcionamiento a partir de un caso de vómitos psicógenos.

Caso clínico

Paciente de 25 años de edad que ingresa procedente de Urgencias tras prescripción de su psiquiatra que aconseja su ingreso para contención de vómitos. Se trata de una paciente que presenta un cuadro episódico y recurrente de vómitos incoercibles, el último de los cuales dura ya varios meses sin que la paciente sea capaz de contenerlos, la delgadez y el probable desequilibrio electrolítico de la paciente (38,500 Kg) hace aconsejable su ingreso. En el año 98 estuvo ingresada en la UTA (Unidad de trastornos alimentarios) debido a un cuadro similar que en aquella ocasión fue etiquetado como "Trastorno de conversión" y que fue tratado ambulatoriamente bajo la etiqueta de bulimia nerviosa, tratamiento que abandonó por diferencias con sus terapeutas.

La paciente niega que sea una anoréxica y que sus vómitos sean autoprovocados, antes al contrario sabe que está muy delgada y desearía llegar a pesar 60 kg, tan delgada se "ve asquerosa" y no hay efectivamente en su historia pulsión hacia la delgadez, ni atracones, vómitos autoprovocados o restricciones alimentarias.

En la exploración psiquiátrica se observan elementos obsesivos (minuciosidad y ordenancismo), diversas fobias simples (insectos, a la muerte, etc), una alta emotividad y asertividad (alto neuroticismo), más bien en relación con rasgos histriónicos de personalidad. Sin embargo no existen criterios completos de ningún trastorno de carácter. La paciente aparece como honesta y

no existen pruebas de querer engañar a sus terapeutas o maniobras de restricción ocultas a pesar de la dificultad para ganar peso (peso al alta 40,600) y sigue con amenorrea.

Se trata de una chica que es hija única, y vive con su madre. Su padre probablemente alcohólico y su madre se separaron cuando tenía tres años y posiblemente ha presenciado escenas de maltrato. El padre desapareció del hogar y la paciente no ha mantenido contactos con él más allá de los forzados por la Justicia. A partir de estas experiencias la paciente desarrolló un vínculo muy estrecho con la madre que incluye temores fóbico-obsesivos en torno a la posibilidad de su pérdida pero no existen restricciones en su autonomía personal debida a esta causa. La paciente mantiene una relación sentimental estable. Sin embargo es incapaz de mantener cualquier trabajo debido a los continuos ataques de vómitos que le impiden su continuidad en los sucesivos trabajos que ha desempeñado como dependienta

Estos episodios de hiperemesis se producen sin relación alguna con ningún estrés identificable, "me acuesto bien y me levanto mal", comienzan con un cortejo vegetativo, mareos, nauseas e inmediatamente después comienzan las arcadas, la paciente trata de contener voluntariamente el vomito pero es incapaz, la comida sube y baja por el esófago hasta que no tiene más remedio que vomitar. El vomito sin embargo no mejora el cuadro vegetativo sino que lo empeora. La pérdida de peso es consecutiva a este estado de cosas y durante su ingreso se ha llegado a la conclusión de que efectivamente el diagnóstico más acertado es un TRASTORNO DE CONVERSIÓN, descartándose el trastorno alimentario. La paciente ha logrado relacionar este trastorno con su dependencia materna y aceptar la psicogénesis del mismo, aunque es incapaz de vivenciar afectos relacionados con la ansiedad de separación y mucho menos articular una respuesta adaptativa a la misma.

Una teoría acerca de las alarmas neurobiológicas

El cerebro subcortical humano puede definirse como un gestor jerárquico de alarmas, se trata de mecanismos cerebrales innatos, genéticamente determinados cuyas condiciones de adaptación se han desarrollado evolutivamente vinculándose a las amenazas que nuestra especie ha soportado ancestralmente: la amenaza de los depredadores, la amenaza de los venenos, la amenaza de asfixia, los parásitos, morir ahogado, ser abandonado por el clan, etc. Cada una de estas amenazas opera según un modelo jerarquizado que permite organizar la defensa según la amenaza detectada. Así es evidente que ante la amenaza de un depredador sería absurdo ponerse a vomitar, la conducta apropiada sería huir o ponerse a salvo (aunque también orinarse o defecarse encima). Lo que significa que las alarmas cuentan con sensores para discriminar cual es la cualidad de la amenaza, un sistema de detección que es, además, impulsor de una respuesta organizada, bien a nivel celular, bien a nivel de la conducta pasando por el arco reflejo que ocupa el centro de los mecanismos de alarma organizados. Ahora bien, los sistemas de alarma están jerarquizados pero cuentan con una novedad que les hace muy potentes e intercambiables, me refiero a la retroactividad, el nivel jerárquico superior (el nivel mental) está retroactivamente relacionado con todos y cada uno de los sistemas inferiores, su misión es predecir qué amenazas son las que se esperan, cuales amenazas son las que pueden surgir a continuación en los niveles más bajos de la jerarquía, algo que puede hacer comparando los datos actuales con la memoria almacenada, es decir con la secuencia de alarmas que en otro tiempo funcionaron juntas y que dispusieron una respuesta de defensa eficaz. Así es predecible que el estrés crónico de carácter mental altere retroactivamente el eje HIA y también los niveles de menor complejidad como los sistemas vegetativos y los sistemas más primitivos relacionados con la respuesta inmunológica. Del mismo modo el miedo activa los sistemas de catecolaminas y prepara al organismo para la

huida. Hablando jerárquicamente y de abajo-arriba, los sistemas relacionados con las alarmas son los siguientes:

- El sistema inmunológico, el más antiguo de todos que funciona a nivel celular
- El sistema metabólico-endocrino, productor de adaptaciones lentas y a distancia.
- El sistema nervioso periférico , el más rápido.
- La mente, y representaciones mentales, provocan respuestas cognitivas, conductuales o emotivas congruentes con la alarma y a la vez controla retroactivamente todos los anteriores con objeto de predecir secuencias ulteriores.

