

APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores:

- Olga Martín

Unidad de Historia de la Medicina, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM 2000; 4(3)

En este trabajo revisaremos la historia de los TCA orientada dicha revisión a una descripción y comprensión más amplia del concepto en el camino a la consagración médica de estos trastornos.

Los TCA no son un problema nuevo sino que desde aproximadamente la última década se ha producido un relevante incremento cuantitativo en los casos de anorexia y bulimia nerviosa; como consecuencia de ello, se han agudizado las insuficiencias de recursos y prestaciones sanitarias especializadas en el tratamiento de estos trastornos, intensificadas por el elevado coste socio-sanitario de dichas patologías. Esta compleja situación resulta aún más grave si tenemos en cuenta que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (en adelante A.N. y B.N.) son las únicas patologías psíquicas que presentan un índice de mortalidad.

Si bien los TCA (AN y BN) son conocidos y han sido descritos desde los orígenes de la civilización occidental, no ha sido hasta comienzos del siglo XIX cuando se gestan las bases de las concepciones actuales de la anorexia. El debate entre los factores etiológicos, orgánicos, psicógenos y ambientales que en ella concurren permanece hoy día en ausencia de un modelo de rango superior que permita situarla. A pesar de esto, a lo largo de la historia la anorexia se ha ido cobijando a la sombra del cuadro de moda del momento; bien melancolía, bien psicosis, histeria, tisis, o dispepsia, siguiendo los avatares de cada uno de estos diagnósticos mayores y confrontada con esquemas dinámicos entre la fisiología y la psicopatología.

Al hablar de anorexia desde una perspectiva histórica, la mayoría de los textos identifican a Richard Morton (1694) como el autor clásico de la primera descripción de lo que se llamó "consunción nerviosa", que coincide básicamente con estos trastornos.

Clásicos también aunque posteriores a Morton son, Charles Laségue en Francia y William Gull en Inglaterra quienes en 1873, comienzan el estudio pormenorizado de este cuadro. El primero de ellos la denomina anorexia histérica y el segundo acuña el término de anorexia nervosa, que será el que se haga más popular posteriormente hasta nuestros días.

Pero será con Charles Laségue (1816-1883), contemporáneo de Charcot, y su propuesta etiológica del cuadro como una forma de histeria en la región gástrica; quien defiende que la característica más representativa de la anorexia es la inanición histérica. Tanto Gull como Laségue siguen el método inductivo en sus trabajos, pero mientras el primero procede de lo orgánico a lo psíquico,

siguiendo las leyes del tracto digestivo y perseverando en mantener como referente la norma gástrica, el segundo parte ya desde el campo de la histeria para dar cuenta de sus hallazgos. Comenzará a regir en ese momento de forma más consolidada la etiología del morbus psíquico sobre el proceso digestivo.

No podemos olvidar a propósito de esto a Fleury Imbert (1793-1851), médico y frenólogo francés, integra todo lo referido a la psique en el papel de función cerebral, cognitiva y afectiva, y en 1840 publica, Traite Theorique et Pratique des Maladies des Femmes, (Tratado teórico y práctico de las enfermedades de las mujeres) situando a la anorexia gástrica y anorexia nerviosa en el apartado de las neurosis de estómago. Estos diagnósticos, que serán más familiares a partir de Gull y Lasègue, pueden entenderse ahora como otras tantas alteraciones cerebrales. La anorexia gástrica responde a una alteración del estómago mientras que la anorexia nerviosa se deriva de un trastorno cerebral. La novedad estriba en la conexión entre disfunción cerebral y anorexia.

De esta misma época es también Louis Marcé (1828-1864), primer psiquiatra que describe psicosis puerperales en 1858 y que se interesa cuatro años más tarde por la anorexia. Hace un aporte original en lo que respecta al tratamiento de la misma; parte del delirio hipocondríaco aislando dentro de éste una forma caracterizada por vómitos y rechazo del alimento. La casuística de Marcé la formaban pacientes en estado avanzado del proceso, más cerca de la catexia que de la anorexia. A partir de este autor, se establece que los pacientes anoréxicos no son dispépticos, sino que padecen algún tipo de alteración mental.

La hipótesis de la histeria será mantenida por Pierre Briquet (1796-1881) en su Tratado: Traité Clinique et Thérapeutique de L'hysteria (1859), siendo éste uno de los primeros autores en admitir la histeria masculina, problema que seguirá debatiéndose aún en la época de Th. Meynert y del primer Freud. Pierre Briquet refiere unos síntomas histéricos peculiares entre los que se encuentran la gastralgia y las digestiones hiperestésicas. Al mismo tiempo señala que muchas adolescentes que sufren menstruaciones irregulares y clorosis derivan de manera progresiva en una pérdida del apetito. Dirá que estas pacientes, pese a sus vómitos recurrentes, se mantienen hasta el punto de que sus días transcurren literalmente comiendo para sustituir cuanto han vomitado y vomitando para liberarse de lo que han comido. El equivalente en la actualidad es lo que denominamos (Binge eating Syndrome) que podríamos traducir como Trastorno por atracón. Además de la etiología propuesta por Briquet; respecto del tratamiento, éste recomienda el cambio del ambiente familiar de la paciente.

Fecha histórica a señalar es el 24 de octubre de 1873 y como reacción al artículo de Lasègue§ , cuando Gull pronuncie una conferencia en la Sociedad Clínica de Londres titulada "Anorexia histérica" (apepsia histérica), momento en el que aúnan sus respectivos hallazgos.

Con Lasègue la anorexia deja de ser definitivamente asunto divino, demoníaco, incluso farsa de la simulación y entra en la ciencia médica desde el ámbito de la psique.

Avanzado el siglo XIX es cuando Lasègue y Gull comunican sus ideas sobre la anorexia, coincidiendo con grandes avances en la biología y la química orgánica; a su vez los cambios en los medios de producción del mundo occidental alteran de forma decisiva el panorama social, y en lo que respecta al pensamiento surge un profundo cambio contra los sistemas tradicionales. En esta última esfera el proceso emprende dos direcciones muy diferentes; el romanticismo, con Byron, Schopenhauer y Nietzsche y el racionalismo procedente de los filósofos de la Revolución francesa. Este progreso de nueva ideología está preparado para reconocer y aceptar la anorexia, como un reto al conocimiento. Los factores psíquicos que provocan la anorexia cobran progresivo peso.

Bajo la influencia de J.M. Charcot en la psiquiatría francesa, y siguiendo el tratamiento moral, se considera medida fundamental en el tratamiento de la anorexia el aislamiento de las pacientes de su

medio, (fundamentalmente el entorno familiar); técnica terapéutica que se utiliza aún hoy.

Con todo este panorama las causas etiológicas de la anorexia pueden dividirse en cuatro grupos:

a) morales: sentimientos de obstinación, de vacuidad, deseos insatisfechos.

b) anoréxicas propiamente dichas: pérdida de apetito y de sensación de hambre.

c) accidentes nerviosos, tales como espasmos esofágicos, alteraciones gástricas, vómitos.

d) ilusiones sensoriales, en especial macropsia, tendencia a percibir los objetos de mayor tamaño que el suyo real, (sobre todo en lo que concierne al volumen de la ingesta e imagen corporal).

Era difícil salirse de los límites de la histeria. Los avances en fisiología ofrecen nuevas hipótesis a finales del siglo XIX, de manera que sobreviene un auge de la organicidad del trastorno.

En el siglo XX habrá que reseñar la caquexia hipofisiaria de Simmonds (1914-16) quien describió la malnutrición como un elemento típico de la misma. La hipótesis de Simmonds dio lugar a un fortalecimiento de la teoría endocrina de la anorexia y durante bastante tiempo estas pacientes fueron tratadas con extractos tiroideos. Más tarde, Sheeham (1948) defenderá que este síntoma sólo es propio de la fase final del trastorno.

Con el auge de la organicidad, las investigaciones prosiguen en torno al papel del hipotálamo (como hace Ajuriaguerra) y demás entidades orgánicas.

En 1994 Vandereycken se cuestiona la posibilidad de considerar la anorexia como un nuevo síndrome independiente, como lo hicieron F. Imbert, L. Marcé y P. Briquet expuesto en párrafos anteriores.

Retrocediendo unos años y en el campo psicoanalítico y con sus propuestas sobre la dinámica del psiquismo, las hipótesis son también diversas. Freud (1895) menciona las neurosis de las muchachas púberes que rechazan la sexualidad mediante la anorexia. Aunque Freud, como sabemos, trabajó concienzudamente los devenires de las histéricas no pudo resolver, sin embargo, el enigma de la anorexia, que en esos años se circunscribía fundamentalmente al marco de la histeria, como ya hemos señalado en párrafos anteriores.

