

LILLYANA ZUSMAN

LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia y bulimia



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA

LILLYANA ZUSMAN

Los desórdenes de la conducta alimentaria
Anorexia y bulimia



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Los desórdenes de la conducta alimentaria

Anorexia y bulimia

Lillyana Zusman

© Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2009

© Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2009

Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú

Teléfono: (51 1) 626-2650

Fax: (51 1) 626-2913

feditor@pucp.edu.pe

www.pucp.edu.pe/publicaciones

Diseño, diagramación, corrección de estilo
y cuidado de la edición: Fondo Editorial PUCP

Primera edición: junio de 2009

Tiraje: 3000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional
del Perú N° 2009-07186

ISBN: 978-9972-42-891-3

Registro del Proyecto Editorial: 31501360900391

Impreso en Metrocolor S.A.

Av. Los Gorriones 350, Lima 9, Perú

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
HISTORIA DEL CONCEPTO DE ANOREXIA Y BULIMIA:	
TRANSFORMACIONES EN EL TIEMPO	13
La anorexia: un concepto paradójico	14
La bulimia: un nuevo concepto	21
Algunos puntos de coincidencia	22
DEFINICIONES	25
El proceso de la alimentación	25
Definiciones	28
La anorexia	31
La bulimia	34
DIAGNÓSTICO	41
Anorexia	42
Bulimia	46
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	51
FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	55
Factores predisponentes	58
Factores precipitantes	59
Factores de mantenimiento	60

LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: TRASTORNOS	
MULTIFACTORIALES	65
Características individuales	65
Características familiares	67
Conducta social y sexual	69
Características socioculturales	71
Características cognitivas	74
Cambios conductuales	80
LA FAMILIA ANORÉXICA	85
PALABRAS FINALES	93
BIBLIOGRAFÍA	97
GLOSARIO	105

INTRODUCCIÓN

Las perturbaciones de la conducta alimentaria entre adolescentes mujeres han aumentado significativamente hacia finales del siglo XX. La anorexia y la bulimia han sido los desórdenes más frecuentes y los más estudiados. Sin embargo, hacia finales del siglo XX pasado, se han incrementado otras conductas alimenticias perturbadas como el *binge eating* y el *yo-yo dieting*¹, que si bien no llegan al extremo de las antes mencionadas, comprometen la salud física y mental de quienes las padecen.

Este tipo de trastornos han existido desde tiempos remotos. La anorexia se asocia con los ayunos mortificantes de las santas en la época medieval, mientras que

¹ El *binge eating* se identifica con los atracones de comida. Es un tipo de trastorno intermedio definido por la conducta de ingerir grandes cantidades de comida en un lapso corto de tiempo. Estos atracones se realizan en secreto y con alimentos poco saludables, o lo que comúnmente se conoce como comida chatarra. El término se utiliza en inglés por tratarse de un trastorno definido recientemente (López-Ibor 2002). El *yo-yo dieting* describe un modo de comer recursivo que oscila, a modo del *yo-yo*, entre iniciar una dieta restrictiva e interrumpirla una y otra vez (Zusman 2000). En el mundo moderno, «estar a dieta» ha sido —mal— definido como el proceso idóneo de comer. Por lo general, este tipo de perturbación conlleva estados exacerbados de rabia y frustración.

la bulimia se vincula con los tiempos de las bacanales romanas. La malignidad de los síntomas y las dificultades para acceder a su curación enfrentaron a los poderes de la medicina y de la Iglesia, y favorecieron la intervención de un tercer poder oculto: la brujería, en un intento de buscar la solución a los estados de inanición y de muerte prematura de las mujeres jóvenes. Los síntomas de estos trastornos no han variado con el transcurso del tiempo. Su frecuencia, en cambio, ha aumentado considerablemente, sobre todo en las sociedades industrializadas.

La delgadez es un precepto de nuestro tiempo. La preocupación por la comida se ha convertido en un imperativo social que tiene influencia en un contexto sociocultural en el que los padres, las madres y los niños buscan alivio a una variedad de problemas emocionales, que poco o nada tienen que ver con el cuerpo (Gutwill 1994). Así, la apariencia física se sobrevalora en relación a los aspectos emocionales.

Dicha sobrevaloración está asociada a la pérdida de valores, a la modificación de los hábitos alimenticios y a la decadencia de la familia como entidad nuclear y contenedora. Estas son consecuencias naturales de la participación masiva de una sociedad consumista, despilfarradora, con una marcada tendencia a la superficialidad. El rol que cumplía la «comida familiar» se ha desplazado hacia la comida individual, muchas veces, frente al televisor y ha devenido en una conducta normalizada en las sociedades occidentales.

La comida se ha transformado en un pilar de la vida moderna; se consigue con facilidad y es parte de la oferta social y cultural. Su preparación, presentación y despliegue se han convertido en un hito en la sociedad

contemporánea. Los medios de comunicación alientan simultáneamente a comer y a no comer. Confunden al consumidor. Por un lado, ofertan comida atractiva y deseante —disfrazada en el formato *light*— y, a la vez, proponen modelos de delgadez extrema como el estereotipo de la mujer moderna. Paradójicamente, la mayor incidencia de trastornos de conducta alimentaria se presenta en sociedades en las que el hambre no es un problema real.

Un denominador común en los trastornos de la conducta alimentaria es el profundo temor a engordar y la distorsión de la imagen corporal. La sintomatología de la anorexia se hace evidente sobre el cuerpo; la bulimia, por lo general, se presenta en secreto y no tiene una manifestación directa en el cuerpo. Estos rasgos han calado de manera profunda en las mujeres jóvenes de la sociedad contemporánea, quienes apoyan su desarrollo y el devenir de su sexualidad en el control del cuerpo, del peso y de la comida. En apariencia, estos son desórdenes asociados con la comida, sin embargo, se trata de soluciones pragmáticas que tienen un fondo emocional inconsciente que compromete problemas individuales y familiares.

La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en los últimos años del siglo XX y en los albores del XXI², demuestra que la incidencia de los mismos se ha incrementado en un promedio de 20% en la población femenina de las sociedades occidentales industrializadas. Estos desórdenes conjugan el desencuentro entre lo individual y lo social. Se les

² Véase Sandbek 1993; Hoek 1995; Hesse-Biber 1996; Bulick 2005.

define como «desórdenes étnicos» (Gordon 1990), por ser patrones que por su propia dinámica tienden a expresar las contradicciones cruciales de la mujer contemporánea y el núcleo de sus ansiedades intrapsíquicas y sociales. Dadas las dimensiones del problema, se podría sugerir que se trata de una epidemia que debe de ser comprendida en la intersección de la psicología, la historia y el devenir sociocultural, más allá de los diagnósticos tradicionales.

La anorexia nervosa y la bulimia no se pueden estigmatizar como patologías individuales cuando, simultáneamente, se aprueba la conducta de las mujeres que hacen dietas para alcanzar el «cuerpo ideal», prescrito por el mandato cultural. Un diagnóstico completo, que supere la limitación de las actuales descripciones diagnósticas, deberá incluir la vulnerabilidad individual y familiar de cada paciente, asociada con los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, así como las disfunciones ligadas a la estructura de una sociedad que promueve modelos e ideales del estereotipo femenino (Brown y Jaspers 1993).

HISTORIA DEL CONCEPTO DE ANOREXIA Y BULIMIA: TRANSFORMACIONES EN EL TIEMPO

Hacia finales del siglo XX se ha desarrollado el ideal del cuerpo delgado que, erróneamente, se ha asociado, a modo de mito, a la moda. La modernidad ha determinado cambios radicales en la concepción de la feminidad, del cuerpo y de la sexualidad. Y ha propiciado enfermedades particulares, entre las que se encuentran los desórdenes de la conducta alimentaria. La cualidad clínica de estos trastornos se asienta en la idea sobrevalorada de la delgadez. El deseo por estar delgada es la primera señal de la motivación para iniciar la restricción de alimentos.

La anorexia es una enfermedad propia de mujeres jóvenes, que se manifiesta en el cuerpo, pero que no tiene un referente específico en el mismo. Se trata de un padecimiento antiguo del que se tiene noticias desde el siglo XIII y al que se ha tratado de definir y de comprender desde entonces. Su devenir ha estado influido por diversas corrientes de pensamiento y opinión: desde la Iglesia católica (siglos XIII y XIV) hasta las corrientes feminista y sociocultural de finales del siglo XX. A pesar de presentarse a través de la excesiva preocupación por el cuerpo y la comida, se trata de una enfermedad asociada al desarrollo físico, a la

sexualidad, a la maduración psíquica y a la posibilidad de asumir los avatares de la feminidad.

LA ANOREXIA: UN CONCEPTO PARADÓJICO

El significado del término anorexia ha sufrido modificaciones en el tiempo. Históricamente, su definición hacía clara referencia a sus síntomas, pero no a su etimología. «Sin hambre, sin apetito» parecían ser las traducciones más exactas de un «problema» que, desde el Medioevo, se comprendió como una enfermedad femenina masiva y riesgosa.

La palabra anorexia proviene del griego, y está formada por el prefijo «a», que en castellano se traduce como el prefijo negativo «sin» y por un verbo cuyas acepciones son alcanzar, tocar, tender, ofrecer, dar, expandirse al goce. Ninguna de las acepciones tiene siquiera vinculación con la comida y con la necesidad de comer (Goldman 2000). El significado más próximo de anorexia sería «sin deseo o falta de goce». La asociación con la comida puede explorarse de manera coyuntural dependiendo del tiempo histórico y social.

Entre los siglos XIII y XV, el control del apetito tenía una connotación religiosa, de convicción, de obediencia, de castidad y de pulcritud. Las mujeres de la Edad Media, que seguían el modelo del ascetismo, comían muy poco en un intento de trascender los placeres terrenales, de intensificar su espiritualidad y de autosacrificarse. El ayuno, considerado como una bendición suprema de Dios, era practicado como una búsqueda de penitencia. En el tiempo de las reformas religiosas —en el siglo XVI—, las mujeres que tenían

el poder de la abstinencia eran consideradas falsas santas, ayunadoras o brujas y, en un intento de prevenir a la población, eran enviadas a la hoguera o quemadas vivas (Matzkin 2001).

Este padecer, asociado con la brujería y los demonios, llamó la atención de la Iglesia católica, que no hizo sino aportar castigo a quienes presentaban este extraño mal. Los síntomas somáticos como la amenorrea, los vómitos, la baja excesiva de peso, la retracción de las encías, la delusión de la imagen corporal, entre otros, llamaron la atención de la medicina, que no ofrecía explicaciones suficientes ni tampoco estrategias adecuadas para la cura. La Iglesia, por su parte, tampoco logró erradicar la enfermedad que tomaba posesión de las mujeres jóvenes. El cuerpo sufriente quedaba aprisionado en la sintomatología a la espera de una curación, quizá mágica o eventual. Los síntomas aparecían como un lenguaje que no accedía a la comunicación directa y que, al decir de Goldman, debía ser decodificado para develar el enigma instalado en el cuerpo.

Las mujeres del posmedievo eran famosas por sobrevivir sin comer (Lanteri 1990); pasaban semanas en cama, sufriendo lo que en su momento se denominó parálisis histérica. Este modo de enfermar compartía más rasgos con las histéricas de fines del siglo XIX y de principios del siglo XX, que con las anoréxicas de hoy, quienes —en contraste— tratan de negar su demacrado estado de fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante la mayor parte del tiempo (Holtz 1995).

En 1689, Morton publicó en Londres el primer caso de anorexia causada por tristeza y ansiedad, a

la que denominó *nervous consumption* (en Silverman 1995: 141) o *consumption of nervous* (en Moorey 1991: 7). Enfatizó que se trataba de una inanición autoinducida diferente y diferenciada del fanatismo religioso. Además, resaltó sus referentes somáticos, como la amenorrea. El autor distinguió esta condición de otras enfermedades físicas como la tuberculosis. Esta publicación constituyó un aporte científico y un salto cualitativo en la comprensión de la enfermedad. Ese mismo año Morton presentó dos casos de *nervous consumption*, a través de los cuales desestimó la diferencia de género.

A partir del siglo XVIII, la presencia reiterada de casos de anorexia recibió atención sistemática. En 1794, R. Whytt, profesor del curso Teoría de la Medicina en la Universidad de Edimburgo, presentó la obra *Observations on the nature, causes, and cures of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac or hysteric to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves* (en Silverman 1995: 141-144). Allí describió una atrofia nerviosa a partir de un caso en el que observó marasmo, una sensible pérdida de masa corporal, un espíritu melancólico y ninguna evidencia de enfermedad clínica.

En 1860, los estudios de Louis-Victor Marcé informaron en París que existían mujeres jóvenes que, en el período de la pubertad y después del desarrollo físico, caían en una suerte de inapetencia subjetiva que podía llevarse hasta límites impensados (Goldman 2000). Ellas dejaban de comer más allá de lo que se pudiera imaginar y llegaban a convicciones delirantes que les impedían comer. Así, un desorden de cualidades físicas con un perfil gástrico, se sugirió como nervioso.

En 1873, Lasègue publicó en París *De l'anoréxie hystérique* (Lanteri 1990), en donde evidenció la causa emocional de la dificultad para ingerir alimentos, la severidad de la patología y su asociación con mujeres adolescentes. En ellas observaba, a la vez, una conducta instintiva y la certidumbre personal de no comer. «Me propongo tratar hoy un complexus sintomático frecuentemente observado como para que sea un accidente excepcional y que tiene además la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones histéricas», dijo Lasègue (en Antebi 2000: 16). En ese sentido, asoció la enfermedad con las decepciones amorosas y los matrimonios forzados —es decir, con la sexualidad subyacente—, así como con la necesidad de estar en movimiento (hiperkinesis), a la retracción de la vida social y al desconocimiento de las señales interoceptivas. Asimismo, reparó en las distorsiones cognitivas, en la negación de la enfermedad y en el trastorno de la imagen corporal. Observó también que la enfermedad tenía asiento en la familia y que la insistencia de parte de la misma para que los pacientes comieran como «señal de amor» no hacía más que poner a prueba la exacerbada perversión de la voluntad de no comer, tanto así que exhibir sus cuerpos delgados era, más bien, una señal de triunfo.

Con la publicación de *De l'anoréxie hystérique* se estableció una relación entre la anorexia y la histeria, enfermedad en boga hacia finales del siglo XIX. Lasègue diferenció la inanición histérica de la anorexia, una enfermedad que presentaba la perversión insólita del apetito, exenta de toda queja, malestar o sufrimiento. Estas pacientes «no solamente no suspiran por la curación sino que se complacen de su condición a pesar

de todas las contrariedades que suscita» (en Antebi 2000: 19). Así, se reveló la necesidad de un abordaje alternativo y se distinguió el paradigma médico —psiquiátrico y neurológico— del psicológico.

En 1874, Gull introdujo en Inglaterra la denominación de «anorexia nervosa» para referirse a la pérdida de apetito de origen nervioso (Silverman 1995: 141-144). Reconoció la enfermedad como un cuadro en sí mismo y destacó su incidencia en adolescentes mujeres, sin descartar su presencia en hombres. Descartó el compromiso de causas médicas, como la ausencia de enzimas digestivas y resaltó la necesidad de una intervención terapéutica especializada. Describió a las pacientes como jóvenes entre dieciséis y veintitrés años en estado de emaciación¹, afligidas, sin rasgos de tuberculosis específica, con amenorrea, estreñimiento, pérdida de apetito y con una disminución de signos vitales. La negación del apetito era consecuencia de su estado mental.

Gull diferenció la anorexia de otras perturbaciones alimenticias y especificó que la pérdida de apetito se debía a un estado nervioso que no era más que la perversión de la voluntad para comer. Recomendó que las enfermas estuvieran alejadas de sus padres a lo largo del tratamiento y que fueran alimentadas, en intervalos regulares, por personas que tuvieran cierto control moral sobre ellas y no por personas que tuvieran una relación emocional cercana.

