

ANOREXIA NERVIOSA:  
LO QUE OCULTA DETRÁS DE UNA MÁSCARA

AUTOR: Dr. Fernando Alonso

## RESUMEN

*La Anorexia Nerviosa (AN) es uno de los nombres propios que toma el malestar en nuestro tiempo. A pesar de que se la considera como una enfermedad de nuestra época, esta sintomatología asociada a la anorexia es un fenómeno extremadamente complejo y muy antiguo. Resulta necesario pensar estas patologías, estas formas de presentación de un sufrimiento psíquico, en el contexto de los valores y contradicciones que sustenta nuestra cultura actual, pero no como entidades psicopatológicas o enfermedades en sí mismas sino en su condición de síntomas como una máscara que oculta tras de sí un profundo y complejo problema psíquico.*

*La AN, junto a los nuevos síntomas modernos (toxicomanía, bulimia, obesidad, etc.), son formas de esconder un sufrimiento psíquico por las dificultades que el niño o niña padecen ante el embate de la realidad que le significa transcurrir la pubertad.*

*El psicoanálisis permite concebir a la AN como manifestaciones sintomáticas de ciertas perturbaciones en los vínculos sociales y en la relación con el propio cuerpo. La propuesta terapéutica es sostener una clínica centrada en la escucha, y posibilitar así el pasaje de una boca forzada a comer o a resignarse, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto.*

**Palabras Clave:** Anorexia Nerviosa, adolescencia, diagnóstico, causas, psicoanálisis

## Abstract

*Anorexia Nervosa (AN) is one of the terms used to describe the eating disorder of the present times. Although it is regarded as the disease of the present times, anorexia is an extremely complex and old condition. It is necessary to put these conditions, these manifestations of psychological grief, within a context of values and contradictions that set the basis for our present culture, not as a psychopathological disorder or a disease per se but rather as symptoms that act as a mask to hide a deeply enrooted and complicated psychological problem.*

*AN together with the new and current symptoms (drug addiction, bulimia, obesity, etc) are ways of hiding a psychological grief because of the difficulties that the child endures when facing the reality of living through puberty.*

*Psychoanalysis allows to regard AN as symptomatic manifestations of certain disorders in social bonds and in relation to our own body. The treatment approach would be to focus on listening and thereby enabling the passage from a mouth forced to eat or surrender to a mouth ready to put words to the subject's grief.*

**Words Key:** Nervous Anorexy, adolescence, diagnosis, causes, psychoanalysis

## INTRODUCCIÓN

La “Anorexia”, tanto como la “Bulimia” y la “Obesidad” son algunos de los nombres propios que toma el malestar en nuestro tiempo. Cada vez más nuestros consultorios son visitados por adolescentes que encuentran con esta “máscara”, este semblante, una forma de nombrar su sufrimiento.

A pesar de su carácter epidémico en la actualidad, de ningún modo representan una conflictiva exclusiva de nuestro tiempo. Estas patologías tienen su historia, que puede remontarse a la Edad Media (Antígona, Sissi, Santa Catalina, etc.). En una mirada hacia atrás, se puede vislumbrar antiguas descripciones que intentaban dar forma a estas peculiares maneras de malestar. Se consideraban en su inicio prácticas alimentarias ligadas al ámbito religioso, en su modalidad de ayuno y pecado.

Los psiquiatras del siglo XIX describieron la anorexia como una enfermedad, como una forma de histeria: chicas jóvenes, de clase media o alta que teniendo todo para estar bien eran inmaduras, caprichosas, mentirosas, perversas. Como no existía la moda de la delgadez, la causa era la fragilidad femenina influenciada por la lectura de folletines románticos que la debilitaban o pervertían. Los psiquiatras sabían la causa de antemano, y no les importaba escuchar. La solución era internarlas para forzarlas a comer. Habían heredado su saber de la Iglesia, que desde la Edad Media conocía bien el tema de las santas y las brujas que no comían porque estaban en trato directo con Dios o con el Diablo.

Los primeros relatos sobre AN, describían incansables intentos por alcanzar una pérdida de peso a través de una dieta de hambre autoimpuesta, con manifestaciones de diversos síntomas clínicos: amenorrea, constipación, hiperactividad. Era la búsqueda de la delgadez extrema, llegando al hueso, a la muerte.

Su contraparte la Bulimia Nerviosa (BN), que deriva etimológicamente de “hambre de buey”, mostraba un sujeto que se entregaba con voracidad y glotonería a la comida y a otras actividades en exceso como las orgías.

Como vemos, a pesar de que se la considera como una enfermedad de nuestra época producida por la persecución a ultranza de ideales de nuestro siglo (la delgadez como icono de la belleza), esta sintomatología asociada a la anorexia es un fenómeno extremadamente complejo y con mucha historia.