Según Freud el "síntoma anorexia" desplegaba una serie de dificultades tanto para el terapeuta como para la paciente, que en muchísimos momentos, fruto de la desnutrición y de la patología psíquica, estaba tan alejada de la realidad que era muy difícil, casi imposible, establecer un vínculo transferencial con el terapeuta necesario para instaurar el tratamiento freudiano. Por el contrario las pacientes establecían una relación exclusivamente fusional con el terapeuta poniéndose así de manifiesto la imposibilidad de estas enfermas para establecer el vínculo transferencial.

En un texto publicado en 1893 sobre un caso de curación hipnótica, tratamiento usado por Freud en sus comienzos, éste nos muestra cómo una joven madre comienza a padecer anorexia tras el nacimiento de su primer hijo. Esta joven, quien sufría por no poder alimentarlo, tuvo que interrumpir el amamantamiento de su bebé ante la ausencia de leche, a lo que se unió un cuadro de anorexia.

Tres años más tarde dicha joven, tras el nacimiento de su segundo hijo, presenta los mismos disturbios matizados y complementados por síntomas depresivos. Será la familia de la joven la que contacte con Freud y solicite un tratamiento hipnótico para ella. Tras la sesión de hipnosis, los síntomas ceden y parece que la situación tiende a normalizarse pero, a los pocos días, la

sintomatología se despliega de nuevo. Freud realiza entonces una nueva sesión de hipnosis con la que logra que su paciente amamante a su hijo durante ocho meses. En aquellos años, Freud, no tiene la posibilidad de la interpretación psicoanalítica y de la asociación libre; tan sólo analiza los síntomas en términos de perversión del querer y de contravoluntad. En este caso, pone en evidencia una perturbación originaria y repetitiva de la relación madre- hijo; quizá para aquella mujer alimentar equivalió a alimentarse, (no debemos olvidar que la madre es el primer objeto de amor investido).

También el Caso de Emmy von N. Publicado por Freud en Estudios sobre la histeria (1895) y en colaboración con Breuer, ilustra los avatares en la relación terapéutica en la medida en que Emmy presentaba entre otros síntomas, el rechazo a la comida.

Emmy, una mujer de cultura e inteligencia nada comunes, comienza a ser tratada el 1 de mayo de 1899, es decir en una época preanalítica, en los albores de la teoría traumática en su expresión más primitiva. Escribe Freud:

"Cada dos minutos se interrumpe, contrae su rostro con una expresión de horror y repugnancia, extiende una mano hacia mí con los dedos abiertos y crispados y exclama con voz cambiada y llena de espanto: ! Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!".^a

Expresión clásica de Emmy sobre la que discurre una parte esencial de su tratamiento.

Entresacamos los párrafos que consideramos de más interés en lo que concierne a sus trastornos alimentarios:

"Recuerda que ayer le encargué que averiguase el origen de sus dolores de estómago, pero no le ha sido posible y solicita mi ayuda. Le pregunto si alguna vez se ha forzado a comer después de haber experimentado una impresión intensa.

Mi suposición resulta exacta. Al morir su marido perdió durante mucho tiempo el apetito y sólo el deber la hacía sustentarse. Por entonces comenzó a padecer dolores de estómago..."

"Le he dicho a usted que durante un tiempo no quise a mi hija menor, debo añadirle ahora que nadie pudo advertir en mi conducta tal falta de cariño..."

Freud está en los albores de la teoría traumática en su expresión más primitiva. Busca una relación evidente entre el trastorno y algún tipo de impresión intensa, consecuencia de una situación traumática. Se encuentra con el factor desencadenante, sin embargo, aparece también otra situación más sutil: el desamor por la hija pequeña.

" Un día fui a visitarla durante la hora del almuerzo, la sorprendí en el momento en que arrojaba al jardín –donde lo recogieron los hijos del portero- un objeto envuelto en papeles. Interrogada confesó que era el postre de harina lo que así tiraba todos los días. Este descubrimiento me llevó a inspeccionar los demás restos de su almuerzo comprobando que se lo había dejado casi todo. Preguntada por que comía tan poco, me respondió que no acostumbraba a comer más y que le haría daño, pues era lo mismo que su difunto padre, el cual se mantuvo siempre extremadamente sobrio. Al enterarme luego de lo que bebía, me contestó que sólo toleraba líquidos de cierta consistencia, tales como la leche, el café, el cacao, etc., y que siempre que bebía agua natural o mineral se le estropeaba el estómago."

Se insinúa un proceso identificatorio con el padre.

" no parecía excesivamente delgada, pero de todos modos me pareció deseable algo de

sobrealimentación...En la hipnosis le pregunté por qué no podía comer más ni beber agua, contestándome ella, de muy mal humor, que lo ignoraba."

Siguiendo un método clásico, Freud ataca el síntoma con la prescripción. En la hipnosis sucede algo llamativo que no podemos dejar de señalar: Emmy ignora la causa de su síntoma. Freud no comenta nada respecto a esta circunstancia; hoy, con el paso del tiempo, caben al menos estas dos reflexiones: la falta de datos que proporciona al respecto la hipnosis puede hacer sospechar que el factor básico es orgánico o bien, si es que queremos mantener un plano psicológico, pensar que el síntoma no es de origen traumático en el sentido estricto del término. Emmy puede proporcionar noticias acerca de cuando empieza el proceso, pero no de por qué sucede. Naturalmente las pesquisas de Freud en ese tiempo van por otro camino y ese aspecto queda relegado.

Al día siguiente Emmy come más y tiene intolerancia gástrica. Por primera vez resulta refractaria a la hipnosis: "Se hallaba en rebelión completa contra mí". Freud le dará el ultimátum de cesar el tratamiento si no come. Un día después la encuentra humilde y dócil.

La prescripción freudiana ha resultado invasora, la transferencia lo acusa y se muestra refractaria a la hipnosis. Parece que su inapetencia tiene un valor autoafirmativo evidente. La amenaza de abandono tiene la virtud para Emmy de mostrar a un Freud susceptible de ser derrotado y su conducta de Emmy, aparente se vuelve dócil.

Lo siguiente sería algo similar a lo que Mashud Klan describe como trauma acumulativo, o también el relato de sus relaciones con la madre.

La hipnosis ulterior proporciona este material:

"Siendo niña me negaba a comer a veces, por puro capricho, la carne que me servían. Mi madre se mostraba muy severa en tales ocasiones y como castigo me hacía comer dos horas después lo que me había dejado, sin calentarlo ni cambiarlo de plato. La carne estaba fría y la grasa se había solidificado alrededor (repugnancia)".

Esta relación inicial inviste al alimento de forma característica. Luego vendrán sucesos que reactiven lo ya establecido.

Más tarde comerá con un hermano que padecía una enfermedad contagiosa y temía contraerla a través de los cubiertos; otro hermano suyo tuberculoso le causaba una gran repugnancia.

"Durante su enfermedad comíamos junto a su lecho y a su lado encima de la mesa tenía siempre una escupidera (terror) en la cual escupía por encima de los platos. Todo esto me causaba terrible repugnancia... Ahora cuando me siento a comer, veo ante mí la escupidera de entonces y me da asco".

Freud se concentra en borrar las reminiscencias que despiertan el asco. Se produce la mejoría sintomática.

En la epicrisis, Freud ^a se referirá a la anorexia del siguiente modo:

" La otra clase de abulias se halla basada en la existencia de asociaciones no desenlazadas y saturadas de afecto que se oponen al anudamiento de otras nuevas, sobre todo a las de carácter penoso. La anorexia de nuestra enferma nos ofrece el mejor ejemplo de una tal abulia. Si come tan poco es porque no halla gusto ninguno en la comida, y esto último depende a su vez de que el acto de comer se halla enlazado en ella, desde mucho tiempo atrás, con recuerdos repugnantes, cuyo montante de afecto no ha experimentado disminución alguna. Naturalmente es imposible comer

con repugnancia y placer al mismo tiempo. La repugnancia concomitante a la comida desde muy antiguo no ha disminuido porque el sujeto tenía que suprimirla todas las veces, en lugar de libertarse de ella por medio de la abreacción. Cuando niña el miedo al castigo la forzaba a comer con repugnancia la comida fría y en años posteriores el miedo a disgustar a sus hermanos."

Freud se concentra en los aspectos traumáticos pasando por alto el análisis de la relación con la madre.

En el manuscrito G sobre la melancolía (1895) dirá:

" La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido porque no tenía apetito y, nada más. Pérdida de apetito equivale en términos sexuales a pérdida de libido."