Hacia finales del siglo XIX, las complejidades de la vida emocional y sexual de las mujeres tendían a

¹ La palabra «emaciación» viene del latín *emaciāre*, que significa debilitar y que se aplica al adelgazamiento morboso (RAE 2001).

representarse en el cuerpo. Los estudios psicoanalíticos de la época, influidos por el giro de lo somático a lo psíquico, situaban a la anorexia, por un lado, como una neurosis actual —tóxica— vinculada a la anestesia y a la melancolía (Masson 1986) o como una histeria, una psiconeurosis con un fondo traumático sexual (Freud 1895a; 1896). Al ser la anorexia una enfermedad que no presentaba causas físicas, que se representaba en el cuerpo y que tenía un origen sexual —posiblemente traumático—, el diagnóstico de histeria se constituía en la explicación más adecuada, a falta de una explicación mejor (Freud 1895a).

Los estudios de Worthington y de Charcot, de finales del siglo XIX, pusieron en evidencia los motivos psicológicos que subyacen a este tipo de patologías. Una paciente de Charcot afirmó: «prefiero morir de hambre antes que volverme obesa como mi madre» (en Holtz 1995). Charcot revolucionó la clasificación de la histeria al brindar credibilidad al sufrimiento de los pacientes, aun cuando no se constatará un compromiso orgánico. De esta manera, creó un espacio para dar cabida a una relación intersubjetiva entre el médico y el paciente, en la que el primero dejaba de ser el sujeto del supuesto saber, ya que había algo que solo la enferma sabía de sí misma.

En 1914, Simmonds ofreció una explicación médica a un desorden que había tomado características psicósomáticas y asoció la anorexia con la insuficiencia de la glándula pituitaria a partir de su trabajo con autopsias (en Matzkin 2001). Empleó los tratamientos invasivos con insulina y electroshock en la búsqueda de la curación. Sin embargo, sus esfuerzos resultaron inútiles y permitió el reconocimiento del

fracaso al tratar de asignarle a la enfermedad una localización exclusivamente somática.

Desde finales del siglo XIX, la anorexia fue objeto de grandes controversias, hasta que los trabajos de Gull en Inglaterra y de Lasègue en Francia se constituyeron como los paradigmas de la nueva comprensión de la anorexia y como punto de partida de los estudios modernos que se inauguran con los *Estudios sobre la Histeria* de Freud (1895a). Sin embargo, su alta prevalencia, en la segunda mitad del siglo XX, determinó la necesidad de buscar explicaciones en otros ámbitos del conocimiento científico.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, Bruch (1973) fue la expositora más reconocida desde la perspectiva psicoanalítica. Ella afirmó que el cuerpo se transforma en el núcleo de un complejo sintomático de una enfermedad de origen psicológico. El síntoma alimentario no resulta una elección al azar, pues comer es una actividad que conjuga simultáneamente experiencias fisiológicas, psicológicas y afectivas, ligadas al vínculo temprano con la madre. Los síntomas de origen psíquico representan un esfuerzo considerable para resolver o camuflar problemas vitales y familiares que, de otra manera, parecen no tener solución. Se presentan en familias en las que los padres muestran dificultades para facilitar el desarrollo del *self* de sus hijas y alentar su sentido de autonomía y de individuación, tanto así que ellas devienen ineficaces y parecen, al decir de Bruch (1978), «un gorrión en jaula de oro que quiere volar por su cuenta».

LA BULIMIA: UN NUEVO CONCEPTO

El síndrome de «bulimia nervosa» fue definido por Russell en 1979, a pesar de que sus orígenes se pueden rastrear a lo largo de la historia, en relación a la voracidad patológica por comer. En tiempos remotos, los individuos dependían de la caza masiva de animales para su alimentación, por lo que la ingesta voraz se consideraba necesaria para la acumulación de tejido graso y para compensar los períodos de escasez de alimentos (Matzkin 2001).

Como parte de la historia de las civilizaciones tradicionales, como la griega y la romana, se registran periodos tanto de abundancia como de escasez de alimentos. La inseguridad frente al suministro y la corta expectativa de vida hicieron del consumo exagerado una realidad durante los tiempos de prosperidad. El frío, la languidez y el cansancio eran las respuestas naturales a la emaciación, mientras que los banquetes, las orgías y los vómitos autoinducidos, consecuencias de la abundancia. De ahí, que el origen del término bulimia, etimológicamente sea «hambre de buey».

En 1380 se narra el caso de Catalina de Siena, quien «evacuaba» sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética. Asimismo, se cuenta el caso de las jóvenes de la aldea de Morzán, quienes enfermaron masivamente con un síndrome de inanición y de vómitos repetidos. Esta ocurrencia desató la pugna entre la Iglesia y los médicos de la época, que obligados por el clero, se vieron en la necesidad de atender la situación para evitar el castigo de la hoguera de las santas ayunadoras.

Entre los siglos XVI y XIX se identificaron cuarenta casos de hiperfagia; a lo largo del siglo XIX se registraron veintitrés; de estos, solo quince manifestaron como síntomas la ingesta voraz, los vómitos secretos, las comilonas nocturnas y el peso corporal normal (Holtz 1995). A comienzos del siglo XIX, la bulimia fue descrita en los diccionarios médicos como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesiones cerebrales o como una anomalía congénita. Se especificó también la presencia de un apetito voraz seguido de vómitos propios de la histeria o del embarazo.

Hacia los años setenta, el *bingeing* —los atracones— y los vómitos autoinducidos se establecieron como criterios diferenciales de la anorexia y se observó el incremento de estos síntomas en adolescentes mujeres. Este aumento se asoció a los cambios en las expectativas socioculturales de las mujeres jóvenes y a la extrema preocupación por las formas del cuerpo, lo que devino en el uso de métodos purgativos compensatorios. Estas exigencias parecen ser una consecuencia de las presiones por la delgadez idealizada en relación al cambio de paradigma de la feminidad (Parry-Jones y Parry-Jones 1995).

ALGUNOS PUNTOS DE COINCIDENCIA

El siglo XXI enfrenta una epidemia de desórdenes de la conducta alimentaria. Los cambios culturales ocurridos a partir de los años setenta enfrentan a las mujeres jóvenes a cambios sustantivos respecto de su crecimiento físico, sexual y afectivo, a la separación

e individuación de sus figuras parentales y a la consolidación de su identidad de género. Ante esto, el cuerpo se revela como el espacio real más vulnerable en el tránsito de la pubertad a la adultez en sus aspectos somáticos y psíquicos y, a su vez, recoge la influencia de los imperativos sociales y culturales de la época.

¿Son los desórdenes de la conducta alimentaria «síntomas» de una enfermedad o respuestas ante determinados condicionamientos psicósomáticos?, ¿se enferma de anorexia o de bulimia como quien contrae cáncer, resfrío o tuberculosis? La respuesta parece ser negativa. La preocupación por la comida, la dieta y el cuerpo tramitan un síntoma que refleja la dificultad y la incomodidad de asentarse como un cuerpo y una mente en un espacio social que discrimina y rechaza aquello que esté fuera del estereotipo validado social y culturalmente (Moorey 1991). El síntoma alimenticio se encuentra en la encrucijada de un malestar psíquico individual y familiar, influenciado por los determinantes socioculturales imperantes en una sociedad en transición y denuncian la posición de las mujeres en la sociedad contemporánea (Gordon 1990). Asimismo, son una respuesta a un tipo de organización y funcionamiento familiar (Minuchin 1974; Selvini Pallazolli 1974) en el que sus miembros se encuentran atrapados en interacciones disfuncionales y donde el síntoma contribuye tanto a la evasión del conflicto original, como también a la búsqueda de equilibrio de su funcionamiento. El paciente identificado con el síntoma es el portavoz (Pichon-Rivière 1975) de la disfunción familiar, ya que a través de su mal provee un espacio en el que los otros miembros

autorregulan su comportamiento grupal. Cabe resaltar que estas familias tienden a sostener los síndromes a través de sus transacciones o de los circuitos cerrados viciados por los estereotipos (Zusman 2003).

DEFINICIONES

EL PROCESO DE LA ALIMENTACIÓN

Los niños llegan al mundo con la necesidad primordial de alimentarse. La madre se ofrece como posibilidad de satisfacción a través de algo que el infante *no pide* pero que lo satisface y lo calma: la leche. Se parte de la premisa única de que la madre es sinónimo de comida. Hambre, madre y comida aparecen, durante el primer tiempo, como una unidad indiferenciada. La necesidad por el alimento se encuentra con la satisfacción en el pecho materno —o con sus sustitutos— y establece con él una unidad que está sujeta a horarios y que alcanza un ritmo que se establece como un patrón. Se sabe, entonces, que cada tantas horas, el bebé estará en demanda y que la madre se acomodará en una actitud suficientemente buena para satisfacerlo (Winnicott 1956; 1960; 1968).

La madre, además de ser proveedora, se constituye como un objeto pensante: aquel que es capaz de decodificar las señales físicas y psíquicas de su hijo para darles un significado. Más que una oferta constante, la madre es un estanco de comprensión y un lugar al que el niño puede llegar en búsqueda de cobijo. Para

que el proceso alimenticio resulte satisfactorio y sea rítmico, el bebé debe encontrarse con una madre dispuesta a dar, a recibir y a comprender. Si el encuentro alimenticio se produce sin tropiezos y se desliza en ritmos constantes, este se constituirá en una experiencia saludable de incorporación y de seguridad. La salud mental del niño está determinada por las bondades de la experiencia alimenticia y por la cualidad del vínculo con su madre.

La satisfacción debiera ser una consecuencia natural de una experiencia alimenticia saludable. Esta, tan básica y necesaria, está teñida de un conjunto de matices emocionales que se constituirán en la base de la vida afectiva del niño, quien tiende a hacer del pecho materno un lugar común para la satisfacción de la demanda y la búsqueda del placer.

Pero la experiencia alimenticia puede estar también teñida de fallas y desencuentros y conllevar a trastornos vinculares y psicosomáticos, aquellos que afectan al cuerpo desde la raíz de las emociones. Los trastornos de la conducta alimentaria son expresiones de los desencuentros de la madre y el infante a lo largo del proceso de alimentación y en el tiempo de la construcción de vínculos y relaciones intersubjetivas. Cuando el lenguaje de la madre prima sobre el del niño, y su necesidad se impone sobre la demanda original, el niño crece confundido. Si la madre no está presente física y afectivamente con una actitud suficientemente buena (Winnicott 1956; 1960; 1968) para atender y discriminar las necesidades de su bebé, es posible que, durante la pubertad, las fallas originales resurjan en la forma de desórdenes de la conducta alimentaria. En estas circunstancias, la posibilidad de

establecer ritmos de satisfacción y de seguridad puede ser intermitente, laxa o, quizá, nula, de tal manera que el vínculo se torna vacío, el bebé termina por no sentirse contenido y la figura materna toma ribetes intrusivos. De este primer desencuentro, el niño aprende a desconfiar: su madre no está física y emocionalmente toda vez que él la necesite. Esta primera fuente de desconfianza se constituirá en el punto de partida del estrés corporal y el niño aprenderá a negar su necesidad y a vivir su cuerpo solo como un esquema desligado de los afectos asociados al placer (Winnicott 1949). El temor al desencuentro, al vacío, a la falla, determina que el niño cree barreras defensivas que le dificultarán una entrega saludable a futuras relaciones afectivas, así como a que derive hacia un trastorno de la conducta alimentaria.

¿Cómo entender al cuerpo a lo largo del desarrollo? La integración de la mente y del cuerpo por parte del niño constituye un complejo dinámico: la persona se asienta en su cuerpo, que se construye como una estructura desde una perspectiva temporal y espacial (Torres 1983). Desde su experiencia, el infante recoge su sensación de cuerpo a partir de las primeras relaciones con el cuerpo de la madre y en el vínculo que con ella se establece a través de la piel y sus registros, y a través de las sensaciones cinestésicas, kinestésicas y verbales. El cuerpo del niño se realiza a expensas de la evolución del vínculo con su madre y a través de sus vicisitudes en un espacio que comprende lo estrictamente corporal y los bordes externos limitados por la percepción que uno tiene del otro. Se crea así el espacio de la intersubjetividad.

DEFINICIONES

Los desórdenes de la conducta alimentaria se definen como perturbaciones persistentes de la alimentación que resultan en un consumo alterado, exagerado o restringido de comida y que afectan a la salud física y al funcionamiento mental y social (Walsh 1995). Se caracterizan por las graves alteraciones en lo relativo a las pautas de alimentación. Se trata de perturbaciones psíquicas crónicas que presentan complicaciones médicas asociadas con un alto nivel de riesgo de mortalidad. No son enfermedades físicas, a pesar de que sus síntomas así lo delaten; sus conductas conjugan un significado psicológico. La necesidad de decodificar el síntoma determina que, muchas veces, los desórdenes de la conducta alimentaria se lean como un problema puntual con la comida que se presenta durante la adolescencia. Sin embargo, los síntomas surgen de la confluencia de la vulnerabilidad de los factores individuales, familiares y de la influencia de las determinaciones socioculturales en el seno del desarrollo.

Quienes sufren un desorden de la conducta alimentaria tienden a desconocer sus necesidades fisiológicas y mentales, a dejar al cuerpo al margen de la necesidad —hambre— y a suprimir sus necesidades interoceptivas. Están atrapadas en una sensación de falta que se vuelca sobre un cuerpo apresado en el conflicto entre el hambre, la restricción, la voracidad y el control.

Los desórdenes de la conducta alimentaria se presentan como una defensa ante las demandas del crecimiento y de la maduración física, sexual y emocional propia de la pubertad, así como frente a la percepción

de las relaciones adultas con los padres de la infancia. Se gestan en la vida de las niñas y se reafirman en la adolescencia, cuando el cuerpo se despide de la corporeidad infantil para dar paso al cuerpo adulto. Las adolescentes intentan pasar de manera rápida y casi imperceptible por dichos cambios y encontrar para sí mismas un rol asociado con una nueva psicología que las comprenda en su totalidad y en su conflictiva particular que, por lo general, tiene matices depresivos (Beumont 1995) por los duelos propios de su tiempo. La disminución del peso corporal y la regresión a un cuerpo pre-puberal se relaciona con la negación de las demandas de la pubertad. A pesar de las presiones asociadas con la delgadez y al estereotipo femenino, la anorexia y la bulimia se asientan también en una lucha por el control y por el sentido de identidad, competencia y efectividad. Por ello, llegar al trasfondo de la enfermedad es un proceso largo y difícil.

La anorexia y la bulimia se presentan predominantemente entre mujeres jóvenes pertenecientes a sociedades occidentales que aspiran a un estatus intelectual y profesional competitivo. Su aparición está, generalmente, precedida por un periodo de dietas recurrentes. La enfermedad se presenta ahí donde la vulnerabilidad individual se conjuga con factores predisponentes, con circunstancias que las precipitan y con motivos que las mantienen. El conjunto de esta amalgama factorial determina el curso y la cronicidad de la enfermedad.

Estudios estadounidenses (Bulik *et al.* 2005; Striegel-Moore, Franko y Ach 2006) informan que la anorexia se presenta como un síndrome completo entre el 0-1,5% en mujeres y 0-0,16% en hombres. La

bulimia, por su parte, se presenta entre el 0,37-0,77% en mujeres y el 0,16% en hombres, dependiendo del método de evaluación, ya que esta enfermedad, por lo general, es secreta hasta que sus síntomas físicos la delatan. A pesar de las cifras, se ha constatado que entre el 80 y 90% de las pre-púberes tienen la conciencia de que estar delgadas es lo más importante y el 50% de las mismas ha seguido por lo menos una dieta o ha adoptado alguna medida de control de peso. El 30% no se recupera y un alto porcentaje queda con secuelas físicas y psíquicas de por vida. Cada década fallece el 5% de las enfermas.

