

# **Trastornos Severos de la Alimentación**

## **Anorexia Nerviosa & Bulimia**

**Dra. Cristina M. de Bagattini\***

**Montevideo, 1998**

*Psiquiatra de niños y adolescentes  
Miembro Titular de la asociación Psicoanalítica del Uruguay  
Atilio Narancio 3117 Montevideo*

"Estas adolescentes son sensibles al interés que uno les ponga y el efecto de un método es tributario de la forma que ella (la Anorexia) está investida por el terapeuta que lo aplica. Es frecuente constatar los buenos resultados sintomáticos iniciales obtenidos por todo nuevo método y, lo contrario, cuando la aplicación de un método se vuelve rutinaria".

"La anorexia constituye un buen ejemplo de la importancia esencial del trabajo en equipo y de la alianza terapéutica entre todos los que intervienen". \*\*

P. JEAMMET \* 1994

*\*Consultante de Clínica Uno en Trastornos Alimentarios*

## Introducción

Los primeros relatos de Trastornos alimentarios severos se refieren a cuadros de Anorexia Nerviosa y se remontan a la Edad Media. La mayoría de los casos citados por Rausch y Bay<sup>(35)</sup>, tenían relación con abstinencias alimentarias místicas.

En 1694 R. Morton, citado por las mismas autoras, hizo la primera descripción clínica de lo que posteriormente se llamaría Anorexia Nerviosa.

En 1874 William Gull<sup>(17)</sup> le dio el nombre de Anorexia Nerviosa a lo que, en realidad, era (como actualmente) una dieta de hambre que se imponía la propia paciente.

En 1872 Lasègue<sup>(29)</sup> describió el cuadro como Anorexia Histórica. Realiza la primera descripción clínica, destacando las dificultades que tienen las pacientes para verse como realmente son, es decir, la distorsión de la imagen corporal.

***La Anorexia entra desde ese momento, y en forma indiscutible, al campo de lo psíquico.***

En los últimos 50 años (conjuntamente con la Bulimia) comienza a tener su propia organización clínica y psicopatológica en las que se incluyen los aspectos psicológicos y biológicos de la enfermedad.

Es de destacar, como señalan Rausch y Bay<sup>(35)</sup> que, aún hoy”: la naturaleza misma de estos trastornos, en el sentido de carecer de una etiología conocida con precisión, tiene el beneficio de desterrar el dogmatismo”.

Actualmente se acepta, luego de muchísimas publicaciones sobre conceptos clínicos<sup>(12,33,34,35,38,41,47)</sup> psicopatológicos<sup>(1,3,6,7,9,10,13,14,18,21,23,24,31,35,39,44,46)</sup>, de tratamiento y seguimiento de estas pacientes<sup>(11,15,20,22,24,28,35,36,37,40)</sup>, entre los que se destacan los de Hilde Bruch<sup>(5,6,7,8)</sup> y P. Jeammet<sup>(20,21,22,23,24,25)</sup> que, los trastornos alimentarios severos y sus manifestaciones clínicas son el resultado de la suma de múltiples factores (los diferentes marcos teóricos pondrán el acento en distintos aspectos de estos múltiples factores); algunos de ellos predisponen al cuadro, y otros factores oprimen el gatillo que desencadena todos los síntomas.

Los trabajos de Hilde Bruch (que se extendieron por más de 30 años) destacan el trastorno de la Imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales de estas pacientes. Señaló también que no todas las formas de desnutrición pueden catalogarse de anorexia nerviosa, diferenciando las formas relacionadas a la Depresión, la

Esquizofrenia, y ciertos procesos somáticos. Puntualizó que el hambre genera cambios psicológicos y fisiológicos siendo así que gran parte de las conductas anoréxicas se deben a la inanición. Las experiencias hechas posteriormente por Keys y col.(Citados por Rausch)<sup>(35)</sup> en la Universidad de Minnessota , estudiando el Síndrome de Inanición confirman lo que esta autora plantea. Mostraron que los individuos sometidos a una dieta de hambre en presencia de comida presentaban los siguientes síntomas: irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. Rausch y Bay<sup>(35)</sup> señalan que se mantienen como propios de la Enfermedad Alimentaria y no como consecuencia de la inanición: el miedo ante la comida y el peso, la hiperactividad, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre.

En los últimos 20 años he asistido en nuestro país a un aumento ostensible de estos trastornos. ¿Cuál es la importancia de los factores culturales, sociales y familiares en el desencadenamiento de este Síndrome?. ¿La sociedad tiene el poder de enfermar de Anorexia y/o Bulimia a jóvenes normales? ¿Estas patologías se asocian con fallas precoces en el desarrollo del psiquismo o solo se asocian a un ideal femenino de delgadez?.

Comencé mi trabajo con estas pacientes porque me encontré subyugada por las pacientes portadoras de cuadros anoréxicos graves, por el misterio que ellas parecían transmitir y el desafío que significaban. A lo largo de estos años se fueron agregando pacientes con cuadros de Bulimia y con cuadros mixtos.

A medida que he ido avanzando en el manejo de los Trastornos Alimentarios, he confirmado que la Anorexia Nerviosa y la Bulimia (definidas en su perfil clínico en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales D.S.M. IV.) asienta en estructuras psicopatológicas variadas y que, como expresa P. Jeammet<sup>(20)</sup>, los trastornos alimentarios severos, luego de instalados, arrasan con toda la sintomatología psíquica previa al desencadenamiento del cuadro.

Las patologías psíquicas preexistentes así como las características de su grupo familiar, darán las singularidades a cada paciente y marcarán la evolución.

Como lo expresa O. Kernberg<sup>(26)</sup> la mayoría de los pacientes con trastornos severos de la alimentación, sufren también de patología del carácter importante y, para este autor, “el tipo y severidad de trastorno de personalidad es el factor pronóstico más

importante para todos los tipos de tratamiento que se ha intentado en pacientes con severos trastornos de la alimentación.”

Fue H. Bruch <sup>(6)</sup> quien resaltó la importancia de la personalidad premórbida en los pacientes con trastornos alimentarios.

Para H. Bruch <sup>(7)</sup>, los padres han fracasado en desarrollar la autonomía, debido a intrusividad y exceso de control. También son señaladas por esta autora padres preocupados por el éxito y la apariencia externa, lo que se corresponde con una personalidad tremendamente exigente en sus hijas, tratando de acomodarse a los deseos de los otros.

Los miembros de la familia para Minuchin y col. <sup>(32)</sup> están atrapados en una interacción familiar en la cual la hija enferma favorece el equilibrio familiar.

