

ANOREXIA NERVIOSA “CURIOSO NO COMER PARA VIVIR”

Bernardo Luis Rovira

*¿El cuerpo que soy?
¿El cuerpo que tengo?
No “soy” mi cuerpo, ni lo “tengo”
mi cuerpo está, precisamente,
a mitad de camino entre esos dos extremos.
Constituye la transición del yo al objeto mundano.*

W.Luypen

¿Hay anorexia en la anorexia? Fue la primera pregunta que surgió ante la consulta de la joven mujer, casi niña, que impresionaba por su delgadez, asegurando al mismo tiempo que no estaba suficientemente flaca. Todos sus esfuerzos estaban puestos en conseguir no tener hambre: hiperactividad que incluía quince minutos de gimnasia cada hora, reducción de las horas de sueño, ingesta permanente de carotenos con la consiguiente hipervitaminosis A, cocinar para no comer, evitar estar sola en casa para no perder el control, etc.

Conductas que se habían ido sumando para suprimir la sensación de hambre. Cuando, a pesar de todo, acontecía alguna ingesta aparecían laxantes, vómitos, diuréticos y mayor empeño en perfeccionar los métodos de control.

La magnitud de nuestro asombro era sólo comparable con la seguridad con que aquella mujer-niña nos planteaba, como acto de amor, el camino que le permitiría vivir: no comer.

Perplejos contemplábamos el curioso pasaje del comer para vivir al no comer para vivir.

ANOREXIA. Del griego an-privatio y orexis; apetito, que a su vez deriva de

oregon: tender hacia. El apetito, forjado por la cultura sobre las necesidades biológicas, había desaparecido; lo que persistía era el hambre, imperativo requerimiento somático, y la lucha se había establecido contra él. El hambre era el enemigo temido y a combatir.

Intentamos poner límites, aunque sea en forma imprecisa y necesariamente incompleta, de esta patología: descartamos los cuadros clínicos de indudable etiología orgánica, tales como los trastornos endócrinos o neoplásicos. También el no comer del depresivo, donde hay una franca inhibición del hambre. Y la de aquel esquizofrénico que delira con una condición divina que le permite prescindir del alimento, o que teme ser asesinado y la comida puede ser un buen vehículo del veneno amenazante. Dejamos de lado, además, los adelgazamientos consecuencia de conductas ascéticas ofrecidas en sacrificio o de ayunos forzados por la falta de alimentos.

En todos estos casos la pérdida del apetito es un elemento secundario, no esencial, dentro del cuadro sintomático. Nos encontrábamos frente a una patología que se da en un medio generoso en alimentos y de difícil ubicación diagnóstica, donde lo nuclear reside en

la lucha por contener ese impulso que la paciente identifica como “hambre”.

Algunos autores la llamaron Anorexia Primaria para diferenciarla de las anteriores, denominación innecesaria y que ha contribuido a incrementar la confusa delimitación de la enfermedad, tal como lo señala Tostrup (36).

Históricamente se pueden encontrar las primeras referencias en Avicena (S. XI), o en Richar Morton (Psicologica or a treatise of comsumptios, London, 1964) (15), quien indica que “mientras las partes carnosas estaban evidentemente consumidas en estas enfermas nerviosas, la fiebre, la tos y otros signos de enfermedad médica faltaban”. Atribuye los trastornos a “violentas pasiones de la mente” y propone llamarla Phtysis nerviosa, señalando como características centrales: ayuno con la consiguiente consunción, amenorrea y sobreactividad.

Mas tarde, a fines del S. XVIII, Robert Whyt en Inglaterra y Nadeau en Francia hacen una detallada descripción de los síntomas con iguales características a las observadas actualmente.

En 1879, Briquet (15), en su texto sobre la Histeria, se refiere a pacientes que terminaban en desnutriciones graves. Algunas se negaban a comer por diferentes pretextos físicos. Otras tenían repugnancia por los alimentos y un tercer grupo comía y vomitaba después. Mencionaba amenorrea y la ausencia de alteraciones orgánicas en las autopsias.

Su denominación actual viene de fines del siglo pasado. Gull, en Inglaterra, la llama Apepsia histérica primero y luego Anorexia Nerviosa y Laségue, en Francia, la denominaba Anorexia Histérica en principio y Anorexia Mental finalmente. Describen un cuadro que se presenta en pacientes de entre 15 a 20 años con conflictos

emocionales, que disminuyen la ingesta, tienen amenorrea y aumentan notablemente la actividad. Advierten que el síntoma se acentúa en la medida que se transforma en el centro de atención familiar. La paciente muestra satisfacción con su situación y está contenta con su estado. Dos pacientes presentaban

claros rasgos histéricos, en tanto en otros dos casos eran con rasgos obsesivo-compulsivo y, para complicarlo todo, hubo algún caso que comenzó como una anorexia y desembocó en una esquizofrenia (15).