Bruch (1973) sostiene que las jóvenes con desórdenes alimenticios presentan un déficit considerable del *yo*, básicamente en lo que respecta a sus niveles de autonomía, eficacia personal y dominio del cuerpo. Ellas tienden a razonar de una manera infantil cercana a formas cognitivas pre-puberales porque se sienten bajo la mira de sus padres. Al no concebirse dueñas de su propio cuerpo, pierden el control de su conducta, de sus impulsos y de sus necesidades, tanto así que desconocen el conjunto de señales que surgen de su cuerpo —señales interoceptivas—, entre las cuales el hambre y la saciedad son las más importantes.

Las conductas anoréxicas y bulímicas se reconocen no solo a través de sus síntomas, sino también a través de una observación detallada de la conducta de las pacientes en relación a su capacidad para resolver problemas, tomar decisiones, ser autónomas, establecer motivaciones de logro, manejar la rabia, la ansiedad y la frustración para desplegar habilidades sociales y para ser comunicativas.

LA ANOREXIA

La anorexia propone una restricción dietética específica y diferente de otros tipos de inanición. Se trata de una condición autoimpuesta que remite al deseo de la nada (Heckier y Miller 1994). Se define por la voluntad férrea a no comer, por el temor a ganar peso y por la delusión de la imagen corporal. Se restringe la ingesta de alimentos calóricos, de carbohidratos y de algunas proteínas, por lo que la inanición es propia de una privación específica, con consecuencias psicológicas y cognitivas. La enfermedad se presenta precedida de dietas restrictivas que, a decir de Toro (1987), suelen anticipar patrones alimenticios perturbados. Las anoréxicas encuentran en la desconexión con la pubertad un alivio que deriva, inconscientemente, en una aversión hacia la comida que puede, incluso, tomar la forma de fobia (Crisp 1974). Se presenta como un desorden visible que se acompaña de actividad física intensa¹ y se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales ($IMC < 17,5$)², según los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Se manifiesta a través de dietas drásticas —anorexia restrictiva— o en forma alternada entre restricciones y atracones de comida seguidas de purgas inadecuadas acompañadas de actividad física intensa —anorexia purgativa—.

En la anorexia se establece un juego entre lo que se muestra y lo que se oculta. El cuerpo privado de la anorexia es la expresión de una fuerza mental

¹ La bulimia se encubre en el secreto y la baja de peso no es ostensible.

² IMC: Índice de masa corporal.

que mantiene un férreo control sobre el hambre, pues excluye el deseo y la experiencia del goce de la vida. Es una metáfora de evocación de muerte y una paradoja que, si bien al principio produce lástima, termina por producir rabia e impotencia.

Esta enfermedad se puede calificar como típica o atípica. La anorexia típica o primaria es aquella que se define por la negativa irrevocable de comer, con la finalidad de perder peso y adelgazar. Desde la perspectiva de la pubertad, la inanición parece ser una respuesta ante las demandas de ajuste al desarrollo, al crecimiento, a la maduración sexual y a la maduración emocional que, al no poder ser atendidas, provocan una respuesta regresiva que facilita la posibilidad de no asumir sus exigencias emocionales y corporales asociadas. La anorexia atípica o secundaria es la condición que no cumple con los criterios diagnósticos de la primera, que no presenta severidad clínica o que es una consecuencia de otras entidades psicopatológicas como la depresión, la demencia, los desórdenes de personalidad y la ansiedad.

Las anoréxicas se instalan en una soledad en la que la única compañía es la recurrencia de los pensamientos obsesivos acerca del peso, las calorías y la comida. En las sociedades globalizadas, ante la gran oferta de comida y de opciones de vida, muchas jóvenes que han vivido periodos restrictivos, tienden a deslizarse hacia las purgas, como si existiese una especie de «evolución natural» de la enfermedad (Selvini Palazzoli *et al.* 1999). Este tránsito puede estar acompañado de emociones y significados del todo distintos: mientras que algunas jóvenes se atraican y purgan en el registro de la angustia y de la autodegradación, otras, en

cambio, lo viven desde la perspectiva de excitación, al prepararse metódicamente potajes especiales para luego ser vomitados.

Quienes padecen de anorexia encuentran alivio en la desconexión de la pubertad: mantienen un cuerpo pre-puberal y asexuado que, con el tiempo, se convierte en un factor de mantenimiento de la enfermedad. Mientras más asentados estén los síntomas alimenticios y mayor sea la insistencia por conservar el peso bajo, menor será el interés por recoger el sentido personal y profundo de las motivaciones inconcientes.

Luisa presentó los primeros síntomas de un desorden alimenticio en cuarto año de secundaria, cuando tenía quince años. Desde que comenzó a madurar físicamente fue objeto de la mirada de los otros. Ella es una joven especialmente bonita y espontáneamente atractiva. Se convirtió en «la modelo» de su ciudad. Era una suerte de icono de la moda y del buen gusto. En su extremada sencillez se sentía abrumada por la mirada de los otros y por tener que desempeñarse de acuerdo con las expectativas ajenas. Su familia atravesaba por una crisis familiar: sus padres se estaban separando y ella —única hija mujer— sentía la responsabilidad de atender y cuidar a su mamá y a sus hermanos menores. Ella refiere que, casi sin darse cuenta, comenzó a dejar de comer: «No sé, no tenía hambre, ni me interesaba la comida. Se me comenzó a hacer importante bajar de peso. Tenía una voz interna que me decía “no comas” y no me podía librar de ella. No entiendo por qué, pero me fui desinteresando de todo y de todos y me quedaba en mi casa, sola o con

una amiga. Ni siquiera quería salir». Ella refiere que no quería ser «mirada» y «envidiada»; le pesaba su cuerpo y su atractivo: «yo ya ni siquiera quería tener el cuerpo de una mujer, ¿para qué? No me hacía feliz ni ser grande ni ser admirada».

LA BULIMIA

La bulimia fue definida como una enfermedad independiente por Russell en 1979. Se caracteriza por la ingesta constante de grandes cantidades de comida y por el uso de mecanismos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso, como los vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, diuréticos, medicinas anorexígenas y el ejercicio exagerado. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (López-Ibor 2002) contempla también la versión no purgativa de la misma.

Por lo general, la bulimia es una enfermedad oculta, pues el peso se mantiene cercano al normal y, por ello, el cuerpo no la delata. La alternancia entre los atracones y las purgas tiene la función de aliviar la tensión³ asociada a los conflictos individuales, interpersonales, familiares y del desarrollo. El cuerpo de las bulímicas es utilizado como una «cosa» a través de la cual se tramita los vaivenes de la violencia y la agresión. Es un cuerpo que no contiene sino que, más

³ Otras bulímicas, las menos, tienden a «picotear» comida durante largos periodos frustrados hasta que han acumulado miles de calorías. Quienes presentan este tipo de trastorno están más cercana a un diagnóstico de *binge eaters*.

bien, invita a la expulsión de las ansiedades latentes e innombrables. Este sentido de cuerpo se constituye como un signo del diagnóstico diferencial.

Durante el atracón bulímico se ingiere gran cantidad de alimentos hipercalóricos destinados a ser purgados. Los episodios bulímicos suelen prepararse con anticipación. Se ingiere comida engordante, grasosa y dulce. Esta se selecciona porque es fácil de ser ingerida y porque puede almacenarse hasta que se presente el momento de comer. En el uso intercalado de conductas compensatorias descubren que pueden comer más sin subir de peso. Estos episodios pueden estar precipitados por factores diversos como la ansiedad, el aburrimiento, el cansancio y la tensión, así como también por el consumo de alcohol o drogas. El circuito bulímico tiene severas consecuencias afectivas y cognitivas. La mente se queda atrapada en la obsesión por la alternancia de los vómitos y las purgas y el estado de ánimo se torna depresivo. Estas pacientes son, por lo general, irritables e impulsivas y presentan dificultades para establecer relaciones personales (Beaumont 1995).

El tiempo de remisión de los síntomas está en función de la disposición de la paciente, de lo asertivo del tratamiento, de la respuesta individual y familiar al mismo y de las condiciones psicosociales que condicionan el entorno. Si bien hace algunos años se consideraba que estas eran enfermedades privativas de los sectores socioeconómicos medios y altos, actualmente se ha observado una normalización de las mismas y una homogenización de la población que enferma, aunque se mantiene la tendencia a ser males más citadinos que rurales.

ANOREXIA

Mujeres púberes y adolescentes

Prevalencia: 1,5 - 2% (Wade 2007)

Prevalencia: 3-4% si la amenorrea no se considera criterio (Wade 2007)

Prevalencia masculina: 0-1,6%

Incidencia: 20%

Proporción de mujeres 9:1

Inicio de la enfermedad: entre 12 y 22 años

Países occidentales industrializados

BULIMIA

Mujeres púberes adolescentes y adultas jóvenes

Incidencia: 19% de la población de estudiantes

Prevalencia: 1-3%

Prevalencia masculina: 0,1-0,3% (Bulick *et al.* 2005; Striegel-More, Franko y Ach 2006)

Asociada a comorbilidad psiquiátrica

Asociada a enfermedades gástricas

Asociada a problemas menstruales y de fertilidad

Anormalidades dentales y dermatológicas

Las anoréxicas se definen por su actitud pues en ellas se observa la voluntad férrea de no ingerir alimentos para no engordar, negando las condiciones de su corporalidad, su necesidad y su deseo. En las bulímicas se observa los mismos temores que en las anoréxicas pero asociados a una personalidad impulsiva y actuadora. El diagnóstico se define, por lo tanto, partiendo de la identificación de la *actitud*.

ACTITUD ANORÉXICA

Preocupación por la comida

Imagen corporal tendiente a la delgadez

Voluntad férrea de no ingerir alimentos

Negación de la enfermedad

Dietas restrictivas

ACTITUD BULÍMICA

Temor a engordar

Episodios intercalados entre atracones y purgas

Negación de la enfermedad

Hacia finales de la década del setenta, el cuerpo y la comida tomaron ribetes inesperados en el desarrollo de la sociedad occidental y en el devenir de la mujer contemporánea. El estereotipo del cuerpo delgado se convirtió en un icono de la perfección, de la madurez y del logro. La pubertad se (des)organizó como el tiempo de tránsito a la adolescencia, pues dejó al descubierto los cambios corporales sin un asidero emocional de resguardo. En la compleja interacción de los factores de riesgo que se instalan en los albores de la pubertad, el tránsito de la infancia a la adolescencia, encuentran en el cuerpo —en proceso de maduración y de cambio— un escenario sensible a transmitir conflictos infantiles no resueltos. El ingreso a la adolescencia se organiza, entonces, como un espacio de resignificación de los aspectos infantiles que no lograron ser significados adecuadamente y como un tiempo de reorganización de una familia con dificultades para dar cabida a la adolescencia de sus hijos.

¿Qué origina, entonces, un desorden de la conducta alimentaria? Los trastornos alimenticios son condiciones de inanición y de purgas autoimpuestas que no son consecuencia de una enfermedad o de una anomalía física. Las personas que sufren anorexia

y bulimia tienen creencias irracionales acerca de la forma de su cuerpo y de su peso. Asimismo, tienen poco conocimiento de las motivaciones inconscientes que explican su conducta distorsionada. Es difícil identificar la causa de la enfermedad. Su etiología es multifactorial: incluye factores de disposición genética, predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Ningún factor considerado por separado es suficiente para describir su desarrollo ni la variación entre los individuos. Los desórdenes de la conducta alimentaria ocurren en el conjunto de ciertas circunstancias que activan una vulnerabilidad individual presionada por ciertos factores de riesgo. El síntoma alimenticio remite al vínculo primero con la madre, ahí donde ella y la comida se ofrecían al infante como una identidad destinada a la satisfacción de su necesidad primordial: el hambre. Pero también remiten a la relación con el padre, quien es definido como «el segundo mejor», quizá porque no logró insertarse adecuadamente a la diada original y no consiguió establecer una relación madura y saludable con su infante.

Los desórdenes de la conducta alimentaria se presentan atendiendo a una secuencia. La primera etapa está asociada a la aparición de los primeros síntomas y a la exposición de las jóvenes a factores de riesgo. La segunda etapa abarca el periodo en el que se manifiesta severamente la enfermedad, cuando las dietas son restrictivas o cuando los síntomas purgativos se asocian a las mismas. Es el tiempo del diagnóstico y del planteamiento de un tratamiento. En la tercera etapa, los factores de mantenimiento interactúan con los factores protectores saludables de la personalidad, de tal manera que se puede definir si la enfermedad

es transitoria o, en su defecto, toma ribetes crónicos y diagnosticar si se trata de una anorexia reactiva o estructural (Zusman, 1987).

María Fe tiene veintidós años, es la cuarta de cinco hermanos y de niña era gorda. Desde siempre, su madre ha sobrevalorado la delgadez. Su familia la criticaba y la llamaba «chanchi». María Fe fue cambiada de colegio por problemas de rendimiento académico. Las constantes humillaciones y comparaciones, así como su —¿baja?— capacidad intelectual, determinaron que llegada la pubertad, se centrara —obsesivamente— en su cuerpo, «gordo y feo». Su madre la paseó por varias nutricionistas en su afán de que adelgazara: «para mi mamá era muy importante que yo sea flaca», dice. María Fe desarrolló obsesiones por el cuerpo y por el peso. Estas parecían un eco de la voz de su madre. Tenían la función de descentrar el dolor emocional, de aliviar la sensación de marginalidad y de humillación, de neutralizar su baja autoestima, así como de calmar su ansiedad. Sus padres le asignaron una carrera que no le gustó. Escogió, finalmente, lo que ella llamó «una carrera de segunda categoría». En relación a esto dijo: «estudio esto porque no puedo con lo otro, ¿no ves que soy bruta?». María Fe proviene de una familia disfuncional. Su madre es intrusiva. La sigue y la persigue. La ordena, la crítica, le señala cómo vestirse, qué decir. Está dentro de todos sus pensamientos. En un intento de defenderse de su intrusión, María Fe cierra la boca «para no dejarla entrar» y se hace temporalmente anoréxica pero, como mantiene una relación muy

fusionada con ella, en un intento radical por despegarla de sí misma, la evacua, vomitando y expulsando toda vez que come algo grande, rico y que es de su gusto. María Fe intenta regular su vínculo con su madre a través de la rutina bulímica.

DIAGNÓSTICO

Las clasificaciones de los desórdenes de la conducta alimentaria son denotativas; proponen criterios que no capturan el amplio rango de sus síntomas. Tampoco favorecen la comprensión del síndrome ni la connotación de los síntomas, ingrediente fundamental si se pretende describir la enfermedad como algo más que un problema «de hambre» (Bruch 1973). La rigidez de las definiciones abarca a un conjunto de la población, borrando las variaciones de grado, ignorando las formas y las funciones psicológicas de la comida, desconociendo el rol de la saciedad, excluyendo el malestar corporal asociado y desechando el efecto de las influencias individuales, familiares y socioculturales.

El *Annual Review of Eating Disorders* (en Wonderlich *et al.* 2006) propone mayor flexibilidad y apertura para el diagnóstico de las clasificaciones y sugiere incluir los resultados de los análisis físicos del balance electrolítico y de las consecuencias bioquímicas, así como las diferencias de género, las propuestas socioculturales y una evaluación diagnóstica a la familia. Asimismo, se plantea considerar para un diagnóstico adecuado que los desórdenes de la conducta alimentaria

se inscriben en un espacio intermedio, a modo de una engranaje, entre el campo de las perturbaciones perceptuales —que involucran distorsiones severas de la imagen corporal— y el de las perturbaciones conceptuales —que dificultan la interpretación correcta de las señales interoceptivas del organismo, como el hambre—, ambas influidas por un sentido de ineffectividad paralizante.