Toro J. y col. <sup>(42)</sup> en un estudio comparativo de 185 adolescentes portadoras de Anorexia Nerviosa, encuentran que las familias de estas pacientes presentaban un alto estándar de educación y mayor tendencia a desarrollar trastornos afectivos. Las pacientes de este estudio presentaban a su vez, un alto nivel académico, retraimiento social y trastornos afectivos y obsesivo-compulsivos como comorbilidad psiquiátrica más frecuente.

Lázaro L., Toro J. y col. <sup>(30)</sup> en un estudio de 108 pacientes de 15 años de edad promedio concluyen que la edad de comienzo, la duración del cuadro, el porcentaje de pérdida de peso y los cambios hormonales no parecen influir en la evolución, mientras que, los cuadros afectivos previos y la sintomatología alimentaria tienden a predecir la misma. Señalan una frecuencia mayor de trastornos depresivos y obsesivo-compulsivos como comorbilidad psiquiátrica.

***¿Quiénes son estas enfermas actualmente? ¿Se diferencian de las patologías de las religiosas del siglo XIV? ¿Cuándo un trastorno alimentario evoluciona a la cronicidad?***

No toda adolescente que comienza una dieta o que desea ser delgada se convierte en una anoréxica, así como no todo joven que ingiere alcohol se convierte en un alcohólico.

***Por encima de los episodios agudos las enfermas presentan síntomas y conflictos que no retroceden fácilmente y, en muchos casos, no retroceden nunca.***

***¿Varían los criterios terapéuticos según los conceptos psicopatológicos que***

*se tomen como marco referencial?*

*¿Qué técnicas deben asumir y cómo, el tratamiento de estas enfermedades en diferentes etapas de su evolución?*

Los objetivos de este trabajo son insistir sobre algunos aspectos del perfil clínico de estas pacientes, las características psicopatológicas personales y del grupo familiar y delinear un abordaje terapéutico que ambiciona ir mas allá de la remisión sintomática.

## **Psicopatología**

Existen factores socioculturales, factores biológicos y factores psicológicos en el desencadenamiento del cuadro. Es, por lo tanto, un entramado de causas.

Dijimos que no todas las adolescentes que comienzan un régimen alimentario y que desean ser delgadas desarrollan un cuadro anoréxico con riesgo de perder la vida.

Es necesario pensar que hay “algo más” que hará de una adolescente, aparentemente normal hasta ese momento, una enferma grave.

Pensamos, sosteniendo una postura psicoanalítica de la estructuración del psiquismo que, los factores que actuarán en el posterior desarrollo del cuadro clínico comienzan a gestarse desde los primeros vínculos; es decir, el escenario de los conflictos arcaicos, pasando por la estructura del Edipo y los conflictos para lograr la identidad femenina.

La identidad femenina está sostenida en soportes narcisistas que surgen del ambiente familiar. El psicoanálisis ha demostrado que cuando estos aportes son escasos o negativos, se genera, desde el inicio de la existencia, una fragilidad constitutiva. En la

adolescencia, sobre esta fragilidad actúa como ya se dijo la sociedad, imponiendo un paradigma de belleza, a la vez que ideal imposible e inalcanzable.

No ser querido y aceptado a lo largo de la primera infancia, en relación a un ideal de los padres que se debe cumplir, constituye en esta patología (como en otras) un factor predisponente.

El mecanismo de defensa utilizado por las pacientes (desde un enfoque psicoanalítico) es la desmentida. Implica, no solo la desmentida de la delgadez, sino también la desmentida de la posibilidad de la muerte y, por sobre todas las cosas, la desmentida de la dependencia del objeto (materno) negando así toda posibilidad de desamparo. El mecanismo de la desmentida, descrito por Freud, lleva implícito la aceptación de una percepción que luego va a ser negada y funcionaría así en la Anorexia: “ya lo sé (que estoy muy delgada y tengo hambre), pero aún así me veo gorda”, que realmente significaría: “ya lo sé (que te necesito, objeto-madre), pero aún así puedo prescindir de ti” y, de esta manera “no tengo temor a perderte”, alcanzando al mismo tiempo un ideal valorado. La dependencia con el objeto materno se muestra -dice B.Brusset- “con toda su destructiva intensidad”.<sup>(10)</sup>

Las Bulímicas, ante los mismos conflictos, no pueden controlar el deseo por el objeto. Este deseo estalla en “atracones”; el rechazo inmediato se expresará a través del vómito de “alimentos convertidos analmente en basura, que las hace sucias y deben expulsar”.<sup>(9)</sup>

Las anoréxicas graves, en cambio, logran no ingerir. Manteniéndose vacías, paradójicamente, se sienten llenas<sup>(23)</sup>. Existe una erotización del sentimiento de vacío que llevó a denominar este sentimiento como “orgasmo del hambre”<sup>(19)</sup>. Dice Verónica: “Cuando tengo el estómago vacío porque comí bien poquito o no comí, siento un gran

placer y después me puedo quedar dormida; si estoy llenita, ya me siento mal... es del estómago, viste?. No..., yo sé que es de la cabeza”

No se puede dejar de tener en cuenta en la constitución de este cuadro clínico el valor de lo transgeneracional, sobre todo del lado de la línea materna (abuelas, tías etc.) que se trasmite silenciosamente, en el sentido de conflictos que no fueron tratados.

Ej. : “ la abuela de Carolina nunca se había sentado a la mesa para comer y solo se alimentaba cuando no era vista, predominantemente con café con leche”. Ej. : “la abuela de Alicia le había enseñado a vomitar a su hija (madre de Alicia) como método de adelgazamiento y ésta, a su vez, se lo transmitió a la paciente quién, a los 16 años tenía atracones y vómitos “permitidos”. Alicia hizo un cuadro de alcalosis metabólica con hipopotasemia, que requirió internación. Esta “herencia” se desplegó con toda su furia en el cuerpo Alicia y costó mucho que la madre entendiera la patología de todo el grupo.

Los vínculos en la familia actual contienen frecuentemente pactos y alianzas mortíferas al descubierto como los que se acaban de relatar o, por el contrario, se presentan como una “familia ideal” donde se hace muy difícil manejar la trama familiar<sup>(35,4)</sup>.

El padre, comúnmente ausente, duplica en eco los deseos inconscientes maternos. Muchas veces puede ser el mayor factor en la problemática inconsciente, siendo las situaciones que se emparentan con “lo perverso” y/o con la patología adictiva (alcoholismo) las que más se han observado<sup>(2)</sup>

El cuerpo del adolescente (manejando los conceptos desarrollados por la Escuela Francesa) es un escenario privilegiado donde lo acontecido en el pasado, entramado con el presente, se expresará y se actuará en él.