Desde entonces se plantea el problema de hacer una razonable clasificación, lo que lleva a una controversia que continúa en la actualidad.

Las dificultades para encuadrar la enfermedad se acrecientan aún más, cuando se asocia la amenorrea, presente antes del inicio del ayuno en el 30% de los casos de Anorexia Nerviosa, con el cuadro de caquexia descrito por Simmonns (1914) por insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis. Aquí las teorías etiológicas tienden a inclinarse por la vertiente somática y la Anorexia Nerviosa es adscripta a la endrocrinología. Años más tarde se corrige el rumbo cuando se muestra la falta de lesión hipofisiaria en la necropsias de anoréxicas y que, además, la mal nutrición no era patognomónica de la insuficiencia de la hipófisis (Sheehan 1948). Ahí la anorexia retorna al campo de la psiquiatría.

Estas referencias no pretenden ser un detallado recorrido histórico de la enfermedad, sino tan sólo recordar que no se trata de una entidad nueva y que, si bien fue considerada una curiosidad clínica hasta hace treinta o cuarenta años, su frecuencia ha crecido en forma continua y llamativa en las últimas

décadas (1% en mujeres de 14 a 18 años) (9, 14, 30, 31), lo que ha despertado nuestro interés y nos ha obligado a ocuparnos de ella.

Paralelamente al aumento de la frecuencia fue disminuyendo la edad de comienzo y la ubicación social de la enfermas. Con anterioridad era excepcional en pacientes menores de 15 años y, como señalaban todos los autores, privativa de hogares prósperos. Hoy la patología se presenta cada vez más cerca de la menarca y se padece en todas las clases sociales (37).

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad que se da casi exclusivamente en el sexo femenino, en proporción de 10:1. (5, 9, 12) Es desconocida en el mundo oriental no occidentalizado y de una escasísima incidencia en la raza negra (37).

Se trata de una enfermedad de intrincada psicopatología, donde el síntoma más llamativo: no comer sofocando el hambre, viene a ser el resultado final de una compleja interrelación de factores psicológicos, biológicos y socioculturales. Dicho síntoma, principalísimo por cierto, conduce a la anorexia con la consiguiente pérdida de peso y centralización de la experiencia en el cuerpo, tal como se presenta en el período de estado.

Clínicamente, estamos ante *“una mujer joven, que se presenta con sus ropas extravagantes colgando de su anatomía, su pulso lento y débil, su temperatura por debajo de lo normal, su intestino cerrado, su pelo similar al de un cadáver (seco y lacio), su cara y extremidades cenicientas y frías, donde lo único vívido en ella es el hueco de sus ojos. Es una criatura que come diariamente cantidades que caben sobre una moneda y está permanentemente*

ocupada en Dios sabe qué cosas” (Allbutt, T. C., Rolleston, M.D., *“A system of medicine”*, Mac Millan, London, 1908) (15).

Siempre es tedioso, y al mismo tiempo imprescindible, andar el árido terreno de la descripción clínica. Hacer el diagnóstico de Anorexia Nerviosa es más sencillo que definirla y fue la necesidad de contar con criterios unificados lo que llevó a la elaboración de distintos parámetros (9, 13, 19). Siguiendo a Fliegher (13) podemos decir que existe consenso en que se trata de Anorexia Nerviosa cuando:

1.- Hay disminución constante o pérdida del peso como consecuencia de una restricción voluntaria y consciente de la ingesta de alimentos. Con o sin vómitos o autoadministración de laxantes y/o purgantes. Con un intenso miedo a engordar o recuperar el peso perdido.

2.- Hay una actitud distorsionada hacia la ingesta, hacia el alimento y hacia el peso, que desatiende el hambre, las advertencias y las amenazas. Por ejemplo:

a. Negación de la enfermedad y desconocimiento de las necesidades nutritivas.

b. Complacencia con la pérdida de peso y manifestación de agrado ante el rechazo de alimentos.

c. Distorsión de la imagen corporal, con ideal de extrema delgadez y permanente desagrado con el peso actual.

d. Contradicción entre la negativa de comer naturalmente y, al mismo tiempo, estar permanentemente leyendo y pensando en alimentos, calorías, regímenes. La Anorexia Nerviosa se preocupa intensamente por la comida: colecciona recetas, libros de cocina e inventa platos con mezclas inusuales.