Sabemos que esta equivalencia no es correcta en numerosos casos clínicos en la actualidad , ya que, cada día más pacientes reconocen una vez iniciado el tratamiento que sí que tienen hambre y mucha, pero negándolo se autoconvencen para no comer, llegando a veces a creer y casi sentir que el hambre no existe en ellas. Esta sensación instalada frecuentemente tras el ejercicio obsesivo de una creencia, se mantiene con un estricto control comportamental por parte de la paciente. Quizá esta contradicción real explique el temor al descontrol e invasión del "fantasma bulímico". Cuando éste gana la batalla al control y negación ejercitada de "no tener hambre", los periodos de bulimia inundan a la paciente y, si ésta no logra recuperar ese control y la frecuencia de los atracones crece, la anorexia torna en bulimia y se impone como patología independiente.

Retomando lo anterior hay que decir que el avance en la teoría psicoanalítica entre 1889 y 1895 es evidente; y con la denominación de sexualidad rudimentaria Freud alude a aspectos genéticos, lo que sustituye con ventaja a las anteriores alusiones traumáticas.

En Estudios sobre la histeria (1895), surgen relaciones entre histeria y anorexia:

"Por lo que respecta a la teoría, nos han demostrado, en efecto, dichos resultados que el factor accidental posee en la patología de la histeria un valor determinante, mucho más elevado de lo que generalmente se acepta y reconoce. En la histeria "traumática" está fuera de duda que es el accidente lo que ha provocado el síndrome, y cuando de las manifestaciones de los enfermos de ataques histéricos, nos es posible deducir que en todos y cada uno de sus ataques vive de nuevo por alucinación aquel mismo proceso que provocó el primero que padecieron, también se nos muestra de una manera evidente la conexión causal. No así en otros distintos fenómenos. Pero nuestros experimentos nos han demostrado que síntomas muy diversos, considerados como productos espontáneos –"idiopáticos", podríamos decir- de la histeria, poseen con el trauma causal una conexión tan estrecha como la de los fenómenos antes mencionados, transparentes en este sentido. Hemos podido referir a tales factores causales neuralgias y anestias de forma muy distintas, que en algunos casos venían persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas de epilepsia por todos los observadores; petite mal y afecciones de la naturaleza de los "tic", vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales continuas, etc. La desproporción entre el síntoma histérico, persistente a través de años enteros, y su motivación, aislada y momentánea, es la misma que estamos habituados a observar en la neurosis traumática. Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente

presenta, está en sucesos de su infancia."

En lo que respecta a la anorexia la explicación del texto gira en derredor del trauma.

El método psicoanalítico de Freud (1903).

Del mismo modo que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida y sólo prácticamente podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado éxito suficiente, se consigue, por lo menos, un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo. El procedimiento terapéutico es, con pequeñas modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de la histeria y para todas las formas de la neurosis obsesiva. Pero su empleo no es, desde luego, ilimitado.

El tratamiento de Freud consistía en borrar aquellas imágenes que perturbaban a la paciente con el fin de impedir que estas se repitiesen. También empleaba la hospitalización con aislamiento de la enferma. En aquel momento Freud no sabía dejar que las palabras de ésta fluyeran por asociación (asociación libre) sino que quebraba el discurso de la enferma y por tanto postergaba las preguntas acerca de estos episodios traumáticos a los que la paciente hacía referencia.

Freud concluiría que su paciente sustentaba una conversación aparentemente sin objeto, guiada tan sólo por la casualidad.

"Parece que Emmy von se ha apropiado de mi procedimiento" (S. Freud 1895). Aparecerán una de las dificultades características de la relación terapéutica con este tipo de pacientes que serían las dificultades vinculares por el exceso de entusiasmo y la naturaleza obstinada de la paciente que asumía cualquier obligación, al pie de la letra, ya fuera en vigilia o hipnosis; es decir, la paciente controlaba su trabajo, informando al terapeuta, que este no debía preguntarle de donde venía esto o aquello sino que la dejase decir, hablar libremente.

Al igual que Freud, Lacan no logró resolver la cuestión del enigma de la anorexia, pero no por ello se dejó de ocupar de la misma.

La distinción entre necesidad, demanda y deseo por él aportada es particularmente operativa; dirá:

"Se trata de comprender la anorexia mental, no que el niño no come sino, que come nada".

O sea, en la medida que ha sido colmada al nivel de las necesidades fisiológicas, la anoréxica no puede soportar que cualquier demanda sea interpretada en términos de necesidad. Comiendo "nada" se mantiene viva la dimensión del deseo.

La descripción gráfica de Lacan de la AN como "comer nada", si bien es acertada creemos que también es arriesgada. De acuerdo con Pedreira Massa 1999, en efecto el sujeto que padece AN no es que no coma sino que come en forma de ayuno. Esta distorsión perceptiva y del discurso origina importantes disfunciones que se traducen en complejos cuadros psicopatológicos.

Algunos autores lacanianos plantean que existe un vínculo de sujeción entre anoréxicas y bulímicas y el alimento. Se trata de un vínculo especial amoroso y despótico, que es sometimiento

y esclavitud ante un objeto deseado, temido, idealizado y siniestro. La anorexia sería síntoma del deseo. En la negativa a comer hay una relación constante de lo vacío y lo lleno (incorporar para expulsar), vaivenes de la pérdida (es el objeto eternamente faltante). El goce del hambre lleva a la pulsión de muerte, a que surja el fantasma de la propia separación, a ser en la nada.

Uno de los textos en los que fundamentalmente se apoya a la hora de presentar sus hipótesis sobre el objeto, es Tres ensayos sobre la teoría sexual; situando al objeto perdido del deseo que se contrapone de manera constante al objeto de la necesidad.

En el capítulo III de este texto, en lo referido: " al hallazgo del objeto", dice:

" Cuando la primerísima satisfacción sexual estaba todavía conectada con la nutrición, la pulsión sexual tenía un objeto fuera del cuerpo propio: el pecho materno. Lo perdió sólo mas tarde, quizá justo en la época en la que el niño pudo formarse la representación global de la persona a la que perteneció el órgano que le dispensaba satisfacción. Después la pulsión sexual pasa a ser, regularmente, autoerótica y sólo luego de superado el periodo de latencia, se restablece la relación originaria. No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor. El hallazgo (encuentro) del objeto es propiamente un reencuentro."

Todos los hallazgos posteriores son representaciones de esta representación, en medio de la cual está el alimento.

A su vez, el empleo de los tres órdenes (Real, lo Simbólico y lo Imaginario) descritos por Lacan, permitió a éste, extraer una nueva perspectiva de la función paterna en el campo de lo social y psíquico.

En el campo de lo social, la función paterna está inscrita en las leyes jurídicas que se aplican a la genealogía, la filiación, la alianza y de una manera general al parentesco.

En el campo psíquico, la función paterna se inscribe en cada sujeto, sea cual fuere la realidad que el padre encarna, en "El Nombre del Padre que es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que, desde los albores de los tiempos históricos, identifica su persona con la figura de la ley".

Para que el ser humano esté marcado por la función del Nombre del Padre, este lugar simbólico debe existir para la madre.

Pero sobre lo que queremos insistir es en el hecho de que no se trata sólo del modo en que la madre se aviene a la persona del padre de lo que convendría ocuparse, sino del caso que hace de su palabra, digamos el término, de su autoridad, dicho de otra manera del lugar que ella reserva al Nombre- del Padre en la promoción de la ley.

Una mujer integra el Nombre del Padre una vez que acepta que, a través de sus intervenciones, el padre desaloja al niño de la mortífera posición dual que consiste en considerarse el falo de la madre.

La anoréxica cuestiona corporalmente tanto la transmisión social del parentesco como su transmisión psíquica, dándole a cada progenitor (y no sólo a la madre) el sentido que puede tener para ellos el hecho de estar juntos y de haber traído al mundo a esa niña.

" Desde sus orígenes, el niño se alimenta tanto de "pan" como de "palabras pues el muere de palabras y como dice el Evangelio; el hombre no sólo muere por lo que entra en su boca, sino

también por lo que de ella sale..."

De esta manera Lacan nos aclara uno de sus aportes esenciales para la comprensión del sujeto humano.

Según Francois Jacob , cualquier intento de describir la evolución del cerebro y del espíritu sólo puede presentarse como si se tratase de un argumento en "El juego de lo posible".

"moldeamos nuestra realidad con nuestras palabras y nuestras frases así como la moldeamos con nuestra vista y nuestro oído".

El lenguaje, según el lingüista N. Chomsky permite la simbolización y la creación mental de mundos posibles. Para Lacan, el sujeto desde antes de su nacimiento está sumergido en el baño del lenguaje común a cada cultura y a la vez, específico del discurso particular que vehiculiza cada historia familiar; discurso consciente pero también inconsciente.