Es en este cuerpo y sus vicisitudes, donde aparece el control obsesivo que sus madres realizan, sobre todo en el funcionamiento intestinal. El cuerpo da cuenta de ese "tubo"- como expresa P. Jeammett- " boca y ano; tubo, para llenar o vaciar".<sup>(23)</sup> Algunas veces han venido a la consulta luego de enemas o extracción de fecalomas, realizados por sus propias madres; es decir, totalmente vacías.

Sabemos que el cuerpo es indisociable del espacio y del tiempo<sup>(1)</sup>. Se nos sostiene en brazos en ese tiempo del desamparo. Se nos dejará caminar solos en ese tiempo en que queremos separarnos para abarcar otros espacios y nuestra individuación. El tiempo del deseo puberal hará marcas en el cuerpo, que extenderá el espacio fuera de los límites de lo endogámico que, persistiendo, impediría nuestra existencia. (Una de las pacientes, duerme en el dormitorio de sus padres hasta los 15 años, momento de inicio de un cuadro anoréxico gravísimo) "Cuerpo del Edipo, cuerpo del narcisismo, cuerpo del deseo nuestro y del de nuestros padres. Cuerpo del amor, del odio y del desamparo. Cuerpo del conflicto, cuerpo de lo humano".<sup>(1)</sup>

Recomponer la imagen de los años olvidados, como dice Freud en Construcciones en Psicoanálisis, es sólo un fragmento de nuestra realidad psíquica, pero para reconstruir esta imagen se necesita una "realidad" de la que la anoréxica adolece. Dice A. Green<sup>(16)</sup> que la referencia a la memoria se funda sobre la invocación de una realidad no limitada por el presente, que se establece sobre una continuidad significativa, es decir, histórica. No importa si la historia tiene o no un sentido, sino que es preciso reconocer la necesidad que lo tenga para la conciencia, como respuesta a los desafíos lanzados desde el inconsciente, tanto respecto a la continuidad, como a la coherencia del sentido. Dice: "El psicoanálisis no busca concluir en la incoherencia o en la inexistencia de historia, sino más bien, descubrir otra coherencia histórica que aquella en la que se creía antes del análisis".

Algunos ítems que estamos investigando, tratan de dar cuenta de la frecuencia elevada en estos cuadros, de algunos puntos de los conceptos de Psicopatología que acabamos de expresar :

### **-Trastornos Vinculares Precoces:**

Para inferir su frecuencia, se toman: trastornos en el sueño y trastornos alimentarios en la época de la lactancia. (Tabla IV). Ambos se han presentado con una frecuencia significativa, a pesar del número limitado de pacientes, sobre todo por la cualidad de los mismos.

Ej. : La madre de María de Los Angeles relata “era muy tragona de niña y a mí me tenía cansada; lloraba de hambre en la noche y no dormía, pero yo la dejaba llorar porque era lo que me había dicho el pediatra”. Lo que preocupa no es que la madre dejara llorar a su bebé, sino que ella creía saber como calmarla y no lo hacía.

### **-Fallas en los soportes narcisistas:**

Se evalúan de acuerdo a los sentimientos de minusvalía en la etapa escolar (Tabla IV) que recuerdan las pacientes, a pesar de la excelente performance curricular. Para estas mamás, estas niñas - por algún motivo - no les han satisfecho narcisísticamente. Ej. : “La madre de Lucía “pelará” a su hija de 2 años “porque no me gustaban sus rulos”, y “le hará” (apoyada por el padre y el cirujano plástico) “dos cirugías estéticas (orejas y nariz) antes de

los 12 años por las mismas razones”. Ej. 2 : “La madre de Karina le cubría la carita, al sacarla en cochecito a pasear, para que no la miraran pues la consideraba fea”.

Las escasas fotos que tienen de y con sus hijas muestran este aspecto. Para P. Jeammet esto también estaría dando cuenta del “escaso contacto corporal con ellas”.  
(comunicación personal)

**-Aspectos tanáticos maternos actuando aún en la actualidad** son evaluados a través de los siguientes ítems:

***-Las transgresiones de las madres a las indicaciones técnicas. (Tabla IV)***

Esto implica mecanismos inconscientes maternos puestos en juego que hacen que no se cumplan (o se cumplan en sentido opuesto) las indicaciones que se realizan con una incidencia asombrosa. También importan las cualidades de estas transgresiones. Ej.: “Elina estaba anémica e hipotérmica; se comienza el tratamiento ambulatorio con mucho temor y solo teniendo en cuenta las dificultades reales de una correcta internación. Se medica con antidepresivos. A los tres días, nos enteramos por Elina que no lo tomó. La madre nos explica que no se lo dio, porque su hija iba a ir a bailar y podía tomar alcohol, por lo que ella consideró correcto no dárselo”. Ej. 2: “En la internación de Irene, la madre hizo cuanto pudo para transgredir la indicación de aislamiento, llegando a enloquecer al personal del Hospital, convertidos en espías que trataban de evitar los pactos de encuentros con su hija.”

***-La complicidad materna con las conductas anoréxicas. (TablaIV).***

Ej. : “ Cuando la madre va a buscar a Verónica, luego de 22 días de internación, le ofrece bebidas “diet”, con el recuerdo de una promesa de no tomar nunca más bebidas

edulcoradas. Trabajado esto con los padres y solicitando la ayuda del padre para impedir estos “actos fallidos”, la madre traerá bebidas “diet” a escondidas a la casa, y, al ser descubierta por el padre, explicará que a ella y a su hija les gusta más el sabor de estas bebidas”.

***-La ausencia de angustia manifiesta en la madre. (TablaIV)***

A pesar de estar bien informadas sobre la gravedad del cuadro, en la gran mayoría de los casos las madres de estas pacientes no se angustian, ni lloran por sus hijas en las entrevistas. Si la madre se angustia, he llegado a la conclusión que, o no es una anoréxica o que la paciente no es grave y evolucionará favorablemente.

## Las Pacientes y el Método.

Se analizaron prospectivamente 53 pacientes consecutivos, con el diagnóstico de Anorexia Nerviosa y Bulimia (según el DSM IV) y los Síndromes Mixtos, que fueron asistidos en Clínica Uno\* desde el año 1991 hasta el momento actual.

Sus características generales, los aspectos del perfil clínico y psicopatológicos que se consideraron de interés para este trabajo, se encuentran detallados en las Tablas I, II, III y IV.