Los estudios epidemiológicos ofrecen datos extremadamente variados acerca de la incidencia de los desórdenes alimenticios. Mientras los criterios diagnósticos sean rígidos, la población enferma o diagnosticada será menor. Si los criterios utilizan, en cambio, la perspectiva interdisciplinaria, más un criterio de grado como medida de evaluación, la población que presenta algún tipo de desorden alimenticio será más diversa y estará mejor diagnosticada.

ANOREXIA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (López-Ibor 2002) presenta como síntomas de la anorexia:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales y la exageración de su importancia

en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- D. En mujeres jóvenes o adultas, la presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente en tratamientos hormonales, como por ejemplo, con la administración de estrógenos)

Tipos de anorexia

- Restrictiva
- Compulsivo-purgativa

Análisis de la sintomatología de la anorexia

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima de un valor normal

La voluntad férrea de perder peso por el temor a engordar, que se asienta en una actitud obstinada negadora de la enfermedad, es el criterio diagnóstico fundamental de la enfermedad. La clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico III (DSM 1980) refería como criterio diagnóstico una baja de peso por debajo del 25% del peso estipulado por las tablas de talla y peso. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (López-Ibor 2002) reduce el porcentaje y considera un peso menor al 15%. La clínica con pacientes anoréxicas evidencia que, si bien es necesario estipular un peso límite para considerar al paciente en riesgo, el diagnóstico se establece en la

compleja combinación de la actitud anoréxica, de los síntomas somáticos y de las características de personalidad, más allá del peso perdido.

Actualmente se observa un porcentaje importante de anorexia subclínica. Se trata de jóvenes que no han perdido el 15% de su peso corporal, pero que están centradas en obsesiones por el peso y por el cuerpo y que, además, han comenzado algún tipo de dieta. El peso, por lo tanto, es un referente del diagnóstico pero no es, de ninguna manera, el diagnóstico por sí mismo.

Miedo intenso a ganar peso incluso estando por debajo del peso normal

El intenso miedo a engordar refleja una perturbación de los aspectos cognitivos y afectivos. Revela, por un lado, la escisión entre el cuerpo emaciado y la imagen corporal y, por el otro, la vivencia de la delgadez como un requisito social y cultural que define el «deber ser» de la mujer contemporánea. Las actitudes hacia el peso y la comida se tramitan en la forma de obsesiones y de compulsiones, siendo la dieta el primer refugio para contener la angustia original.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal

La perturbación de la imagen corporal expresa el conflicto entre la representación mental de la corporeidad y los aspectos vitales de la misma. La definición de la identidad femenina y la validación de la autoestima a través del cuerpo y del peso son imperativos culturales de la modernidad. En la medida en que el cuerpo cumpla con los requerimientos del mandato

social, la autoestima se eleva. En cambio, si no se consigue mantener el cuerpo dentro de los límites de lo esperado y deseado, los niveles de autoestima bajan y oscilan al compás del peso, las dietas y los malestares del cuerpo. Este factor se constituye como el criterio diferencial para distinguir a la anorexia de cualquier otro desorden que involucre pérdida de peso.

Factor endocrino

La amenorrea es la complicación endocrina de la anorexia. Se produce por una disfunción glandular originada en la pérdida severa de peso y grasa corporal. Aunque los criterios diagnósticos insisten en considerar el factor endocrino como diagnóstico definitivo, la evidencia clínica demuestra la existencia de «anorexia subterránea» —subclínica— que no presenta compromiso endocrino.

Estudios recientes demuestran que no existen diferencias significativas en términos del significado de la enfermedad entre quienes presentan o no la menstruación (Bulick *et al.* 2005). A pesar de estas diferencias, la amenorrea primaria o secundaria siguen siendo criterios diagnósticos diferenciales (Goldbloom y Kennedy 1995). La perturbación hormonal disminuye pero no elimina la posibilidad de la reproducción; sin embargo, es frecuente observar en mujeres anoréxicas embarazadas sufrimiento fetal en los infantes.

Anorexia restrictiva y purgativa

La anorexia puede ser restrictiva o purgativa. En su forma restrictiva se manifiesta a través de la negación

deliberada hacia la comida por el temor a engordar. Esta actitud controladora del peso y la comida tiende a extenderse a todos los aspectos de la vida, de tal manera que se controlan también los espacios afectivos y sociales a través de una mente en permanente actividad.

En su forma purgativa, las anoréxicas, que mantienen una actitud restrictiva férrea, intercalan los episodios restrictivos con los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes y diuréticos como alternativas para el control del peso. Mientras las pacientes restrictivas presentan una personalidad inhibida.

BULIMIA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (López-Ibor 2002) plantea como síntomas de la bulimia:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto tiempo —por ejemplo, en un periodo de dos horas— en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento —por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo—.

- (3) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como la provocación de los vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- (4) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- (5) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Tipos de bulimia

- Purgativa.
- No purgativa.

Análisis de la sintomatología de la bulimia

Temor mórbido a engordar

A diferencia de la anorexia restrictiva, la conducta bulímica está determinada por el impulso y la acción, por lo que el temor a engordar se asocia con el descontrol y la falta de límites que derivan en el interjuego entre los atracones de comida y las purgas que los alivian.

Urgencia a comer en demasía

Los atracones de comida son el criterio diagnóstico principal de la bulimia. Aún no se ha logrado especificar una definición para los mismos, ni su duración ni su frecuencia. Ocurren en un discreto periodo

atendiendo a las facilidades de las circunstancias. Algunos autores focalizan su criterio diagnóstico sobre la cantidad de comida que se ingiere; otros buscan especificar el estado de subjetividad de quien come y otros señalan la frecuencia de los atracones. En realidad, es difícil utilizar este criterio como evaluación diagnóstica.

Los episodios *binge eating* se realizan en el marco del descontrol. El atracón va precedido por un estado de ansiedad y de angustia que lo precipita y, por su violencia, genera una sensación de descarga y alivio que tiende a reducir los sentimientos displacenteros, así le sobrevengan la culpa y la vergüenza. Las bulímicas sienten que no pueden prever su ocurrencia y que estos les resultan ineludibles.

Negación de los efectos de la comida a través de los vómitos, uso de laxantes y diuréticos

Existen importantes razones para incluir la conducta purgativa como criterio diagnóstico:

- Los vómitos, el abuso de laxantes y de diuréticos y la práctica desmedida de ejercicios físicos dan cuenta de las sensaciones displacenteras con el cuerpo, así como de preocupación intensa por la forma del mismo.
- En la medida en que no se pueden considerar a los ejercicios y a las dietas como específicamente patológicos, los vómitos autoinducidos y el mal uso de laxantes y diuréticos se consideran como conductas patológicas.
- Las bulímicas que se purgan son diferentes de las que comen opíparamente —atracones—

en términos de psicopatología y de pronóstico de enfermedad. Ellas son impulsivas, tienden a la actuación y al abuso de alcohol y drogas. Suelen presentar patologías narcisistas, *borderline* o antisociales.

Bulimia purgativa y no purgativa

Por lo general, las bulímicas se purgan y encuentran en la acción la liberación de sus estados tensionales displacenteros. Sin embargo, quienes ingieren cantidades desmedidas de comida y no purgan, suelen intercalar los atracones con dietas restrictivas, con las que consiguen adelgazar, o, por el contrario, presentan tendencias severas hacia la obesidad. Quienes se purgan tienden a presentar un falso *self* (en el sentido que lo describe Winnicott 1949), suelen ser impulsivos y tener una personalidad *borderline*. Quienes no purgan, tienen características psicopatológicas menos severas; presentan menor ansiedad y menor perturbación de la imagen corporal; son menos proclives a enganchar en conductas impulsivas y autodestructivas.

La bulimia es una enfermedad difícil de curar. El ciclo que se establece entre el *bingeing* y las purgas se repite automáticamente. Ambas conductas son autoreforzadoras y se sostienen naturalmente por los factores que originaron el patrón de conducta. Así como la anorexia se presenta asociada a un sentimiento de orgullo y distinción basado en el control efectivo del apetito y de la comida, la bulimia se acompaña, más bien, de vergüenza y culpa.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LOS DESÓRDENES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los desórdenes alimenticios son enfermedades que se plasman en el cuerpo. En la anorexia, el cuerpo la delata. El estado de emaciación, que se define tanto por la actitud perversa hacia la comida como por el temor a engordar, pone en evidencia un trastorno que, a pesar de no tener un origen físico, tiene consecuencias severas sobre el cuerpo, las cuales pueden llegar, incluso, a la muerte. La bulimia, a pesar de que el cuerpo no la delata, presenta severas complicaciones bioquímicas que tienden a desestabilizar el equilibrio electrolítico del cuerpo.

Entre los principales síntomas físicos asociados con la anorexia se encuentran la pérdida de peso, la bradicardia, la hipotensión, la hipotermia, la sensibilidad al frío, la piel pálida, el estreñimiento, los edemas, la debilidad y cansancio, la hiperactividad, la falta de respuesta sexual, la resistencia a las infecciones, el lanugo, los mareos y un color amarillento producto de la hiper-carotemia. Se presenta también una baja considerable en el nivel de estrógeno y una elevación del cortisol.

Las anoréxicas corren el riesgo de desarrollar osteopenia, es decir, la falta de calcio tiene un perjuicio directo sobre la formación sólida de los huesos, que tienden a quebrarse con facilidad. Asimismo, corren el riesgo de

estar deshidratadas y de presentar una baja sustantiva de potasio. La anemia, la leucopenia y la trombocitopenia son también frecuentes por la baja ingesta calórica y tienden a normalizarse a través de la realimentación. La hipoglicemia no es común en pacientes con anorexia, quizá, porque la insulina se acomoda de manera adaptativa a los cambios en la ingesta alimenticia.

Las anoréxicas tienen el afán de disimular su excesiva delgadez; se presentan vestidas con varias capas de ropa ancha para encubrir la pérdida de peso y la disminución de la grasa corporal y masa muscular. Su peinado tiende a ocultar sus pómulos hundidos; su piel suele evidenciar los estragos de la desnutrición a través de la sequedad, la aspereza, la frialdad y el lanugo.

SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Pérdida del 15% del peso corporal

Amenorrea

Bradycardia

Hipotensión

Hipotermia

Sensibilidad al frío

Piel pálida y amarillenta

Estreñimiento

Edemas

Debilidad y cansancio, mareos

Hiperactividad

Falta de respuesta sexual

Resistencia a las infecciones

Lanugo

Osteopenia / Osteoporosis

Complicaciones gastrointestinales

Complicaciones renales y metabólicas

Anemia

La bulimia se asocia con secuelas médicas adversas. El porcentaje de mortalidad es menor que el de la anorexia, a pesar de las conductas y dificultades extremas que se pueden presentar (Mitchell 1995). En las bulímicas, por lo general, no se presentan signos evidentes de emaciación, a menos que intercalen lo restrictivo con lo purgativo, y que su ingesta alimenticia sea clandestina y pobre.

Las pacientes bulímicas tienden a rumiar, masticar en exceso o escupir la comida. Reportan molestias físicas constantes asociadas con la fatiga, el letargo, las náuseas, el estreñimiento, el embotamiento, los dolores abdominales, las menstruaciones irregulares, la sensibilidad en los dientes y las encías, etcétera. Su examen físico suele ser normal, a pesar de presentar algunos detalles puntuales asociados con calambres, maltrato del esmalte dental, gastritis, jaquecas, entre otros. Sus glándulas salivares y las parótidas se muestran agrandadas y sus manos presentan callosidades producto de los vómitos autoinducidos. En estas pacientes se presenta un desbalance de fluidos y un desequilibrio electrolítico con pérdidas severas de calcio, cloro y potasio. El esmalte dental y las amalgamas de los dientes se muestran erosionados, lo mismo que la superficie anterior de la lengua. Se presentan síntomas de esofaguitis, perforaciones esofágicas, pancreatitis y dilataciones gástricas por el exceso de comida ingerida. Asimismo, se presentan niveles irregulares de estradiol y progesterona. Las complicaciones renales pueden presentarse como consecuencia de la ingesta limitada o exagerada de agua.

SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA BULIMIA

Cambios en los fluidos y en el balance electrolítico

Deterioro del esmalte dental
Complicaciones gastrointestinales
Efectos cardiovasculares
Efectos dermatológicos
Signos neurológicos
Anormalidades metabólicas endocrinas
Complicaciones renales

A pesar del compromiso somático, la recuperación de la anorexia y de la bulimia es posible siempre y cuando se organice un tratamiento que contemple asistencia médica, psicológica, psiquiátrica, nutricional y familiar. El índice de mortalidad de quienes padecen de desórdenes de la conducta alimentaria es 5% (Moorey 1991). Cuando la restricción es muy severa o la salud puede estar en peligro, se recomienda el internamiento que, según la gravedad y el modelo de tratamiento, puede ser temporal o indefinido hasta que la paciente recupere su ingesta alimenticia, el índice de grasa corporal y el funcionamiento adecuado de los órganos más comprometidos —normalmente, corazón, riñones, glándulas—. Actualmente, se intenta evitar el internamiento. Se considera una medida extrema y delicada¹. Se trata, más bien, de establecer tratamientos interdisciplinarios en colaboración con toda la familia, que incluyan terapia psicológica individual y familiar, así como supervisión médica y nutricional.

¹ Para internar a una paciente se debe considerar su estado psicosocial y académico. El internamiento se diseña partiendo del estado físico y atendiendo a las condiciones individuales y familiares. El aislamiento temporal y la restricción de las actividades físicas son condiciones necesarias. Siendo el internamiento una medida extrema, por lo general, involuntaria, y de pronóstico reservado, se diseña intentando, en lo posible, no perjudicar su rendimiento académico del paciente y procurando su reinserción temprana a su entorno.

FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tradicionalmente, se define a los trastornos de la conducta alimentaria como dificultades con el hambre y con la comida. Se los asocia, también, a la moda. Son los trastornos paradigmáticos de finales del siglo XX, ya que traducen dificultades profundas para crecer, adaptarse a las tareas adultas y asumir con responsabilidad y madurez los avatares de la sexualidad. Se trata, pues, de síndromes complejos que comprometen el cuerpo, los afectos, las capacidades cognitivas y las relaciones interpersonales y familiares.

El control de las comidas se inicia en el seno de una economía emocional específica, demarcada por una historia personal y familiar y, al mismo tiempo, en el escenario de una sociedad que sobrevalora y aprueba la apariencia, la delgadez y los cuerpos emaciados como símbolos de logro y de éxito social. Si bien es difícil determinar el origen específico y las causas puntuales de los trastornos alimenticios, se puede intentar la descripción de los factores de riesgo que se presentan como precipitantes, de predisposición y de mantenimiento. Estos ponen en evidencia la compleja red de factores que, asociada con la vulnerabilidad personal en el marco de una sociedad, intervienen en la composición de la enfermedad.

Los factores que predisponen estos trastornos remiten al estado de vulnerabilidad individual y familiar; los precipitantes activan la enfermedad; y los de mantenimiento la perpetúan, mantienen o prolongan. La combinación de estos factores, asociada a las posibilidades de afrontar dificultades emocionales y a la resiliencia de cada paciente, son variables a considerar. Debemos resaltar que en las sociedades occidentales no todas las jóvenes que están expuestas a agentes patógenos externos desarrollan desórdenes de la conducta alimentaria.