La especie humana tiene un retraso de madurez específico respecto de otras especies animales, que diferencia a los niños de las otras crías de cualquier otra especie. El niño no sólo no está excluido de la red del lenguaje en el que está inscrito antes de su nacimiento fisiológico, sino que depende de y sólo hablará a partir de esa red, verdadera cadena significativa. El texto inconsciente persiste más allá que el texto consciente. Esta persistencia se pone de manifiesto esencialmente en una repetición calificada por Freud como "Instinto de muerte", o sea el "límite de la función histórica del sujeto" para Lacan. Ese límite no es el accidente mortal, sino lo que determina al sujeto, causa del sujeto mismo.

Del mismo modo en su relación con el lenguaje, el sujeto, por mucho que lo anhele, no tiene a su disposición el conjunto de significantes que lo hicieron apto para hablar. Ese conjunto es el agrupamiento de los discursos conscientes e inconscientes de sus antepasados que preexisten al sujeto y coexisten con él. La anorexia es también un significante; o mejor dicho la paciente emplea su cuerpo como significante. Su historia, familia, el discurso consciente que les rodea y las marcas del inconsciente que ellas son. Serán los modos diferentes de insertarse en la cadena significativa lo que dé cuenta de la diferencia de estructura: neurosis, psicosis, debilidad...

El lugar donde viene a inscribirse todo lo que puede decirse alrededor de un significante es designado por Lacan como el Otro, "tesoro de significantes".

Quizá los síntomas son la manera de expresar un cuestionamiento, y desde un punto de vista lacaniano sería la del lugar que estaba antes de nacer "en cuerpo".

A partir de Lévy- Strauss podemos analizar las estructuras de parentesco a partir del modelo de los mitos. La mitología familiar asigna a cada sujeto humano un lugar, determinado por los demás. El síntoma anorexia puede descifrarse como una pregunta del sujeto sobre esta mitología, su orden, sus fallas, lo dicho y lo no- dicho, y sobre su lugar en tanto que sujeto: ¿ heredero legítimo?, ¿rol de compensación?, ¿de venganza, de reparación, de relleno?.

El sujeto humano no puede ser reducido a un simple organismo cuyas motivaciones emanarían de necesidades sólo fisiológicas. Es movido por deseos: éstos, dado que, para hacerse reconocer, no pueden sino pasar por los significantes, por las palabras, están, por lo tanto, indisolublemente ligados a las estructuras simbólicas e imaginarias.

La vivencia del cuerpo tiene que ver con la presentación que de éste ha llevado a cabo la función materna. El psicoanálisis no sólo concibe el cuerpo como un organismo, sino como aquello que representa la envoltura de todos los fantasmas del deseo humano. El cuerpo del niño se ve

capturado en las redes del deseo del Otro. Este cuerpo será recibido como cuerpo del sujeto a través de esta primera mediación significativa, que viene a poner remedio a su falta de ser. Por lo tanto una clave fundamental en la formación del sujeto es la relación narcisística, la necesidad del Otro primordial, que otorga ser al sujeto gracias a la identificación. El psicoanálisis hace depender esta identificación de las funciones que se despliegan en el campo familiar, cuya función más primordial es sostener al niño. En relación con esto recordemos lo que defiende Winnicott de que si el yo auxiliar no realiza bien esta función, el niño ante sus propios déficits no cuenta con el apoyo externo, lo que conduce al sobreesfuerzo adaptativo.

El sujeto se crea un Pseudoself (denominado también falso Self), que anula su propia identidad y le hace olvidar sus propios sentimientos y necesidades. Podríamos afirmar que el sujeto que no ha sido gratificado narcisísticamente durante su infancia, crecerá con hambre de objeto.

La madre desde antes de que el niño advenga lo ha instalado en su subjetividad constituyendo el cuerpo imaginado, primera representación del hijo como ser unificado y que da cuenta de la localización de este hijo como objeto de deseo.

Tras el nacimiento, comienza a desplegarse todo un proceso de interpretación que si falla, tendrá consecuencias patológicas. El niño con su llanto, emite un signo que debe ser devuelto transformado en significativo. Si en lugar de realizarse esta transformación de lo Real en significativo, la madre responde al signo con otro signo, se comienza a obstruir la posibilidad de la inscripción en lo simbólico. En la anorexia no se parte de un cuerpo construido, simbólico. Se podría ver ésta como un intento de transformar, a través del síntoma de rechazo al alimento, ese Real en significativo. Según Hilde Bruch, en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre con el hijo, ésta no reaccionaría coherentemente a los estados de privación- saciedad de su hija impidiéndola una correcta discriminación de sus sensaciones internas. Por lo tanto, destaca como un problema fundamental que conduciría a la anorexia, la errónea discriminación de la conciencia de hambre.

Debemos señalar también los trabajos de K. Abraham, Binswanger (1940) y las contribuciones indirectas de H. Bruch y M. Klein; también O. Fenichel 1945 y Rollay Grinberg (1956), que describe por primera vez un bloqueo entre la posición esquizoparanoide y la depresiva sobre el que tendremos ocasión de volver.

El aporte de K. Abraham es complejo. En sus trabajos acerca de las fases pregenitales del desarrollo trata de encuadrar el origen de los trastornos alimentarios estudiando de manera detallada el papel del sadismo, la ambivalencia, la oralidad (devorar/ser devorado, amar/destruir), de la culpabilidad específica del deseo de incorporación del pene paterno. Las manifestaciones del complejo de castración en la mujer (1920) y la influencia del erotismo anal en la formación del carácter, también aportan elementos nuevos que pueden aplicarse a una teorización de la anorexia mental señalando la equivalencia comer/estar embarazada y el placer del dominio anal en la anorexia. Para este autor, todos estos elementos siguen perteneciendo a la naturaleza histérica. Se da en Estudio sobre el desarrollo de la libido (1925) cuando relacione la anorexia con la melancolía, camino que había sido inaugurado por Freud en el Manuscrito G.

Melanie Klein, a través de sus estudios sobre la función de los fantasmas arcaicos (Ensayos de psicoanálisis) se propone un nuevo ángulo de comprensión de la dinámica oral. Interpreta todo fenómeno psíquico en términos de defensa contra la angustia, ya sea bajo un modo esquizoparanoide (cuerpo fraccionado) o bajo un modo depresivo (por pérdida del objeto):

"Ante los objetos destruidos sádicamente que podrían ser una fuente de peligro y envenenamiento en el interior del sujeto, la angustia paranoide, a pesar de la violencia de los ataques sádicos orales incita a aquél a desconfiar profundamente de los objetos en el instante mismo que los incorpora. A

esto sigue un debilitamiento de los deseos orales..."

El pensamiento de Melanie Klein puede encontrarse posteriormente y en especial en la obra de Mara Selvini Palazolli quien en 1963 y 1971 aborda la anorexia como psicosis monosintomática y "paranoia intrapsíquica" concibiéndola como un mecanismo de defensa extremo contra la psicosis.

En 1936 Anna Freud, en *Los mecanismos de defensa del yo*, sitúa la anorexia mental de los jóvenes en lo que ella denomina comportamientos ascéticos de la adolescencia a modo de defensa propia de la edad. El ascetismo apunta el rechazo pleno de las pulsiones que el adolescente siente como amenazante. Ese rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la pre-pubertad, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere.

Sintetizando lo anterior según el esquema de Anna Freud, hallamos un trastorno primario del narcisismo de las relaciones objetales y un aumento frecuente de trastornos del desarrollo debido a circunstancias de excesiva dependencia del niño, o de desmesurados esfuerzos y tensiones relacionados con los procesos del desarrollo. Asimismo defiende que toda alteración excesiva de los procesos de alimentación en etapas tempranas de la vida dejará residuos que aumentan y complican los trastornos en fases posteriores.

Cuando se pasa a la etapa adolescente, sobreviene en el sujeto una crisis de desidentificación, que cuestiona profundamente su ser. Crisis encarnada en su cuerpo, que deja de ser el mismo. El sujeto vive con ansiedad el hecho de tener dificultades para conseguir la integración, y asumir su papel sexual. Asimismo, algunas pacientes sufren situaciones traumáticas o pérdidas que no saben enfrentar. Aparecen los mecanismos de incorporación y escisión (el cuerpo es perseguido, pero también se vive perseguido por el cuerpo).