Resulta necesario pensar estas patologías, estas formas de presentación de un sufrimiento psíquico, en el contexto de los valores y contradicciones que sustenta nuestra cultura actual, pero no como entidades psicopatológicas o enfermedades en sí mismas sino en su condición de síntomas como una máscara que oculta tras de sí un profundo y complejo problema psíquico.

## DIAGNÓSTICO

Si recurrimos los criterios diagnósticos actualmente utilizados para diagnosticar enfermedades, sean los del DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría como los de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud vemos que no es tan difícil diagnosticar una Anorexia Nerviosa.

## CRITERIOS DSM-IV TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE AN

**A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

**B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

**C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

**D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)

*Especificar el tipo:*

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

### **CRITERIOS DEL CIE -10 PARA AN**

A. Pérdida de peso significativa (IMC inferior a 17,5).

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- Evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes:
- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida del interés y de la potencia sexual.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene.

En resumidas cuentas, la AN según estos criterios médicos es un trastorno caracterizado por:

- la preocupación por el peso corporal y la comida
- una conducta dirigida hacia la pérdida de peso
- patrones peculiares de manipulación de la comida
- pérdida de peso
- miedo intenso a ganar peso
- distorsión de la imagen corporal
- amenorrea

Sin embargo, debemos tener en cuenta que no hay síntoma, angustia o problema psíquico que no afecte la función alimentaria en forma secundaria, de la misma manera que muchas enfermedades biológicas de diferente índole se acompañan con algún grado de inapetencia. Esto genera mucha confusión sobrediagnosticando o mal dignosticando niñas que en realidad tienen otro tipo de problemas, o tal vez ninguno.

Por ejemplo una niña con diabetes o enfermedad celíaca puede tener bajo peso, vómitos, inapetencia, decaimiento que pueden confundir el diagnóstico. También vemos muy frecuentemente la confusión con otros trastornos de la conducta alimentaria o a veces niñas sanas que constitucionalmente sus medidas no se ajustan a las que las estrictas tablas dicen que debería tener.

Se ha difundido masivamente el uso del Índice de Masa Corporal de Quetelet que se calcula según la altura y el peso del paciente (Peso en Kg sobre la altura en metros al cuadrado). Si la cifra que resulta de cálculo está por debajo de lo esperable (18 Kg/m<sup>2</sup>), la niña es bajo peso, por lo tanto "anoréxica". Nada más errado que eso, ya que muchas niñas por causas constitucionales (genéticas, familiares) son normales a pesar de tener un IMC bajo. Estos valores límites son solo una ayuda para el clínico ya que no se puede aplicar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinada sino que se debe también considerar su constitución física y su historia de peso previa.

Por momentos da la impresión que hablamos de una etiqueta y no de una persona que puede sufrir por múltiples causas que hay que delimitar para poder ayudarlo. Tendemos a la uniformidad con la consiguiente aplicación automática de medidas terapéuticas estandarizadas que a veces producen más perjuicio que beneficio, con la consiguiente falta de comprensión psicopatológica de cada individuo, de cada caso individual, cuyo enigma es fundamental analizar en particular.

## **FRECUENCIA**

Si bien se supone que esta patología es muy frecuente y está en aumento los estudios de incidencia fiables son prácticamente inexistentes. La prevalencia de la anorexia nerviosa se estima en el 0,5 -3,7 %, presentando un incremento continuo. Se ve 10 veces más en mujeres que en hombres y la edad de comienzo va de los 12 a los 18 años, aunque cada vez aparecen más casos a edades más tempranas como más tardías.

## CUADRO CLÍNICO

La típica niña anoréxica es una paciente de alto riesgo. Es una niña que consume pocos alimentos y de mala calidad, que se autoprovoque vómitos constantemente, que habitualmente consume diuréticos, anfetaminas o laxantes, que vive para la comida y por ella, que ha decidido no comer o que ha concluido que una salida posible es el suicidio.

Pero debemos tener en cuenta que aunque muchas veces estas entidades clínicas no presentan todo este cuadro florido, siempre se trata de un problema grave por el riesgo de las complicaciones físicas y por el tremendo sufrimiento psíquico que estas niñas padecen.

Tienen por lo general una modalidad comportamental muy peculiar que engloba toda la vida de la paciente. Esta se halla totalmente alterada, las actividades que realiza suelen ser interrumpidas bruscamente por la emergencia de la crisis.

Comienzan a llevar una vida dual: por un lado mantienen lazos sociales habituales y por otro viven su “adicción” en secreto y en silencio porque sienten que establecen una relación morbosa con la comida que es necesario ocultar.

