

# Pica o una perversión gustativa estudiada en clínica psicocardiológica\*

Dr. César Pérez de Francisco\*\*  
 Psic. Gloria Huitrón\*\*  
 Dr. Mauricio Osatinsky\*\*\*

## Introducción

Del latín *pica*, urraca, se define en 1970 (última edición del Diccionario de la lengua española), como el término médico correspondiente a: "afición del apetito a comer materias extrañas, tierra, etc..."<sup>1</sup> Sólo un poco antes, en 1963, Henri Piéron enuncia así su concepción: "anomalía alimentaria encontrada en animales que comen sus pelos, corderos que comen lana (analofagia), pájaros que comen plumas (pterofagia); a veces se trata de diversos productos, como la arena, tierra, etc. (alotriofagia) o de excrementos (estercofagia). Es una forma de perversión humana (del nombre latino de la urraca omnívora)".<sup>2</sup> A principios de siglo, Littré habla indistintamente de pica y picadismo. La considera "una aberración que hace desear una sustancia no alimenticia". Se comen diferentes sustancias no nutritivas "que repugnan" cuando el paciente recupera la salud. Establece la diferencia con la malacia, esa "anomalía del gusto que nos hace aparecer exclusivamente tal o cual sustancia alimentaria".<sup>3</sup> Aproximadamente hace un siglo, Bouchut y Després consideran que la pica es "una de las formas de la dispepsia clorótica". Pero aún resulta más curioso la terapéutica recomendada entonces: "El lúpulo, la genciana, la onagra y los amargos; los preparados de quina, los ferruginosos y reconstituyentes, propios de la higiene general son los medios de curar la pica".<sup>4</sup>

Así las cosas, y en el marco del equipo

psiquiátrico del Instituto, tuvimos la ocasión de estudiar pacientes consumidores de tierra, yeso, jarritos de barro, etc... Entre ellos hemos escogido una paciente que ilustra adecuadamente esta entidad clínica.

## Historia clínica

Paciente del sexo femenino, de 55 años de edad, casada y dedicada a las labores del hogar. Se presenta al Instituto en 1962 por sentir mareos, fosfenos, palpitaciones y disnea de grandes esfuerzos. La situación se complica al aparecer cefalea y franco estado depresivo.

No existen antecedentes familiares importantes pero, entre los personales, merece destacarse un alcoholismo de un litro de pulque diario.

En la exploración física, anotamos discreta cianosis, obesidad +++ (talla 1.52 m con peso de 73 kg) sin ingurgitación yugular. Frecuencia cardíaca de 72 por minuto, con primer ruido normal, pero con el segundo desdoblado en forma constante y de escasa variación con los tiempos respiratorios. Se palpa el borde inferior hepático a 2 cm bajo el reborde costal y en inspiración. No hay edemas. Campos pulmonares con murmullo vesicular normal. Tensión arterial: 160/100.

El trazo electrocardiográfico del 22 de marzo de 1962 sugiere fuerte crecimiento ventricular derecho por sobrecarga sistólica. Crecimiento auricular derecho (figura 1).

Con tales datos se diagnosticó obesidad exógena, cardiopatía pulmonar crónica (figura 2), hipertensión arterial pulmonar y sistémica esencial. Se aclaró con cateterismo cardíaco la persistencia de conducto arterioso no quirúrgico (figuras 3 y 4). A partir de 1965 se practicaron sangrías de 100, 400 ó 500 ml, en series de 8 a 10 ocasiones, dependiendo del grado de cianosis.

\* Sesión general del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" llevada a cabo el día 17 de noviembre de 1982.

\*\* Departamento de Psiquiatría. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Juan Badiano Núm. 1. México 22, D.F. México.

\*\*\* Ex-residente del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

La paciente se refiere a Psiquiatría por haberse observado una “perversión del gusto”. Fue vista por primera vez el 20 de mayo de 1969. Además de los datos señalados en la historia médica, se puntualiza que su menopausia se instala en 1962 y ella misma explica: “Ese fue mi problema, me faltaba el aire y vine al Instituto”.

Se trata de una paciente orientada en las tres esferas, coherentes en su discurso, triste y que se queja de irritabilidad. Muy pronto, hace evidente tensión nerviosa y ansiedad, aunque no de gran magnitud. Dice haber dormido “inquieta”, con sueño de mala calidad, de dos meses a la fecha. Asimismo, hay abatimiento del apetito sexual.