3.- Ausencia de enfermedad médica que explique la disminución de la ingesta y la pérdida de peso.

4.- Ausencia de trastorno psiquiátrico conocido: psicosis maníaco depresiva, esquizofrenia, neurosis fóbica-obsesiva.

5.- Menor de 25 años.

6.- Al menos 2 manifestaciones de las siguientes:

- a. Amenorrea.
- b. Lanugo.
- c. Bradicardia. Hipotensión. Acrocianosis.
- d. Hiperactividad.

Pudiéndose agregar, como síntomas muy frecuentemente presentes:

- Epigastralgias. Constipación.
- Sequedad de piel.
- Mayor sensibilidad al comentario acerca de que tienen buen aspecto.
- Reacción hostil ante la seducción.
- Tendencias agresivas, preferentemente hacia la madre.
- Falta de relaciones amorosas propias de la edad.
- Dificultades en la concentración.
- Aislamiento social.
- Imposibilidad de comer en grupo sentada a la mesa. (39)

Se ha hecho intentos de diferenciar subgrupos en base a distintos parámetros.

1- **Según las conductas alimentarias** en: Restrictivas, Bulímicas o Mixtas. Beaumont y cols. (1) distinguen a aquellas que restringen su ingesta (*"Dieters"*) de las que vomitan y usan laxantes en forma abusiva (*"Vomiter and purgers"*). Refiere que las del primer grupo corresponde al introvertido de Einseck y no tienen actividad sexual, mientras que las del segundo son altamente

obsesivas según el *Leighton Obsessional Inventory*, más histriónicas y las que con más frecuencia presentan una curva de sobrepeso pre-mórbido, además de ser sexualmente activas y con tendencia a la mitomanía y al robo.

2.- **Según las características de la personalidad:** sin dudas el primero en abordar este enfoque fue Pierre Janet (25) quien las divide en personalidades histéricas y personalidades obsesivas, remarcando que este último grupo reconocía siempre la existencia del hambre.

Lo cierto es que los esfuerzos clasificatorios a partir de los rasgos de personalidad no son aun exitosos, en parte por la ausencia de instrumentos de evaluaciones válidas y confiables y, en parte, por la variedad de características que presentan las pacientes (29). Así Schüstze propone dividir las en Histéricas, Obsesivas, Esquizoides, Depresivas y Mixtas según las características de personalidad dominante, aunque aclara que resulta difícil encuadrar a la mayoría de las enfermas a causa del gran número de formas intermedias y de la ambigüedad de las definiciones.

Por cierto que nuestro intento no debe limitarse a la exposición de un conglomerado de síntomas; es necesario postular, a través de reducciones y categorizaciones, la alteración nuclear de la cual parten cada una de las manifestaciones que conforman el cuadro. No nos preguntamos aquí por las causas de la enfermedad, por la génesis de ésta, sino por la esencia de las

alteraciones que conducen a esta patología.

El acceso a la **ubicación nosográfica** de la Anorexia Nerviosa puede hacerse, y en efecto se hace, dentro del marco de múltiples enfoques. No es imposible que cada uno de ellos ofrezca un caudal de informaciones susceptibles de integrarse en una imagen más compleja y abarcadora con cierta docilidad.

En un principio se consideró a la Anorexia Nerviosa como un síndrome adscrito a una enfermedad psiquiátrica conocida y de la que constituía una variante sintomática: la histeria, la enfermedad maniáco-depresiva, la esquizofrenia, los cuadros psicósomáticos, los trastornos borderlines, las perversiones, fueron entidades más frecuentes en ocupar el decorado de la escena donde se desarrollaba la anorexia.

Ninguno de estos enfoques satisfacía plenamente el marco requerido y, lentamente y en forma paralela, fue dominando la idea de que la Anorexia Nerviosa era una entidad autónoma, bien individualizada y con reglas psicopatológicas propias. (Hilde Bruch 7,8).