De modo general, la presentación clínica de las niñas con diagnóstico de Anorexia Nerviosa gira en torno a síntomas típicos y un discurso muy particular:

En cuanto a la sintomatología: La pérdida de peso y el rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para su edad y su talla es lo más característico en este trastorno. Expresan un intenso miedo a ganar peso, tienden a pensar en temas relacionados con la comida y se preocupan irracionalmente por la obesidad. Sienten miedo a ganar peso incluso ante una caquexia creciente, y por lo general llegan a mostrar desinterés e incluso resistencia al tratamiento.

Niegan sus síntomas, que son claramente observables.

Presentan una alteración de la percepción de su peso y de su silueta corporal.

Se miran con frecuencia al espejo para asegurarse de que están delgados y expresan incesante preocupación por verse gordos y sentirse fofos.

Suelen esconder alimentos ricos en carbohidratos y acumulan grandes cantidades de dulces, que llevan en sus bolsillos y en sus bolsos.

A menudo intentan deshacerse subrepticamente de la comida para evitar ingerirla.

Coleccionar recetas y preparar platos elaborados para sus familias son conductas que reflejan su preocupación por la comida.

Los pacientes pierden peso mediante la reducción drástica de la cantidad total de alimentos ingeridos y disminuyendo de manera desproporcionada el consumo de comidas ricas en carbohidratos y grasas.

Algunas personas anoréxicas llevan a cabo rigurosos programas de ejercicio, mientras que otras procuran simplemente estar todo el tiempo tan activas como puedan.

En niñas que ya tuvieron su primer menstruación es frecuente la amenorrea, en prepúberes se retrasa la menarca. No manifiestan curiosidad por el sexo opuesto, ni aparecen interrogantes sobre su sexualidad.

Al escucharlas hablar parecen expertas en temas referidos a la alimentación y a los cuidados del cuerpo, y construyen una serie de creencias que intentan desesperadamente sostener a toda costa y a cualquier costo...

Tienen además una tendencia a manipular el entorno y a engañar a sus propios familiares y amigas acentuándose conforme avanza la enfermedad. Mantienen un ritual,

que desconocen los familiares con los que conviven o con su complicidad, y es como si de eso la familia nada supiera.

Están atrapadas en una trama discursiva de la dinámica familiar, y es en este punto donde se hallan aprisionadas. Son palabras de mandato las que gobiernan su vida, y de ello nada saben.

Estas familias muestran negación (no ven lo evidente) o protección del síntoma (cuando madure se le va a pasar).

## COMPLICACIONES

**Psico-Sociales:** hay un deterioro de la vida social, laboral y personal de los pacientes y un deterioro de la vida familiar. Las comorbilidades psiquiátricas, trastornos del ánimo incluidas las distimias, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la personalidad y adicciones, son extremadamente frecuentes en este tipo de pacientes. A veces, luego de terapias prolongadas, se develan antecedentes de abuso sexual e incesto en el pasado.

**Somáticas:** la anorexia acarrea una **mortalidad** a corto plazo relativamente baja, 1 a 5 %, pero a largo plazo, a los 20 años, puede llegar hasta el 20%. Las causas son inanición, muerte súbita por causa cardíaca, mediastinitis, ruptura gástrica. El suicidio es responsable de la mitad de muertes por anorexia nerviosa . Se considera que existen una serie de factores de mal pronóstico: Larga evolución resistente al tratamiento, mayor edad de comienzo, bajo peso al comienzo de la enfermedad, alteración de la personalidad, relaciones familiares conflictivas, dificultades sociales, pacientes casadas. En cuanto a las complicaciones somáticas propiamente dichas pueden ser **Cardiovasculares** (Bradycardia e hipotensión. Adelgazamiento de la pared cardíaca. Arritmias. Prolapso de la válvula mitral), **Gastrointestinales** (Flatulencia. Estreñimiento. Dolores abdominales. Diarreas. Dilatación duodenal e íleo paralítico. Dilatación aguda del estómago y perforaciones gástricas). **Renales** (Elevación de la creatinina plasmática. Tasa de filtración glomerular disminuida. Uremia prerrenal. Cálculos renales. Hiperaldosteronismo secundario). **Hematológicas** (Anemia. Trombocitopenia moderada. Leucopenia. Alteración de los sistemas inmunitarios) **Endocrinas y metabólicas** (Amenorrea primaria o secundaria. Hipotermia y sensibilidad aumentada al frío. Piel seca. Disminución del metabolismo basal. Aumento del cortisol. Hiper corticismo. Alteración del metabolismo hidrocarbonado con intolerancia a la sobrecarga de glucosa. Alteración hormona del crecimiento). **Otros** (Hiper carotinemia. Hipercolesterolemia. Hipoprotobinemia. Hipoalbuminemia. Deficiencias de zinc. Osteoporosis. Caries dentales (si vómitos).

