

Cómo citar este artículo:

Patricia Marruffi Bonfante y otros. “Tratamiento de síntomas psicóticos en un caso de anorexia nerviosa con potomanía”. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibraltareños*, 44. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibraltareños.

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN UN CASO DE ANOREXIA NERVIOSA CON POTOMANÍA

D. ^a Patrizia Marruffi Bonfante / Licenciada en Medicina y Cirugía por la “Università degli Studi di Genova”.
Licenciada en Psicología, especialidad Psicología Clínica, pamabo@telefonica.net

Dr. Francisco Gala León / Grupo investigador CTS-386 (Psicología de la Salud) PAIDI; Ciencias de la Salud
Universidad de Cádiz.

D. ^a Mercedes Lupiani Giménez / Grupo investigador CTS-386 (Psicología de la Salud) PAIDI; Ciencias de la Salud
Universidad de Cádiz.

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen unas patologías multidimensionales y extremadamente complejas que se sitúan entre la aparente discontinuidad de las neurosis y las psicosis. Los síntomas psicóticos no son raros en los TCA, sobre todo se diagnostican en la anorexia nerviosa restrictiva y son un factor pronóstico desfavorable, por lo que urge en estos casos que se traten de forma específica. En este caso clínico se relaciona la Anorexia Nerviosa (AN) con la potomanía o polidipsia psicógena y la consecuente hiponatremia con intoxicación hídrica como factores desencadenantes de los episodios psicóticos.

Palabras Clave: Antipsicóticos, anorexia nerviosa, potomanía, hiponatremia.

ABSTRACT

Eating Disorders constitute multidimensional and extremely complex pathologies that are located between the apparent discontinuity of neuroses and psychosis. Psychotic symptoms are not uncommon in eating disorders, especially they are diagnosed in restrictive anorexia nervosa and are an unfavorable prognostic factor, so it is urgent in these cases to be treated specifically. In this clinical case, Anorexia Nerviosa is related to potomania or psychogenic polydipsia and the consequent hyponatremia with water intoxication as triggers of psychotic episodes

Keywords: antipsychotics, anorexia nervosa, potomanía, hyponatremia.

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria se pueden considerar actualmente como de las más preocupantes patologías psicológicas que surgen en adolescentes y mujeres jóvenes.

Más allá de clasificaciones oficiales, podemos decir que cualquier persona puede encontrarse en una situación de riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en todas las circunstancias en las que se esté experimentando una dificultad en nuestra relación con la comida o nuestro cuerpo y con la imagen que éste nos devuelve.

Convicciones equivocadas sobre alimentos, el peso ideal, la forma corporal y la propia imagen inducen, por un lado, no solamente a una alteración patológica en las conductas relacionadas con la comida, sino que inciden también profundamente en el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual, que es como podemos definir el autoconcepto, el “propium” latino o el “self” anglosajón.

Los TCA, por lo tanto, pueden definirse como enfermedades psicosomáticas graves de etiología multifactorial, que sólo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos, que se potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural.

En los últimos diez años se ha triplicado el número de pacientes diagnosticadas de anorexia, y según los datos que se pueden extrapolar, la enfermedad puede predisponer a medio millón de jóvenes en el territorio nacional, afectando por igual a diferentes capas sociales y niveles socioculturales, aunque afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres, en una ratio de 9 a 1 (Gandarillas A., Febrel C. 2002).

La letalidad de los TCA es la más alta entre las detectadas por trastornos psiquiátricos.

La restricción calórica es uno de los datos recurrentes en todas las historias de TCA. Se considera que el 70% de las mujeres jóvenes sigue o ha seguido una dieta y existen diferentes teorías a favor de una continuidad entre la dieta y los TCA. La simple restricción calórica se puede llevar a los extremos de incluir el semiayuno, la evitación de los hidratos de carbono, el abuso de laxantes o diuréticos y de fármacos anorexígenos.