El cuerpo llega a la pubertad saturado de sensibilidad y vulnerabilidad, y se convierte en un escenario de cambios. Exige el abandono de actitudes infantiles y presiona para acomodar los cambios puberales primarios y secundarios. Es un cuerpo que se impone, pero que deja la ilusión de que puede ser moldeado siguiendo los estereotipos sociales del mundo globalizado¹. Los púberes lo reciben con sorpresa, los toma por asalto sin preguntarles si están a gusto o no con él; tienen que acomodarse y aceptar su nueva realidad. Para algunas, sin embargo, esta es una tarea imposible y el síntoma alimenticio expresa, por un lado, una queja por la incomodidad con el cuerpo y, por el otro, la dificultad para crecer y asumir las tareas asociadas con el crecimiento, la maduración y la identidad de género.

Los desórdenes de la conducta alimentaria expresan el profundo pesar por no haber logrado conseguir resultados satisfactorios y adecuados en los procesos tempranos de separación e individuación. Se gestan

¹ Las dietas y el exceso de ejercicio son la expresión de esta ilusión.

en el seno de familias disfuncionales que, inconscientemente, depositan sobre uno de sus miembros la dosis de patología que, como grupo, no pueden tramitar. Las pacientes anoréxicas y bulímicas mantienen lazos de dependencia y de sumisión con sus madres. Ellas, al decir de Bruch (1973), son pequeñas robots que cumplen con las demandas narcisistas de madres dominantes, quienes ejercen intensa presión y que suelen ser intrusivas. El padre cumple el rol del «segundo mejor» en relación a la madre dominante. La sobreprotección, la falta de diferenciación generacional, el aglutinamiento, la rigidez, el mantenimiento de secretos intrafamiliares y la dificultad para resolver conflictos confluyen en un síntoma que desvía la tensión familiar original. Los padres intentan utilizar a sus hijas para triangular conflictos conyugales, formalizar alianzas y tramitar sus expectativas personales de éxito, apariencia y ambición, muchas veces frustradas (Minuchin, Rosman y Baker 1978).

En esta esfera de factores diversos, las anoréxicas y bulímicas tramitan a través de su enfermedad las dificultades para asumir la responsabilidad de un cuerpo adulto que propone, desde el punto de vista psíquico, los duelos por las pérdidas infantiles en relación a sus padres y a su identidad y, desde el punto de vista somático, la necesidad de asumir un cuerpo adulto, «grande», cambiado y cargado de sexualidad. La personalidad de quien contrae un desorden alimenticio es vulnerable y susceptible de prenderse de eventos u objetos concretos de apoyo como la comida y las dietas.

FACTORES PREDISPONENTES

Los desórdenes de la conducta alimentaria cobran sentido en la intersección entre los factores predisponentes y la personalidad anterior a la enfermedad. Los cambios corporales propios de la pubertad, asociados a una vulnerabilidad particular, tienen un efecto de presión sobre la ingesta alimenticia y repercuten sobre las dietas restrictivas. Estas, junto con el ejercicio físico exagerado, intensifican el deseo por adelgazar que se instaura, a modo un círculo vicioso, como una trampa de la cual resulta difícil escapar. La desnutrición y las distorsiones son consecuencias inminentes de este proceso².

Los factores predisponentes más frecuentes provienen, sin embargo, de un fondo emocional, que nada tiene que ver con la comida, sino más bien, con el temor a crecer y a desarrollarse. Entre los más frecuentes están: el rechazo a la plenitud de la madurez femenina, la inseguridad personal, las grandes aspiraciones de logro con el temor concomitante a la incompetencia, la ausencia de autonomía, los patrones disfuncionales de interacción familiar que dificultan la resolución de conflictos, el inicio de dietas por sobrepeso, la influencia de los factores socioculturales que privilegian la apariencia.

Es frecuente que, ante la sorpresa de la enfermedad, los padres describan a sus hijas como jóvenes de buena conducta, introvertidas, consideradas, cuidadosas de los afectos de los otros y disciplinadas. El síntoma, que representa una actitud de negativa

² Véase página 73.

rotunda, parece no tener cabida en niñas tan perfectas. Siguiendo el camino descrito por Freud (1915[1972]) en su obra *Duelo y Melancolía*, estas jóvenes usan su cuerpo a modo de un mensaje condensado para expresar su ambivalencia entre el amor y el odio, y quizá también venganza hacia las personas que, paradójicamente, más aman y que más las aman. El tiempo de la pubertad se torna entonces muy preciso; en el cambio de la corporalidad infantil a la adulta, en el tiempo de la indefinición del *self*, el cuerpo se ofrece con el escenario primordial para desplegar una patología que, a modo de significante, contiene variados significados (Zusman 2004).

FACTORES PRECIPITANTES

Es difícil referirse a los factores precipitantes de manera unívoca y determinante. Resulta evidente que existen factores que, concatenados entre sí, presionan sobre las disposiciones individuales, familiares y socio-culturales del desarrollo y desencadenan una patología sobre el cuerpo que no es sino la resignificación de complejos emocionales infantiles no resueltos. La combinación de elementos precipitantes incrementa la preocupación por el peso y por la comida, partiendo del supuesto que si se controla lo que se come, se controlará también otros aspectos vitales. Y si se controla el peso, se controlará también el orden de sus vidas. Ambos son pensamientos «mágicos» que tienden a neutralizar a la realidad que se impone y que exige la confrontación con las experiencias emocionales más complejas (Rausch Hercovici 2004).

Los factores precipitantes más estresantes son:

- La tendencia a conflictos interpersonales.
- La dificultad para resolver conflictos.
- El incremento —opresivo— de las conductas de logro.
- Las pérdidas afectivas.
- La búsqueda de aceptación social a través de la apariencia y del sentido de pertenencia.
- Los cambios socioeconómicos vinculados con mudanzas y el nivel de ingresos.
- La disrupción en el equilibrio familiar.
- La dificultad para separarse de las figuras parentales.
- Los cambios corporales perturbadores.
- La llegada de la menstruación sentida como una intrusión.
- Los problemas de salud.
- Los comentarios negativos por parte de los pares o de los padres respecto de sus hábitos alimenticios.
- Los comentarios reforzadores acerca de la importancia de bajar de peso y de la delgadez.
- El refuerzo de la dietas y del control del peso como mecanismos extraordinarios de control.
- Las experiencias sexuales anticipadas o displacenteros.

FACTORES DE MANTENIMIENTO

La cultura occidental asocia el éxito, el control y la valía personal con la restricción alimenticia y con la figura delgada. Esta asociación tiende a convertirse en

una distorsión cognitiva en el proceso de enfermar y a lo largo de la enfermedad. Los desórdenes de la conducta alimentaria suelen autoreforzarse³ y fomentar la recursividad de los pensamientos obsesivos asociados con el peso, la comida, las dietas y el cuerpo. A medida que el peso decae, el pensamiento se torna concreto y polarizado. Así, en esta espiral dibujada por la inanición, se van encontrando diversas razones para mantener la atadura del peso y la comida como tema principal. La posibilidad de un pensamiento independiente y la capacidad para la toma de decisiones se vuelven cada vez más restringidas. Mientras más temprano comience con las dietas restrictivas, la inanición se torna en un factor reforzador y en una solución mágica a los conflictos púberes y adolescentes centrados en el crecimiento, la maduración, el desarrollo de la sexualidad y la formación de la identidad (Moorey 1991). A largo plazo, las consecuencias de esta conducta son negativas e incluso destructivas. En este sentido, controlar el peso y la comida recibe refuerzo positivo; el descontrol sobre la ingesta o la falla constante en mantenerse a dieta deviene en una falta y acusa un sentido de ineffectividad que va en desmedro de la autoestima (Bruch 1973; 1978).

Los efectos somáticos de la inanición se mantienen hasta que el peso y las funciones somáticas se hayan normalizado y hasta que se haya nivelado el porcentaje de grasa corporal. El proceso psíquico es más complejo

³ Por lo general, las conductas seguidas por un refuerzo positivo tienden a continuar ocurriendo; las que están sometidas a refuerzos negativos o de aversión tienen a no presentarse.

y no corre en paralelo a la nutrición⁴. En la anorexia y la bulimia las funciones del pensar y del sentir son las más dañadas. La recuperación de las mismas depende, fundamentalmente, del trabajo psicoterapéutico individual y familiar para posponer la actitud anoréxica y para encontrar soluciones alternativas a la destrucción bulímica. Es difícil predecir los tiempos de recuperación: es solo en la complementariedad de las funciones de un equipo terapéutico sólido que las mejoras se hacen evidentes.

¿Qué lugar ocupan el cuerpo y la imagen corporal en la psique de quienes padecen un trastorno de la conducta alimentaria? Griffith y Griffith (1996) afirman que el cuerpo de la anoréxica «habla», pero no comunica debido a que el afecto está ausente; es el cuerpo que transmite el «deseo por la nada». El cuerpo emaciado de la anorexia y el cuerpo trajinado de la bulimia imponen y generan una suerte de extrañeza a quienes intentan entablar comunicación y establecer vínculos afectivos con ellos. Transmiten un doble mensaje: como icono de la modernidad revela un texto con un contenido sociocultural —la sociedad invita a la delgadez— y, a su vez, remite a lo más profundo del espacio emocional desvalido.

Los factores de mantenimiento son:

- La inanición.
- Las distorsiones cognitivas.
- Las dietas restrictivas.

⁴ El proceso de realimentación no es placentero. Por el contrario, es estresante. Las pacientes reportan confusión y ansiedad a lo largo del mismo.

- La intensa preocupación por comer cierto tipo de comida, por cocinar y por ver comer.
- La actitud narcisista, la hostilidad, las conductas antisociales, el retraimiento social.
- Los episodios de purgas seguidos de sentimientos de vergüenza y culpa.
- La ingesta de alimentos parasitarios como café, té, agua, goma de mascar, bebidas alcohólicas; o cigarrillos.
- El incremento de ansiedad, hipocondría, histeria y obsesiones variadas.

LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: ASPECTOS MULTIFACTORIALES

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

Es difícil inferir el tipo de personalidad predisponente o premórbida de las pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. Sin embargo, se sabe que son jóvenes que han tenido dificultades para aceptar los avatares de la pubertad y el ingreso a la adolescencia, para asumir la plenitud de su vida emocional y que han funcionado como «tramitadoras» de los afectos que, en su infancia, no pudieron ser modulados en relación a sus figuras parentales. Estas jóvenes tienen un profundo temor a madurar, a crecer, a apoderarse de las responsabilidades de la madurez y a asumir su cuerpo y su sexualidad adolescente. Ellas intentan satisfacer las necesidades narcisistas de su madre en un afán por agradarlas y, muchas veces también, no generar problemas al interior de su familia disfuncional (Bruch 1973). Es por esto que desde la niñez suelen ser educadas, obedientes y con tendencia a ocultar su voz interior, asociada con el deseo, la voluntad, la independencia y la individualidad.

María Fe aparenta una personalidad fresca y simpática. Su problema con la comida tiene ribetes obsesivos, además de un trasfondo ansioso severo. Sus actividades purgativas son la contraparte de una dieta restrictiva y voraz. La forma como come es la forma cómo se vincula. Después de alejarse de la terapia por un mes, sin aviso, regresa a su primera sesión y dice:

Hola, [...], ¡qué lindos tus zapatos!, ¿dónde te los compraste? [silencio], dime pues, ¿dónde te los compraste? [silencio]. Dime, pues, quiero comprarme unos iguales [silencio]. Pucha, igualita soy con mi enamorado. Me regaló plata por mi cumpleaños para que me compre ropa y me pareció poco. Yo quería más, siempre me parece que tengo poco. El me dice que estoy linda, que ya no adelgace más pero yo no le creo. Seguro me lo dice para que no vomite. Si me atraco [...] pero, ¿cómo me va a querer si no estoy bien? Lo mismo me pasa con sus papás [...] cuando iba a su casa y estaba “gorda” me saludaban frío, así medio feo pero ahora que me adelgacé [María Fe tiene un IMC: 17. Nota del autor], yo siento que me saludan lindo, más expresivos, más alegres.

María Fe incorpora las cosas del medio ambiente con la misma voracidad con la que come. La desvalorización de su persona corre en paralelo a la distorsión cognitiva respecto a su cuerpo y a sus afectos. Como si fuera una relación en espejo, siente que así como ella (des)valoriza su cuerpo y sus afectos, los otros lo hacen igual. Su autoestima suele ser muy pobre y el núcleo de refuerzo a la misma está en el éxito o fracaso de las dietas.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Los desórdenes de la conducta alimentaria tienen un trasfondo familiar. Se gestan en el seno de una familia disfuncional y afecta a cada uno de sus miembros. Son siempre un problema de grupo (Toro 1987); se generan en un espacio plagado de tensiones, un lugar privilegiado en el que se despliegan los vínculos afectivos y se socializan los espacios alimenticios, atendiendo a patrones y a rituales inconcientes y sistemáticos que terminan siendo reforzados a partir de la asociación entre comida y afecto.

Quienes padecen de un desorden de la conducta alimentaria proceden de familias sobreprotectoras, aglutinadas, en las que resulta difícil resolver conflictos y en las que los límites intergeneracionales están desdibujados. La falta de delimitación individual entre los miembros determina que se formen alianzas y coaliciones para crear grupos de poder —por lo general, enfrentados— al interior del sistema familiar.

La disminución de la ingesta alimenticia, por parte de la anoréxica, y la conducta de atracones y purgas, por parte de las bulímicas, desencadenan ansiedad familiar y fomentan un intervencionismo correctivo que influye directamente sobre la negativa de comer. Las situaciones más conflictivas ocurren a la hora de las comidas, tiempo en el que se centran la recriminación, los llantos, los pedidos, la cólera, las amenazas, etcétera. Es frecuente escuchar frases como: «come por nosotros [...] estamos desesperados por ti». La situación que de por sí es difícil se torna hostil, lo que trae como consecuencia secuelas emocionales y conductuales para la paciente.

La interacción familiar incrementa y co-determina los comportamientos desadaptados de las anoréxicas y las bulímicas, quienes suelen debatirse entre su ansiedad específica y la desencadenada por sus relaciones familiares, que tienden a reforzar las conductas anómalas, así como los comportamientos de evasión (Toro 1987). Si bien la familia no es la causante de la anorexia ni de la bulimia, una vez afectada por la misma, la suele mantener, mediatizar y complicar.

Marilú tiene dieciséis años. Es la segunda de dos hermanas. Su madre la describe como una hija perfecta y la define como más introvertida y menos espontánea que la mayor. Es buena alumna, deportista, de pocas amigas y celosa de su intimidad. Su relación con su madre tiene visos de fusión. La relación con el padre es más armoniosa y amical. Marilú está atrapada en un conflicto intergeneracional. Como afirma la madre, «Cuando nacieron mis hijas yo las vestía iguales, y cuando nos mudamos, eliminamos un dormitorio para que ellas durmieran juntas. Marilú siempre hacía de segunda de su hermana, nunca tenía el papel estelar. Yo quiero que ellas se lleven regio y que sean mejores amigas [...] nuestra familia es así, somos nosotros nomás, lo más importante».

La mamá de Marilú intenta validar el esquema de la familia nuclear aislándola, incluso, de la familia extendida. Es allí, en el seno de los vínculos primarios, que Marilú tiene que crecer respetando los preceptos de una madre que propone un vínculo idealizado y armónico, que niega cualquier fisura familiar y que termina por eludir la escucha de sus deseos y necesidades.

La familia funciona como un corsé que aprieta y obliga, y que tiende a prevalecer las demandas de los padres, en desmedro de las de las hijas. En el seno de una familia ideal, Marilú no puede desplegar los vaivenes de su desarrollo y lo acepta mediante una solución de compromiso que se articula como una respuesta rabiosa y hostil que se resignifica a través de un síntoma alimenticio que, efectivamente, nada tiene que ver con el conflicto original.