El Equipo asistencial estuvo constituido por Psiquiatra, Nutricionista y Psicoterapeuta, que acompañaron a las pacientes en el curso del tratamiento ambulatorio, así como en su internación.

Para este estudio se diseñó una hoja de volcado de datos para el entrevistador, que contiene ítems sobre la sintomatología principal y asociada de los cuadros clínicos, así como de las características familiares de estas pacientes y de la evolución (Ver Apéndice)

El abordaje terapéutico realizado tiene dos etapas claramente diferentes:

**La primera etapa** tuvo como objetivo la rápida estabilización de las pacientes.

Se hizo sobre la base de entrevistas terapéuticas y nutricionales, con una constante comunicación entre los técnicos que asistían el caso.

La duración de las entrevistas iniciales con cualquiera de los técnicos fue variable pero, habitualmente se realizaron con una duración aproximada de una hora y media o más.

\*Clínica Interdisciplinaria para la atención del Niño, el Adolescente y su Familia. Montevideo, Uruguay.

En oportunidades, se necesitaron varias horas con una paciente para lograr la instrumentación de un frágil plan alimentario.

El lugar fue siempre el mismo marco institucional, que operó de continente-sostén, de figura de fondo que impuso un límite que se había perdido en los hogares de estas pacientes. Esto mismo sucedió cuando el marco de las entrevistas se transformó en el lugar de internación. Se logró, con el personal hospitalario: enfermeras, (que estaban permanentemente al lado de la paciente), médico internista de piso o de una unidad de cuidados especiales, nurses y, hasta con el personal que servía la comida, un entendimiento de la situación, que permitió el trabajo en común. El entrenamiento y la selección del personal de enfermería fueron realizados por el equipo. No se realizaron internaciones que no aseguraran el cumplimiento de estos requisitos, porque hubieran estado destinadas al fracaso.

En la Anorexia se buscó revertir la desnutrición somática severa presente en el momento de la consulta, o evitar la misma. En la Bulimia se buscó revertir la presencia de “atracones” y vómitos autoinducidos así como, el uso de laxantes, diuréticos u otros, que podían poner en riesgo la vida de las pacientes.

Esta etapa se cumplió en el ambulatorio en la mayoría de los casos, requiriendo internación solo dos casos.

***Los criterios de internación fueron:***

- Desnutrición somática severa con negativa mantenida a alimentarse.
- Riesgo de cronificación de la anorexia manteniendo un peso y una alimentación mínimas, donde se detuvo incluso el crecimiento estatural.

Las condiciones de la internación fueron:

- Aislamiento de figuras significativas de su núcleo familiar.

-Enfermería permanente entrenada por el equipo.

El tiempo de internación fue de 22 y 20 días respectivamente, habiéndose logrado:

-Alcanzar el contrato de peso.

-Introducir alimentos de modo programado.

El alta fue supeditada no solo al peso alcanzado sino a la seguridad de que no abandonarían la alimentación alcanzada con el retorno a su hogar. Las dos se han mantenido estables hasta el momento actual.

**La segunda etapa** se encaró cuando el paciente estuvo, de acuerdo al equipo tratante, lo suficientemente estable como para iniciar un tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

Esta etapa tiene como objetivo la modificación de los conflictos que se encuentran en la base del desencadenamiento del cuadro. Muchas veces fue iniciado, manteniendo los controles psiquiátricos y/ nutricionales, pero con la seguridad de la ausencia de riesgos.

A pesar de lo explicitado por muchos autores, entre los que destacamos a O. Kernberg en EEUU y P. Jeammet en Francia, sobre la diversidad de técnicos que deben estar a cargo de estas pacientes, en esta experiencia se llegó a la conclusión sobre la conveniencia de que intervengan la menor cantidad de técnicos posible.

La mayoría de las pacientes fueron estudiadas y/o asistidas por un médico internista (de adultos o pediátrico, según el caso) a requerimiento del equipo, no integrándose al mismo de forma constante. Se evitaron de esta forma, en casi todos los casos, contradicciones irremediables que las pacientes hubieran utilizado para demorar la recuperación.

Este abordaje inicial provocó en los técnicos un impacto emocional importante al tener a cargo el trabajo múltiple: paciente y miembros de la familia, a lo que se agregó el trabajo con el equipo de enfermería (no entrenado previamente) cuando debimos realizar una internación.

Se trató de utilizar un lenguaje común que disminuyera las inevitables posturas espontáneamente diferentes entre los técnicos.

## **La Actitud del Equipo**

Dentro de la Clínica, toda actividad junto a la paciente tuvo un fin terapéutico. Las pacientes provocaron en oportunidades “desafíos”, expresando que permanecerían sin comer a pesar de todo lo que se hiciera para cambiar su situación. En esta etapa primeras etapas se trataron de lograr acuerdos que fueron, a veces, difíciles. La aceptación de estos acuerdos marcó la posibilidad de trabajar con cada caso. Como lo expresa P. Jeammet <sup>(22)</sup> fue imprescindible evitar reforzar el conflicto de poderes entre la paciente y su entorno: “ya que la cura puede convertirse en combate y el equipo puede caer en el mismo terreno de la paciente: su lucha contra la comida.”

Muchas veces fue de suma importancia admitir que comían (y era verdad) "contra su deseo" y "contra su voluntad"; de esta manera, disminuía el odio y la culpa que les provocaba su claudicación ante el equipo y la familia.

Los técnicos se enfrentaron con estas pacientes a sus propios fracasos narcisistas y frustraciones. Si esto no se hubiera tenido presente, se habrían generado desacuerdos y enfrentamientos perjudiciales para la evolución del tratamiento.

## **Las Entrevistas Psiquiátricas**

-Recabaron los datos de la anamnesis

Esto se realizó con la paciente y su familia, y permitió un correcto diagnóstico clínico y psicopatológico.

-Informaron a las pacientes y sus familias de la realidad y riesgos de cada caso

- Mantuvieron siempre un fin terapéutico

Desde las primeras entrevistas que se realizaron se tuvo siempre un objetivo terapéutico siguiendo las vicisitudes de cada paciente o grupo familiar. Se trabajó con diferentes miembros del grupo familiar con o sin la paciente abordando situaciones actuales y hechos del pasado que actuando en el presente impedían la remisión.

- Establecieron un plan de tratamiento para cada caso.

-Indicaron la oportunidad de la intervención de la Nutricionista.

En todos los casos se hizo la indicación y se evaluó la oportunidad de la intervención de la nutricionista. Evaluando las características del núcleo familiar y de la madre en particular, se instrumentaba con que miembro del grupo además de la paciente se lograría un adecuado trabajo.