Alarmas metabólico-endocrinas

Se trata del sistema de alarma más lento que existe en nuestro organismo, aquel que manda sus mensajes a través de señales hormonales, a través de la sangre. Quizá por esta razón, las alarmas metabólico-endocrinas no pueden notarse rápidamente sino por sus efectos. El estrés crónico estimula el sistema HIIA, provocando un exceso de cortisol plasmático con un efecto antiinflamatorio que parece que prepara al organismo contra las heridas y los golpes, su aumento continuado está relacionado con efectos neurotóxicos a largo plazo ,sobre todo en el hipocampo y claramente relacionados con la memoria y mediados por el sistema glutamitérgico. El aumento persistente del cortisol ha sido hallado en la mitad de los depresivos, pero probablemente juega un papel determinante en el estrés crónico y genera el llamado síndrome de adaptación general (Cannon y Selye 1936) con sus correlatos clínicos ya conocidos.

Uno de los síntomas más frecuentes en la patología alimentaria y que está relacionado con la estimulación crónica del eje HHIA, aunque todavía mal conocido es la amenorrea, a la que podemos considerar como un marcador genérico de inanición y cuya persistencia después de la recuperación ponderal revela un mal pronóstico a largo plazo.

Alarmas inmunológicas

Se trata de la inmunidad celular, desde la inflamación, las infecciones (hongos, parásitos, bacterias y virus) y el cáncer. Lo usual es que el sistema inmunológico esté en hiper (alergias) o en hipo (cáncer, SIDA) y que hablemos entonces de enfermedades autoinmunes o defectos inmunológicos por hipoactividad bien adquirida o bien innata. El sistema inmunológico representa y contiene a las alarmas más ancestrales con las que cuenta nuestra especie y todas estas respuestas contienen un sustrato neural (cerebral) aun mal conocido pero relacionado con el simpático y el hipotálamo. La clínica diaria nos muestra que son muy frecuentes las asociaciones entre alergias, fobias, temores obsesivos, vómitos o síntomas digestivos diversos de carácter llamado psicósomático donde se intuye una etiología psicológica. Este tipo de asociaciones se hacen sin embargo en ausencia de ansiedad mental lo que indica que una vez movilizado un sistema de alarma a nivel inconsciente deviene innecesario la movilización de alarmas mentales. En este sentido, podríamos hablar de una ansiedad somatizada o más bien de algo que nunca llegó a hacerse mental pero nos está advirtiendo que el organismo se encuentra con sus alarmas activadas y como es frecuente en la práctica médica sin capacidad mental alguna de elaborar cognitivamente el sentido de esta

activación.

Esta ansiedad "desmentalizada" estaría detrás de la etiología de múltiples enfermedades autoinmunes como la psoriasis, la artritis reumatoide o la colitis ulcerosa, verdaderos paradigmas de enfermedades físicas influidas o provocadas por el estrés. En este sentido es interesante destacar que estas enfermedades se producen casi siempre en los órganos-barrera, es decir en la piel, el intestino, las cápsulas articulares o el cerebro, lo que tiene implicaciones teóricas muy interesantes, me refiero a los siguiente: el intestino es una barrera, la primera barrera frente a determinadas proteínas de la alimentación que no deben pasar al torrente sanguíneo por ser tóxicas, el intestino debe mostrarse impermeable para este tipo de macromoléculas pero permeable a los nutrientes, del mismo modo la piel es un órgano que delimita el medio interno del medio externo, se trata de una barrera para la luz ultravioleta y que frente a los parásitos, insectos y heridas muestra una presteza intensa para defender su frontera. La barrera hematoencefálica protege al encéfalo de proteínas extrañas o ajenas que podrían resultar neurotóxicas y el hígado representa una barrera para todo el sistema circulatorio, desintoxicando a través de enzimas toda clase de productos tóxicos o de deshecho del propio organismo. Estos órganos solo pueden defenderse de las agresiones externas a través del sistema inmunológico, los otros sistemas de defensa (alarmas) carecen de actividad alguna preventiva de los riesgos de estos órganos, sólo la piel conserva la suficiente sensibilidad para distinguir una quemadura y evitar el dolor o la lesión consecuente con través del arco reflejo, es decir solo en la piel parece que el sistema nervioso tiene alguna función de alarma, siendo irrelevantes en el resto.

Pero los sistemas de alarma del organismo parecen ser específicos, significa que ante una amenaza se movilizarán aquellos sistemas especializados en resolver el problema, ante una infección de la piel, se movilizaran los leucocitos y ante la amenaza de una fiera se movilizaran los sistemas de alarma mental y nerviosos, mucho antes que los endocrinos o inmunológicos. ¿Cómo puede explicarse pues que el sistema inmunológico se ponga en marcha frente un estímulo de carácter mental o que exista una respuesta leucocitaria después de un estrés mental?