Un buen ejemplo de la dificultad que el cuadro ofrecía para el diagnóstico lo podemos encontrar en el **“caso Ellen West”**, impecable estudio de Binswanger (2, 27, 34) quien nos describe *“una paciente de 20 años con temor a engordar y que tenía acentuados impulsos a comer, cosa que no podía satisfacer en presencia de otras personas, sino exclusivamente sola. Que llegó a*

odiar su cuerpo, por entonces ya se había convertido en centro de atención. Ella, que había sido tan activa, tan sociable. Ella inteligente escritora, brillante estudiante y exitosa deportista. Ella estudiada por Kraepelin, quien hizo el diagnóstico de melancolía. Un “psicoanalista extranjero” (desconocemos su nombre) que fue consultado y no logró decidirse por una esquizofrenia, pues faltaba el defecto característico, y se refirió a una constitución psicopática de mala evolución. En tanto que E. Bleuler y L. Binswanger enfatizaron el quiebre en la línea histórico-vital y la consideraron un proceso polimorfo de esquizofrenia simple.

Más adelante, Hilde Bruch primero asimila el cuadro al grupo de las esquizofrenias, luego a las enfermedades psicósomáticas, para considerarlo, últimamente, como una entidad autónoma, *“una enfermedad con derecho propio, con sus factores psicológicos y somáticos interactuantes en una fuerte imbricación. Psiquiátricamente menos similar a los estados borderlines, narcisistas o esquizoides, que a la neurosis”* (5, 6,7).

Dentro de las psicosis es ubicada por Mara Selvini Palazzoli, como una *“paranoia intrapersonal”*(26) o como una *“psicosis”*(33), aclarando que utiliza este término en forma amplia e indefinida, como sinónimo de enfermedad mental grave, más allá de su específico diagnóstico clínico. Se maneja con los ejes I y II del DSM IIIR, prescindiendo de los ejes III, IV, y V.

Incluir a la Anorexia Nerviosa en el campo de la esquizofrenia implica ampliar excesivamente el concepto de ésta al apoyarse en:

- a. La edad de comienzo.
- b. La analogía que se puede establecer entre el período prodrómico con marcada ansiedad, tal como aparece en la anorexia, y el período de trema esquizofrénico.
- c. Considerarla un proceso, aunque restrictivo y no modificativo, que provoca un quiebre en la línea histórico-vital.
- d. Describir el aislamiento como autismo. F. Tustin (38) nos ilustra sobre la similitud entre estados experimentados por niños autistas y algunas anorexias, considerando que éstas tienen una “*cápsula de autismo*” resultado de una defensa frente a un conflicto neurótico donde la anorexia fue su expresión física.

Hoy nos mostraríamos reacios a ese diagnóstico, pues el aislamiento de la anorexia no corresponde al autismo esquizofrénico, ni la evolución, el buen rapport, la actividad viva y el pensamiento sin fallas, a dicho cuadro. Confirmando esto, los estudios psicodiagnósticos administrados no revelan elementos del registro psicótico.

La depresión es otro cuadro que acepta con cierta facilidad a la anorexia.

Recordemos que en la mayoría de las pacientes se encuentran antecedentes en familiares directos de trastornos depresivos mayores y que, siguiendo la evolución de las anoréxicas

recuperadas, se comprueba que un alto porcentaje (más o menos 20%) presenta trastornos depresivos alrededor de la cuarta década de la vida (37).

Varios estudios sugieren que la depresión es el más común acompañante de la anorexia, combinación encontrada entre el 66 y el 77 % de las pacientes estudiadas (11, 22,23).

Freud ya señalaba, en el Manuscrito G., que “*la anorexia nerviosa parece representar una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La pérdida del apetito equivale a la pérdida de libido (16)*”. Nos vemos tentados a agregar que el esfuerzo contra el hambre busca el nivel cero y que, salvando alguna distancia, la anoréxica trata a su cuerpo de forma similar a como trata su yo el melancólico.

Podemos considerar que, si bien hay síntomas depresivos frecuentes en la anorexia, lo que llevaría a describirla como una variante clínica de la fase depresiva; su actividad, los deseos vivos, la ausencia de autorreproches y la evolución crónica, nos invita a considerarla una enfermedad psíquica especial (39).

Como **enfermedad psicósomática** fue descrita la anorexia por la intrincada interacción de factores psicológicos y somáticos en toda su evolución (5, 21, 31, 36).

Tolstrup propone ubicar la Anorexia Nerviosa en el extremo opuesto de un mismo plano, a la obesidad (hiperorexia) y llamar al conjunto: disorexia (36).

Algunas características psicológicas fueron remarcadas para posibilitar su inclusión en el modelo psicósomático:

dificultades asociativas, ausencia de recuerdos infantiles, pobreza de fantasías, trastornos en la asociación entre procesos primario y secundario, carencia del rol preconscious, todo lo que nos aproxima al pensamiento operatorio descrito en los enfermos psicósomáticos (26).