- Evaluaron la necesidad o no de medicación y la consulta con médicos fuera del equipo.

- Realizaron el contrato ambulatorio y/o plan de internación.

- Establecieron el contrato de peso:

Una vez establecido (de acuerdo con la nutricionista) permaneció como telón de fondo respetado por todos, especialmente los técnicos y la familia. Como dice C. Girard: "Este carácter intangible es la condición de su eficacia" porque una vez que es negociado y aceptado, no puede variar y es independiente de los deseos de cada uno.

-Evaluaron la oportunidad y la indicación de la segunda etapa de abordaje terapéutico.

-Actuaron sobre la paciente y su entorno trabajando sobre la psicopatología de cada caso.

-Abordaron puntos de urgencia o anudamientos tanáticos:

(Situación de enlace mortífero inconsciente entre familia y paciente)

Se verbalizó en todos los casos la posibilidad de la muerte y sus causas, así como se señalaron las acciones inconscientes que sostienen la gravedad de los síntomas. Se sabe que

la paciente concurre a la consulta con un cuerpo que es símbolo de otra cosa -que ella ignora- y que hay que tratar de empezar a descifrar. Muchas veces el significado de engordarlas no podía ser diferenciado del de “devorarlas”, hacerlas menstruar no podía separarse del significado de “desangrarlas”, Fantasías que, cerca de la conciencia, sostenían el pánico a los cambios.

-Trataron de dar coherencia y significado histórico a los acontecimientos familiares y personales: .

Lo subjetivo en estas pacientes está perdido y esto impedía el trabajo terapéutico. El tiempo era, en las pacientes más graves, un presente sin pasado y sin proyección de futuro. Un tiempo vacío y vaciado que se significa en el cuerpo de la delgadez o de los vómitos. Las interpretaciones caían en este vacío, o eran también “engullidas” o “vomitadas”. Por lo tanto, se utilizaron intervenciones y señalamientos (sobre la base de un entendimiento dinámico) que sólo se realizaron en forma concreta y directa.

Con la paciente:

Se debió salir de los "eventos" (hechos sueltos que no pueden constituir ningún relato) a la creación de "acontecimientos" que dieron algún sentido a las historias personales. Esto tuvo el objetivo de sacarlas del discurso sobre el cuerpo y las calorías, y reconstruir fantasías o recuerdos de fantasías, eliminados desde el inicio del cuadro.

Las Anorexias tenían un “poder supremo” habían eliminado la necesidad primordial de alimentarse. No querían abandonar este “poder” y someterse al “poder del equipo”, pero tampoco querían morir.

Las pacientes sintieron que los técnicos invadían y manipulaban sus cuerpos. Se trató de lograr disminuir los aspectos persecutorios del vínculo dado que, sin este abordaje, el trabajo de la nutricionista se hacía imposible.

Con la madre y/o padre:

Se avisó a las madres del compromiso con la enfermedad de sus hijas desde el comienzo. Aceptaron, en algunos casos, que realizaban actos destructivos y pudieron modificar conductas en relación a la enfermedad de sus hijas y al vínculo con las mismas. Saben que ellas deben "entregar" a su hija, a la cual ha tratado con esfuerzo de alimentar y han fracasado. Los conflictos inconscientes de estas madres volcada hacia los técnicos, se convierten en algo positivo cuando revierten de una situación de competencia: "Ud. no me la va a engordar; va a fracasar como yo" a: "yo la voy a mantener bien alimentada para demostrarle que no soy esa madre que Ud. cree que soy". De esta manera, se libidinizan los vínculos y se logra que no se conspire con el trabajo que paralelamente se hace con las hijas.

Fue necesario trabajar con las madres angustias depresivas y persecutorias que el tratamiento de sus hijas generó. Se tuvo siempre presente que la mayoría de estas madres habían cursado, a su vez, infancias difíciles.

### **Las Entrevistas con la Nutricionista.**

Se indicaron a los efectos de:

- Realizar la evaluación nutricional
- Recabar la historia de las costumbres alimentarias familiares.
- Realizar y diseñar junto con la paciente un correcto plan alimentario.
- Informar de todo lo referente a las necesidades somáticas de la paciente, así como de las necesidades correspondientes a su edad

Estas necesidades no son solo calóricas, vitamínicas o proteicas, sino también por ej. : la autorización de la ingesta de la llamada "comida chatarra", propia de la pertenencia a un grupo etario y social determinado. Todas ellas evitan estas comidas (apoyadas, en

oportunidades, por la familia, que sostiene conceptos alimentarios que serían adecuados para otras situaciones) separándose de sus pares y repercutiendo en su, a veces, escasa vida social.

-Realizar el seguimiento de: peso, alimentación, introducción progresiva de los alimentos temidos.

-Actuar sobre las ritualizaciones y bizzarrerías alimentarias independientemente del sentido de las mismas.

El trabajo con la nutricionista fue fundamental, excediendo lo que se pueden considerar entrevistas nutricionales. Se alcanzaron muchas metas propuestas; lo que desafió la capacidad de adaptación de la nutricionista a cada paciente en particular. En los éxitos terapéuticos están en juego, no solo los conocimientos técnicos y la excelencia profesional, sino la personalidad de quien ejerce dicha tarea.

## Discusión y conclusiones

En su forma grave típica la Anorexia está descrita como una púber o adolescente extremadamente adelgazada, de aspecto envejecido, piel frecuentemente muy pálida, a veces anaranjada y cubierta de un fino lanugo, con cabellos secos y escasos, de caminar lento, vestidas con ropas holgadas y oscuras, que se refugian en un silencio mientras sus padres hablan por ella. <sup>(45)</sup>

En esta muestra, frecuentemente concurrieron a la consulta *antes de esta situación*. Adelgazadas, pálidas o no, vestidas o no con ropas holgadas etc. Pero todas, sin excepción, presentaban en forma indeclinable una persistente negativa de alimentarse y/o aumentar de peso.

*Todas las Anorexias habían comenzado el cuadro como un negativismo alimentario psicógeno*, una restricción voluntaria de alimentarse, una lucha activa frente al hambre. Luego de un tiempo, la sensación de hambre había desaparecido.

Muchas Bulimias costó diferenciarlas de las formas leves de Anorexia no restrictiva. En sus formas más graves, presentaron todos los signos del vómito autoinducido (desde “callosidades” en las manos a hipertrofia parotídea etc.). No son silenciosas; se muestran más colaboradoras en las entrevistas iniciales, con un aparente deseo de cambio, dado la conciencia de la anormalidad de sus conductas. Su vida social, su sexualidad y la lucha contra el deseo que no pueden dominar, recurriendo a mecanismos compensatorios, le dan esa singularidad con relación a la Anorexia, a la cual consideran “superior”.