Las alarmas mentales

Las alarmas mentales son emergencias de alarmas antiguas, no puede haber alarma mental sin soporte genético y su correlación neural en la estructura cerebral, del mismo modo no puede haber alarma mental sin afectación en otros niveles distintos del mental (causación descendente). Por ejemplo la reacción de pánico viene siempre acompañada de un cortejo vegetativo (marcador somático de Damasio) o del sistema nervioso autónomo o voluntario, se trata de la misma reacción que acaecería ante la presencia de un depredador, dicho de otro modo la mente es capaz de hacer saltar la alarma nerviosa, pero no por un error en la apreciación del sistema sino porque retroactivamente el sistema mental alimenta (es entrada) de un sistema jerárquicamente inferior, con el fin de predecir qué sucederá a continuación, está predicción se busca bien en la memoria adquirida a lo largo de la vida del sujeto o bien en la memoria genética. Desde el punto de vista puramente mental existen al menos tres alarmas mentales conocidas:

- La angustia que puede definirse como el miedo a lo desconocido.
- La ansiedad, que es el miedo o temor a algo conocido, clínicamente es muy difícil distinguirla de la angustia, pero conceptualmente es posible diferenciarlas en tanto la angustia está relacionada con la disminución o hipoactivación del ánimo (García Rodríguez 1992). La angustia es la ansiedad que no tiene nombre, que no posee ningún identificador o etiqueta sobre el que colgarse.

- La repugnancia, es una alarma derivada de nuestros mecanismos de defensa frente a los venenos naturales bien procedan del reino animal o del reino vegetal. La repugnancia tiene como misión el evitar el contacto o la exposición a determinados venenos y es mental en tanto que va más allá de los estímulos sensoriales usualmente en forma de neofobia.

Las alarmas mentales generan y preparan al organismo para las respuestas de lucha o de huida es decir generan conductas intencionales activas.

Las alarmas nerviosas periféricas

Representan la vía rápida de los sensores periféricos, vegetativos o voluntarios que envían continuamente señales al cerebro. La alarma más conocida es el dolor, como todas las señales periféricas precisan de elaboración por parte del cerebro cortical concretamente por el tálamo que mantiene conexiones con la corteza cerebral que puntúa, procesa y compara buscando analogías con experiencias pasadas. El dolor y cualquier senso-percepción que proceda del SNP es pasiva y precisa de elaboración mental, una elaboración que se hace en los circuitos talámico-corticales, representando el tálamo un filtro que sólo deja pasar los estímulos relevantes. Si la estimulación de un sensor periférico cae sobre un nervio sensorial, su estimulación provocará dolor, si es sobre un nervio motor, su estimulación provocará contractura o parálisis en caso de deaferentización. Sin embargo el dolor y la parálisis (o contractura) no solo son salidas sino también entradas, es decir la parálisis puede ser la consecuencia de un estado agudo de miedo (mental) y en todo estado agudo de miedo cabe esperar una cierta reacción nerviosa periférica. Siendo el cerebro el órgano encargado de procesar toda la información que procede de los sensores periféricos es curioso notar que el cerebro es el único órgano del cuerpo de carece de sensores propios, aunque este déficit es suplido por la propiedad de que una información de proceso en el cerebro puede operar tanto de entrada como de salida, es decir el dolor puede ser una salida (diríamos una elaboración mental de abajo-arriba) del propio cerebro en ausencia de estímulo periférico, a este tipo de dolor se le conoce con el nombre de dolor neuropático, como el que se produce después de haber fijado nuestra atención en un dolor que por conocido y temido amplificamos desde nuestra propia atención selectiva. El dolor no solo puede notarse sino crearse "ex novo", quizá a partir de "errores en el reconocimiento" de señales nociceptivas y seguro que también amplificarse a condición de que existan rastros en la memoria de ese dolor.

Como ejemplo de alarma vegetativa autónoma propondré el vómito. No cabe duda de que el vómito es una alarma neurobiológica destinada a librarnos de toxinas alimentarias y regulada por circuitos serotoninérgicos subcorticales y colinérgicos periféricos. Sucede también con la tos, otra alarma destinada a combatir la ocupación de nuestro sistema respiratorio por cuerpos extraños o secreciones. La escasa frecuencia actual de tos neuropática en contraste con el rápido incremento de vómitos espontáneos o semiespontáneos habla de las características sociogénicas de la puesta en marcha de este tipo de alarmas. Concretamente hoy las llamadas somatizaciones digestivas con vómitos son mucho más frecuentes que la tos nerviosa, sin embargo en las épocas cuando y donde la TBC era frecuente los casos de somatización con tos aumentan, en contraste con los casos de vómitos espontáneos en lugares y entornos donde la bulimia nerviosa es prevalente.

El vómito plantea enigmas clínicos interesantes. Se trata de un acto reflejo que implica una conducta de desvalimiento y en toda conducta -como clínicos- lo primero que nos planteamos es si es voluntaria o involuntaria.