En los años 50 el interés de los psicoanalistas se desplaza del síntoma hacia el papel de la madre y de las primeras interacciones madre-hijo, estudiando en particular el papel de los elementos preedípicos en la génesis de la anorexia del adolescente. Hasta ese momento habían coexistido dos posturas diferentes; por un lado los que se inclinaban a considerar a la anorexia como un trastorno específico con entidad propia y los que afirmaban que era una superestructura de un cuadro de base. De esta última hipótesis se ha propuesto una gama muy diversa, destacando sobre todo, la histeria y la neurosis obsesiva. No obstante no debemos olvidar que en todos estos casos el trastorno alimentario ocupa un lugar muy distinto en cada uno de ellos. Negarse a comer no es sinónimo de anorexia.

Retomando lo anterior hay que decir que la no superación de la ambivalencia pregenital hace que ésta imprima su marca sobre cualquier relación posterior. El sujeto se encontrará ante la imposibilidad de superar el Edipo y será la pubertad la que reactive ese callejón sin salida haciendo que la separación de la madre sea tan peligrosa como la fusión con ésta.

En 1965 se defiende la estructura específica de la anorexia nerviosa, proponiendo que el conflicto esencial se halla a nivel del cuerpo y no sobre la base de las funciones alimenticias investidas sexualmente. La anorexia expresaría la incapacidad por asumir las transformaciones propias de la pubertad.

Hilde Bruch (1973) crea el concepto de anorexia nerviosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo resultante de toda la conflictiva jugada en la pubertad. Esta autora considera que lo fundamental es un trastorno de la imagen del cuerpo; dicho trastorno es secundario a perturbaciones de la percepción interoceptiva y de la autonomía, acompañadas de un sentimiento que se impone de impotencia e imposibilidad para expresar el propio deseo que es lo que la ocurre a este tipo de paciente desde la infancia.

Creemos que esta autora es la que mejor comprendió la dimensión fenomenológica de la anorexia mental; y aunque criticó mucho la ortodoxia psicoanalítica, su posición podría ser sostenida actualmente por la mayoría de estos. H. Bruch defendía que la finalidad terapéutica era "dar al enfermo la posibilidad de descubrir sus propias capacidades, sus recursos, sus actitudes interiores para pensar, juzgar y sentir".

Esta autora se mostraba completamente contraria a los tratamientos hospitalarios y ambulatorios propuestos por la psicología conductual, ya que a su modo de ver, repetían los patrones autoritarios basados en la obligación dejando en último lugar la expresión de los deseos de las pacientes.

Por otro lado Bruch se muestra bastante pesimista al considerar la anorexia mental primaria como una forma particular de esquizofrenia.

En Francia, E. Kestemberg se limita a describir las modalidades específicas de la regresión y de la organización pulsional. Habla de una regresión vertiginosa en la medida en que no encuentra ningún punto de fijación ni de organización en el ámbito de las zonas erógenas; organización pulsional por medio de un recurso específico del masoquismo erógeno primario, donde el placer está ligado al rechazo de satisfacción de la necesidad.

Desde la perspectiva genética de la Escuela psicoanalítica de América del norte (descendiente de lo enunciado por Freud en *El malestar de la cultura*), Sours presenta la historia de sus pacientes bajo el título casi lacaniano de "Starving to death in a sea of objects" (1980). Pone en evidencia la insistencia de los padres en controlar todo placer, así como la importancia otorgada a las actividades de control infantiles, como el control de esfínteres. Los cuidados de éstos a sus hijos son adecuados pero se llevan a cabo, sin placer alguno; sería del tipo llamado por Winnicott de "madres enfermeras". Éstas anticipan las necesidades de sus hijos, al tiempo que se defienden de sus propios fantasmas de restricción alimenticia o dicho de otro modo, de sus deseos de incorporación caníbal.

Debemos describir también la bulimia por la frecuencia con que este trastorno acompaña a la anorexia y por formar parte de la constelación de la patología de la alimentación. La psiquiatría francesa del siglo XVIII describe a la "boulimie" como la ingesta excesiva de comida. Sólo a finales del siglo XIX comienza a prestársele alguna atención y es desde 1980 cuando los epidemiólogos dan cuenta del aumento llamativo de este trastorno. La bulimia unida a la anorexia se suele presentar en un 40 a 50 por 100 de los casos y se afirma que esta combinación ensombrece, agrava y cronifica el pronóstico.

Sobre la anorexia bulímica, Gerard Russell, uno de los autores que mantienen su estrecha interrelación, ha dicho a modo de explicación que la anorexia nervosa adquiere perfiles distintos en la segunda mitad del siglo XX; se refiere ante todo a la inclusión de cada vez más frecuentes episodios de bulimia. Desde su punto de vista este fenómeno debe justificarse como la patoplastia específica de la anorexia y la mayor incidencia de la bulimia sería consecuencia de factores histórico - culturales.

Un precedente claro lo tendríamos en las modificaciones sintomáticas de la conocida histeria. Si la hipótesis de Russell resulta correcta, lo sería con ciertas matizaciones. Este tipo de trastornos alimentarios obedece a elaboraciones muy arcaicas y la participación cultural estaría muy mediatizada, influiría ante todo al grupo parental.

La frecuencia de la llamada anorexia bulímica justifica la consideración de que entre ambos polos existe una relación. Como ya ha mencionado Russell (1979) la conceptúa una variante de la anorexia nerviosa, mientras que Hsu (1990) cree que se trata de cuadros independientes. Ambas en cualquier caso, están estrechamente relacionadas con el proceso de separación-individuación.

El perfil descriptivo clásico las consideraba patologías propias de clases socioeconómicas altas y con inicio en la adolescencia. Actualmente poco a poco la edad de inicio es más temprana, entre los 8 y 9 años, afectando a todas las clases sociales.

De nuevo, cabe plantearse si se trata de una entidad nosológica o de un síndrome. Hoy día la tendencia más frecuente es la segunda. La clínica muestra personalidades de estructura diferente, llamativamente distintas en muchos casos.

Durante un tiempo, la triada amenorrea-adelgazamiento-anorexia descrita por Lasègue, ha sido el sustrato para su diagnóstico.

En una primera aproximación se observa la llamada anorexia restrictiva; pacientes que limitan la ingesta calórica y realizan intenso gasto energético. Sus rasgos caracteriales prevalentes se adscriben al tipo obsesivo compulsivo. Muestran asimismo conductas evitativas. Este perfil psicológico se muestra muy superficial.

También se encuentra la anorexia bulímica, que alterna la abstinencia con la ingesta desmesurada, seguida de vómitos y empleo de laxantes (Yager, 1988). Seguramente otros mecanismos nuevos entran a formar parte de este cuadro.

A veces, el trastorno se instala de forma brusca, casi siempre en relación con un acontecimiento del entorno, pero también sucede de manera insidiosa. En algunos pacientes el marasmo alimentario parece respetar al resto de la personalidad, en otros se combina con alteraciones del ánimo, crisis de angustia e incluso con sistemas delirantes más o menos organizados.

El paciente anoréxico, preciso es decirlo, no sufre de falta de apetito, sino que desarrolla un control sobre sí mismo muy peculiar. Los rasgos más característicos que esculpen esta compleja conducta son:

- a) El miedo, que a veces degenera en pánico a engordar, incluso en aquellos casos en los que el peso está ya por debajo del promedio.
- b) Vivencias distorsionadas en lo relativo a la experiencia ponderal y a la imagen del cuerpo.
- c) Rechazo a mantener el peso por encima del mínimo que se considera normal.

Si las descripciones hasta aquí son variadas y hemos visto incluir bajo el mismo rótulo a cuadros dispares, no es extraño que los criterios diagnósticos de este siglo sean también diversos. Además, se da la circunstancia de que al ser diversas las hipótesis etiológicas se subrayan, según las tendencias teóricas, aspectos distintos. No podemos dejar de mencionar los cada vez más extendidos criterios diagnósticos de la OMS y la American Psychiatric Association, que se limitan a una descripción repetidamente aséptica de signos y síntomas, sin aventurar hipótesis que den razón de los mismos.

Una razón de este desorden, consiste en que en muchos de los criterios diagnósticos figuran, yuxtapuestas, observaciones biológicas y sociales. Otra tendencia que apunta en esa misma dirección es el eclecticismo, cuyo resultado suele ser la presentación no integrada de un conjunto de datos que necesitan una teoría para ser consistentes.

Una fórmula diagnóstica que alcanzó gran difusión es la de Feighner, quien propone los siguientes criterios:

- Comienzo antes de los veinticinco años.

- Anorexia con pérdida ponderal de al menos el 25 por 100.
- Actitud rígida ante la alimentación.
- Negación de la enfermedad. Satisfacción por la pérdida de peso y vivencias de placer por la privación alimentaria. Conductas extrañas ante los alimentos.
- Ausencia de trastorno orgánico que justifique la anorexia. Inexistencia asimismo de otros trastornos psíquicos como esquizofrenia, neurosis.
- Presencia de al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, períodos de hiperactividad, episodios de bulimia y vómitos eventualmente provocados.