En oposición a este enfoque debemos señalar que los trastornos somáticos presentes son de orden funcional y no lesional, tal como en las afecciones psicósomáticas clásicas. Siendo el síntoma somático más espectacular: el adelgazamiento, secundario a la restricción voluntaria de la ingesta y no a un trastorno fisiológico. El hambre misma, conservada, es objeto de control a punto de partida puramente psicológico.

La amenorrea sería el trastorno psicósomático *sensu strictu*, tal como señala Jeammet (16), pero ella es funcional y, por otra parte, también se encuentra en las amenorreas psicógenas secundarias sin adelgazamiento, donde el contexto francamente neurótico es habitual.

Dentro del marco de la neurosis encontramos a la Anorexia Nerviosa desde las primeras descripciones. Gull, Laségue, Janet y el mismo Freud, en sus primeros trabajos refieren a la anorexia como una forma de conversión por sofocamiento del erotismo oral, tesis que es retomada frecuentemente.

Israel (24) señala que existen tantas pautas en común con la histeria que puede admitirse que se trate de una variedad, de una histeria hasta cierto punto especializada. No es una histeria pública, que moviliza a todo el medio, es privada y sólo concerniente a la enferma y su entorno más próximo. Señala que el agujoneo del interés de la familia por la comida mantiene el

infantilismo y permite que todos, enferma y familiares, puedan evitar los problemas adolescentes, en particular el enfrentamiento de una sexualidad "normal".

Lo que convierte a la anorexia en una histeria "localizada" es la particularidad del objeto en juego: objeto alimentario, objeto oral.

Un grupo de anoréxicas se comporta en forma fóbica frente a los alimentos, el miedo manifiesto es la obesidad. La virtud "inherente" a las personas es proporcional a la flacura. La restricción es la defensa. La comida, que se ha de evitar, es el representante externo del peligro.

Otras enfermas manifiestan distintos y mal definidos síntomas somáticos: epigastralgias, disfagias, dolores abdominales, etc. con los que fundamentan las racionalizaciones que justifican el no comer.

Algunas se nos presentan más obsesivas, rumiando acerca de la comida y el peso, oscilando entre la inanición y la bulimia, utilizando el ayuno como castigo y el vómito como purificación. Aquí domina el temor a la pérdida de control. Las fantasías orales sádicas y canibalística predominan.

En algunos casos el adelgazamiento es una defensa frente a las fantasías de impregnación oral y temen el embarazo fantasma. En general, en estas pacientes, la hiperactividad no es lo predominante.

En todas podemos ver la combinación de las formas anteriores en proporciones variables (15,19).

Retomemos la historia de la paciente cuya consulta nos inspiró el interrogante

con que empezamos este artículo. Por entonces ella tenía 16 años, pertenece a una familia de clase media integrada por Madre (41 años), Padre (48 años) y un hermano (14 años).

Cursa el 4to año bachillerato en colegio privado, mixto, laico, presentando un excelente rendimiento escolar hasta la fecha. Sin antecedentes de trastornos de conducta, ni del desarrollo psicomotor. Brillante estudiante, era la abanderada de la división, y buena deportista.

Refiere que hace un año comenzó a sentirse ansiosa sin motivo, inquieta, intranquila, comía más de lo normal “*por ansiedad*” que la lleva de 54 a 56 kg. Pensó “*que tenía unos kilos de más*”, preocupación “*normal*” que compartía con compañeras de colegio, donde los temas relacionados con regímenes, calorías, dietas, flacura, etc., eran cotidianos. Por entonces decidió cuidarse eliminando los hidratos de carbono innecesarios y realizando largas caminatas diarias y dos sesiones de gimnasia semanales.

Poco a poco su interés por las “dietas” crece y compra libros sobre el tema, disfrutando de esas lecturas. Al mismo tiempo su actividad física se hace más intensa.

En un viaje de vacaciones conoce a un chico que la besa y, a pesar de haberlo ella consentido, le despierta una sensación de asco que termina en vómito. Desde entonces se siente más intranquila, más irritable y riñe con facilidad con sus familiares.

De regreso, una tía le dice: “*qué gordita que estás*”, frase que la decide a perfeccionar la restricción alimentaria a pesar del intenso hambre que tenía y calmaba aumentando la actividad.

Tiene su primera falta menstrual, amenorrea que durará nueve meses, conjuntamente con una gran dificultad para conciliar el sueño por temor a una pesadilla que se repite: “*mi madre me deja encerrada en un pasillo de casa y, por una puerta, aparece el hombre de la bolsa que quiere tocarme*”.