La dimensión voluntario-involuntario

Voluntario es el movimiento de mi brazo a una orden de mi mente, involuntario sería este mismo movimiento si respondiera a un electrodo situado en mi corteza cerebral, no es de extrañar que lo voluntario se asimile a lo intencional y lo involuntario a la carencia de intención.

En este sentido el vómito puede ser voluntario e involuntario (intencional o no intencional), aunque la vía de activación sea la misma (el nervio vago y el centro del vomito situado en el hipotálamo) ¿Cómo sabemos qué vómitos son espontáneos (involuntarios) o voluntarios?. Sabemos que el vomito es usualmente un acto reflejo involuntario destinado a vaciar el contenido del estomago con fines de preservación, pero también sabemos que puede autoprovocarse por estimulación directa del vago (ponerse los dedos en la boca), en determinados pacientes psiquiátricos con el fin de adelgazar, pero ¿qué sucede con aquellos pacientes que vomitan sin necesidad de hacer esta maniobra? ¿Son bulímicos también los pacientes que vomitan espontáneamente?

Entre los que así lo creen está Russell, que piensa que lo esencial de la anorexia, es la incapacidad de mantener o de alcanzar el peso correspondiente a talla y edad, aun sin haber negativa declarada a alcanzarlo o pulsión a la delgadez o distorsión del esquema corporal. La tradición psiquiátrica europea sin embargo ha distinguido siempre "el vómito psicógeno" de los trastornos alimentarios asimilándolo a la histeria o a las enfermedades psicósomáticas. Con la amortización de la histeria de los tratados clínicos los vómitos psicógenos han sido asimilados a los trastornos alimentarios de nuevo cuño: la bulimia.

Para entender mejor la semiología de los vómitos no nos basta pues con el par voluntario-involuntario es necesario añadir otro par de variables: el par forzado-libre que se refiere a cualquier tipo de conducta.

La dimensión forzado-libre

Forzado se refiere a lo compulsivo, es decir a una fuerza inconsciente que determina o causa una conducta concreta. Freud es el autor que ha defendido desde siempre la condición de determinación universal para la conducta humana, para Freud todo es pues compulsivo en la medida de que todo está determinado por conflictos inconscientes que emergen en la conciencia en forma de síntomas o de discutibles "decisiones libres". Sin embargo este principio de determinación es más bien una sobredeterminación como veremos más adelante. Freud no concibe pues la libertad o lo que es lo mismo la doctrina psicoanalítica sostiene que el libre albedrío no existe.

El punto de vista contrario defiende S. Agustín y en realidad todos los pensadores occidentales de dentro o fuera de la psiquiatría, un punto de vista avalado por nuestras propias intuiciones ¿No somos capaces de elegir entre esto o aquello? ¿No existe una conducta - a fin de cuentas- elegida previamente que es la que ejecutamos, desdeñando otras? Sin embargo el tema de la libertad de elección no está del todo resuelto. La naturaleza está presidida por un orden determinado, toda causa tiene un efecto, lineal o circular, pero no existe un efecto que no tenga a su vez una causa, esa es la esencia del pensamiento científico. En este sentido el libre albedrío parece oponerse a

las leyes naturales, a primera vista parece extraño que la mente se rija por leyes distintas a las de la propia naturaleza, es posible afirmar que lo forzado (lo compulsivo) es lo determinado, un tema constante en la psicopatología, tal y como nos lo recuerdan nuestros enfermos exhibiendo conductas intencionales pero inadaptables con la convicción íntima de que son inadaptables y que sin embargo son incapaces de detener por medios racionales. En este sentido podemos afirmar que la conducta patológica es aquella que está presidida por una cualidad de ser forzada-aliada o intrusiva aunque desde dentro del cerebro propio, de abajo-arriba, (causación ascendente) mientras que la conducta normal es aquella que se vive con un cierto grado de libertad, aunque esta definición no pueda definir con precisión qué es en última instancia la libertad, ni nos permite discriminar qué es forzado y qué es libre en un acto cualquiera.

Para empezar, la libertad no es igual a lo indeterminado, aunque muchas veces se les toma como equivalentes, lo que es lo mismo que decir que los actos libres no son lo opuesto de los actos forzados, es muy probable que en la libertad de elección existan no pocos elementos de determinación y que la libertad no sea más que una ilusión, un ideal. Por otra parte la libertad de elección solo es aplicable a la conducta y a las cogniciones, pero no a la percepción. No hay dolor libre, el dolor se impone y se sufre pasivamente, mentalmente es posible recrearlo y reaccionar de una manera u otra, pero en el dolor no cabe la distinción, libre o forzado y siempre es involuntario, el dolor no es pues conducta. Pero el vómito no solo se sufre pasivamente sino que puede provocarse activamente, entonces hablamos de bulimia, aunque a nadie se le ocurriría pensar que por activo este síntoma es libre, lo conceptuamos como una compulsión, como algo forzado. Igual que la hiperactividad, la drogadicción o el comer en exceso. No hay pues bulimia libre sino que siempre la bulimia es forzada, suponemos que a partir de un automatismo al que llamamos compulsión. La pregunta que hacía antes ¿Puede existir un vómito pasivo, involuntario y que sea libre, es decir que no responda a ninguna compulsión? Naturalmente esta pregunta descarta aquellos vómitos por causa orgánica, los tumores cerebrales, la estenosis pilórica, las gastroenteritis, etc. La pregunta se refiere a aquellos cuadros de vómitos persistentes que se mantienen a lo largo del tiempo y más allá de una causa física identificable. Y la respuesta es no, no puede haber un vómito libre (siempre es forzado), aunque si existen vómitos involuntarios. Para comprender mejor estos extremos observaremos la siguiente tabla:

	Voluntario	Involuntario
Forzado	Bulimia	V. psicógeno
Libre	¿?	¿?