Feighner busca un cuadro anoréxico "puro" a diferencia de la anorexia como síntoma.

Sours (1974) distingue criterios primarios y secundarios:

Entre los primarios se encuentran:

- Restricción electiva y deliberada de alimento racionalizada por la falta de apetito.
- Búsqueda del adelgazamiento como placer en sí, por lo que significa el control corporal y de la vida instintiva.
- Hiperactividad que, al contrario que la amenorrea, suele ser precoz.
- Finalmente bulimia.

Los criterios secundarios son:

- Preocupación y disimulo en la conducta alimentaria y, a veces, un cierto grado de tristeza y sentimiento de vacío.

K. Halmi (1979) propone los seis criterios operativos siguientes:

- Rechazo a mantener el peso en cifras superiores a las que corresponden a la talla y edad.
- Pérdida de peso del 25 por 100 con respecto a las cifras iniciales.
- Trastornos de la imagen corporal e incapacidad de percibir las necesidades del cuerpo.
- Miedo intenso a la obesidad, que no disminuye con la pérdida de peso.
- Ausencia de enfermedad orgánica que pudiera ser responsable de la alternación ponderal.
- Amenorrea.

El DSM-III, representa la pura descripción y una ausencia a la psicopatología y distingue los

siguientes casos:

- Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso.
- Alteración de la imagen corporal (quejas de estar gordo incluso en casos de extrema delgadez).
- Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según la edad y talla.
- Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen el cuadro.

Esta descripción está basada en criterios totalmente operativos, excluyendo anorexias que aparezcan en otras épocas de la vida.

Actualmente la ICE-10, clasificación procedente de la OMS y la DSM-IV correspondiente a la APA, expresan puntos de vista no del todo coincidentes; la primera requiere que la pérdida de peso se produzca por la evitación de comidas grasas y esté autoinducida. Al mismo tiempo en el varón debe figurar una pérdida del interés y potencia sexuales, en estrecho paralelo a lo que en la mujer sería la amenorrea. La anorexia nerviosa queda excluida si la privación de alimentos se ve mezclada con ingestas excesivas periódicas. Por su parte la DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia si esta conducta tiene lugar de forma episódica en el seno de una anorexia. Los requisitos diagnósticos de esta clasificación en lo que respecta a la anorexia (307.1) son los siguientes:

- 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 convertirse en obesos, incluso estando por debajo del parámetro corporal patrón.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea (Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Diferencia dos tipos dentro de este trastorno. El llamado restrictivo en el que el control ponderal se efectúa mediante dietas y ejercicios intensos; no aparecen episodios intercurrentes bulímicos. En segundo lugar, el tipo compulsivo/ purgativo en el que el anoréxico sufre de crisis bulímicas y acude a la administración de laxantes, diuréticos y a la práctica del vómito.

Entre las muchas críticas que se le pueden adjudicar a este tipo de clasificaciones, DSM e ICE, está ante todo el uso y abuso de criterios estadísticos; éstos, como entre otros señala Brutti (1993) son arrojados en el mundo del diagnóstico sin el tamiz de una teoría que los haga coherentes.

Brutti (1993) cree que se han observado ejes diferenciales heterogéneos a la hora de caracterizar "anorexia" y "bulimia": la primera a través de parámetros somáticos (peso, amenorrea); la segunda mediante indicadores de conducta (la ingesta excesiva); y el mismo autor continúa: existe un tercer vértice, el psicológico, que en ambos casos queda eludido.

La Bulimia como entidad clínica diferenciada, fue descubierta muy pronto (S II d.c.) por el médico

Griego GALENO quien acuñó el término de patología bulímica o "gran hambre". A su juicio, la bulimia era causada por un humor ácido alojado en el estómago que producía falsas señales de hambre. La bulimia continuó mencionándose esporádicamente en varios textos. En Francia, Blanchen (1869) remarcó que la bulimia podía encontrarse frecuentemente en diabéticos. Esta asociación ha sido redescubierta recientemente por Rodin & cols (1985).

En lo que se refiere a la bulimia la/el DSM-IV (1994) hace las siguientes consideraciones que muestran que para esta comisión el problema de la bulimia no está claro (bulimia nerviosa 307.51):

A) Episodios recurrentes de ingesta excesiva. Uno de estos episodios se caracteriza por:

1. Consumo en un periodo de tiempo discreto (una o dos horas) de una cantidad de alimento superior a la que podrían ingerir la mayor parte de las personas normales en ese mismo lapso.
2. Sensación de falta de control sobre el comportamiento alimentario durante la ingesta excesiva (v. gr. sensación de no estar en condiciones de interrumpir el exceso o de modificar la cantidad o cualidad de la ingesta).

B.) Episodios recurrentes de comportamientos compensatorios para prevenir la subida de peso mediante la restricción a través del vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicinas; ayunos o ejercicio excesivo.

C) Los episodios de atracones seguidos de comportamientos compensatorios ocurrirán por término medio al menos dos veces a la semana durante tres meses.

D) Una indebida autoevaluación de la imagen corporal y del peso y una autoestima excesivamente influida tan sólo por las oscilaciones de peso.

E) Estas alteraciones no ocurren exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Los tipos pueden ser:

1. Tipo Purgativo. (Purging type). El sujeto se dedica al vómito autoinducido o al abuso de laxantes o diuréticos.
2. No Purgativo. (Non purging type). Durante los episodios de bulimia la persona sigue una dieta estricta, ayuno, o ejercicio físico excesivo.

La CIE-10 hará la descripción de bulimia nerviosa (F 50.2), como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que llevaría al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia

contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

La CIE 10 (50.3) define bulimia nerviosa atípica como un término que debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Incluye, Bulimia con peso normal.

En los años setenta, con la aparición de la teoría de sistemas, la visión de estas patologías dio un giro radical hacia la familia como crisol de la enfermedad; dentro de este marco destaca la escuela de Milán cuya máxima representante es Mara Selvini Palazzoli.

Hilde Bruch (1973), mencionada anteriormente cómo quizá la clínica con más experiencia en este tipo de trastornos, manifiesta los siguientes criterios:

En primer lugar existen dos tipos de anorexia, primaria y secundaria. Esta distinción parece estar en línea con la observación clínica cotidiana. En lo que se refiere a la primera, que es la que más nos interesa, se señalan como características distintivas:

1. Imagen corporal distorsionada, con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo.
2. Incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre, aunque también esta dificultad se extiende a otros estados emocionales.
3. Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo sino de la demanda externa. Esta autora considera central el punto anterior y lo refiere a experiencias infantiles.

En lo que toca a la anorexia atípica, la describe como forma caracterizada por importante pérdida de peso de origen psicógeno, siendo ésta una consecuencia no buscada directamente por la paciente. Muchos de los casos son atribuibles a una "tergiversación simbólica de la función de la ingesta de la comida", debida a trastornos de base que discurren desde lo psicótico a lo neurótico.

Hilde Bruch obliga a un esfuerzo psicopatológico para establecer el diagnóstico y, como vemos, su interés se centra fundamentalmente en los aspectos psíquicos.

Creemos que la mayoría de estos criterios diagnósticos presentan el inconveniente adicional de no servir para detectar estadios precoces del cuadro.

Respecto al diagnóstico diferencial, no suelen existir grandes problemas en este campo; no obstante, conviene descartar otros tipos de cuadros caquetizantes, tales como tuberculosis, ciertas hemopatías, diabetes, tumores diencefálicos o de fosa posterior.

Al mismo tiempo existen trastornos psicógenos que también presentan mermas en la ingesta. Así la anorexia del melancólico, consecuencia de su inhibición; y que viene acompañada de sentimientos de indignidad y a veces culpa, la anorexia que aparece unida a la negación de órganos; síndrome de Cottard, el rechazo de alimentos del psicótico delirante, bien sea persecutorio o de tinte místico o ascético; la anorexia del hipocondríaco, que preocupado por su cuerpo de manera constante, demanda con insistencia tratamiento, etc.

Como ya hemos señalado en párrafos anteriores, la Bulimia nerviosa no alcanza su autonomía clínica hasta que se admite la existencia del síntoma bulímico sin que se sea, ni se haya sido, anoréxico; a ello contribuye decisivamente la descripción de Gerard Russell como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingestión rápida de grandes cantidades de comida, durante un discreto período de tiempo, que es inferior generalmente a dos horas. Destaca también Russell el hecho de que los pacientes son conscientes de su anormal forma de alimentarse y que, con frecuencia, experimentan tras los episodios sentimientos de desprecio hacia sí mismos y estado de ánimo deprimido.