Su capacidad intelectual es limitada, es insegura y se inhibe fácilmente. Nos refiere su costumbre de “comer un jarrito todos los días”. Los compra en el mercado. Hace algún tiempo probó los jarros de Guadalajara, que le parecieron “duros” y volvió al consumo de los habituales.

“A veces al leer tengo que parar, porque si no me falta el aire”, declara la paciente con gran ansiedad. También describe sintomatología fóbica: “si voy en un camión con mucha gente me bajo, porque creo que va a chocar”. Paralelamente, aumenta su irritabilidad y padece accesos de llanto frecuentes.

Señala la paciente que en 1964 (es decir, a los 50 años de edad), sintió “mareos” y cefaleas intensas. A partir de entonces le extraen 500 ml de sangre mensualmente. “El mes pasado (es decir, a 5 años de haberse iniciado las sangrías) me sentí muy mal cuando me sacaban la sangre”.

Su perversión gustativa arranca en 1966 (es decir, a los 52 años de edad), cuando prueba “una jarrita de barro de Guadalajara” que le agrada mucho. Desde entonces, consume una

diaria. Su explicación consiste en afirmar que le gusta “el sabor”.

Me explica que en el mercado venden las jarritas diciendo que “son para comer” Ella probó primero “tabique, que sabe a tierra mojada”.

Ya con los exámenes psicotécnicos terminados describe “mareos” y trastornos del sueño.

Toma los jarritos desde hace dos años (es decir que comienza su pica ¡a los 52 años de edad!, a razón de “por lo menos uno diario” y no excede de dos por día.

Reitera que en el mercado son pregonados como “jarros para comer”, y son consumidos por señoras encintas.

Con T.A. de 170/120 me consulta su médico tratante la conveniencia de instalar tratamiento a base de reserpina. Contesto, en razón de su depresión, que preferiría intentar IMAO para lograr, quizá, dos objetivos al tiempo.

Se instalan 30 mg de fenelcina. Su T.A. es de 160/100.

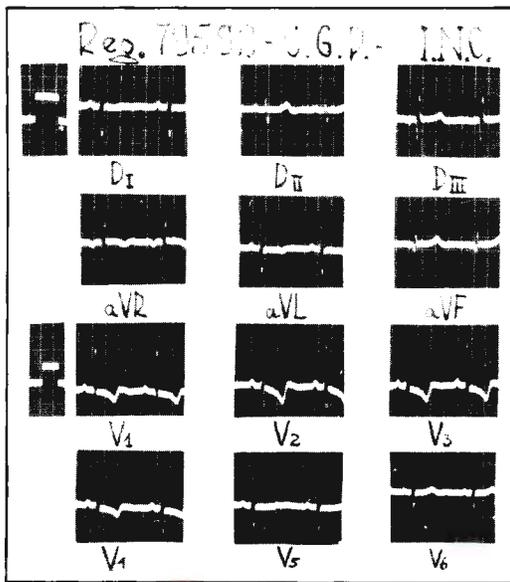
El médico tratante la encuentra “asintomática”. Su P.A. es de 140/90. Parte de la nota del clínico a su cargo me resulta imposible de silenciar:

“Es obvio que no requiere terapia antihipertensiva y que la hipotensión determinada previamente (¿se refiere a la cifra 140/90?) probablemente se debe a que la paciente es hiperreactora (¿tensional?). El urocultivo resultó negativo. Quizás sea mejor un tratamiento conservador”.

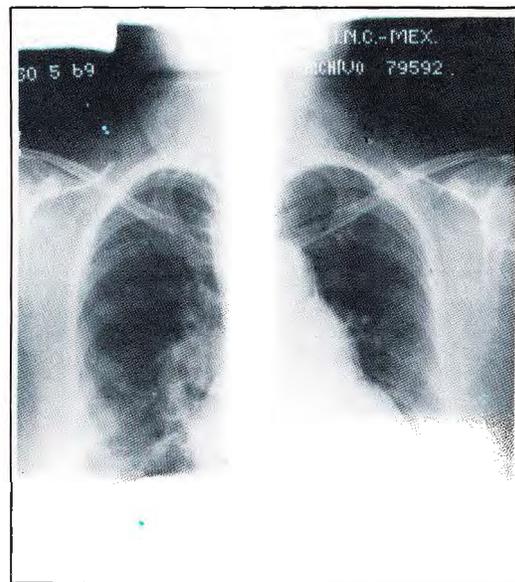
El 16-I-70 me describe la sintomatología que la trajo a Emergencia. P.A. 170/100. Desde el punto de vista psiquiátrico se le aprecia francamente deprimida y, nos aclara, “que lleva 8 días sin tomar la medicación”.