Consulta con ginecología donde es medicada con anovulatorios y derivada a nutrición al advertir lo desordenado de la dieta, que no cumple.

Decide perfeccionar la restricción alimentaria, elimina grasas, carne, salsas y lácteos. Se alimenta con verduras hervidas, sin sal, con limón y vaselina líquida como condimentos.

Comienza con extrañas conductas en el ámbito de la comida: come sola, sin que nadie la vea, parada, en la cocina. No se sienta a la mesa sino para alentar a sus familiares a que coman para no debilitarse.

La paciente se impone metas relacionadas con el peso y el talle que, una vez alcanzadas, no brindan la satisfacción esperada, obligándola a fijar un renovado objetivo en una Kgs., menos. El malhumor se incrementa, aparece el temor a recuperar lo adelgazado y todo su mundo se reduce a gramos, calorías, gimnasia, laxantes; desaparecen amistades, proyectos y actividades que sean ajenas al fin de perder peso.

La paciente, creyéndose propietaria de su cuerpo, llega a ser poseída por la imagen de éste, que se convierte en centro de su experiencia.

El agrado con que la madre veía los primeros esfuerzos por “embellecerse” de la niña, se torna preocupación, reproches, consejos, amenazas, mimos, que sólo consiguen enojar a la hija y

sumar diarias peleas familiares a las dificultades ya existentes.

Pocos meses después es internada compulsivamente en una clínica general con un peso de 40 kg. Se intentó tratamiento vitamínico con abierta negativa de la paciente quien escupe la medicación y se encierra en el baño para hacer ejercicios.

Nueva internación, ahora con un peso de 30 kg. Ingresa con mal estado general, trastornos tróficos en piel, edemas bimaleolares, piel seca y áspera, fascias de momia seca donde se dibujan los músculos por ausencia de tejido adiposo, cabello quebradizo y sin brillo con zonas de alopecia. Marcada acrocianosis. Aumento general del vello, tipo lanugo, en cara, extremidades y espalda. Pérdida de los caracteres sexuales secundarios. Y, si bien hay cierta disnea de esfuerzo, llama la atención la fuerza muscular que está conservada.

Presenta una abierta negativa a realizar tratamiento. Con una llamativa claridad de conciencia y un pensamiento sin fallas en el curso relata su historia sin autocritica alguna. Hay un evidente trastorno en la valoración de su cuerpo y refiere que aun le sobra un poco en los muslos, o que no tiene la "*panza chata*" como quisiera, aunque sí ve bien dibujadas las clavículas, lo que la tiene contenta.

No hay sintomatología depresiva franca, sí una marcada ansiedad permanente y una cierta labilidad afectiva.

Llama la atención la falta de proyectos vitales, como si todo estuviera postergado para luego de haber logrado alcanzar el peso ideal siempre buscado.

La historia no difiere en esencia, de lo clásicamente señalado en la Anorexia Nerviosa.

Comenzó con un período prodrómico, que dura semanas, donde lo que predomina es una ansiedad creciente. Coincide con las primeras fiestas y los primeros acercamientos al otro sexo. Nacen fantasías de "noviazgo" que ocupan su mundo por las noches y no comparte con nadie. En el punto más elevado de su inquietud aparece el primer beso, la reacción tenida resulta inevitable.

Llega el "*momento clave*", señalado por Mc Leod (28), donde la palabra significante de un tercero, de una persona de peso, produce un impacto y marca el comienzo de la enfermedad. Para esta autora, ante el "momento clave", la adolescente adopta la única estrategia posible para preservar su propia identidad, que le permita constituir su autonomía. Surge el cuadro como una solución de compromiso, como una transacción de un yo frágil y amenazado que es incapaz de integrar, a través de su función sintética, los impulsos "originados en el cuerpo". Su primer intento fue controlar si fracasa: extinguir y, por último, prescindir del cuerpo. Aparece el horror por los apetitos humanos y la desestimación del hambre. Ya sabe lo que debe hacer: no comer.

El excelente rendimiento intelectual y los éxitos deportivos, caminos por los que conseguía asegurar el cariño del otro, no eran suficientes para encontrar la paz perdida. Anteriormente la vanidad, ese sentirse orgullosa a partir del orgullo que despierta en el otro, bastaba para sentirse a gusto consigo misma. Pero el rendimiento es un factor objetivo, que se da en el mundo de relación, y hoy aparecen elementos que surgen de su interior y que son

imposibles de integrar a la imagen de sí esperada.

Huye de la seducción del otro, ese idioma destinado a hacer sentir la perturba. Cualquier comentario favorable sobre su aspecto recibe una respuesta hostil y prefiere aislarse.