CONDUCTA SOCIAL Y SEXUAL

El complejo comportamiento social de quienes padecen un trastorno de la conducta alimentaria está determinado por el rechazo persistente hacia el cuerpo, la baja autoestima, la fragilidad de la imagen corporal, la inestabilidad emocional y por los estados depresivos latentes. El aislamiento social se asocia con los pensamientos obsesivos por el cuerpo y la comida, así como con la preocupación excesiva por las actividades académicas y físicas. Al intentar reiterativamente ocultar su problema, las anoréxicas y las bulímicas crean estrategias para vivir, las cuales conllevan a una suerte de retraimiento social y a la inestabilidad de sus relaciones sociales y de sus vínculos afectivos. Lo interesante es que ellas sufren las consecuencias de su propia decisión, lo que genera un problema de circularidad en el que ellas culpan al ambiente de su decisión inconciente de marginalidad.

Adriana, llegó a consulta sumida en una depresión asociada a pensamientos obsesivos con el cuerpo y la

comida. Había pasado recientemente por una operación de cirugía plástica para aumentar el tamaño de las nalgas y reducir las caderas. Después de la operación, refiere haber estado por cuatro meses en el fondo de un «huevo negro». No salía de su casa sino solo para ir a trabajar, trabajo al que faltaba con alguna frecuencia con el pretexto de estar enferma. Sus tardes, después del trabajo, giraban en torno a la comida y, por supuesto, también en torno al éxito de controlar el hambre. No aceptaba propuestas para salir por no estar en su peso ideal, y estaba ya bastante delgada. Se limitaba a ver series de televisión y a dormir. Tampoco se comunicaba telefónicamente con sus amigos. De pronto, se le presentó una gran migraña y tuvo que ser hospitalizada —básicamente por el desorden con la medicación—. Fue como si se hubiese cumplido un sueño y como si se presentara un nuevo escenario: estaba en cama, semidormida, a dieta blanda y rodeada de familia —su madre dejó de ir a trabajar—. Podía bajar de peso sin esfuerzo y después de «eso», saldría. Su hospitalización concitó la atención de todos aquellos a quienes no vio durante cuatro meses.

Por otro lado, la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual es también consecuencia de la inanición y del aislamiento social. Existen diferencias sustantivas entre el comportamiento sexual de una niña de trece años y de una mujer de veintiocho; entre las solteras y las casadas; entre las que han iniciado su curso anoréxico o bulímico recientemente y las que tienen larga trayectoria de enfermedad. Lo cierto es que el interés sexual de las anoréxicas está disminuido o

anulado, mientras que el de las bulímicas, muchas veces, está exacerbado. Si bien ellas tienden a estar conscientes de que aumentando su peso mejoraría su condición afectiva general, desean perder peso, ya que encuentran en el cuerpo emaciado satisfacciones a modo de ganancias secundarias de la enfermedad: evitar las tareas del desarrollo, la adultez y la maduración sexual.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

La delgadez es una meta compartida por madres, padres y niños, quienes buscan en ella una solución mágica a diversos problemas emocionales (Gutwill 1994). Debido a la alta incidencia de conductas alimenticias perturbadas en las diferentes generaciones y estratos sociales, resulta importante estudiarlas y comprenderlas desde la intersección de la psicología y las ciencias sociales.

Los factores biológicos, individuales y familiares se asocian a las influencias socioculturales, demandas influidas por la globalización, que promueven simultáneamente los modelos de delgadez como la expresión del estereotipo y la oferta de alimentos abundantes y mal balanceados, conocidos como comida chatarra. La mujer contemporánea intenta resolver sus problemas psicológicos individuales y familiares a través del cuerpo que, más que la estructura somática del *self*, se ha constituido en una construcción social que alberga la ambivalencia de ser mujer. El cuerpo y la imagen corporal están influidos por los preceptos de la cultura moderna, que ha colocado en la delgadez el estereotipo y la validación de la mujer.

La posibilidad de que un desorden sea más frecuente que otro se debe a la influencia del contexto histórico-social y a los factores externos que los avalan y sostienen. Los trastornos alimenticios se asientan en un contexto en el que conseguir comida rica en calorías es fácil, en el que se presenta una tendencia a la desocialización y a la fragmentación de los patrones a la hora comer y en una cultura que avala las conductas impulsivas, la agresión y la hostilidad.

Los países industrializados presentan mayor incidencia de trastornos alimenticios. Paradójicamente, estas sociedades no tienen limitaciones en la alimentación; en ellas, el hambre no es una amenaza real. Más bien, «adelgazar» es una señal de éxito y se refuerza positivamente a las jóvenes cada vez que consiguen vencer su delirio —en realidad, es solo deseo— por la comida. Este doble mensaje es transmitido y promovido por los medios de comunicación; las jóvenes, al mismo tiempo que deliran por los productos del mercado altos en calorías, tienen aversión por la gordura y la falta de control. ¿Qué se puede esperar de quienes en el proceso de transición, marcado por los bordes de la pubertad y los cambios corporales, enfrentan el doble mensaje? Quizá tan solo confusión.

Históricamente, las mujeres han estado menos conformes con su cuerpo que los hombres. Ellas siempre han intentado transformarlo para adecuarse a los requerimientos culturales de la feminidad. El cuestionamiento de la representación de la mujer como cuerpo y del hombre como mente —avalados por los modelos patriarcales y capitalistas de las sociedades contemporáneas— ha marcado un hito en la comprensión histórica de los roles sociales e impulsado

los estudios actuales de género. Tal representación ha determinado que la percepción corporal de los hombres difiera de la de las mujeres, para quienes el peso representa el hito definitorio de la identidad y de la valía personal en las clases altas (Hesse-Biber 1996), y donde la talla simboliza también el sentido de valía y de identidad en los sectores socioeconómicos menos favorecidos (Zusman 2000).

El incremento masivo de desórdenes alimenticios en los últimos años ha determinado un aumento en la conciencia social y profesional del desorden. Estudios epidemiológicos realizados en los últimos veinte años (Hesse-Biber 1996; Hoek 1995; Sandbek 1993) demuestran que la incidencia de la anorexia se ha incrementado en un promedio de 20% en la población femenina de las sociedades occidentales industrializadas. El incremento de la bulimia es también alarmante y puede presentarse con mayor frecuencia que la anorexia (Gordon 1990). Sin embargo, no existen datos registrados al respecto, debido a que la bulimia se instala como un desorden alimenticio secreto, manejado con discreción, que no deja huellas significativas hasta que la salud se empieza a resquebrajar.

En la anorexia, la obsesión por la comida, el peso y las formas corporales se constituyen en sustitutos defensivos para lidiar con los conflictos asociados con la identidad. Las anoréxicas presentan una disminución significativa de la vida social, así como el incremento del aislamiento social. Ambos factores, que inciden a favor de un alto rendimiento académico, se fundan más en cumplir las expectativas de los otros que en su realización personal. La anorexia funciona como una trampa: cierra todos los circuitos de contacto con la

realidad y tramita una vida a través del manejo y del control de los alimentos, de las dietas, de las calorías y, en última instancia, del cuerpo. La familia termina sometida al mismo ritual. En la bulimia, la dinámica entre los atracones de comida y las purgas tiene la función de negociar las dificultades del desarrollo y de regular la dinámica de los impulsos.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS

Los trastornos alimenticios se asocian con cogniciones relacionadas con el peso, el cuerpo y las dietas. Durante el curso de la enfermedad, algunos alimentos¹ y algunas partes del cuerpo, como el abdomen o las caderas, tienden a adquirir cualidades fóbicas. Frases como «mi cuerpo está gordo y pesado», «me disgusta mi abdomen», «quiero estar delgada», «tengo que hacer dieta» son pensamientos inicialmente inofensivos, hasta que se convierten en reiteraciones temáticas que se asocian a un incremento notable de ansiedad. Con el tiempo, estos pensamientos que toman la forma de distorsiones cognitivas (Toro 1987; Rausch Hercovici y Bay 2004), parecen anteceder a la aparición de la enfermedad y resulta difícil definir si se trata de un factor de disfunción primario o de una coyuntura producto de la desnutrición (Toro 1987). Si es así, se consideran como factores que predisponen la enfermedad.

Cuando se presentan distorsiones cognitivas se comprueban errores en la percepción de ciertas características corporales, así como evaluaciones distorsionadas

¹ Los primeros alimentos que tienden a convertirse en fóbicos son los carbohidratos.

que pueden producir estados de ansiedad muy intensos. Estas distorsiones pueden afectar a todo el cuerpo o, en su defecto, a partes específicas del mismo, como los muslos, las caderas, el abdomen y las nalgas, todas áreas que toman proporciones agrandadas y contorneadas desde la pubertad.

Las anoréxicas y las bulímicas tienden a sobrestimar el tamaño de su cuerpo², y este pensamiento distorsionado se dirige hacia las dietas restrictivas, que tienen la connotación de un imperativo sociocultural. Ellas verifican su peso con frecuencia, presentan baja autoestima y manifiestan un excesivo control conductual, pues parten de la creencia que carecen de control sobre su desarrollo corporal. Asimismo, son hipercríticas acerca de su alimentación y de su aspecto físico. Ellas se angustian por su —posible— sobrepeso y tienden a sobrestimar su volumen corporal, aumentando así su ansiedad, lo cual, de manera circular, incrementa la atención sobre su cuerpo e incurre en distorsiones cognitivas variadas.

Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes se encuentran:

- Abstracciones selectivas: se llega a conclusiones severas toda vez que se toman aspectos parciales de un tema: «solo puedo controlarme a través de las dietas».
- Generalizaciones excesivas: se pasa de la parte al todo: «antes comía carbohidratos. Ahora sé que engordan. Los dejo de comer».

² La sobrestimación del tamaño cuerpo no es privativa de la anorexia; tampoco es un criterio diagnóstico.

- Magnificación de consecuencias negativas: «no puedo tolerar cuando aumento un kilo, se me sale el rollo».
- Pensamiento dicotómico: se pasa de una lógica del todo o nada: «si no estoy a dieta, me lo como todo».
- Ideas de autorreferencia: «me parece que la gente habla de mí cuando como».
- Pensamiento supersticioso: se establecen relaciones de causa-efecto sobre elementos no contingentes: «cuando como arroz, aumento dos kilos de peso».
- Fallas en la autopercepción (Toro 1987).

María Fe presenta una anorexia restrictiva purgativa. Por insistencia propia, y con apoyo de sus padres, consultó a una nutricionista, quien le indicó una dieta a pesar de no presentar sobrepeso. A medida que fue bajando de peso, fueron apareciendo distorsiones cognitivas severas, como si el pensamiento se hubiera cosificado y ella hubiera regresionado a un pensamiento pre-puberal —concreto— en el que los referentes inmediatos son el cuerpo como cosa y el peso como índice de la autoestima. Las distorsiones de pensamiento ocurrían en paralelo a la severidad de la dieta: sus generalizaciones excesivas —como, «no comeré chocolates nunca más»— dejaban ver una voracidad subyacente que la hacían pensar en consecuencias catastróficas: «me voy a enchanchar». Su situación se resolvía con un pensamiento —obsesivo— dicotómico: ¿como o no como?, y si como, ¿purgo o no purgo? Su relación con el mundo externo

presentaba visos paranoides o persecutorios. Vivía pendiente de la respuesta de quienes la rodeaban. Se sentía aprobada toda vez que respetaba las restricciones de la dieta. Solía evaluar la realidad a través del pensamiento mágico: «cuando llegue a 48 kilos todos se van a dar cuenta y me van a decir qué linda estoy y lo bien que se me ve». Efectivamente, los 48 kilos son el reflejo de un índice de masa corporal de 17, valor que está considerado en el rango anoréxico.

Andrea fue anoréxica y bulímica entre los quince y diecinueve años. Aún hoy, que ha superado el problema alimenticio, trata su cuerpo como una extensión de sus emociones. En la dificultad para separarse de su madre —con quien tiene hasta ahora una relación relativamente fusionada—, restringe los límites corporales utilizando pastillas para un desorden de déficit de atención, un problema asociado a la enfermedad, que tienen como efecto colateral quitar el hambre. Cada vez que ella se separa de su madre, «convoca» al estado anoréxico que ella reconoce como un «no pensar y no sentir: el estado de la nada». Un estado en el que pensar en la conflictiva emocional es tan duro que restringir el mundo afectivo al esquema corporal le resulta «económicamente» más rentable. Ser anoréxica es un escudo narcisista que le facilita no enfrentar las tareas de la realidad.

María Fe ha sintetizado en su barriga el «lugar» —como si se pudiera objetivizar— de su problema. Su abdomen es el fiel reflejo de su sobrepeso. El ponerse

en contacto con su cuerpo, especialmente durante el verano, le produce una angustia muy severa.

No pues, a mi me molesta ir a la playa, porque ahí no me puedo quitar el polo. Si me lo quito, ven mi barriga y es horrible. Siento que todos me miran y que se van a dar cuenta de que estoy chancha [IMC: 17³. Nota del autor], por eso tampoco me baño. Prefiero quedarme en mi playa porque ahí no me molesta que me miren y me puedo bañar en el mar. En la otra playa, hay una piscina y es horrible bañarse con polo pero no me lo pienso quitar. Cuando miro la barriga de Y [...] me siento mal, quiero ser como ella, flaca, regia [...] lo que pasa es que ella sí tiene fuerza de voluntad.

María Fe se refiere a la incomodidad corporal con mucha angustia, tanto que le transpiran las manos y la frente, hasta el punto de caerle gotas de sudor. El exceso de ansiedad le produce también alergia. Se toca la cara y el pelo todo el tiempo. Es como si no pudiera parar de moverse.

Las anoréxicas no reconocen su cuerpo emaciado —lo que refleja la negación de la enfermedad— ni los afectos asociados con el mismo. Esta actitud toma, en algunos casos, proporciones delirantes, lo cual sugiere un diagnóstico de co-morbilidad con determinados estados psicóticos.

La anorexia produce una alteración de las señales interoceptivas; el hambre, el frío, las apetencias sexuales y el cansancio se omiten. En la bulimia y en los cuadros mixtos lo característico es el desconocimiento del hambre y de la saciedad. Por lo general, se percibe de manera

³ El IMC de 17 es considerado anoréxico.

inadecuada la cantidad de comida que se ingiere y se hace referencia a sensaciones gástricas molestas como las náuseas, la hinchazón del abdomen, entre otros. Son estados en los que la mente es la que controla al psiquesoma (Winnicott 1949); los factores «mentales» predominan sobre los mecanismos reguladores internos.

Las anoréxicas y bulímicas presentan dificultades para informar adecuadamente acerca de sus estados físicos y emocionales. Predomina en ellas un tipo de pensamiento concreto —casi— incapaz de acceder a la simbolización, pues ven su cuerpo como una «cosa», un objeto externo, extraño y desafiante que debe ser sometido a un control y a una vigilancia constante. El tratamiento del cuerpo y de las necesidades básicas hace eco en el pensamiento y en el tipo de discurso que sugiere un tono alexitímico.

Pía no reconoce las señales interoceptivas de su cuerpo. Así como no registra el hambre y come un bocadillo en lugar de una comida completa, tampoco registra el cansancio. Ella puede correr diariamente diez kilómetros sin acusar recibo de fatiga o de dolores musculares. Para ella, el cansancio es una señal placentera, no importa que haya llevado su cuerpo a situaciones extremas. Toda vez que come adecuadamente, siguiendo un patrón dietético regulado y ordenado que la convoque a comer proporcionalmente a su edad, tamaño y cantidad de ejercicio, registra molestias gástricas, náuseas, gases e hinchazón en el abdomen. El malestar físico es tan real que justifica la restricción. «Yo sé que puedo exagerar pero correr es mi vida. Me recuerda a mi vida con mi padre. Corríamos juntos.

Yo me pongo mi walkman y escucho la música que tanto nos gustaba allá por los ochentas. Yo no quiero atravesar por el túnel oscuro que significa subir de peso y cambiar de talla, me produce mucha ansiedad». Los malestares corporales se constituyen como una barrera «con sentido de realidad»; el cuerpo no quiere, ella tampoco.