El acto de imaginación que conlleva la perspectiva de un cuerpo diferente, “nuevo”, como si fuese un traje, tiene el fuerte límite de la estaticidad. Se niega, de esta forma, a la condición física, la esencia de su naturaleza, que es constante cambio y evolución dinámica, constituida de reasentamientos y reequilibrios entre variables muy diferentes: la predisposición genética, situación vital, emociones, estados de ánimo, influencias neuroquímicas y hormonales, cantidad de obligaciones cotidianas y tiempo libre (Faccio, 1999).

2. POTOMANÍA

La potomanía (proveniente del griego “potos”, bebida y manía, locura) no está incluida en las clasificaciones del DSM IV o de la CIE-10 como un diagnóstico psiquiátrico específico, pero por sus características se podría incluir en los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) o en los trastornos del control de los impulsos. Se define como la ingestión de grandes cantidades de agua provocada por el deseo frecuente de ingerir líquido. Se diferencia de la dipsomanía en que sobreviene de repente y de forma intermitente como necesidad imperiosa, pero inmotivada, de beber grandes cantidades de agua. Aproximadamente, un 15% de los pacientes psiquiátricos presentan potomanía, pero este trastorno es casi del 50% en las pacientes con AN. En casi todas las dietas se aconseja la ingestión de agua para adelgazar, para disminuir la ansiedad y controlar la sensación de hambre. Tal vez por eso, con el objetivo principal en bajar de peso, las chicas llegan a beber entre 10 y 15 litros al día, sin que exista sensación de sed, aunque casi siempre lo justifican con tener la sensación de boca seca. Beber en exceso no suele ser percibido como dañino y los pacientes no tienen conciencia de los efectos tan perjudiciales que puede producir en el organismo. Los riñones se afectan por el exceso de agua y esto repercute en que los minerales como sodio, potasio y magnesio bajen de sus niveles óptimos con la consecuente aparición de cansancio, calambres musculares, visión borrosa, náuseas, psicosis, convulsiones. Disminuye la secreción de hormona antidiurética por lo que se orina en mayor cantidad. La afectación puede tener consecuencias cardíacas con alteraciones del ritmo, que puede ocasionar la muerte del paciente por insuficiencia cardíaca congestiva. A nivel cerebral puede detectarse una disminución de la agilidad mental y la pérdida de magnesio entre otros minerales puede causar falta de memoria. La hiponatremia puede alterar las funciones neurológicas y en casos de intoxicación hídrica se puede llegar al desarrollo de la encefalopatía hiponatémica con riesgo de coma y muerte.

3. EPISODIOS PSICÓTICOS Y AN

En la AN los episodios psicóticos aislados son muy frecuentes y constituyen el 80% de las psicosis en esta patología. El restante 20% de psicosis lo representan las endógenas. Como comenta la Dra. Sonia Sarro, “La psicosis en TCA no se relaciona con el tiempo de evolución, y puede eclosionar tras poco meses o varios años. Si se relaciona con el bajo peso y la personalidad previa: la restricción la favorece, la desnutrición es a su vez, factor de riesgo para recurrencias psicóticas” (Sarro 2009).

Los trastornos del pensamiento son muy frecuentes y la desestructuración provocada por la desnutrición los facilita. En las pacientes anoréxicas se detecta constantemente ánimo depresivo, obsesiones relacionadas sobre todo con el cuerpo y la comida, rituales, sobreatención al detalle, bajo autoconcepto emocional y físico, ideas dismórficas. Entre las ideas paranoides frecuentes que la familia manipula o envenena los alimentos. La desconfianza se extiende del ámbito familiar a las amistades y al colegio o trabajo. Las pacientes se sienten irritables o apáticas, viven sensaciones de despersonalización pueden describir alucinaciones auditivas, cenestésicas o visuales y acaban aislándose. La dualidad de los pensamientos, las contradicciones, la negación de las emociones, la falta de capacidad de identificar sentimientos sustentan el trastorno emocional tan profundo que padecen las pacientes. La distorsión de la imagen corporal, patonómica de la enfermedad, se inserta en este contexto emocional disociativo y contradictorio que aleja a las pacientes de una percepción personal de su propio cuerpo. El alejamiento emocional determinado por sensaciones de impersonalidad alivia ficticiamente la conciencia de responsabilidad hacia sí mismas y su enfermedad. A veces justifican la falta de ingestión de comida con síntomas relacionados con el aparato digestivo. Como por miedo a que se les caigan los dientes, que empeore una úlcera o que les duela el estómago. Se pueden detectar rasgos hipocondríacos con miedo al estreñimiento o a “tener algo malo” o algún parásito. Y a veces refieren incontinencia de esfínteres.