Desaparece la menstruación. Amenorrea funcional atribuida a la tensión psíquica que acompaña a la ansiedad, a la hiperactividad y a la menor ingesta de lípidos esenciales y de proteínas necesarias para la síntesis de estrógenos.

Los controles aumentan. La ansiedad difusa se transforma en ansiedad fóbica y es su propio cuerpo el punto de partida de los estímulos fóbicos.

Aparece la huída del peso actual y siempre el anhelado está unos kgs. más abajo, independientemente del número, que ha perdido su sentido, y de la imagen corporal que nunca es suficientemente delgada como para no sentir.

Se opera una especie de torsión violenta, que nace en el interior de un sentimiento de miedo, cuyo origen se adjudica al cuerpo.

Se inicia una especie de exorcismo desesperado que la lleva a invertir el sentido del tiempo, aún a nivel somático y “ser de nuevo, como en su infancia, también en lo que atañe a las tendencias sexuales, su propio ideal, he ahí la felicidad buscada” (18).

Su autoexigencia aumenta, se vuelve escrupulosa, es decir: apasionada por la perfección cada vez mayor, cuidadosa de observar todos los mandamientos, otorgando la misma importancia a las cosas pequeñas que a las grandes. El escrúpulo señala la entrada de la moral

en su propia patología. Como nos dice Green(20) se hace de la moral un goce autoerótico, donde el goce mismo está destinado a censurarse. Es el narcisismo intelectual que busca razones que sirvan de fundamento contra una vida pulsional que es necesario extinguir, no superar o reprimir. En el narcisismo moral el infierno no son los otros, sino el cuerpo. El cuerpo es limitación, servidumbre, finitud. Es un amo absoluto y su vergüenza.

El ideal del yo, respecto del cual el yo se evalúa y procura alcanzar la perfección, se mide con el patrón de demanda que el cuerpo hace al espíritu. Atribuye un valor mayor al renunciamiento. El orgullo se ha vuelto una meta más elevada que la satisfacción.

No se trata de hacer de la necesidad una virtud, como hacer de la virtud una necesidad. Y la virtud la mide por la aptitud para controlar sus impulsos, incapaz de encontrar el camino para integrarlos.

Por cierto que hay una dificultad para diferenciar sus impulsos, los que quedan englobados en el rótulo hambre.

Creemos que dicho trastorno fue favorecido, en su infancia, por una incapacidad de la madre para decodificar los sentimientos del bebé en el comunicarse sin palabras de M. Mahler, son madres que lo abrigan cuando tiene hambre, o le dan de comer cuando hay que cambiarlo, o lo bañan cuando tiene frío. Madres que, que por otro lado, muestran orgullosas los logros en las destrezas primero, y en el aprendizaje escolar, mas tarde.

Se nos hace difícil frenar la tentación de dar al cuadro un diagnóstico absoluto. Sabemos que es nada más que un punto de vista y que, dicha tentación,

esconde la amenaza de no ver aquello que no esté clasificado en determinada categoría. Al igual que varios estudiosos del tema, con mayor autoridad que nosotros, pensamos que es una entidad independiente, autónoma, con sus reglas propias y psicopatológicas características, aunque hoy por hoy la enfoquemos como un cuadro histérico que aparece en una personalidad con trastornos en la conformación del yo.

No nos atreveremos a catalogarla de Borderline porque no reúne la totalidad de los requisitos para dicho diagnóstico y, sobre todo, porque estamos ante una patología que surge en la adolescencia. Creemos sí que las diferencias entre unas y otras pacientes se deben a una falla yoica, que puede ubicarse en un amplio horizonte que va desde las que originan cuadros cercanos a las psicosis hasta las que presentan conflictos en la identidad, pasando por el falso self.

No tenemos elementos para brindar respuestas incontestables, mucho menos para agotar el tema, ni lo uno ni lo otro era nuestra intención de partida.