En esta tabla sin embargo nos quedan sin completar dos casillas: ¿existe alguna conducta que pueda ser clasificada como voluntaria y libre?. Si, en teoría esta es la conducta normal de las personas normales: no está presidida por ninguna compulsión y es voluntaria como cuando me rasco la cabeza porque me pica. ¿Pero existe alguna conducta que pueda a la vez ser involuntaria y ser libre?, ¿no existe en eso una contradicción? Se me ocurre que cuando "hago algo sin querer" como por ejemplo si al levantarme le doy un pisotón a mi compañero me estoy comportando de ese modo, es decir me he comportado libremente pero las consecuencias de mis actos (pisar al compañero) están más allá de mis intenciones. Yo no quería pisar a mi compañero pero le he hecho daño. Este tipo de conductas son irrelevantes desde el punto de vista psiquiátrico, aunque son muy frecuentes en la vida cotidiana y adquieren importancia en el plano legal, donde a menudo se nos requiere para peritar si una determinada conducta era voluntaria o involuntaria , es decir si había intención de causar daño o no en una conducta determinada.

Este daño que le he infligido a mi compañero ¿es libre? ¿ Por muy involuntario que sea tengo la

culpa del mal hecho? Esta pregunta tiene muchas relevancia en los accidentes de trafico donde las consecuencia de la conducción pueden acarrear consecuencias importantes para la salud de otras personas. Jurídicamente hablando un sujeto solo puede ser condenado por el "dolo", es decir por la voluntad de hacer daño, pero también por la impericia, la negligencia, la imprudencia, etc. Lo que nos lleva a la pregunta que tiene interés psicológico . ¿Podría el conductor de un automóvil que ha causado daños haber hecho otra cosa distinta en ese momento? O ¿Podría haberme levantado más cuidadosamente para no pisar a mi compañero? Estas preguntas se refieren a la libertad, a la convicción que todos tenemos de que nuestra conducta es una elección. Suponemos que tenemos libre albedrío y por lo tanto suponemos que hubiéramos podido optar por otra posibilidad. ¿Pero es esto cierto? ¿Podemos elegir?

No sólo Freud piensa que no, la psicopatología de la vida cotidiana y los actos fallidos son para Freud la demostración de una intencionalidad oculta (una determinación), pero otros autores no psicoanalistas como Searle también piensan que no, que la libertad es una esquinita de nuestras decisiones pero que se trata de una ilusión provocada por la naturaleza consciente de nuestra conciencia ya que a lo inconsciente -por definición- lo consideramos involuntario ¿Somos responsables de nuestros sueños?.

Si algo me duele, percibimos que es algo que me duele a mi, algo "que me sucede", pero los actos son cosas que hacemos en el mundo, cosas "que hacemos que sucedan" y que provocan efectos diferentes según nuestra elección, efectos en cierto modo disociados de nuestra intención aunque insertados en nuestro mapa del mundo, en la secuencia de las cosas que somos capaces de representarnos, es decir son eventos no-forzados.

Nuestros actos no son cosas que nos sucedan a nosotros sino "efectos de nuestra acción" en el mundo y la percepción de estos efectos (estados mentales intencionales) nos causa la ilusión de pensar que si hubiéramos hecho otra cosa hubiéramos tenido otros efectos distintos. La solución a este dilema está relacionado con la compatibilidad entre lo determinado y lo libre. En realidad yo no estaba forzado a pisar a mi compañero, pero estoy hablando además de otra cosa: el determinismo y la libertad son compatibles.

La dimensión consciente-inconsciente

Si somos capaces de "hacer algo sin querer" es porque es seguro que no todos nuestros actos responden a nuestras intenciones, de hecho es más que probable que la libertad sólo sea aplicable en un estado de absoluta consciencia.

Evidentemente los psiquiatras estamos muy familiarizados con la impostura y la falsificación de síntomas que buscan afanosamente ser catalogados de involuntarios o inconscientes que para el vulgo son la misma cosa. Lo inconsciente es invocado para eludir la responsabilidad de determinados actos, pero qué responsabilidad podemos hallar en un vomitador. ¿de qué se le acusa? ¿Son los vomitadores fingidores del mismo modo en que el niño finge fiebre para no ir a la escuela o el soldado finge estar herido para ser evacuado del frente de batalla?

El psicoanálisis, tradicionalmente ha echado mano de metáforas más o menos afortunadas para explicar la relación que tiene un vómito involuntario y episódico con complejos inconscientes, los más famosos tienen que ver con la relación con la madre, una relación ambivalente que se ha descrito hasta la saciedad presidida por la dependencia y el resentimiento. Y que sin embargo se ha mostrado ineficaz, una vez que se ha verbalizado de cambiar en lo más mínimo el síntoma. Algo que en mi opinión puede deberse a dos cosas:

. O por que es falsa

. O si es verdadera es un epifenómeno no causal, es decir algo que encontramos en la exploración psiquiátrica convencional de un sujeto y que no guarda relación alguna con la etiología del vómito.