CAMBIOS CONDUCTUALES

Entre los cambios conductuales colaterales a los cambios cognitivos se pueden encontrar los siguientes:

- **Ingesta alimenticia:** las dietas restrictivas suelen ser el preámbulo del desorden. Se inician suprimiendo el consumo de carbohidratos, eliminando las grasas y, finalmente, descartando las proteínas. Es frecuente que las anoréxicas acepten algunas verduras, yogur, leche, queso fresco y, quizá, algo de carnes blancas.

Es un mito que las anoréxicas restrictivas no sientan hambre, lo tienen, pero controlarlo es la medida del éxito. Por el contrario a lo que se piensa, suelen ser voraces cuando comen; son sensibles a la oferta ilimitada de la comida —frente a la cual tienden a perder el control—, de las cuales la chatarra es la más deseada. Las anoréxicas purgativas, por su parte, intercalan la restricción con episodios de ingesta voraz y prolongada, para terminar vomitando o purgando a través de laxantes, diuréticos o ejercicios exagerados que se acompañan de ansiedad, culpa, disforia e, incluso,

sentimientos tanáticos. Una consecuencia preocupante es el odio y el desprecio hacia sí mismas.

- Hiperactividad: las anoréxicas y las bulímicas tienen la obsesión por realizar actividades físicas frecuentes e intensas. En el caso de las anoréxicas, la restricción alimenticia voluntaria induce a mayor actividad, la cual, a modo de un círculo vicioso, restringe la alimentación. Las bulímicas intercalan sus momentos de inamovilidad durante los atracones y después de las purgas con periodos de ejercitación extrema. Estos ejercicios se realizan con mucho rigor, con la finalidad de perder peso a través de la quema de calorías. El ejercicio exagerado empeora el pronóstico⁴.

Toro (1987) sostiene que la intensa actividad física se realiza en función de dos mecanismos: desde lo estrictamente cognitivo, las ideas acerca del cuerpo y del peso inducen a un mayor gasto calórico a través de más movimiento; y desde lo psicobiológico, la disminución de la ingesta comporta más actividad física. La interacción entre ambos mecanismos tiene un efecto potenciador, ya que la actividad psicofisiológica está potenciada por los mecanismos cognitivos.

⁴ Es frecuente observar en los internamientos como el cuarto hospitalario se convierte en necesario y suficiente para realizar prácticas de ejercicios reiteradas así sea caminar en círculos, hacer abdominales, realizar movimientos con los brazos y con las piernas en aras de quemar calorías y «adelgazar».

Verónica tiene trece años. Estuvo internada por anorexia. Desde el inicio de su internamiento solía dar paseos durante largos periodos. No se sentaba, tampoco se recostaba ni veía televisión. Solía estar de pie haciendo rompecabezas o manualidades. Comenzó a presentar edemas en los pies. Le era muy difícil acatar las recomendaciones de reposo. Pasado el primer tiempo se le permitió realizar cinco minutos de caminatas por los corredores del hospital después de la comida de la noche; esto no fue suficiente. Además de lo permitido, ella solía caminar en círculos en su cuarto, exagerando el permiso para realizar ejercicio físico. Asimismo, solía realizar ejercicios abdominales echada en su cama. Todo intento de hacerla reposar determinaba una crisis que la ponía al borde del llanto y el descontrol. Solo caminando a velocidad se sentía bajo control. Por momentos, hubo que recurrir a la sujeción mecánica para detener el ejercicio físico.

Otro caso es el de Rosario de diecisiete años. Estuvo internada tres meses por anorexia. Toda vez que salía a caminar por los jardines de la institución, solía marchar a tal velocidad que casi parecía que iba a correr. En los momentos en los que estaba en reposo, solía aletear las piernas en movimientos descontrolados e involuntarios para aumentar así el gasto de energía.

- Exceso de dedicación al estudio: este factor se desprende de los ribetes obsesivos que presenta la enfermedad. La dedicación al estudio se asocia con el aislamiento social. Al respecto, más son las preguntas que surgen que lo que se puede afirmar como resultado de las investigaciones sobre el tema. ¿El exceso de estudio es la parte culturizada de la hiperactividad o, más bien, esta se asocia a la necesidad obsesiva de logro y de perfeccionamiento?, ¿es acaso, también, una demostración de autocontrol o es una forma concreta de evadir la ansiedad, manteniéndose activas y alterando los horarios de reposo y de sueño? Muchas son las preguntas, sin embargo, pocas son las respuestas.
- Alteraciones del sueño: son un problema que se ubica entre lo conductual y lo fisiológico. La inanición suele preceder al insomnio. Las anoréxicas y las bulímicas tienden a disminuir sus horas de sueño para gastar más energía, para comer exageradamente —y purgar— y para iniciar severas rutinas de ejercicios en secreto. Las alteraciones del sueño se asocian con síntomas depresivos que podrían ser los indicadores de una co-morbilidad depresiva. En algunos casos, en los que se utiliza medicación antidepresiva o antipsicótica, es frecuente observar somnolencia.

LA FAMILIA ANORÉXICA

Desde el siglo XIX, la anorexia ha sido asociada con la patología familiar. La complejidad de la sintomatología determinó la necesidad de analizar los factores que la predisponen, así como los precipitantes, a la luz de cada caso individual. Los estudios de casos han determinado lecturas que han conjugado los paradigmas psicológicos, médicos y psiquiátricos en una lectura plena de sentido. Así, en las últimas décadas del siglo XX, la terapia de familia definió a la anorexia como una enfermedad individual que afecta a todo el sistema familiar (Minuchin, Rosman y Baker 1978; Selvini Pallazolli 1974). Quien padece de un desorden de la conducta alimentaria es el paciente identificado que habita en el seno de una familia disfuncional. El síntoma físico esconde, resguarda, encapsula un conjunto de afectos exentos de toda representación mental que no han logrado simbolizarse para expresarse a través del lenguaje. El cuerpo se torna en un significante que emite un mensaje concreto y superficial —denotativo—, cuyo significado latente está desplazado por mecanismos de defensa tempranos como la escisión, la proyección y la represión.

La familia anoréxica es un tipo de familia psicossomática (Minuchin, Rosman y Baker 1978)¹. Pero no existe un único tipo de familia psicossomática, sino familias «tipo» que comparten fenómenos recurrentes y, por lo general, disfuncionales que bloquean la individuación y la evolución saludable de sus miembros, quienes tienen, en su mayoría, baja tolerancia al conflicto. En estas familias se establece una relación bidireccional entre el rol que cumple el paciente identificado y los otros miembros en el mantenimiento de la enfermedad, así como una relación entre la historia individual del mismo, en tanto fortalezas y debilidades, y el momento histórico y social que les toca atravesar como grupo.

El síntoma alimenticio se utiliza como barrera para regular la estabilidad familiar cuando los problemas se perpetúan en el sistema y lo amenazan constantemente. El sistema tiende a establecer defensas férreas y circuitos de negación muy poderosos que inciden sobre la circularidad y la continuidad del síntoma.

El patrón disfuncional de las familias psicossomáticas (Minuchin, Rosman y Baker 1978) se observa en las interacciones comunicacionales y afectivas. Es en la combinación de uno o más factores que se entrecruzan las dificultades. La familia anoréxica participa del síntoma, lo sufre, lo refuerza y tiende a mantenerlo. Los eventos que amenazan con cambios no son susceptibles de ser negociados ni explorados. Ellos se muestran a sí mismos como si no tuvieran

¹ El calificativo de familia psicossomática es, por lo general, otorgado por el médico clínico quien, en ausencia de razones orgánicas o fisiológicas para enfermar, asume al cuerpo como una vía regia para la expresión de conflictos emocionales.

problemas, con excepción, por supuesto, del paciente identificado.

Según Minuchin, Rosman y Baker (1978) las familias psicósomáticas se caracterizan por:

- **Sobreprotección:** se refiere a la extrema proximidad y a la intensidad de las interacciones familiares en todos los niveles del sistema familiar. Son familias «sobreinvolucradas». Lo que afecta a uno de sus miembros tiene reverberaciones en toda la familia. Así, la anorexia y la bulimia, que afectan a un paciente identificado, activan de inmediato respuestas —disfuncionales— en la madre —encargada históricamente de la alimentación—, en el padre —con quien se triangula el Edipo— y en el subsistema filial.

La sobreprotección retarda el proceso de la autonomía, la competencia y el desarrollo de los intereses personales. Se establece inconscientemente como una política de crianza e inicia un tipo de respuesta emocional. Los miembros de la familia sobreprotectora son hipersensitivos a los signos de aflicción, poniendo énfasis sobre los peligrosos niveles de tensión o de conflicto.

- **Límites entre los subsistemas:** los subsistemas de las familias aglutinadas son débiles, cruzados y están pobremente diferenciados. La relación entre los subsistemas parental y filial es compleja y conflictiva. Cuando los límites son cruzados y escasos, los niños tienden a apropiarse de roles parentales y a ejercerlos sobre

sus padres y sus hermanos. Asimismo, tienden a establecer alianzas entre los diferentes miembros de la familia, fundamentalmente, en lo que se refiere a la toma de decisiones.

- Diferenciación interpersonal: las familias psicossomáticas son aglutinadas (Minuchin, Rosman y Baker 1978). La diferenciación interpersonal es pobre y el individuo se queda atrapado en las redes del sistema sin lograr encontrar un espacio individual en el que se reconozca la privacidad. Los límites que definen la autonomía individual son frágiles. Los miembros de la familia son intrusivos en los niveles del pensamiento y del sentimiento, tanto así, que el paciente identificado no tiene una percepción diferenciada de sí mismo.
- Rigidez familiar: las familias rígidas están conminadas a mantener el *status quo*. Ellas experimentan grandes dificultades en los periodos de cambio y de crecimiento, que tienden a no ser alentados, por lo que estos pacientes son extremadamente vulnerables a los eventos externos, como el cambio de colegio o de trabajo, las mudanzas, algún matrimonio o la muerte de algún familiar. Las negociaciones de autonomía individual amenazan con el cambio, por lo tanto, no están permitidas.
- Participación en conflictos paternos: los padres, en su incapacidad de sostenerse en tanto subsistema, se preocupan y protegen

al hijo enfermo, negando el conflicto original. El síntoma, que adquiere un significado regulador del sistema familiar, calza en los mecanismos de triangulación y en las diversas coaliciones que se establecen en el sistema familiar.

La lectura contemporánea de los desórdenes de la conducta alimentaria señala a la madre como un factor predisponente de la enfermedad y al padre como aquel que cumple el rol del «segundo mejor». Esta expresión es digna de ser cuestionada, ya que es difícil sostener a la madre como la única responsable del problema familiar a pesar de tener una presencia activa en la gestación y mantenimiento del desorden. Más bien, resulta imprescindible tener una lectura transgeneracional que permita comprender cómo es que las historias de cada uno de los padres y de sus familias de origen han llegado al sistema familiar, influyéndolo y determinándolo.

De la constelación de factores que determinan los desórdenes de la conducta alimentaria hay observaciones propias en relación a las particularidades del vínculo materno. Las madres de este tipo de pacientes son, por lo general, mujeres muy ansiosas y preocupadas por el desarrollo y bienestar de sus hijos, son muy eficientes y suelen generar relaciones de dependencia con ellos (Bruch 1978). Es común observar en estas madres una tendencia a proveer de comida a sus hijos, aun antes de que ellos hayan manifestado su necesidad, lo que resulta en la consecuente incapacidad del niño para reconocer y diferenciar sus necesidades de la oferta externa. Llegan incluso a decodificar las señales

de sus hijas sin que estas puedan oír su voz interior (Gilligan 1982). Así, las niñas crecen faltas de autonomía y sus demandas de independencia se enfrentan con los supuestos de madres que conocen por anticipado las necesidades de sus hijas. En este sentido, llegada la pubertad, ante el condicionamiento de un cuerpo nuevo —que presenta nuevos retos y urgencias fisiológicas de crecimiento—, estas jóvenes encuentran en este escenario un terreno fértil y delimitado para demarcar un lugar propio, imposible de ser abordado por la madre. El control del peso y de la comida se constituye en la medida del control y de la autonomía que no tuvieron a lo largo de su infancia. Es así que el cuerpo constituye un lugar de significación o, como afirma Freud (1895b), un lugar para la resignificación de los aspectos traumáticos de la vida infantil donde se asienta la escisión de la mente y el cuerpo para dar lugar a los síntomas (Winnicott 1949).

Cuando Andrea nació, su madre dijo: «esta es mi hija». Dos años antes, cuando nació el primer hijo de la pareja, el padre había comentado: «este es mi hijo». Así, cada uno de los padres se hizo de «un hijo» al cual crió en el seno de una familia «normal» de cuatro miembros. De esta temprana decisión parental, Andrea creció «pegada» a su madre, aunque asistida permanentemente por su padre. Su madre la alimentó con comida licuada «en la boca» hasta los nueve años y medio. «Hasta el Himno Nacional le cantaba», refiere la madre. «Me harté y me fui a trabajar [...] Andrea era muy dependiente y me agobiaba». El matrimonio cruzaba por un mal momento. Guardaban a modo

de secreto familiar que estaba tácitamente separado. No se divorciaban formalmente «por los niños». ¿Lo sabía o acaso intuía Andrea? Ella refiere que no. Sin embargo, al poco tiempo Andrea presentó los primeros signos de anorexia: dietas restrictivas e ingesta de pastillas para perder peso, ansiolíticas y diuréticas. Los padres no reconocieron los síntomas. Su rendimiento escolar decayó; ella ya había sido cambiada de colegio en sexto grado por dificultades en su aprendizaje. Los padres, muy a pesar de la insistencia del colegio, negaban la enfermedad; consideraban que se trataba de un capricho y de manipulación por parte de Andrea. El peso descendía y la ingesta de pastillas aumentaba: siete pastillas para controlar el hambre por la mañana y siete relajantes por la tarde, al regresar del colegio. Cuando llegaron a terapia, Andrea tuvo que ser internada para ser desintoxicada. La hospitalización fue el primer gran indicio de la dificultad para la separación. La madre se internó con ella la primera noche.

Por otro lado, Andrea no pudo terminar el colegio por la vía regular. Fue la primera gran decepción: la directora le prohibió graduarse por no haber acabado el quinto año de secundaria satisfactoriamente. Los padres no lo toleraron. Al cabo de cierto tiempo, ya en la universidad, se puso de manifiesto un problema de déficit de atención con hiperactividad, que había sido claramente interferente en toda la historia escolar. Curiosamente, a medida que el problema atencional mejoraba y su situación académica se estabilizaba, con terapia y medicación, la situación alimenticia también se organizaba. ¿Fue la anorexia un punto de convergencia de síntomas de desorganización afectiva e intelectual? Quizá controlando el hambre y la comida,

Andrea sentía que controlaba algo en su vida, ya que su devenir académico era deficiente y su personalidad desbordada. Aun a sus veinticuatro años, utiliza su cuerpo a modo de un escenario anoréxico cada vez que siente que no puede lidiar con la coyuntura afectiva, familiar o académica. Incluso hoy, reestablecido el peso y los hábitos alimenticios, tiende a utilizar las pastillas para el déficit de atención como un instrumento para controlar el hambre y la comida.

PALABRAS FINALES

En los últimos treinta años, se ha producido un aumento significativo de desórdenes de la conducta alimentaria en los países occidentales, tanto así que la alta incidencia de los mismos (20%) permite referirse a este fenómeno como una epidemia. Se trata de patologías de larga data. Los primeros casos reportados datan del siglo XIII y el estudio sistemático de esta compleja enfermedad se inicia en el siglo XIX. Sin embargo, es apenas hacia finales del siglo XX que se observa un aumento significativo de desórdenes de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes occidentales. Estos desórdenes se definen por el profundo temor a engordar, asociado con la hipervaloración del cuerpo y con una apariencia ajustada a un estereotipo social y cultural pautado por la sociedad de consumo.