Nos sentimos satisfechos si hemos logrado despertar interrogantes que puedan conducirnos a nuevas respuestas.-

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Beaumont, P. J., George, G. C. y De Smart, "Dieters and vomiters and purgers in anorexia nervosa". Psychol. Med., 6: 617-622, 1976.
- 2.- Binswanger, L., en "Existencia" de Rollo May. Ed. Gredos, Madrid, 1972.
- 3.- Birksted-Breen, Dana, "Working with anorexic patient", Int. Journal Psycho., Anal, 70: 29- 40, 1989.
- 4.- Boone O'Neill, Ch. "Starving for attention", Dell Publishing Co., N. York, 1983.
- 5.- Bruch, Hilde, "Eating disorders", Routledge and Kegan, London, 1973.
- 6.- Bruch, Hilde, "The Golden Cage: the enigma of anorexia nervosa". Cambridge, M: Harvard Univ. Press, 1978.
- 7.- Bruch, hilde, "Four decades of eating disorders", Cap. II Hand book of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. The Guilford Press, N. York 1985.
- 8.- Bruch, Hilde. "Conversations with anorexics". Basic Books Inc., N. York 1988.
- 9.- Crisp, A., Palmer, R., Kalucy, R., Howcommons, I. "Anorexia nervosa. A Prevalence study". British Journal of Psychiatry, 218: 549-554, 1976.
- 10.- Doertz-Zegggers, O. Petrasic, J., Morralles, E. "El rol de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa".- Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, Vol. XXXIV N* 1: 33-40, 1988.
- 11.- Eckert, E., Golberg, S., Halmi, K., Casper, R., Davis, J. "Depression in anorexia nervosa". Psychological medicine 12: 115-122, Great Britain, 1982.
- 12.- Eckert, E. "Anorexia and Bulimia, diagnostic and treatment".
- 13.- Flegner, J. P., Robbins, E., Guze, S., "Diagnostic criteria for use in psychiatry". Arch. General Psychiatry, 26, N*1: 57-63. 1972.
- 14.- Fischer, Newell, "Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts. A case study". Internac. Journal Psychoanalyse 70-41, 1989.
- 15.- Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B., "Tratado de Psiquiatría", Salvat Ed., Barcelona, 1982.
- 16.- Freud, S., "Manuscrito G" Obras Compl. Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- 17.- Freud, S., "Esquema de Psicoanálisis", Obras Compl. Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- 18.- Freud, S., "Introducción al narcisismo", Tomo XIV, Amorrortu Ed., Bs. As., 1984.
- 19.- Garner, D., Garfinjel, P., "Anorexia Nervosa and Bulimia". The Gilford Press, N. York 1985.
- 20.- Green, A., "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte". Amorrortu Ed., Bs. As., 1986.

- 21.- Halmi, K., "*Anorexia nervosa and bulimia*", Psychosomatic Vol. 24, N° 2: 11-119, Chicago, Febrero 1983.
- 22.- Hendren, R., "*Depression in anorexia nervosa*", Journal of American Academy of child Psychiatry, 22: 59-62, 1983.
- 23.- Hudson, J., Pope, H., Jonas, J., Yurgelun-Todd, D., "*Phenomenologic relationship of eating disorders to mayor affective disorders*". Psychiatry Research, 9: 345-354, Elsevier Science Publishers, 1983.
- 24.- Israël, L. "*La histeria. El sexo y el médico*", Toray Masson Ed., Madrid, 1979.
- 25.- Jaanet, P., "*Les obsessions et la psychasthenie*", F. Alcon, Paris, 1919.
- 26.—Jeammet, Ph., "*L'anorexie mentale*", Enc. Medico-chirurgicale. Psychiatrie, Paris, 1919.
- 27.- Lopez Ibor, J. J., "*La angustia vital*", Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1969.
- 28.- Mc Leod, S., "*L'anorexic*". L'évolution Psychiatrie, Vol. 1, N°49: 209-215, 1984.
- 29.- Mitchell, J., "*Anorexia nervosa and bulimia*". Univ. of Minnesota Press, Mineapolis, USA, 1985.
- 32.- Schütze, G., "Anorexia Mental". Barcelona, 1983.
- 33.- Selvini Palazzoli, M., Stefano, A. M., Selvini, M., Sorrentino, A. M., "Los juegos psicóticos de la familia". Paidós, Bs, As, 1990.
- 34.- Speler, A., "Psicoterapia Familiar de un caso de anorexia", Nueva Visión, Bs. As., 1986.
- 36.- Tolstrup, K., "La anorexia nerviosa, una enfermedad típica de la pubertad y la adolescencia". Triángulo, Vol. XXI, N° 2/3: 85-88, Sandoz S. A., Basilea, Suiza, 1982.
- 37.- Toro, J., Vilardel, E., "Anorexia nerviosa", Martínez Roca Edit., Barcelona, 1987.
- 38.- Tustin, F., "Barreras autistas en pacientes neuróticos". Amorrortu Ed. Bs. As., 1989.
- 39.- Zutt, J., "Psiquiatría antropológica", Ed. Gredos, Madrid 1973.