Ahora bien, ¿qué significa en este contexto la palabra causal? ¿Es que creemos de verdad que una relación con un progenitor cualquiera puede dar como resultado un vómito persistente sin que ni el individuo o la familia perciban ninguna relación entre ambos eventos? ¿O que sean incapaces de relacionarlos con ningún estrés específico? Nótese que no me estoy refiriendo a un caso de vómitos situacionales (como el niño febril o el soldado falsamente herido), que pueden acaecer, en efecto, en situaciones de nerviosismo, de exposición al público o de cualquier otra circunstancia, me estoy refiriendo a una enfermedad crónica, que evoluciona por episodios y que genera una severa distorsión del mundo laboral y de la vida corriente de los individuos que la padecen. ¿Si este síntoma hubiera sido "elegido", no podríamos suponer que el sujeto hubiera encontrado por sus propios medios un síntoma menos disruptivo? Y al mismo tiempo, ¿no implica entonces que el síntoma sería de alguna manera libre, es decir libremente elegido? Es evidente que la dimensión consciente o inconsciente viene a iluminar algo este aspecto oscuro: el vómito responde a causas mentales, es causado por algún desarreglo del soporte emocional del cerebro, pero sus causas son inconscientes, no se nos revelan fácilmente de forma intuitiva como sucede en la bulimia donde la razón de adelgazar es casi siempre suficiente para explicarnos la tendencia a la recurrencia del vómito a partir del bucle restricción-atracón-vomito. En la bulimia el vómito es la parte de la secuencia más consciente aun conservando su aspecto de voluntaria y forzada, pero en los vómitos psicógenos nos encontramos con la constelación involuntario-forzado e inconsciente, la paciente no sabe por qué vomita.

Nuestra formación psiquiátrica nos induce casi siempre a desconfiar de síntomas como estos. Bien los interpretamos como bulimias donde el sujeto es simplemente acusado de manipulador y de deshonesto, es decir que nos oculta su "verdadera intención" de adelgazar, o bien los catalogamos como histéricos, es decir personas que fingen síntomas físicos para obtener beneficios o eludir responsabilidades. En este caso la paciente sería una histérica en el sentido prejuicioso de que la histeria y la simulación son la misma cosa. Mi posición se encuentra alejada de las dos concepciones aunque al mismo tiempo el caso comparte con ambas algunas particularidades, lo que deja abierto el diagnóstico y sobre todo nuestra conceptualización de la causalidad psicógena. El cuadro es en cierto modo mixto y comparte:

- de la anorexia, la delgadez, la amenorrea y los vómitos.

- de la histeria, la hiperemotividad, el blindaje afectivo y la incapacidad para relacionar causalmente los afectos con los síntomas.

Pero hay otras razones que la desmienten:

- No hay pulsión a la delgadez, ni miedo a la obesidad, sino todo lo contrario. Su representación del esquema corporal es razonable. Los vómitos son episódicos e involuntarios.

- La persona aparece como honesta, no trata de engañar o manipular sino más bien de protegerse contra su hiperemotividad y sus fobias y su ansiedad de separación.

En mi opinión pues el síntoma de esta paciente es involuntario y forzado (compulsivo), pero en este momento me gustaría volver sobre algo que dije más atrás cuando hablaba de la libertad y del libre albedrío. ¿Qué quiero decir cuando digo que la libertad no es igual a la indeterminación? Lo que quiero decir es que la libertad de elección, la nuestra, la que ejercemos las personas normales tiene muy poco de libre, y les pondré un ejemplo: vuelvo a casa por la noche muerto de hambre, voy a la nevera y encuentro un huevo ¿Qué comeré? Evidentemente solo puedo comer huevo. Algunos de ustedes dirán, si ¡pero puedo elegir entre comerlo en tortilla, frito, tortilla, pasado por agua, o duro!. Hasta ahí llega nuestra ilusión de alternativas, creemos que podemos elegir, pero lo cierto es que solo podemos comer huevo después de todo. Dicho de otra forma, nuestra capacidad de elección está relacionada con el mapa (si es una representación mental) o la realidad misma (la realidad-real). Si optamos por la elección de algo abstracto, elegiremos entre nuestras representaciones aquella que mejor se acople a nuestros planes o predicciones y si tenemos que optar por algo de la realidad, la realidad misma nos constriñe el campo de elección como en la caso de un único huevo. La diferencia entre la libertad que nosotros disfrutamos y la que disfrutaban los pacientes con patología de la libertad es que ellos tienen un mapa de elecciones constreñido o como decimos en nuestro argot rigidificado. Nuestra paleta- la paleta de elecciones de las personas normales- es mucho más variada y por eso nuestras reacciones no son estereotipadas sino diversas e imprevisibles y algunas veces nuevas.