Reinstalo IMAO. La paciente no regresa a

**Fig. 1.** Electrocardiograma de paciente con pica.



**Fig. 2.** Estudio radiológico de paciente con pica.



Psiquiatría. Evolución posterior:

Cuadros bronquíticos y pulmonares repetidos y "anoxemia severa por aumento del cortocircuito venoarterial". Insuficiencia cardíaca y respiratoria. En septiembre de 1982 presenta afasia mixta, hemiparesia izquierda, pérdida del control de esfínteres, gran deterioro intelectual progresivo, por todo lo cual es enviada al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

El estudio psicológico que realizó la Psicóloga Gloria Huitrón, en julio de 1969, se resume así:

"Se trata de una mujer de 54 años, casada y con una escolaridad de 5o. de Primaria. Está funcionando como una persona débil mental limítrofe (C.I. de 72) con disminución de todas sus funciones intelectuales, pero sobre todo muy limitada en su coordinación y velocidad visomotriz. Potencialmente parece tener capacidades intelectuales, las cuales no ha desarrollado.

"En su área afectiva se muestra poco espontánea, controlada e inhibida. Con poca habilidad para establecer relaciones interpersonales genuinas, sobre todo de tipo afectivo. Por otro lado parece frustrada en sus necesidades de dependencia, necesidades a nivel "oral". Aunque hay búsqueda de afecto, sus

relaciones interpersonales están matizadas de hostilidad. Muestra una orientación básicamente de tipo agresivo-receptiva.

"Persona introvertida, apática, moderadamente deprimida, evasiva y con tendencias a conductas "compulsivas". Problema en sus relaciones con la autoridad."

Se precisaron los siguientes diagnósticos:

Síndrome depresivo-ansioso agudo en paciente obesa, con cardiopatía pulmonar crónica e hipertensión;

Alcoholismo y pica crónicos en paciente débil mental, menopáusica y con persistencia del conducto arterioso.

### Pica

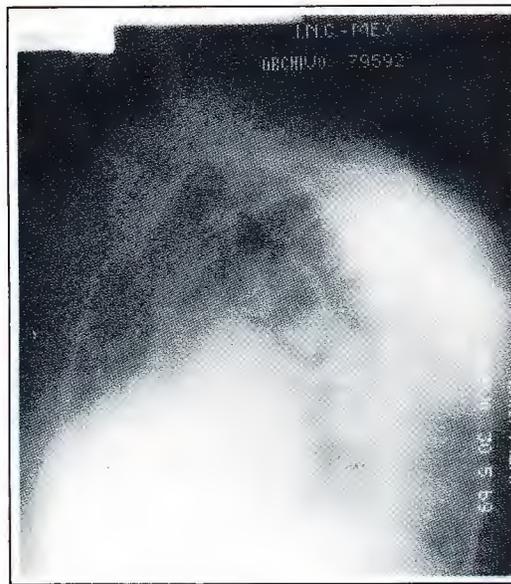
Consiste en la persistente ingestión de sustancias no nutritivas como suciedad, plástico, yeso y papel. Las consecuencias que puede acarrear la pica (envenenamiento por plomo, obstrucción intestinal, parasitosis, etc.) son graves y en algunos casos mortales.

Cooper dedicó una monografía al tema en 1957 y señala que Avicena (alrededor de 1000 años antes de nuestra era) comenta ya el pronóstico de la pica y fue el primero en señalar los beneficios terapéuticos de las preparaciones de hierro.<sup>5</sup> Por otra parte, Thompson en 1913 (citado por Halmi<sup>6</sup>), describe que Gale-

**Figura 3.** Estudios radiológicos de la misma paciente.



**Figura 4.** Estudios radiológicos de la misma paciente.



no llevó 20,000 pastillas de arcilla de la isla griega de Lemnos a Roma, donde las usó para tratar casos de envenenamiento. La arcilla tiene propiedades de resina intercambiadora de iones, por lo que pudiera ocurrir que algunas arcillas tuvieran propiedades intercambiadoras de metales como el hierro y el zinc. Consecuentemente, pacientes con pica de arcilla podrían desarrollar deficiencias de estos metales.

Se encuentran referencias de pica en todos los continentes.