## CAUSAS

¿Porqué estas niñas deciden no comer? La etiología o causas que la producen, hoy por hoy, es desconocida.

**Biológicas:** La búsqueda de un origen biológico hasta hoy ha sido infructuosa: Existen algunos hallazgos que hacen pensar en que la genética tenga algo que ver en la



presentación de la anorexia. Sin embargo los datos insuficientes. La frecuencia aumentada entre gemelos y familiares cosanguíneos se explicaría mas por el complejo entramado de la dinámica familiar que por los cromosomas. El primer argumento se refiere a que la incidencia de anorexia en hermanos de pacientes con éste trastorno es aproximadamente del 3.1 - 6,6 %, aunque este dato no es significativo. Un segundo argumento se sostiene a través de los estudios gemelares: la concordancia es del 46 - 75% en gemelos monovitelinos y sólo del 0 - 11% en los dizigóticos. Si bien estos datos no son concluyentes, se han utilizado argumentos de disposición o vulnerabilidad genética, aunque habría que especificar si se trata de una vulnerabilidad específica, algo muy difícil de aceptar. El hecho de que se encuentre una amplia asociación entre trastornos de ansiedad y afectivos en familiares, ha dado lugar a que se especule con la posibilidad de una vulnerabilidad genética para este espectro de trastornos psiquiátricos.

Si controvertidos son los genéticos, los factores biológicos no lo son menos. Se ha especulado sobre una disfunción neuroendocrinológica (hipotalámica, hipofisaria, tiroidea, etc.) que se hará evidente en el aumento o disminución de algunas hormonas y neurotransmisores, así como alteraciones morfológicas encontradas en estudios de neuroimágenes. Sin embargo suelen normalizarse conforme se consiguen el peso y un buen estado nutricional, lo que hace sospechar que sería una alteración secundaria a la disminución del peso y no su causa.

**Psicopatológicas:** Las hipótesis del origen psicopatológico de esta problemática muestran un poco de claridad ante tan confuso panorama. Los síntomas remitirían a un complejo entramado de factores individuales, familiares y sociales.

**Factores Socioculturales:** Actualmente se culpa a la moda de ser la causa o factor de riesgo de la anorexia nerviosa. Reconozcamos que hay una idealización de la delgadez y mas aún de la musculación del cuerpo femenino, es mas, a menudo, el inicio de las restricciones alimentarias coincide con un deseo conciente de perder algunos kilos, anhelo reconocido culturalmente legítimo, y con una hiperactividad deportiva, también valorizada.

Ahora bien, las primeras descripciones de la AN fueron hechas en 1873, una época en que el ideal de belleza y la silueta femenina no eran en absoluto la delgadez. Nada confirma nunca en las palabras de las anoréxicas, una vez que la anorexia está instalada, que ellas anhelan estar a la moda. El temor a volver a engordar no es cultural.

Podemos afirmar que quienes anhelan ajustarse a los ideales de la delgadez en nuestra sociedad no son justamente las anoréxicas. Vemos en cambio, a partir de estudios estadísticos, que la mayoría de las mujeres admira la apariencia de las anoréxicas y envidia su capacidad de autocontrol y disciplina. Tal vez podríamos preguntarnos si no fueron las anoréxicas las precursoras de esta moda.

Este ideal de delgadez extrema impone una presión adicional sobre las adolescentes, que pueden sucumbir al tipo de anorexia "histérica" que procura la identificación con el modelo que la sociedad propone.

La adolescente, en plena búsqueda de su identidad encontrará una respuesta a la pregunta ¿qué es ser mujer? "Ser mujer es ser delgada".



Además esta niña estará preocupada por su imagen y la obsesión con la imagen bella, según los patrones de belleza contemporáneos, tiende a borrar ese cuerpo como sexual: es un cuerpo jugado en "hacerse ver", que intenta escapar de las dificultades que el amor y el sexo le plantean: ¿cómo gozar con el cuerpo del semejante?

Este tipo de anorexia, condicionado por este ideal de talles XXS. a menudo combinado o alternado con bulimia y ayunos, aumentó en las últimas décadas. Pero no siempre se instala como síntoma: suele disiparse cuando se resuelven algunas cuestiones de la sexualidad. A lo sumo persiste un miedo a engordar que lleva a adoptar conductas restrictivas, no patológicas, toda la vida.