Teniendo en cuenta las dificultades que presenta este tipo de pacientes con el control de los impulsos, son numerosos los autores, desde K. Abraham hasta Joyce McDougall, que relacionan la bulimia con las perversiones y las neurosis impulsivas, así como con la conducta adictiva en general.

Otros autores que se han fijado más en la promiscuidad sexual, en el eventual abuso de drogas y en la autodestructividad han relacionado el síndrome con el trastorno borderline de la personalidad, con cuadros depresivos y con los trastornos psicósomáticos.

Parece por tanto que el síndrome bulímico serviría más como un término de referencia para una amplia gama de personalidades, que tendrían diferentes niveles de desarrollo, pero que compartirían como común denominador el hecho de que para todas ellas, el acto de comer habría llegado a ser problemático, especialmente por el valor que reviste como actividad de incorporación.

Al englobar en varios niveles de desarrollo los problemas que se expresan a través de los desórdenes alimentarios, sería aconsejable considerar a éstos, no como referidos a un determinado estado en el ámbito de desarrollo sino a un contexto más general; aquéél que marca la experiencia que el sujeto tiene de su cuerpo y de su identidad. Hilde Bruch, consideró que tanto la tríada polifagia-obesidad-pasividad, como la tríada anorexia-delgadez-hiperactividad, eran dos vertientes de un mismo trastorno fundamental. Ese trastorno fundamental se refería a la "conciencia de sí". Le parecía que funciones aparentemente innatas como lo es la función alimentaria, se adquieren de forma parcial a través de un aprendizaje primitivo que las completa, organizándolas en patrones distintos y eficaces.

La génesis de los trastornos de alimentación estaría entonces en los fallos que se producen en ese aprendizaje, cuando se utiliza la comida con fines no nutricionales, lo cual produciría un fallo en el condicionamiento alimentario que tendría los siguientes efectos:

- 1 -Carencia en el aprendizaje de la discriminación de las diferentes necesidades fisiológicas.
- 2 -Incapacidad para distinguir las necesidades fisiológicas de las tensiones de origen emocional.
- 3-Imposibilidad para el sujeto de reconocer su propia identidad, convirtiéndose en un ser disociado, con los límites del yo difusos, y a merced de las fuerzas exteriores.

En la misma medida en que la cuestión de la alimentación no sólo es referida a cuestiones fisiológicas relativas a la boca o al estómago, sino que también es portadora de la calidez y atención con que se transmiten los sentimientos, el hambre no es sólo una necesidad fisiológica, sino también la búsqueda de un objeto que proporcione una asistencia cálida y atenta.

Como sabemos, dicha disposición asistencial de parte del objeto debe ser tal, que llegue a

proporcionar al sujeto la llamada gratificación narcisista. Si el sujeto no ha sido gratificado narcisísticamente durante su primera infancia, en la que dicha gratificación está ligada a la fusión con el objeto, ese sujeto crecerá con "hambre de objetos" y buscará a lo largo de su vida abrazarse insaciablemente a ellos o bien, incorporarlos de forma compulsiva según modelos fusionales de relación.

En esta etapa simbiótica indiferenciada, las vivencias son de unidad dual y tanto el tener como el carecer de una adecuada atención es vivido de manera completa y total; de forma que las vivencias en esta etapa fusional serán de tenerlo todo o bien, en caso de carencia, de no tener nada, de no ser nada, de vacío. Situación que puede describirse como fracaso en la identificación primaria.

Cuando se da esta situación carencial se ligan a ese estado profundas sensaciones tanto de avidez como de insaciabilidad, que en el inconsciente se relacionan con el devorar, vaciar y agotar el seno materno, produciendo una sensación de apropiación destructiva. Frente al peligro que supone la apropiación destructiva del objeto bueno se produce una escisión dentro del yo que separa el objeto malo del objeto bueno, como forma de proteger a éste último.

-

M. Selvini Palazzoli matiza las formulaciones kleinianas anteriores considerando que en el proceso de escisión del yo se producen un "yo por incorporación" y un "yo por identificación", pero en el caso de la bulimia no cree que se haya llegado a esa distinción entre incorporación e identificación, entre objeto bueno y objeto malo, sino que el auténtico problema que subyace a la bulimia es un fracaso en la constitución del objeto interno.

Al no conseguirse introyectar el objeto externo y las funciones de contención a él asociadas, no puede aparecer un espacio para el Self, no pudiéndose producir una diferenciación entre el Self y el no-Self; estas partes permanecen inconexas entre sí dando lugar a grandes confusiones en todo lo relativo a la identidad mientras esta situación se mantenga.

En estas condiciones, no se ha llegado a trasladar las funciones energéticas de los órganos internos a la superficie del cuerpo, que sería lo que permitiría las vivencias de límite entre lo interno y externo del cuerpo y del self y por tanto continuaría la situación confusional.

La situación que permitiría la salida de dicha simbiosis, (descrita por M. Mahler como la fase de separación-individuación, crucial para una adecuada formación del sentimiento de identidad), no se habría producido en este caso, ni tampoco se habría desarrollado satisfactoriamente el llamado por Grinberg, vínculo de interacción espacial, fundamental en la formación de un sentimiento de identidad adecuado.

Bajo esta perspectiva, el desorden bulímico representa un mecanismo desesperado de enfrentamiento con la realidad en aquellos individuos que no han logrado alcanzar suficiente claridad de límites entre interior y exterior manifestándose en la gran dificultad que tienen para poder justificar y articular sus diferentes estados internos.

Los factores referidos anteriormente tienen que ver con la calidad e intensidad de la influencia ambiental, que en los primeros momentos recae principalmente en el nivel familiar, fundamentalmente en la relación temprana con la madre que posteriormente y por la influencia ambiental que ejerce el medio social), será fundamental para la forma en que se organice la personalidad; constituyendo a su vez, el vínculo de integración social descrito por Grinberg en la formación de la identidad.

-

Richard A. Gordon considera que las presiones sociales de exigencias, competitividad, independencia y éxito a que tienen que hacer frente las mujeres jóvenes en la actualidad, aunque ofrecen mejores oportunidades proporcionan más presiones intensas que, en ocasiones, están en conflicto con los roles tradicionales de la mujer dificultando la génesis necesaria de una identidad bien formada.

De esa manera intenta Gordon dar cuenta de la abrumadora mayoría de las mujeres que padecen trastornos en el comer y llega a establecer una correspondencia entre lo que él considera una especie de epidemia femenina, que se ha desatado en los últimos treinta años con los trastornos de la alimentación y otra epidemia femenina que se produjo a finales del siglo XIX con la histeria, en un momento también cambiante de los roles femeninos en la sociedad occidental.

En una línea parecida, Brunberg sugiere también la influencia de los factores socio-culturales en los trastornos de la alimentación, relacionando el aumento de la presentación de estos con el notable aumento de los embarazos en adolescentes y asociando en ambos casos el origen al derrumbe ambiental de los estándares tradicionales y de las represiones sexuales, que matizan el control de la sexualidad en la mujer.

El que predomine el síndrome bulímico en el sexo femenino y su aparición en la época de la adolescencia ha determinado que se busque entre sus particularidades la inscripción de la identidad sexual y la respuesta a esta cuestión.

Harnik da su respuesta particular oponiendo los hombres en los que "los atributos genitales siguen siendo el centro de su narcisismo", a las mujeres en las que el narcisismo secundario se fija en el cuerpo entero. Por tanto, la problemática narcisista actuaría en los chicos en torno al pene, y en las chicas en torno a la apariencia física.

Los varones también describen sus razones de hacer dieta en términos diferentes a como lo hacen las mujeres. En general, continúan eligiendo la apariencia femenina antes que la eficacia masculina. Taper & al (1988), encontraron una prevalencia más alta de problemas alimentarios, fundamentalmente en forma de atracones acompañados de un sentimiento terrorífico de estar gordos, en estudiantes homosexuales que en otros estudiantes varones. Los varones puntúan más alto en las escalas del EDI (Eating Disorder inventory), orientadas hacia la delgadez, Bulimia, insatisfacción corporal, temor a madurar e ineficacia.

Igoins que considera la bulimia como la experiencia nombrable de una carencia innombrable, cree que tiene que ver con la percepción de un "hueco", de un hueco interno que, sin ser el hueco anatómico, sí que concierne al cuerpo femenino y por ello relaciona la bulimia de la mujer con lo que el fetichismo y la perversión en general representa para el hombre.