Los síntomas psicóticos en estas pacientes dependen mucho de su estado nutricional, por lo que habitualmente son fluctuantes y en semanas, con un tratamiento adecuado, el pronóstico se resuelve favorable con una completa *restitutio ad integrum*.

4. CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 28 años, sin antecedentes psiquiátricos, la mayor de dos hermanos. Actualmente vive con su madre y su hermano, ya que hace unos diez años los padres se separaron. Con el padre no tiene ninguna relación, ni siquiera se habla, mientras que con el hermano mantiene ciertos contactos. El inicio de la enfermedad coincide con un trabajo de camarera en una barra de un bar en horario de noche, que le permite con los turnos saltarse casi todas las comidas. Fumadora de un paquete de cigarrillos diario. No refiere ser bebedora ni siquiera ocasional. Como antecedentes familiares refiere que su madre sufre de episodios depresivos y que se apoya totalmente en ella, “llegando a no dejar que salga o la deje sola si se encuentra triste”. Refiere descontento con su imagen corporal, a pesar de ser una chica de una altura de 1,70 y que su peso máximo han sido los 70 Kg. Ha trabajado ocasionalmente como modelo y azafata en congresos y otros acontecimientos. Cuando acude a la consulta está inscrita en un curso para azafata de vuelo, trabajo que refiere como uno de sus sueños. Se define, antes de la enfermedad, como una persona sociable y alegre.

Acude a la consulta en septiembre de 2010, con el diagnóstico de anorexia nerviosa, basado en los siguientes fundamentos, según el DSM IV:

1. Un IMC de 15,57.
2. Distorsión de la imagen corporal.
3. Temor intenso a subir de peso.
4. Amenorrea secundaria.

Desde el comienzo de las restricciones alimentarias, unos tres meses antes, ha realizado ingestas excesivas de agua, cada vez en mayor cantidad, hasta llegar a cuantificar unos doce litros diarios. La paciente tenía conciencia de la enfermedad y acudió a la consulta voluntariamente por haber “descubierto que tenía anorexia”, a pesar de seguir teniendo todavía mucho miedo a engordar.

Acude a la consulta con un peso de 48 Kg. y refiere pérdida de peso significativa, unos 13 Kg. en los últimos 4 meses, conseguida con restricciones alimentarias y niega conductas compensatorias purgativas, episodios bulímicos e hiperactividad física. Se pueden constatar ideas sobrevaloradas sobre la importancia de la delgadez y cogniciones erróneas sobre su figura, con una marcada distorsión de la imagen corporal.

Presenta comorbilidad: Trastornos de Ansiedad y Trastorno Obsesivo compulsivo, incontinencia urinaria diurna y nocturna.

Refiere mucha ansiedad, sobre todo en sitios cerrados, en supermercados y cada vez que huele a alguna comida de las que le gustaban.

Ha adquirido rituales con la comida y se ha vuelto obsesiva con el orden y la limpieza (lava hasta tres veces un plato limpio ante de servirse comida).

No deja que su madre le prepare la comida por miedo a que las recetas tengan demasiadas calorías y ha llegado a pensar que su madre podría envenenarla.

Refiere alucinaciones visuales, casi siempre nocturnas y concretamente la sombra de un hombre que la observa.

Refiere sensación de despersonalización en relación a su cuerpo.

No siente interés por cultivar sus amistades y tiende a aislarse.

Se manifiesta colaboradora con la terapia nutricional y en principio se pacta que pueda seguir con sus estudios y su entrenamiento de natación para el curso de azafata, puesto que en la analítica de julio de 2010 no se refleja ningún desequilibrio importante. Amenorrea de tres meses de evolución en el momento de la primera consulta.