El manual americano de clasificación DSM III, publicado en 1980, define así la entidad: "evidencia de comer frecuentemente sustancia(s) no nutritiva(s) durante por lo menos un mes".<sup>7</sup>

La mayoría de estudios sobre frecuencia de la pica se han hecho en niños y mujeres embarazadas. Todas las investigaciones han manejado poblaciones seleccionadas en clínicas y hospitales. Por lo tanto, no se conoce la frecuencia de la pica en población general. En nuestro país tampoco se sabe, y tendría gran interés puntualizar tales cifras. Además, existen modalidades realmente sorprendentes. Hasta donde sé, no se ha comunicado la pica de nidos de golondrina en ninguna parte. Encontré el caso de un hombre, en Tuxpan, en la

playa, donde me señalaba los aleros de los quitasol como un buen lugar de recolección de nidos.

De 600 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital del Harlem, 394 comían almidón. O'Rourke y col. por su parte, en 1967, estudiaron 200 mujeres embarazadas, en un servicio de obstetricia de Georgia. Encontraron geofagia en 55 por ciento de la muestra. Ferguson y Keaton, en 1950, constataron que 41 por ciento de 331 mujeres negras embarazadas comían almidón, y 27 por ciento arcilla.<sup>6</sup>

Algunos estudios han señalado un aumento de frecuencia de pica en varones, mientras otras indagaciones no encuentran diferencia entre sexos. Contribuciones sobre determinantes del entorno, desglosan la mayor predisposición a la pica en niños con hermanos enfermos, de aquellos con hermanos sanos.

En 1957, Cooper estableció el diagnóstico de pica en 27 por ciento de niños negros y en 17 por ciento de niños blancos. Consumían tierra con mayor frecuencia, y yeso en segundo lugar.<sup>5</sup> Barltrop, en 1966, condujo una entrevista y una encuesta por correo en niños de Boston. La edad fue limitada entre el año y los seis para circunscribir el grupo de niños estudiados. De los niños entrevistados, 18.5 por ciento tenían pica y, entre los estudiados

con cuestionario enviado por correo, estaban afectados 32.1 por ciento. Barltrop notó, además, que la frecuencia de pica y gama de artículos ingeridos disminuía al irse elevando la edad por arriba de la franja de 1-6 años (citado por Halmi).

Existen dos teorías sobre las causas de pica. Una afirma que el paciente sufre un déficit específico por su nutrición. Este déficit es el que causa la ingestión indiscriminada de sustancias no nutritivas. La otra teoría postula que una relación inadecuada con la madre del paciente produce necesidades orales insatisfechas, que se expresan por la búsqueda persistente de sustancias no comestibles.

En general, se considera que la pica en anormal después de los 18 meses de edad. Entre esta edad y los seis años es cuando la entidad se hace más frecuente. Las sustancias ingeridas son de lo más variado: desde pintura, pelo o ropa, hasta heces animales, piedras y papel. Las complicaciones y consecuencias respectivas también difieren: intoxicación por plomo, parasitosis, niveles séricos de hierro bajos por pagofagia (ingestión de grandes cantidades de hielo). Gelfand y col. describieron hipercalemia e insuficiencia renal crónica en cinco pacientes con geofagia.<sup>8</sup>

Comer sustancias no nutritivas puede ser un síntoma de autismo o de esquizofrenia. En tales casos no debe darse la pica como diagnóstico adicional.

La pica se ha tratado ambiental y conductualmente así como guiando y aconsejando a la familia. Debe considerarse, sin embargo, que la pica infantil suele remitir espontáneamente durante la adolescencia y que la propia del embarazo desaparece después del parto: De todas formas, en casos de niños que se comen argamasa emplomada resulta evidente que hay que modificar el medio ambiente. En algunos pacientes, al normalizar las deficiencias de hierro o zinc, se ha eliminado la pica. Varias técnicas conductuales han servido para suspender la pica; tanto una descarga eléctrica ligera, como ruido desagradable o algún emético, han constituido instrumentos para lograr la aversión.

No hay una terapia de elección para la pica, con respaldo de algún estudio de los llamados

controlados. Por el momento, cada clínico tiene que elegir el recurso terapéutico óptimo para un determinado paciente.

### Comentarios

La paciente estudiada permite apoyar o refutar las dos teorías propuestas para explicar la etiología de la pica.