La experiencia del Equipo ha demostrado, sin lugar a dudas, lo que ya William Gull sostenía en 1874: las pacientes anoréxicas se imponen una huelga de hambre. Se corroboró también, como pilar fundamental del diagnóstico clínico, la dificultad que tienen de verse como realmente son. A esta dificultad, que se traduce en un trastorno de la Imagen corporal (que encontramos también en las Bulimias y en los cuadros mixtos en menor proporción )(Tabla II), ***agregamos la dificultad extrema de todas estas pacientes de quererse como realmente son.*** Las desvalorizaciones narcisistas se siguen manteniendo aún después de la remisión sintomática. (Tabla V)

Es en este sentido, que los factores culturales y sociales harán estallar la enfermedad. Estos mismos factores no podrían actuar en una adolescente normal.

Estas pacientes son actualmente un grupo de adolescentes que no incluye la franja social donde las carencias alimentarias son severas. (Tabla I)

***En las Anorexias hay un desinterés por la sexualidad*** (al que se agregan probablemente factores neuroendócrinos); este desinterés coexiste con un sentimiento de pureza, de limpieza, expresado también cuando dominan el deseo de alimentarse y, por el contrario, de suciedad y culpa cuando comen. Parece que poseen “un poder divino y supremo” que las asemejaría (además de la sintomatología física) a la patología anoréxica de las religiosas del siglo XIV. El desinterés por la sexualidad se mantiene durante mucho tiempo después de la remisión sintomática, (Tabla V).

El grupo familiar (todos sus integrantes y no solo la madre) y su historia tiene incidencia en el desencadenamiento del cuadro y en la posterior evolución de las pacientes, favoreciendo (o no) el pasaje a la cronicidad.

***La complicidad con las conductas alimentarias patológicas, las transgresiones a las indicaciones técnicas, la ausencia frecuente de angustia a pesar de la gravedad de sus hijas, la presencia frecuente de otros miembros con trastornos***

*alimentarios, sumados a los trastornos precoces del vínculo, le dan, para esta muestra, características peculiares a este grupo.* (Tabla IV)

Existen -como dice P. Jeammet<sup>(20)</sup>- numerosos trabajos de estudios pronósticos en la Anorexia Nerviosa que obliga a ser muy cautelosos en referencia a lo que se consideran "éxitos terapéuticos". Este mismo autor nos señala que son múltiples los trabajos referidos a diferentes esquemas teórico-referenciales y técnicas de abordaje (conductuales, familiares, sistémicas, psicoanalíticas o mixtas) que hacen variar los criterios terapéuticos y evolutivos, según se tenga en cuenta solamente la remisión de la sintomatología o la variación de una estructura psíquica profundamente alterada y siempre amenazante.

Este Equipo comparte con dicho autor que la incógnita referente a numerosas preguntas etiopatogénicas sigue vigente. Esto mismo hace que también sigan vigentes preguntas en lo referente a cuáles serían los abordajes terapéuticos más adecuados.

Lamentablemente, la identificación de las variables pronósticas -como expresa P. Jeammet<sup>(20)</sup>-se relaciona también con los efectos de estas diferentes formas de tratamiento. Los estudios existentes se hacen así heterogéneos y difícilmente comparables, como se hacen también difícilmente comparables los grupos de pacientes.

La respuesta a reiniciar la alimentación, suspender "atracones" y vómitos y la regulación de alteraciones tales como anemia, trastornos metabólicos, cardiovasculares, etc., puede ser muy rápida. En algunos casos puede mantenerse así; en otros, puede llegar a una meseta (y esto es lo más frecuente) que indica la resistencia intensa propia de la enfermedad. Esta resistencia se pone de manifiesto, sobre todo, luego de un aumento de peso.

La entrada demasiado fácil al tratamiento ambulatorio o a la internación, la aparente docilidad y pasividad de algunas pacientes graves, no permite prejuzgar la evolución. Insidiosamente - como dice P. Jeammet<sup>(23)</sup> -luego del conformismo inicial, aparece el

“comportamiento anoréxico con todas sus exigencias y profunda violencia, que es proyectada en forma masiva y concreta sobre el Equipo”.

En el tratamiento de estas pacientes, lo más importante es evitar los desafíos que, ( ya sea con la paciente y/o su familia), son el riesgo mayor de la atención de estas pacientes. Es habitual que ellas busquen provocar reacciones de rechazo o seducción, extremos ambos contraproducentes. Buscan desvalorizar y atacar a alguno de los integrantes del equipo, para lograr su único objetivo que es mantenerse delgadas.

La forma de abordaje terapéutico se fue adaptando a la sintomatología clínica y a las posibilidades del medio. También se ha ido adecuando a los descubrimientos que las pacientes y sus familias muestran en forma repetida, pero que igual provocan siempre el asombro.

La teoría y la práctica psicoanalítica estarán necesariamente suspendidas en su acción en una primera etapa de abordaje terapéutico; es decir, cuando existe riesgo de vida pero sostiene siempre toda nuestra posibilidad de comprensión de estas pacientes.

Junto a los parámetros clínicos que clásicamente definen la Anorexia y la Bulimia, existe una tendencia a prestar atención a los *factores de personalidad y a la calidad de vida afectiva, social, sexual y profesional de estas pacientes, a la hora de evaluar evoluciones.*<sup>(20)</sup>

Esto muestra la dificultad de los parámetros sintomáticos para apreciar la realidad de la efectividad de cualquier tratamiento en el futuro de estas pacientes graves, que va mucho mas allá del mantenimiento de la vida. Estos parámetros serán útiles para evaluar la evolución de la primera etapa de abordaje. Las pacientes de la muestra dan cuenta de esta mejoría sintomática.(Tabla V)

*El mantenimiento del miedo a engordar, la preocupación excesiva por la imagen corporal, relaciones sociales no acordes a la vida adolescente, un alto porcentaje de*

*incapacidad de conectarse con aspectos de su mundo interno, desvalorizaciones narcisistas y patologías en torno a la sexualidad, hacen fundamental que las pacientes mantengan un tratamiento psicoterapéutico luego de la remisión sintomática. (Tabla V).*

Este tratamiento a largo plazo, tiene como objetivo lograr un espacio psíquico adecuado, y, paralelamente a esto, ayudarlas a salir definitivamente de un estado de confusión mortífero. Se trata de lograr poner en juego, rápidamente, otra realidad: deseos, sentimientos, afectos, donde un sujeto se experimenta como tal. Lograr una verdadera subjetividad temporal de existencia que tienen perdida.