Existe otra variante de anorexia que no depende de la presión del modelo social. Sería el verdadero cuadro de Anorexia Nerviosa, el que siempre debemos considerar como grave. Se asocia más a la melancolía y surge como un intento fallido de separación de la madre: no comer es un no a la demanda del "otro" materno, en un intento de armar algún deseo propio. El síntoma instalado comanda la vida de ese sujeto.

**Factores Familiares:** El primer espejo que tiene el ser humano es la mirada maternal y el rostro que reenvía esa mirada. Puede ser tanto admirativo, como posesivo. Tanto frío, indiferente, devorante como exterminador.

El segundo es el padre, que se presenta reconfortante o ausente, o bien desinteresado. Se puede pensar que un niño que no se soporta ha sentido, tal vez, que su presencia ha sido mal soportada. Que lo que le ha sido demandado, lo que se esperaba de él, lo perturba o no corresponde a lo que él cree ser.

El niño que desencadena un síntoma anoréxico, es un niño pantalla sobre el cual se han proyectado demasiados deseos parentales.

Ciertos signos hacen tomar conciencia que en el inconsciente se trama algo que busca hacerse escuchar. Siendo el sufrimiento lo que se lleva bajo las manifestaciones aparentes, es pertinente preguntarse lo que ese sufrimiento quiere decir, lo que busca hacer oír a través del grito del cuerpo que se borra.

Digamos que es la encarnación maternal y maternante que está cuestionada por el síntoma. En este sentido el padre también resulta cuestionado ya que no ha podido impedir el "mal tratamiento" y es tan responsable como la madre. Ninguno es culpable, ya que ellos también sufren de sus impedimentos. Pero sí, son responsables.

Si bien sabemos que estas niñas tienen por lo general familias aglutinadas, sobreprotectoras, negadoras y protectoras de la enfermedad, una madre sofocante, incuestionable, llena de sentido, siempre pendiente de que "no le falte nada a su nena", un padre extremadamente cariñoso y comprensivo, que le cuesta ocupar su rol de autoridad, con una palabra descalificada, estudios más precisos no pueden sino constatar la heterogenicidad de las familias de las anoréxicas, mas allá de la imagen estereotipada que se da habitualmente.

**Factores Individuales:** Algunas niñas que vemos tienen dificultades en el proceso de separación-individuación y el lugar que esta niña ha venido a ocupar en el deseo de sus padres.

En otros casos la anorexia tiene el efecto de frenar la evolución sexual de la mujer, eliminando a la vez las formas nacientes del cuerpo y la menstruación. Constituye una solución al dilema de sentirse mujer y enfrentar el enigma que le plantea la pubertad.

No pocas veces atendemos niñas que buscan conservar un cuerpo masculino para ocupar el lugar de un hermano varón o de satisfacer el deseo de los padres que no pudieran tener un hijo del sexo masculino.

Por fin, no debemos olvidar la búsqueda del deseo, taponado todo el tiempo por madre y/ familiares que “asfixian” a la niña dándole de todo, confundiendo necesidad fisiológica con necesidad de amor.

A la vez se podría hablar aquí de diferentes conceptos psicoanalíticos como Necesidad, Deseo y Demanda, la nada como objeto oral, la posición del sujeto frente al deseo del Otro, etc. pero desde ya exceden este trabajo.

No cabe duda que cada niña que padece un cuadro de Anorexia Nerviosa esconde un conflicto psíquico muy particular, que habrá que abordar en forma individual, se tratará de un problema del caso por caso.

## CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS

La cría humana al nacer se encuentra en un estado de desamparo inicial que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de otro. Otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y grito para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero este Otro es un ser parlante, está inserto en un sistema simbólico y obligará al *infans* a expresar en significantes sus necesidades.

La distinción de necesidad, demanda y deseo es particularmente operativa:

Según Freud, *necesidad* es la acumulación de estímulos endógenos que provocan una tensión que el organismo siente como dislocada. Estas alteraciones internas desencadenan una serie de acciones específicas (llantos, gritos y descargas motoras), que adquieren una función comunicativa generando en las personas que lo auxilian conductas complementarias destinadas a cancelar esta excitación dolorosa.

Esta decodificación que hará la madre del pedido (Necesidad) del niño se llama Demanda. Ahora bien, orden biológico y orden simbólico no son homologables, no toda necesidad puede ser transformada en demanda.

En esta hiancia abierta entre demanda y necesidad se ubicará el Deseo, margen de la no satisfacción. Por este atravesamiento del orden significante en la cría humana, las funciones biológicas serán conmovidas.

Quien decidirá sobre el sentido de la demanda es aquel que la sanciona como mensaje, el Otro. Será este Otro, la madre quien interpretará las necesidades del *infans*, y ella le pondrá nombre a sus demandas.