El psicoanálisis ha descrito ciertos tipos "libidinales": en esta perspectiva los individuos se distinguen según el estadio de desarrollo en que se "fijan" durante el desarrollo. El tipo "oral" se caracteriza por la necesidad de depender de los demás para mantener el respeto a sí mismo. Esta actitud pasivo-dependiente se acompaña de rasgos que pueden oponerse entre sí, pero que tienen que ver con el aspecto dar-recibir (generosidad-avaricia, volubilidad-silenciosidad obstinada).<sup>9</sup> Recordaré la interpretación proyectiva de la prueba de Bender de esta paciente: "persona narcisista con dependencia oral, pero frustrada en su 'oralidad' y con una orientación básicamente de tipo agresivo-receptiva" (Huitrón). En el Machover: "presenta fuertes necesidades de dependencia a nivel 'oral' ". En contraposición, el MMPI señala: "puede expresar ideas de tristeza y frustración, pero su estado de ánimo puede cambiar rápidamente de una fase a otra y presentarse como persona enérgica, entusiasta y optimista (escala 9 ligeramente alta)". También las frases incompletas de Sacks señalan: "aparentemente buen concepto de las figuras paternas". Recordemos que la hipótesis analítica habla de una mala relación con la madre.

Por otra parte, la teoría del déficit específico en la nutrición pudiera encontrar respaldo en las "sangrías" hechas a la paciente, o bien en el alcoholismo. El hecho, cuando se analiza a retropelo la historia clínica, es que la fisiopatología de la pica "es difícil de explicar y la cual puede estar determinada psicológicamente en cierta medida."<sup>10</sup>

Pueden concebirse muchas alternativas para explicar la pica de nuestra paciente. De acuerdo con Delgado y Anand (1953) la estimulación del hipotálamo lateral de un gato origina movimientos de mordisqueo y de masticación, así como un incremento de la

toma de alimentos. Es interesante apuntar que esta no se dirige necesariamente hacia objetos comestibles.<sup>11</sup> Miller ha comprobado (desde 1960) que al estimular el área hipotalámica que regula la alimentación, las ratas mordisquean trozos de madera, palos, etc., si no disponen de alimentos. Tal conducta recibe el nombre de "ligada al estímulo".<sup>12</sup>

Pues bien, la paciente en cuestión es débil mental y por lo tanto "filtra" e inhibe defectuosamente los impulsos instintivos basales. Por si fuera poco, el alcohol podría potenciar dicha desinhibición. Su oxigenación tisular es obviamente insuficiente y la corteza resiste menos la anoxia que el cerebro basal. Dentro de la más estricta lógica jacksoniana la desaparición de un nivel jerárquico provoca la liberación del inmediato inferior. La obesidad de la paciente parece hablar en favor de que existe escaso control de la bulimia. Añádase el síndrome depresivo-ansioso que, como es bien sabido, puede favorecer en algunos pacientes brotes de hiperorexia.

Detengo aquí la especulación fisiopatológica. Se ha logrado ver con esta presentación, así lo espero, que la articulación cardiovascular-neuropsiquiátrica sobre la que vengo in-

sistiendo desde hace tiempo, se antoja un área de investigación francamente apasionante.



#### Referencias

1. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Espasa-Calpe. Madrid, 1970.
2. Piéron, H.: Vocabulaire de la psychologie. Presses Universitaires de France. Paris, 1963.
3. Littré, E.: Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent. Bailliere et fils. Paris, 1908.
4. Bouchut, E. y Després, A.: Dictionnaire de médecine et thérapeutique médicale et chirurgicale. Baillière et Cie. Paris, 1877.
5. Cooper, M.: Pica. Ch. C. Thomas. Springfield, Ill. 1957.
6. Halmi, K.A.: Eating disorders. En: Comprehensive textbook of psychiatry III. Vol. 3, pág. 2598-2605. Williams y Wilkins. Baltimore/London, 1980.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition) DSM III. American Psychiatric Association. Washington, 1980.
8. Gelfand, M., Zarate, A., y Knepschild, J. Geophagia, a cause of life-threatening hyperkalemia in patients with chronic renal failure. J.A.M.A. 234:738, 1975.
9. Delay, J. y Pichot, P.: Abrégé de psychologie. Masson. Paris, 1964.
10. Slater, E. y Roth, M. Clinical psychiatry. Ballière, Tindall and Cassell. London, 1969.
11. Delgado, J.M.R.; y Anand, B.K.: Increase in food intake induced by electrical stimulation of the lateral hypothalamus. American Journal of Physiology, 172:162-168, 1953.
12. Miller, N.E.: Motivation effects of brain stimulation and drugs. Federation Proceedings 19. Num. 4:846-854, 1960.



BIBLIOTECA DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.