Ellos, los enfermos, son previsibles, en tanto que sus posibilidades de reacción (o outputs) están constreñidas a veces a una única posibilidad. En este sentido contemplo el vómito como una reacción (un aprendizaje) constreñido, una de las características de la compulsión es precisamente este carácter de incapacidad del sujeto de reaccionar con distintos outputs. Y al revés: la condición psicológica de la compulsión es que sirva tanto "para un roto como para un descosido", es decir que resulte indistinta, indiferenciada, independiente del estímulo (de la entrada) y que por supuesto opere por debajo de la lógica racional y del lenguaje, en este sentido el vómito carece de significado, de traducción al castellano, no hay una madre mala que quiere expulsarse, ni se busca un vaciado de rabia a través del mismo, el vómito es independiente del estado mental, se alimenta de si mismo, es un elemento del sistema que creó -a su vez- un sistema (una mente) nuevo donde la alarma neurovegetativa es la única posibilidad de eferencia, se comporta como una salida y también como entrada al propiciar sobre todo el sentimiento de no poder controlar la conducta propia y hace -de paso- un llamamiento a la provisión de cuidados.

patrones que son capaces de alcanzar un cierto nivel en esta jerarquía, el aprendizaje se opone o es el camino inverso al recuerdo.

Lo que se transforma en memoria no es un patrón cualquiera sino aquellos patrones que han alcanzado el nivel mental, una vez alcanzado este nivel el patrón pierde su carácter temporal, deja de ser transcurso y se estabiliza en suceso, algo que hace ocupando un lugar en la memoria, algo que precisa ir abriendo sitio (nuevas columnas por arriba) que sostengan las etiquetas de los aprendizajes nuevos, tarea a la que se dedica el hipocampo a través de la neurogénesis. Sólo si un patrón es estable, es decir ha perdido su carácter de transcurso estará disponible en la memoria y será posible que sea recuperado cuando un patrón necesite ser comparado con otro a fin de elaborar una respuesta adecuada, es decir, adaptativa.

Ahora me gustaría volver de nuevo al binomio voluntario o involuntario para señalar que el vómito es una alarma vegetativa diseñada para ser involuntaria. Se trata de un acto reflejo que opera por debajo de la voluntad y de la conciencia. Una de las características de los vómitos bulímicos es la consideración de haber perdido este carácter de involuntariedad, el vómito es voluntario y ya he dicho que es además forzado (no libre). Pero entonces ¿en qué lugar quedan los vómitos psicógenos si aceptamos que son involuntarios?

En mi opinión el hecho de ser voluntarios o involuntarios no discrimina la compulsividad de ambos tipos de hechos, su automatismo repetitivo. Tanto los vómitos bulímicos como los vómitos psicógenos son irreductibles precisamente porque son forzados por el propio sistema de alarma, por el mismo automatismo si bien por distintas razones emocionales. En el caso de la bulimia el motivo más frecuente es la búsqueda de delgadez o la compensación de los atracones (aunque pueden existir otras razones como por ejemplo las molestias digestivas que ceden ante el vómito), sin embargo la causa más frecuente de vómitos psicógenos es -como en este caso- el miedo anticipado de separación.

La ansiedad de separación es un tipo de alarma que suele desactivarse en la adolescencia después del proceso de socialización, una vez que el individuo ha logrado diversificar sus redes sociales sustitutivas, sin embargo algunas personas han desarrollado apegos patológicos (como el caso que nos ocupa) relacionados con una extrema sensibilización hacia la pérdida, probablemente debida a la vivencia de discontinuidad o desapego del padre con respecto a sus obligaciones parentales que se salda con una extrema dependencia de la madre y por consiguiente con una incapacidad para mantener la autonomía personal

Pero la pregunta sigue en el aire ¿Qué relación existe entre los vómitos episódicos y este problema de dependencia de la madre? ¿Cómo coser o traducir el lenguaje psicológico al puramente neural? La respuesta a esta pregunta permanece en gran parte en la oscuridad pero sabemos que el miedo puede ser anticipado, es decir se puede predecir, como todas las alarmas cuya función es la de preparar al organismo para una defensa eficaz. En este sentido no existe ninguna razón que nos permita dudar de que el cerebro cortical y los mecanismos neurales que actúan "por debajo" del mismo no sigan las mismas leyes de procesamiento que las que rigen en la corteza cerebral, es decir el modelo memoria- predicción de Hawking.

La razón por la que el miedo puede ser anticipado es precisamente por la cualidad de memoria-predicción en la que opera el sistema de arriba-abajo y de abajo-arriba, es decir el vómito se comporta tanto como una entrada, como señalamiento de una incapacidad (que impide de hecho la autonomía y refuerza el desvalimiento y por tanto la señal de necesidad de más seguridad

) como de salida (el síntoma como tal) La razón por la que este tipo de personas vomitan - utilizan este tipo de salidas- en lugar -de por ejemplo- tener episodios de pánico podría explicarse por la historia ontológica del desarrollo de las alarmas y de la mimetización cultural de las mismas; si se activa este tipo de alarma y no otra podría ser por el contagio social de pacientes que conviven con pacientes afectas de trastornos alimentarios y la posibilidad de copias fenotípicas, sobre todo después de diagnósticos positivos.

Otra explicación podría ser dinámico-evolutiva: las somatizaciones de espasmo muscular liso son más primitivas que la ansiedad y las que -en teoría- cabría esperar que expresarán los conflictos tempranos con más frecuencia, conflictos en relación con ser-en-el-mundo o conflictos de identidad, mientras que las contracturas o espasmos de fibra estriada estarían hablando de conflictos con la agresividad o de la acción- en- el- mundo.