Existen dos modalidades de demanda, una la que pide una cosa concreta: la satisfacción fisiológica. Otra, es demanda de amor, que apela a la incondicionalidad del Otro, es demanda de nada.

Pero resulta que por estar inserto en lo Simbólico, por ser parlante, la madre también está afectada por una falta y solo puede dar lo que no tiene.

Se puede hablar entonces de dos Otros: el Otro de los bienes, el que satisface las necesidades biológicas y el Otro del amor, el que da lo que no tiene, el que ofrece su falta. Este último será el que permita al niño en la dialéctica del deseo.

Lacan opina que “se trata de comprender a la anorexia mental como: no que el niño no come, sino que come nada”. La niña anorexica ha sido colmada por su madre a nivel de las necesidades fisiológicas (a veces incluso antes que se exprese la necesidad) de tal forma que se confunde demanda con necesidad. Entonces se vuelve “vital” comer nada para mantener viva la dimensión del deseo.

¿qué ocurre en la anoréxica en relación al deseo de la madre?

La niña se transforma en el objeto imaginario capaz de suturar la falta-en-ser de la madre. La anoréxica, prisionera de la estructura narcisista de su madre es degradada a ser el único objeto de deseo materno. Así será atiborrada con una papilla sofocante desde niña, siempre pendiente de que “no le fale nada”, no le permitirá a su hija a emitir grito, llamado, pedido librandola de los avatares de confusión entre necesidad, demanda y deseo.

La anoréxica ante estos embrollos desplegará su estrategia: come nada para no ser comida por su madre. La falta de palabras se expresará en el cuerpo. La anoréxica se resiste a la completud del Otro, lo pone a escoger algo mas que no sea ella.

Es necesario ver en esta elección de comer nada, más un programa para sobrevivir y una estrategia de resistencia al sufrimiento que una auténtica voluntad de morir.

Suele suceder que algunos niños huérfanos sean anoréxicos. Estos casos nos demuestran que no es la madre, en tanto persona que es atacada por el rechazo de los alimentos, sino la vida que a través de ella se transmite, pero que no llega a destino. Esta falla en la transmisión de la función materna, atenta contra la integridad del niño, además traba su desarrollo y la adquisición de su autonomía.

Digamos que es la encarnación maternal y maternante que está cuestionada por el síntoma. En este sentido el padre también resulta cuestionado ya que no ha podido impedir el “mal tratamiento” y es tan responsable como la madre. Ninguno es culpable, ya que ellos también sufren de sus impedimentos. Pero sí, son responsables.

## TRATAMIENTO

Una paciente que consume una dieta pobre cuali y cuantitativa, que se autoprovoque vómitos, que ha hecho de los diuréticos y/o laxantes una ingesta habitual, que vive para la comida y por ella, que ha decidido no comer o que ha concluido que una salida posible es el suicidio, es un paciente de alto riesgo. Por ello la necesidad de una atención especializada es imperiosa.

Actualmente hay consenso acerca de la necesidad de un equipo multidisciplinario para ofrecer la mejor posibilidad de recuperación.

Si bien el origen del problema sería eminentemente un padecimiento de origen psíquico, necesitamos un paciente entero para abordarlo psicoterapeuticamente.

La rehabilitación nutricional es esencial y el tratamiento de las complicaciones médicas debe ser atendido con prontitud.

No hay ninguna medicación específica que haya demostrado en forma general su utilidad en los síntomas primarios de la anorexia nerviosa. El uso de psicofármacos está limitado a algunas comorbilidades; suelen indicarse ante síntomas psicológicos asociados con mucha precaución y una cuidadosa evaluación del estado clínico.

Todavía se debate el tratamiento psicoterapéutico óptimo.

La propuesta del psicoanálisis es sostener una clínica centrada en la escucha, y posibilitar así el pasaje de una boca forzada a comer o a resignarse, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto.

En las entrevistas preliminares el psiquiatra forma parte en la mayoría de los casos de una tríada “niño-padres-médico”, todos implicados en una trama de discurso, en donde puede darse la posibilidad, a partir de la circulación de la verdad, de que se construya un nuevo saber, y en varios casos, la posibilidad de que este continúe en un

tratamiento psicoanalítico. En otros, que dicha trama encauzada ubique efectos terapéuticos y se produzca una detención.

La posición del médico implica un saber hacer con esta herramienta, la palabra, tanto en sus posibilidades como en su límite. Como psicoanalistas nunca podremos prescindir del tiempo de comprender. Si el paciente o su familia no aceptan ese tiempo imprescindible para sustraerse al instante de la mirada mediática o multidisciplinaria sobre la anorexia, es que el paciente se equivocó de dirección. Lo esencial es que nosotros hagamos lo posible para no equivocarnos de paciente.