La anorexia y la bulimia son los desórdenes más conocidos y estudiados. Tradicionalmente, han estado mal definidos como síndromes asociados a la falta de apetito cuando, en realidad, lo que se los define es la determinación férrea y conciente de no comer o de comer grandes cantidades de comida para luego purgar como síntomas que desplazan una conflictiva púber/adolescente difícil de afrontar. La cualidad latente de

los mismos alberga pensamientos obsesivos y conductas compulsivas con el peso y la comida. Se trata de desórdenes que están asociados con sintomatología física severa que puede, incluso, ocasionar la muerte.

En los últimos años, se ha observado otros desórdenes «no especificados» o «intermedios», que presentan perturbaciones severas con la comida y con el proceso alimenticio, pero que no presentan ni los determinantes de la anorexia —como un peso de 85% por debajo del normal, amenorrea, delusión de la imagen corporal— ni los determinantes de la bulimia —atracones de comida, purgas—. Estos desórdenes parecen haberse «normalizado» en la sociedad occidental contemporánea y mimetizado con los preceptos modernos del comer. En términos de recuperación, es difícil precisar cifras exactas. Hay quienes se recuperan totalmente o parcialmente, quienes tienen recaídas periódicas y quienes no se recuperan y pueden llegar a la muerte.

Los desórdenes de la conducta alimentaria se presentan principalmente en mujeres adolescentes de sectores socioculturales medios y altos, aunque en los últimos años, la geografía de los mismos ha variado sustantivamente y se ha extendido hacia los sectores populares menos favorecidos. Los criterios diagnósticos que los definen y explican han intentado especificar cuadros puntuales en función a los síntomas; sin embargo, han devenido en propuestas estrechas que no toman en consideración las variables genética, socio-cultural, racial, educativa y familiar. Quienes padecen de un desorden de la conducta alimentaria viven en el seno de una familia rígida y disfuncional con tendencia a la sobreprotección, evasión de conflictos, aglutinación, a vivir secretos y a negar la diferenciación

interpersonal. A través del tratamiento, las pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria reconocen que ellas han vivido una vida ajena, como si fuera la vida de «otra persona».

En los últimos años, la comida ha adquirido un valor simbólico. Parte de la conducta individual femenina transita por el conflicto entre comer y no comer, pues dejar de comer se ha constituido en el ideal femenino; es como si «estar a régimen» fuera un símil de orden, pulcritud, cuidado, mesura y comer en demasía, en cambio, paradigma del desorden, caos y falta de límites. Se ha observado, en este sentido, que «estar a dieta» es un modo de vivir «en control», y que esta conducta se ha generalizado en una sociedad altamente consumista que ofrece comida por doquier. No en vano, los desórdenes de la conducta alimentaria no se presentan en países que padecen hambre sino, por el contrario, en países occidentales en los que abunda la comida y en los que la oferta supera a la demanda. Se trata, además, de una oferta atractiva en la que se ofrece comida *light* o de dieta que proyecta la ilusión de poder consumirse en abundancia porque «no engorda».

Los desórdenes de la conducta alimentaria requieren de un tratamiento interdisciplinario que convoque la presencia de pediatras, médicos clínicos, psiquiatras, psicoterapeutas —individuales y familiares— y nutricionistas. En caso de que la hospitalización sea necesaria —cuando la vida del paciente esté en riesgo o porque sus condiciones físicas son precarias— se requiere también de personal especializado en internamiento. Es en la conjunción del trabajo individual, familiar y médico que se espera la recuperación de la salud física y psíquica del paciente identificado.

BIBLIOGRAFÍA

ANTEBI, D. G.

2000 «Charles Lasègue: la nueva mirada». En Goldman B. R. *Anorexia nervosa y bulimia: un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 13-22.

BEUMONT, P. V. J.

1995 «The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa». En K. Brownell y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 157-157.

BLOOM, C. y KOGELL, L.

1994 «Symbolic meanings of food and body». En: C. Bloom, S. Gitter y L. Zaphiropoulos. En: *Eating problems: A feminist psychoanalytic treatment model*. Nueva York: Harper Collins Publishers, pp. 57-66.

BROWN, C. y JASPERS, K.

1993 *Consuming Passions: Second Story*. Toronto: Ontario Press.

BRUCH, H.

1973 *Obesity, Anorexia nervosa and the Person Within*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

1978 *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.

BIBLIOGRAFÍA

- BULICK, C.; REBA, L.; SIEGA RIZ, A. M. y REICHBORN-KJENNERUD, T.
2005 «Anorexia nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk». *International Journal of Eating Disorders*, vol. 37, III, Illinois.
- CRISP, A.
1974 «Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: A study of 30 cases». *Journal of Psychosomatic Research*, (48), pp. 67-76.
- DOLTÓ, F.
1997 *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- DOR, J.
1987 *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- DSM III
1980 *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- ECHEBURÚA, E. y MARAÑÓN, I.
2001 «Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad». *Psicología Conductual* 9, 3, pp. 513-525, Madrid.
- FAIRBURN, G. Ch. y WILSON, G. T.
1993 *Eating. Nature, Assessment and Treatment*. Nueva York: The Guilford Press.
- FENDRICK, S.
2003 «Los mil y un semblantes de la anorexia nervosa». En *Comunidad Virtual Russell*. Fecha de consulta: 15 de mayo del 2003. <www.comunidadrussell.com>.
- FREUD, S.
1895a[1972] «Estudios sobre la histeria». Tomo 1. *Obras completas* (IX volúmenes). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 39-137.

- 1895b[1972] «Proyecto de una psicología para neurólogos». Tomo I. *Obras completas* (IX volúmenes). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 209-256.
- 1896[1972] «Etiología de la Histeria». Tomo I. *Obras completas* (IX volúmenes). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 209-256.
- 1905[1972] «Tres ensayos para una teoría sexual». Tomo IV. *Obras completas* (IX volúmenes). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 1169-1237.
- 1915[1972] «Duelo y melancolía». Tomo VI. *Obras completas* (IX volúmenes). Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 2091-2100.
- GARNER, M. D. y GARFINKEL, P. E.
1997 *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- GARGALLO MASJUÁM, M.; FERNÁNDEZ ARANDA, F. y RAICH, R. M.
2003 «Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura». *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol. 3, (2), pp. 335-349, Barcelona.
- GILLIGAN, C.
1982 *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- GOLDMAN, B.R.
2000 *Anorexia y Bulimia: un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- GORDON, R. A.
1990 *Anorexia nervosa and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Cambridge, Blackwel.
- GRIFFITH, J. L y GRIFFITH, M. E.
1996 *El Cuerpo habla: Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

GUIMÓN, J.

1997 *The body in Psychotherapy*. Basil: Karger.

GOLDBLOOM, D. S. y KENNEDY, S. H.

1995 «Medical complications of anorexia nervosa». En K. Brownnel y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 266-270.

GOLDMAN, B. J.

2000 *Anorexia nervosa y bulimia: un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

GUTWILL, S.

1994 «Women's Eating Problems: Social Context and the Internationalization of Culture». *Eating Problems: A Feminist Psychoanalytic Treatment Model*. Nueva York: Harper Collins Publishers, pp. 1-27.

HECKIER, M. y MILLER, C.

1994 *Anorexia nervosa: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.

HESSE-BIBER, S. H.

1996 *Am I Thin Enough Yet?: The Cult of Thinnes and Commercialization of Identity*. Oxford: University Press.

HOEK, H. W.

1995 «The Distribution of Eating Disorders». En K. Brownnel y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 207-212.

HOLTZ, V.

1995 «Antecedentes históricos de la anorexia nervosa». *Addictus*, 2 (9), pp. 15-16. Fecha de consulta: 16 de junio de 2004. <www.acab.org/spa/welcome.htm>. También en: *Revista de Psicología Iberoamericana*, 3, (2), México D. F.

LANTERI, L.

1990 «Introducción al texto de Charles Lasègue sobre la anorexia nervosa histérica». *Revista Vertex*, 2, Buenos Aires.

LELWICA, M. M.

1999 *Starving for Salvation: The Spiritual Dimensions of Eating Problems among American Girls and Women*. Oxford: University Press.

LÓPEZ-IBOR, J.

2002 *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Masson, J. M. (editor)

1986 Cartas a Wilhelm Fliess. 1887-1904. Manuscrito G. (1895). Buenos Aires: Amorrortu.

MATZKIN, V.

2001 «Los orígenes de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa» (vol. 9). En *Nutrinfo.com. La fuente de información confiable*. Fecha de consulta: 16 de junio de 2004. <www.nutrinfo.com.ar>.

MITCHELL, J. E.

2005 «Medical complications of bulimia nervosa». En K. Brownell y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 271-274.

MINUCHIN, S.

1974 *Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. y BAKER, L.

1978 *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press.

MOOREY, J.

1991 *Living with Anorexia nervosa and Bulimia*. Manchester: University Press.

BIBLIOGRAFÍA

PICHON-RIVIÈRE, E.

1975 *El proceso grupal: del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión.

PARRY JONES, B. y PARRY JONES, W.

1995 «History of Bulimia and Bulimia Nervosa». *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 145-150.

RAUSCH HERCOVICI, C. y BAY, L.

2004 *Anorexia nervosa nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA

2001 *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe.

REGIER, D. A.

2007 «Classification Eating Disorders in DSM-IV: New Nosologiccal Perspectivas». *Internacional Journey of Eating Disorders*, vol. 40, III, pp. s8-s9, Illinois,

RUSSELL, G. F. M.

1979 «Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa». *Psychological Medicine*, 9, pp. 429-448, Cambridge.

SANDBEK, T. J.

1993 *The Deadly Diet: Recovering from Anorexia nervosa & Bulimia*. Londres: New Harbinger Publications, INC.

SELVINI PALAZZOLI, M.

1974 *Self Starvation: From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia nervosa in the Human Context*. Londres: Chaucer.

SELVINI PALLAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M. y SORRENTINO, A. M.

1999 *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Buenos Aires: Paidós.

SERRATO, G.

2000 *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Libro Hobby-Club S. A.

SILVERMAN, J. A.

1995 «History of anorexia nervosa». En K. Brownnel y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 141-144.

STRIEGUEL-MORE H. R. y WONDERLICH, S.

2007 «Diagnosis and Classification of Eating Disorders. Finding the Way Forward». *Internacional Journey of Eating Disorders*, vol. 40, III, pp. s1-s2, Illinois.

TORO, J.

1987 *Anorexia nervosa*. Madrid: Editorial Martínez Roca.

TORRES, A.

1983 «Dimensiones del continuo tiempo-espacio y su relación con el esquema corporal». *Psicoanálisis*, vol. V, n°1, Buenos Aires.

WADE, T. D.

2007 «Epidemiology of Eating Disorders: Creating Opportunities to Move the Current Classification Paradigm Forward». *International Journey of eating Disorders*, vol. 40, III, pp. s27-s30, Illinois.

WALSH, T. B.

1995 «Pharmacotherapy of Eating Disorders». En: K. Brownnel y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Nueva York: The Guilford Press, pp. 73-77.

2007 «DSM-IV from the Perspectiva of the DSM-IV Experience». *Internacional Journey of Eating Disorders*, vol. 40, III, pp. s3-s7, Illinois.

WILFLEY, D. E. y RODIN, J.

1995 «Cultural influences on eating disorders». En: K. Brownnel y C. Fairburn (editores). *Eating Disorders*

and Obesity: A Comprehensive Handbook. Nueva York: The Guilford Press, pp. 78-83.

WINNICOTT, D. W.

- 1949 «La mente y su relación con el psiquesoma». *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- 1956 «La preocupación maternal primaria». *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- 1960 «La teoría de la relación paterno-filial». *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- 1968 «Aprendizaje infantil». *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.

WONDERLICH, S.; MITCHELL, J.; ZWAAN, M. y STEIGER, H.

- 2006 *Annual Review of Eating Disorders*. Segunda parte. Oxford, Seattle: Radcliffe Publishing.

ZUSMAN, L.

- 1987 «Anorexia nervosa: un estudio de casos». Tesis de bachillerato. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- 2000 «Las conductas alimenticias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y características personales y familiares asociadas». Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- 2003 «La dinámica familiar en la familia anoréxica». Documento de trabajo para la Maestría en Estudios Teóricos en Psicoanálisis. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- 2004 «Los desórdenes de la conducta alimentaria: una lectura psicoanalítica». Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.

GLOSARIO

Acidosis: trastorno que puede conducir a acidemia, es decir, la excesiva acidez en la sangre.

Alexitimia: refleja la dificultad para expresar los sentimientos en palabras. Se trata de un estado en el que se hace difícil diferenciar los estados emocionales y sentir las experiencias corporales.

Amenorrea: ausencia temporal o permanente del flujo menstrual.

Borderline: llamado también trastorno límite de la personalidad. Es un trastorno que se caracteriza por desregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas. Como trastorno se ubica en la frontera entre la neurosis y la psicosis.

Bradycardia: es el descenso del ritmo cardíaco. Se considera bradicardia a una frecuencia cardíaca inferior a 60 latidos por minuto.

Cenestésicas: relativo a las sensaciones.

Conflicto: es la situación psicológica en la que el sujeto está expuesto a exigencias internas contrarias.

Cortisol: principal glucocorticoide segregado por la corteza suprarrenal humana y el esteroide más abundante en la sangre periférica.

Disforia: se define como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es un desarreglo de las emociones.

Hipercarotemia: es el exceso de caroteno en sangre. Caroteno o provitamina A es un pigmento orgánico con función antioxidante y posee una coloración rojiza y anaranjada. Abundan en los frutos y vegetales como albaricoques, melocotones, sandías, naranjas, brócolis, espinacas, coles, tomates, pimientos, zanahorias y nabos.

Hiperfagia: término que proviene del griego *hiper* (abundancia, exceso) y *fagia* (comer). Es una situación, sin razón aparente, que se caracteriza por el aumento excesivo de la sensación de apetito y la ingesta descontrolada de alimentos.

Hipokalemia: llamado también hipopotasemia, es un desequilibrio electrolítico causado por un nivel bajo de potasio en el cuerpo, lo que puede ocasionar un mal funcionamiento del corazón y el sistema nervioso.

Hipotensión: es una condición anormal en la que la presión arterial de una persona es más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.

Interoceptivo: relativo a las sensaciones internas del cuerpo.

Intrapsíquico: al interior del psiquismo.

Lanugo: vello corporal blanco y fino que cubre las extremidades.

Leucopenia: es la disminución de glóbulos blancos en la sangre.

Neurosis: término que se aplica a las enfermedades nerviosas cuyos síntomas simbolizan un conflicto psíquico reprimido de origen infantil.

Osteopenia: es una disminución en la densidad mineral ósea que puede ser una condición precursora de osteoporosis.

Psiquesoma: el ser humano es una composición unitaria y continua de una parte física y otra psíquica que, en conjunto,

forman el psiquesoma. A lo largo del desarrollo, los aspectos psíquicos y somáticos ingresan a formar una interrelación que se constituye como una fase temprana del desarrollo individual, siendo el cuerpo vivo, con sus límites y profundidad, una adquisición secundaria del núcleo del ser imaginativo.

Trombocitopenia: disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales.

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN
LOS TALLERES GRÁFICOS DE
METROCOLOR S.A.
AV. LOS GORRIONES 350 LIMA 9, PERÚ
TELÉFONO: 251-8830
SE UTILIZARON CARACTERES
ADOBE GARAMOND PRO EN 11 PUNTOS
PARA EL CUERPO DEL TEXTO
MAYO 2009 LIMA – PERÚ