La dimensión objetivo-subjetivo

El vomito es un síntoma objetivo a diferencia del dolor que es un síntoma (una alarma) subjetivo. Solo podemos hacernos una idea del dolor de otro, (aunque somos capaces de advertir el daño), pero el dolor en si mismo es una barrera infranqueable que solo podemos saltar a partir de la empatía. Sin embargo el vómito es un síntoma objetivo que causa adelgazamiento, pérdida electrolítica, deshidratación y que tiene riesgos para la vida del sujeto, es pues un síntoma alarmante y que genera una actitud de provisión de cuidados en los observadores. El vómito es una alarma que propicia y desarrolla una valencia de cuidado, (cuando es publico, como en el caso de los vómitos psicógenos), sin embargo en la bulimia donde el vómito sigue siendo un síntoma objetivo se mantiene mientras se puede en secreto y su dimensión de consciente (se hace para adelgazar). Dicho de otro modo el vómito de la bulimia es intencional en el sentido del carácter que le damos a esta palabra persigue un fin, un objetivo, el vómito que nos ocupa también lo persigue (aunque es inintencional) porque la persona que lo sufre es totalmente inconsciente de esta intención que sucede más allá (o mas acá de su mapa del mundo). Es decir la paciente no sabe que mientras vomite será objeto de cuidados que la reafirmarán en su deseo de ser cuidada y por otra parte no sabe tampoco qué hacer para recibirlos sin necesidad de vomitar.

En conclusión

La característica de voluntario o involuntario no nos aporta ninguna clave a la hora de discriminar los vómitos por trastornos alimentarios de los vómitos por otra causa psíquica. Ambos comparten además el carácter de forzado o compulsivo, lo que habla de un mecanismo común entre ambas entidades. Más allá del motivo que los induce (búsqueda de delgadez o compensación de un atracón) no existen marcadores objetivos para distinguirlos. La estructura fóbica del carácter es más acusada entre las pacientes con vómitos psicógenos, sin embargo tampoco nos permite discriminar a una población de otra puesto que existen muchas bulímicas que además presentan estructuras fóbicas y/o ansiedad de separación y que se inducen voluntariamente el vómito. Todo lo cual me lleva a plantear que la bulimia y los vómitos psicógenos sean entidades parecidas si no la misma entidad, al menos desde el punto de vista fisiopatológico dado que comparten automatismos preprogramados. En la siguiente tabla se recapitulan las condiciones de cada una de las entidades según las 4 dimensiones señaladas.

	1 th	2 th	3 th	4 th
Bulimia	Voluntario	Forzado	Consciente	Objetivo
V. psicógenos	Involuntario	Forzado	Inconsciente	Objetivo
Dolor neuropático	Involuntario	Forzado	Consciente	Subjetivo

De donde se deduce que los vómitos psicógenos sólo serían distinguibles de la bulimia desde una perspectiva fenomenológica siendo más parecidos a nuestra conceptualización de la histeria, simultáneamente también aparecen ciertas diferencias y similitudes con el dolor somatomorfo.

Consecuencias para el tratamiento

Si la mente es información es evidente y comprensible que la mejor manera de enfrentar terapéuticamente a este tipo de pacientes, en los que no existe una señal neurobiológica inadecuada que explique el cuadro sino más bien un aprendizaje anómalo presidido por alteraciones en la vinculación es la provisión de información nueva que sea capaz de superar el bucle diabólico. La elaboración y verbalización de las necesidades de dependencia y los temores vinculados a la pérdida del objeto son prioritarios, así como una terapia que enfatice en " el sentido común", que promueva la aceptación, el cuidado y que al mismo tiempo impulse la autonomía. Clínicamente hay que atender y tomar en serio a las pacientes que afirman que no buscan la delgadez y son sin embargo incapaces de controlar sus vómitos.

Bibliografía

DAMASIO, A (1996): "El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano". Drakontos. Crítica. Barcelona.

DENNET, DANIEL C (2000): "Tipos de mentes". Debate. Barcelona.

GARCIA-RODRIGUEZ, F (1992): "El sistema humano y su mente" Diaz de Santos. Madrid

HAWKINS, J and BLAKESLEE, S (2005): " Sobre la inteligencia". Espasa. Madrid.

KRETSCHMER, E: (1963): "Histeria, reflejo e instinto". Labor. Barcelona

MC GUIRE, M.T. TROISIE (1988): "A Darwinian Psychiatry". Oxford University Press 1998

MORA, Francisco: "El reloj de la sabiduría: Tiempo y espacios en el cerebro moderno". Alianza editorial. Madrid 2001.

MOUNTCASTLE, V (1998):" Perceptual neuroscience: the cerebral cortex". Harvard University Press. Cambridge (Massachussets)

(1978): "An organizing principle for cerebral function: the unit model and the distributed system". En Gerald Edelman y Vernon Mountcastle (eds) The mindful brain. MIT press. Cambridge.

(Massachussets)

RUSELL, G.F.M. (1970): "Anorexia nervosa, its identity as an illness and its treatment". In J.H. Price (ed) Modern Trends in Psychological Medicine (2nd edition). Butterworth. London.

SAPOLSKY, ROBERT: "¿Por qué las cebras no tienen úlceras?" Alianza Editorial, Madrid 1995.

SEARLE, J (1985): "Mentes, cerebros y ciencia". Catedra.. Madrid.