El psicoanálisis nos permite concebirlas como manifestaciones sintomáticas de ciertas perturbaciones en los vínculos sociales y en la relación con el propio cuerpo. Por ello, no se trata simplemente de una mera rectificación o imposición de pautas de alimentación, sino de abrir un ámbito en el que quienes las padecen accedan a la posibilidad de hablar y ser escuchados.

## **CONCLUSIÓN**

Resumiendo, la AN más que un cuadro clínico independiente se trataría de un síntoma, de un llamado de atención, de una máscara que oculta un sufrimiento en una niña que está tramitando uno de los momentos más difíciles de su vida: la pubertad, y la decisión de no comer resultaría en muchos casos solidaria al horror de saber, del rechazo neurótico frente al saber acerca de la castración, del “no todo”. Es un momento que la niña vive como de peligro real, traumático, el enfrentarse a una vida nueva, con un cuerpo nuevo y una relación con el mundo que para ella es un enigma.

Convengamos que “Todo se juega en los primeros 5 años de la vida” es una expresión muy conocida no del todo falsa. Durante el transcurrir de la infancia el niño o niña va teniendo un sin número de vivencias particulares, haciendo cierto número de elecciones que van organizando su identidad pero no de manera definitiva, y estas son reactualizadas en la adolescencia. Son las elecciones de objeto de amor y las elecciones de posición en cuanto al otro, la elección del síntoma como modo de respuesta a una situación particular.

Ahora bien, ¿cuál es, o qué es este real de la pubertad? Podríamos decir un empuje hormonal, pero el empuje hormonal en la medida en que está marcado por el lenguaje, no es entonces el empuje biológico.

Los adolescentes que comienzan a pensar en las chicas, que seguramente está todo el empuje hormonal que se quiera pero ellos no pensarían sin el despertar de sus sueños, es decir no pensarían sin sus sueños, sus conversaciones, sus charlas en donde aparecen todas estas cuestiones que son las que los emocionan.

Pero lo real de la pubertad también es la aparición de los caracteres sexuales, incluso aquellos que se llaman secundarios, es decir, la modificación de la imagen del cuerpo.

Entonces, es en estos dos planos -el del cuerpo como objeto pulsional y el del cuerpo como imagen- que la pubertad viene a trastocar, a conmover al sujeto.

La pubertad es un momento de metamorfosis y de transformaciones. Es un momento de despertar del sueño de la niñez en forma traumática o brusca, pues se enfrenta al otro sexo y al no saber que hacer con él. Se modifica la imagen del cuerpo, ya no es un niño pero tampoco un adulto, se modifican las relaciones sociales. ¿quién soy? ¿qué es ser mujer? ¿qué quieren los otros de mí? ¿cuál es mi deseo? Son algunas de las preguntas que ya no pueden ser resueltas por sus padres.

El niño deberá encontrarle a su “Yo”, su identidad, otra forma distinta a la que sus padres depositaron en él cuando era niño. Por ello es necesario que se oriente por el Ideal, que necesariamente está fuera de él y, es decir, en el Otro.

¿Qué quiere decir constituirse un Ideal del Yo? Es poder hacer una nueva elección de vida: la pasión por estudiar tal cosa, orientarse en una profesión, ponerse al servicio de otros mediante en trabajo, querer construir una familia, etc.

Esta elección, que no siempre coincide con el deseo del grupo familiar originario, funda un nuevo deseo, produce una satisfacción particular: El niño ser “Pedro o Luis” o niña “María o Juana”, encuentran su lugar en el mundo. Cuando esta búsqueda falla, algunas niñas encuentran un nuevo nombre: “Soy Anoréxica”, “Soy drogadicto”, “Soy fóbico”

No nos tenemos que olvidar que este punto Ideal del Yo, está orientado por la función paterna, está orientado por el padre. El problema que tenemos en el mundo actual es que hoy en día esa función del padre aparece más degradada que antes. No es tanto que el padre falle más que antes, es que la función paterna en el mundo está tocada. En esta época la autoridad desaparece y no tienen peso las identificaciones fundamentales.

El individuo cree que está liberado de cualquier prohibición, su búsqueda será la de una satisfacción sin límites. Esto deshumaniza al niño o la niña, lo aleja de los lazos sociales que la cultura creó con estabilizadores emocionales, la propuesta actual será entonces “mejor estar solo”. Se pone en valor los objetos sobre los sujetos, el tener sobre el ser, la satisfacción pulsional por sobre los ideales.