Las Anoréxicas tienen confundido objeto de deseo y de necesidad. Intentando eliminar el primero (el deseo) y el poder que sobre ellas puede ejercer, se defienden eliminando el segundo (la necesidad). Esta defensa, es el único sentimiento de poder que ellas creen tener, sin el cual sienten que no vale la pena vivir.

Los anudamientos tanáticos que existen entre la madre y la hija (u otros integrantes del grupo) van mas allá de la propia enfermedad de la paciente. El Equipo fue espectador de actitudes casi conscientes de mentiras y pactos mortíferos. Se recurrió, en la primera etapa, a señalamientos directos que apuntaron a dismantelar esta situación. Muchas veces se asistió asombrados a la casi ausencia de fotos de la infancia, a la ausencia de álbumes infantiles que se han logrado construir durante el tratamiento. Este intento de “reconstrucción” tiene el fin de sacarlas del “registro de lo somático”: su cuerpo, único tema que traen al tratamiento. <sup>(1)</sup>

Mantener un lugar de terceridad desde el inicio, diferenciando nuestro deseo del de ellas, mantendrá a la paciente en tratamiento, así como tendrá también un fin terapéutico. Un lugar de límite (que es un lugar de protección de la identidad), donde disminuye el miedo a la fusión y a la dependencia, permitiendo - “si todo va bien” como nos decía W.Winnicott- que encuentren el camino de su propia identidad.



## ***Apéndices :***

### ***A- Tablas I a V***

### ***B -Criterios para llenar la hoja de datos: 1-del Perfil Clínico***

#### ***2. de evolución***

### ***C- -Ficha de volcado de datos***

## ***A\_Criterios del Perfil Clínico***

### ***-Adelgazamiento.***

Adelgazamiento leve:

10 a 15% de disminución del peso corporal de inicio.

Adelgazamiento moderado:

15 a 25% de disminución del peso corporal de inicio.

Adelgazamiento grave:

25% en adelante de disminución del peso corporal de inicio.

A pesar de que los criterios diagnósticos del DSM IV exigen un descenso importante de peso, nosotros consideramos que el exceso de información en nuestro medio y en el mundo entero, si bien ha aumentado la sintomatología anoréxica, ha favorecido también su consulta en etapas más precoces donde se registran descensos menores de peso. De no ser detenidas a tiempo, continuará el descenso de peso aún después de consultas médicas, ginecológicas, etc.

En la Anorexia crónica, las pacientes logran mantenerse muchas veces en el peso mínimo (o por debajo) para su edad y talla, mostrando una franca negativa a aumentar ese peso, manteniendo el temor de convertirse en obesas.

### ***-Amenorrea:***

Primaria

Secundaria

La amenorrea puede aparecer antes del adelgazamiento intenso y no ser secundaria a él. Se integra en el vasto campo de las disovulaciones psíquicas. Persiste durante varios meses luego de recuperado el peso normal. Cuando es necesario trabajar sobre aspectos de la sexualidad femenina en relación con el deseo de la paciente de recuperar su ciclo menstrual, se indicaron hormonas.

### ***-Miedo Intenso a Engordar***

Este síntoma está presente en todos los cuadros clínicos.

### -Trastorno de la imagen corporal

Está presente en todos los cuadros clínicos.

### -Abandono De La Alimentación

Leve :

Ingesta restringida a alimentos de bajas calorías, pero suficientes en el momento de la consulta, que no se acompañan de un severo adelgazamiento. Muchas veces, sin embargo, hemos recibido pacientes con ingestas reducidas solo a golosinas, chocolates, etc.

Moderado :

Disminuye la ingestión incluso de alimentos de bajas calorías y el tiempo gira alrededor de las ingestas. Aparece la preocupación incesante y paradójica por la comida, las dietas, la acumulación de recetas y comidas.

Grave :

Solo ingieren líquidos no calóricos; es casi nula la ingesta alimentaria; mienten, tiran comida, acumulan y esconden.

.

### -Aumento De Actividad Física

Leve :

Obsesiva regularidad en concurrir a gimnasia u otro tipo de actividad física.

Moderado :

Concurren diariamente y más de una hora diaria.

Grave :

Varias horas de ejercicios, saltos, caminatas, permanecer de pie, etc., incluso en la noche

### -Alteración De La Vida Social:

Leve :

Abandono de amistades anteriores.

Moderado :

Restringen todo tipo de salidas pero continúan viendo algunas amigas.

Grave :

Aislamiento total y conexión solo con la madre.

***-Uso diuréticos, laxantes o el recurso del vómito.***

***-Negación de los síntomas***

No reconocen su enfermedad.

No reconocen su delgadez (desmentida), ni el deseo de comer.

No reconocen la fatiga, hasta las últimas etapas. No reconocen el deseo de dormir.

### 3\_ Criterios de evolución

Recuperación de peso:

Satisfactoria :

Aquellas pacientes que alcanzan el peso del contrato o más y se mantienen en él con escasas modificaciones. Se asocia a ingesta libre.

Bastante satisfactoria:

El mantenimiento de peso se hace oscilante, requiriendo controles nutricionales, pero sin angustia de las pacientes.

Insatisfactoria :

Mantenimiento del peso mínimo requerido concomitantemente al mantenimiento del control obsesivo sobre la ingesta. Angustia inmediata ante la propuesta de cambio de peso o de comer mas libremente. Evolución probable a la Anorexia Crónica.

Conductas alimentarias:

Satisfactorio :

Régimen libre de alimentación que ya no ocupe permanentemente la mente de la paciente

Bastante satisfactorio:

Con posibilidad de tener algunas variaciones y comidas de altas calorías o consideradas "malas", pero sin angustia o culpa.

Insatisfactorio :

Mantenerse en una ingesta escasa y rígidamente controlada.

### Recuperación del ciclo menstrual:

Con la administración de hormonas (cuando los ítems de peso y alimentación son correctos). Consideramos importante trabajar estos aspectos de la feminidad (la recuperación de su período) si la paciente lo desea. Hemos visto que, suspendidas las hormonas, no se detiene el ciclo menstrual.

Sin la administración de hormonas, consideramos el inicio de las menstruaciones como de muy buen pronóstico.

### Relaciones sociales.

Satisfactorio :

Recuperar o crear una vida relacional auténtica

Insatisfactorio :

Reinserción social superficial y en apariencia normal o mantenimiento del retraimiento.