Toda la batería de factores anteriormente citados nos pueden explicar el aumento que se da en la frecuencia de presentación de los trastornos que buscan la delgadez y también la dieta necesaria para llegar a ella, pero no sirven para explicar el notable incremento que se ha producido en la presentación de la bulimia.

Debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones los síntomas bulímicos debutan después de prolongados períodos de privación calórica y en estos casos, la bulimia se puede explicar desde la biología más que desde la psicología. En efecto, cuando se reduce el peso del cuerpo por debajo de un nivel mínimo, se inician unas conductas compensatorias destinadas a conservar la energía y a aumentar el peso corporal del individuo, y una de estas conductas consiste precisamente en un impulso persistente e intenso hacia la ingestión de calorías.

Si el alcanzar una silueta delgada se había propuesto como una forma de adaptación psicológica

según hemos visto que sucedía en muchas ocasiones, la vivencia del hambre que surge como una respuesta biológica, se puede interpretar como una señal de pérdida de control y un fracaso, con lo cual la perseguida elevación de la autoestima se transforma en un mayor descenso de la misma.

En cualquier caso, la bulimia nerviosa es actualmente una entidad con una autonomía clínica alcanzada tras diferenciarse de la polifagia, de la obesidad, y especialmente de la anorexia nerviosa en la que resulta más sencillo describir este síntoma a una misma estructura de base.

El síndrome bulímico se ha ligado a estructuras de base pregenitales, relacionando el hambre con la experiencia de la falta en la que no se ha llegado a establecer la permanencia del objeto, pero también se han considerado para el síndrome bulímico estructuras de base genitales, relacionando la incorporación con equivalentes masturbatorios, fantasías de fecundación oral o deseos inconscientes de embarazo con desplazamientos genito-orales.

El desorden bulímico podemos considerarlo por tanto, como un recorrido común a través del cual se pueden expresar diferentes problemas del desarrollo que atañen a ambas modalidades estructurales, tanto genitales como pregenitales, aunque siempre se da un predominio de algunas de ellas que es interesante determinar desde el punto de vista clínico y pronóstico.

Al margen de la estructura de base sobre la que asiente el síntoma bulímico, es innegable que éste participa de un importante significado sociocultural, a través del cual se da cuenta del actual incremento del síntoma y también del indudable predominio de quienes lo padecen.

Los cambios señalados que se han ido produciendo durante los últimos tiempos en el rol social de la mujer, hacen que también se tengan que ir produciendo cambios en el ámbito psicológico y en sus propias identidades. Si bien es cierto que esos cambios han resultado beneficiosos, proporcionando mayores cotas de libertad, autonomía y bienestar a las mujeres que alcanzaron un desarrollo psicológico adecuado, esos mismos cambios pueden haber resultado abrumadores en algunas adolescentes que han permanecido dependientes al carecer de una adecuada estructura interna. Esto estaría en la misma línea que lo propuesto por R. A. Gordon.

En este último grupo se plantea el dilema de integrar sus ambiciones y necesidades de poder con la persistencia de identificación basadas en la sumisión y el complacer a los demás. Resuelven entonces su problema con la identidad a través de un mecanismo de escisión del yo que les permite presentar hacia el exterior una fachada de perfección, competencia y aptitud, mientras que en su interior padecen intensos sentimientos de dependencia, necesidad, rabia e incapacidad.

En la medida en que tienen serias dificultades para reconocer y no se permiten revelar esos profundos sentimientos de dependencia y abandono, necesidad e incapacidad, rabia y tristeza, descargan sus tensiones a través de los episodios recurrentes de atracones de comida, buscando con ello el colmo y la satisfacción que nunca alcanzan, encontrándose por el contrario una y otra vez con la temida sensación de falta, de carencia de la que inútilmente tratan de escapar.

En relación con los contenidos psicopatológicos en estas pacientes existe un conflicto de identidad entre los aportes de grupo étnico, cultural y las demandas familiares. Creemos necesario profundizar en los contenidos psicopatológicos de estos trastornos evitando caer en la mera exposición-descripción que aunque es necesaria, se muestra con francas insuficiencias.

En estos pacientes aparecen reacciones de naturaleza ansiosa, persecutoria o depresiva, con mayor virulencia ante cualquier cambio vital dando lugar a una fase en estos pacientes con conflictos específicos y con conflictos internalizados de cierta relevancia y relacionados con las pulsiones sexuales y agresivas, con los cambios corporales y con los cambios de la imagen corporal y de la identidad psicológica. El cuerpo se convierte en perfecto vehículo o instrumento con el que se

expresa la omnipotencia infantil y sirve para aislar, aunque de forma variable los mecanismos psicóticos. Emergerán también defensas bastante fuertes y abandonicas frente a las situaciones de querer y ser querido, es decir frente a la elección del objeto de deseo y de amor. El problema del control de los conflictos se desplaza hacia el control de la bulimia, con el que aparecen fases alternativas de anorexia y bulimia.

Desde una perspectiva psicopatológica se constata una limitación y bloqueo de los afectos, en la que los sentimientos se sustituyen por sensaciones y percepciones. De tal suerte que los aspectos que no se simbolizan en la adolescencia se actúan, en ocasiones en el seno del propio cuerpo.

Jeammet realiza una aportación novedosa, considerando a los TCA con características similares y común a los trastornos adictivos. Los TCA no responden a una estructura de personalidad específica, son sólo conductas adaptativas en torno a la problemática borderline. Por ello la noción de dependencia que se encuentra en la base de los TCA representa el equilibrio psíquico que se asegura por el investimento motor y con la presencia evolutiva del pensamiento operatorio expresa las dificultades de simbolización.

Podríamos comprender dos ejes en la psicopatología de los TCA. Uno sería la relación con las figuras de apego y otro los contenidos narcisistas en tanto aceptación – rechazo del proceso de diferenciación con los otros. Respecto a estos dos ejes Jeammet aporta la diferencia de los mismos que se establecería con la función del autoerotismo y el papel estructurante de los procesos de triangularización edípica, fundamental para diferenciar la relación objetal/ vincular y a los otros. Las conductas y la sintomatología de los TCA es donde se desplazan y condensan en un objeto real los vínculos perdidos; Reemplazando así la completud narcisista.

Será desde esta posición desde la que la transferencia pueda recuperar el daño narcisista y sustituir esa amenaza percibida por el sujeto ante su posible pérdida, pasando de la vinculación simbiótica a lo autónomo necesario para poderse constituir como sujeto.

REFERENCIAS*

Laségue Ch. "De L`anorexie hystérique". Archives Générales de Medicine.

Freud. S. *Estudios sobre la histeria (1895) ; Historiales clínicos. O.C. Biblioteca nueva. Tomo I, Pág. 55.*

Freud.S. "*Estudios sobre la histeria, Epicrisis*". O.C. Tomo I. Biblioteca nueva, (pág78-80).

Freud,S. O.C. Tomo I. Biblioteca nueva. (pág 1003-1004).

Lacan J. Seminario sobre la relación de objeto, Mayo 1957.

Pedreira Massa JL. "Los trastornos de la conducta alimentaria. Visión desde la psicopatología del desarrollo". Josep Tomás Ed. Ed Leartes. Cuadernos de Paidopsiquiatría, Enero 1999.

Lacan J. "Función y campo de la palabra y de la lengua." *Ècrits*, París, Seuil, 1966,p278.

Lacan.J. "d'une question preliminaire au traitement de la psychose". *Ècrits*, París, Seuil, 1966.

Jacob F. *Le jeu des possibles: essai sur la diversité du survivant*, París, Fayard, 1981, p.126.

Abraham, K. *Oeuvres complètes, Tomos I y II, París, Payot, 1965.*

Binswanger, L. (1977). *"El caso de Ellen West. Estudio antropológico- clínico"*, En existencia, Madrid, Gredos.

Bruch, H. *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within. New York: Basic Books, 1973.*

Segal Hanna. *Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós, Psicología profunda.*

Fenichel, O. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Trad.esp.Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.*

Russell, F.M. (1979). "Bulimia nervosa: an ominous variant of Anorexia Nervosa", *Psychol. Med*, 9, págs. 429-448.

Hsu, L.K. (1990). *Eating Disorders*, The Guilford Press, N.York. Galeno.

Gordon, R. *Anorexia y Bulimia. Anatomía de una epidemia social*, Barcelona, Ariel.1994.

Laurece Igoín. *La bulimia y su infortunio. Ed. Akal.1986.*

Si desea ver el documento con las referencias correspondientes puede hacerlo en su [formato original](#), para ello se requiere Microsoft Word.

Como citar esta conferencia:

Martín, O. **APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.** Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 34-CI-F: [51 pantallas]. Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_f.htm

* La fecha de la cita [citado...] será la del día que se haya visualizado este artículo.