En este marco cada adolescente tendrá que inventar una respuesta al encuentro con su pubertad, cuando esta búsqueda falla aparecen los síntomas como señal del sufrimiento, y los síntomas toman elementos del medio socio cultural, se inscriben en la época y se alimentan de creencias. Lo que evoluciona es la envoltura formal del síntoma, es decir, los semblantes, los significantes que evolucionan en el contexto cultural, el conflicto psíquico en sí es siempre el mismo. Aquí la anorexia y la bulimia, como también los ataques de pánico, la depresión, la tristeza, el hastío, las drogas, la violencia son formas actuales de enfrentar este problema, este sufrimiento. Son síntomas fuera de sentido que parecerían extenderse a la vida entera del sujeto como una forma, un modo de goce organizado por el sujeto. Entonces podemos decir que la *Adolescencia* es una forma de salida normal de la pubertad. La AN, junto a los nuevos síntomas modernos, son formas de esconder un sufrimiento psíquico por las dificultades que el niño o niña padecen ante el embate de la realidad.

El psicoanálisis permite concebir a la AN como manifestaciones sintomáticas de ciertas perturbaciones en los vínculos sociales y en la relación con el propio cuerpo. La propuesta terapéutica es sostener una clínica centrada en la escucha, y posibilitar así el pasaje de una boca forzada a comer o a resignarse, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberro N. “Avatares de la función materna en el niño anoréxico” [www.elsigma.com](http://www.elsigma.com).29-11-2006 -
- Basile, H. Curso virtual de Psicología y Psicopatología del Niño, el Adolescente y su Familia. Clase 3: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Obesidad. APSA. Buenos Aires, 2006.
- Clasificación Internacional de Enfermedades.( 1992) CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. OMS. Ginebra.
- Facchini, M. “La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?” Arch.argent.pediatr 2006; 104 (4):345-350.
- Fendrik, S. (1997). Santa Anorexia, viaje al país del nunca comer. Buenos Aires: Corregidor
- Freud, S. (1997). Proyecto de Psicología. En Lopez Ballesteros (Ed.& trad.). Obras Completas (ed. Rev, VolIII, pp.209-256)
- Frieder, P. (2006) Abordajes farmacológicos actuales en el tratamiento de trastornos de la alimentación. Psicofarmacología Psicodinámica IV, de Moizeszowicz, J. Buenos Aires: Fundopsi.
- Giraldi, G. (2004) El niño en la Encrucijada. Rosario: Homo Sapiens Ed.
- Grau Martinez & Meneguello.(2000). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia (pp.284-306). Buenos Aires: Ed.Panamericana.
- Hekier, M., & Miller, C. (1994/2001) Anorexia-Bulimia: deseo de nada (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J.(1987) El Seminario. Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós,
- Laserre, A. (2006) Consideraciones sobre la práctica. Psicoanálisis con Niños. Buenos Aires: Serie Praxia, Grama Ed.
- Lenoir, M & Silber. (2006) T. Anorexia Nerviosa en Niños y adolescentes (parte 1) Arch.argent.pediatr 2006; 104 (3):253-260
- Lenoir, M & Silber, T. Anorexia Nerviosa en Niños y adolescentes (parte 2) Arch.argent.pediatr 2006; 104 (4):338-344



Manuel Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM IV TR. (2000) Ed.Mason.

Miller, JA.(1983) Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma. Buenos Aires: Ed.Fundación Campo Freudiano en Buenos Aires.

- Yosifides, A. (2006). Bulimia y Anorexia. Clínica de los trastornos alimentarios. Córdoba: Ed.Brujas.
- 
- Trobas G.(2003) Tres respuestas del sujeto ante la angustia: Inhibición, pasaje al acto y acting out. *Logos I*. Nel Miami. Buenos Aires: Grama Ediciones,

### **DATOS DEL AUTOR:**

Dr. Fernando Alonso

Domicilio postall: Colón 80 1er piso  
San Nicolás - CP 2900 (Buenos Aires)  
Teléfono particular: 03461-454163  
Teléfono celular: 03461-15566268  
E-mail: [alonsocardini@arnet.com.ar](mailto:alonsocardini@arnet.com.ar)

- Título de Médico 1983 (UNR).
- Título de Médico Pediatra 1987 (Sociedad Argentina de Pediatría).
- Título de Especialista en Clínica Pediátrica 1990 (Colegio de Médicos de la Pcia. de Buenos Aires Distrito IV).
- Certificación como Médico Pediatra 1993(Academia Nacional De Medicina).
- Título de Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil 2004 (Colegio Médico de Santa Fé Segunda Circunscripción)
- Título de Especialista en Psiquiatría y Psicología Pediátrica 2004 (Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Dto VI).
- Responsable del Comité de Salud Mental y Familia de la Sociedad Argentina de Pediatría Regional Norte de la Pcia. de Buenos Aires.
- Responsable del Área Psiquiatría Infanto Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Rosario.