Tiene una actitud colaboradora pero la ingesta excesiva de agua adquiere cada vez más importancia en cuanto a su incapacidad de control y la incontinencia diurna y nocturna interfiere notablemente en la calidad de vida de la paciente. Lo difícil de valorar son las consecuencias somáticas de la ingesta de agua, no siendo la paciente hospitalizada en ningún momento.

A pesar del cumplimiento referido por la paciente y su madre de las indicaciones nutricionales, siguen las alucinaciones visuales y tras la interrupción de los duros entrenamientos de natación que, en principio, se consideraban responsables del escaso aumento de peso, no progresa la mejora nutricional de la forma esperada.

Mejoran las relaciones familiares y como tratamiento psicofarmacológico se opta por un neuroléptico olanzapina 10mg. (potencialmente orexígena) para mejorar la sintomatología obsesiva y los episodios psicóticos.

También se complementa con Lorazepan 1mg. como ansiolítico y, tras seis meses de tratamiento, se añade un antidepresivo, aunque la eficacia de estos fármacos sea controvertida, la sertralina en dosis de 50 mg. para mejorar la sintomatología depresiva.

La relación terapéutica era muy buena y se podía avanzar de forma satisfactoria con la psicoterapia cognitivo conductual.

Con el tratamiento farmacológico mejora mucho la conducta obsesiva y se controla el estado de ánimo y la ansiedad.

No obstante, una espectacular mejoría se consigue un año más tarde, en septiembre de 2011, cuando se obliga a la madre a racionar el agua y a la paciente a cuantificar de forma estricta todo líquido ingerido.

Hasta entonces, a pesar de las reiteradas recomendaciones, la paciente subestimaba la importancia del control hídrico y este no se estaba realizando de manera correcta.

La paciente empieza, finalmente, a aumentar de peso de forma adecuada, desaparece la incontinencia diurna y nocturna que siempre relacionaba con episodios de ansiedad o pesadillas como desencadenantes. Desaparecen las alucinaciones y el miedo a que la madre manipule los alimentos que ella va a tomar.

6. DISCUSIÓN

Con este caso clínico, la intención era subrayar que, tal vez, la importancia de la potomanía en la AN está subestimada en cuanto a sus consecuencias, tanto por el paciente, que no relata los síntomas y engaña acerca de su ingestión hídrica probablemente por no tener conciencia de sus efectos perjudiciales, la familia, que casi siempre se centra más en el cumplimiento de la dieta sólida y los clínicos, sobre todo cuando, como en este caso, se actúa fuera de un medio hospitalario, donde se controlan con frecuencia las constantes hematológicas.

La importancia del tratamiento en casos de potomanía se centra en que la recuperación del paciente suele ser *ad integrum*, sin secuelas metabólicas y con la desaparición como en este caso de la sintomatología psicótica.

Por lo tanto, es una prioridad investigar de forma exhaustiva el consumo de agua en todos los pacientes afectados por trastornos de la conducta alimentaria y ser muy exigentes en este control para evitar todos los riesgos asociados a una hiponatremia si la evolución inicial nos advierte de la positividad de esta conducta. La mejoría tan rápida del cuadro psicótico tras el control estricto de la ingestión de líquidos nos hace pensar en una relación con la ingestión hídrica excesiva y la sintomatología psicótica, con lo que se reforzaría la teoría que la hiponatremia compromete las funciones neuropsicológicas y exacerba los síntomas psicóticos que vendrían a ser alteraciones en el sistema nervioso central causadas por el síndrome polidipsia-hiponatremia.

BIBLIOGRAFÍA

- FACCIO E. 1999. *Il disturbo alimentare* Carocci, Roma, Pág. 106.
GANDARILLAS-GRANDE A. & Febrel C.2002. *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
GARCÍA-VICENT V. 1998. Potomanía: a propósito de un caso. *Psiquiatría.com* Vol. 2, No 3.
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. I, García Esparza E. Polidipsia, hiponatremia, anorexia nerviosa, ¿una nueva forma de psicosis? *Psicopatología* Vol. 27, Pág. 35-44.
SARRÓ ÁLVAREZ S. 2009. Abordaje de los episodios psicóticos en los trastornos de la conducta alimentaria *JANON*. ° 1.731