Capacidad de conectarse consigo mismo (capacidad de insight evaluada por P. Jeammet)

Satisfactorio :

Buena capacidad de contacto con sus estados internos, que para nosotros se asocia a la capacidad de recordar y traer sueños

Bastante satisfactorio:

Negación de partes de su mundo interno, pero con interés en vencer este estado de vacío.

Insatisfactorio :

Interés puramente intelectual, banalización o reacciones persecutorias a todo intento de conexión en lo concerniente a su mundo interno.

Miedo a engordar:

Con miedo:

Sin miedo:

Manteniendo el autocontrol del apetito y la preocupación por la alimentación y el peso al nivel de la población normal para cada cultura y actividad profesional.

Relaciones familiares:

Satisfactorias :

Cuando se interrumpe la violencia familiar, los lazos tanáticos se desatan o se controlan mas adecuadamente (lo más posible) y se abren vías de comunicación.

Bastante satisfactorias:

Cuando de lo anterior por lo menos se pudo desanudar la fuerza de lo tanático sobre la paciente (aunque sabemos que permanecerá amenazante).

Insatisfactoria :

Cuando estos puntos persisten, llevando al desgaste de los técnicos y al fracaso terapéutico.

Persistencia o aparición de alteraciones psíquicas:

Solo serán consignados como presentes o ausentes (depresión, obsesiones, etc.) dado que en esta primera etapa nosotros no podemos saber si estos síntomas se constituirán en un



## Anorexia nerviosa

### sintomatología principal

15- Adelgazamiento ..... 1. Leve

2. Moderado

3. Grave

16- Abandono de la alimentación ..... 1. Leve

2. Moderado

3. Grave

17- Miedo intenso a engordar .....

18- Amenorrea .... 1. Primaria

2. Secundaria

19- Aumento actividad física ..... 1. Leve

2. Moderada

3. Grave

20- Alteración imagen corporal .....

20'- Dismorfofobia...

## Anorexia nerviosa

### sintomatología acompañante

21- Alteraciones vida social ..... 1. Leve

2. Moderada

3. Severa

22- Alteraciones sueño ..... 1. Insomnio

2. Hipersomnia

### 3. Resistencia a dormir

- 23- Perfeccionismo escolaridad o profesional .....
- 24- Hiperactividad intelectual .....
- 25- Episodios bulímicos .....
- 26- Vómitos .....
- 27- Uso sustancias laxantes, diuréticos .....
- 28- Cocina para otros .....
- 29- Desinterés sexualidad .....
- 30- Aparente puerilidad .....

#### Trastornos severos de la alimentación

##### Anorexia-bulimia

##### sintomatología psíquica asociada

- 31- Angustia depresiva .....
  - 1. Latente
  - 2. Manifiesta
- 32- Angustia persecutoria .....
  - 1. Latente
  - 2. Manifiesta
- 33- Agresividad verbal .....
- 34- Agresividad física .....
- 35- Oposicionismo .....
- 36- Negación hambre .....
- 37- Negación sueño .....
- 38- Negación fatiga .....
- 39- Negación enfermedad .....
- 40- Ritualización conductas alimentarias .....

#### Trastornos severos alimentación

##### Anorexia-bulimia

## Sintomatología psiquiátrica de base y/o asociada

- 41- Síntomas obsesivo- compulsivos .....
- 42- Síntomas depresivos .....
- 43- Conductas borderline .....
- 44- Síntomas psicóticos .....

## Anorexia nerviosa

### sintomatología somática asociada

- 45- Anemia .....
- 46- Hipotermia .....
- 47- Hipotensión .....
- 48- Bradicardia .....
- 49- Astenia .....
- 50- Trastornos metabólicos .....
- 51- Lanugo .....
- 52- Caída del pelo .....
- 53- Hipercarotinemia .....
- 54- Fecalomas .....
- 55- Edema .....
- 56- Eritema cianótico de rodillas y tobillos .....
- 57- Aspecto envejecido .....
- 58- Hipomimia .....
- 59- Bradipsiquia .....

## Trastornos severos de la alimentación

### Anorexia-bulimia

## Antecedentes psicológicos

### Factores de la niñez temprana

- 60- Alteraciones del sueño .....
- 61- Alteraciones alimentación .....
- 62- Traumas sexuales precoces .....
- 63- Minusvalía en etapa escolar o pubertad .....
- 63'- Ausencia de recuerdos de la infancia....

### Factores rodeando inicio del cuadro clínico

- 64- Adolescencia cambios corporales .....
- 65- Enfermedades somáticas paciente .....
- 66- Enfermedades somáticas familia .....
- 67- Separaciones .....
- 68- Muertes / duelo .....
- 69- Ruptura vínculo significativo .....
- 70- Primeros vínculos de pareja .....

## Trastornos severos de la alimentación

### Anorexia-bulimia

#### Características familiares

- 71- Hogar bien constituido .....
- 72- Padres separados .....
- 73- Edad padre .....
- 74- Edad madre .....
- 75- Alcoholismo padre .....

76- Alcoholismo madre .....

- 77- Otros familiares con trastornos alimenticios ....
1. Abuela
  2. Madre
  3. Hermanas
  4. Tías
  5. Primas

78- Familia conglomerada .....

79- Violencia familiar .....

80- Preocupación por estética .....

81- Preocupación por alimentación diet o vegetariana .....

82- Familia ideal .....

83- Patología en torno a la sexualidad .....

84- Represión .....

85- Erotización .....

86- Conductas perversas .....

87- Promiscuidad .....

88- Homosexualidad .....

Trastornos severos de la alimentación

Anorexia-bulimia

Características de los padres

89- Consultas tardías por síntomas hija .....

90- Ausencia angustia manifiesta padre .....

91- Ausencia angustia manifiesta madre .....

92- Negación enfermedad .....

93- Agresividad padre con hija .....

94- Agresividad madre con hija .....

95- Agresividad padres con técnicos .....

96- Transgresión indicaciones técnicas .....

97- Complicidad con conductas anoréxicas .....

98- Problemas con propio cuerpo padre .....

- 99- Problemas con propio cuerpo madre .....
- 100- Problemas sexualidad padre .....
- 101- Problemas sexualidad madre .....
- 102- Vínculo patológico con propia madre padre .....
- 103- Vínculo patológico con propia madre madre .....
- 104- Profesiones relacionadas con cuerpo o alimentación .....

## Bulimia

### Sintomatología principal

- 105- Episodios recurrentes voracidad compulsivos .....
- 106- Episodios recurrentes voracidad planificados .....
- 107- Consumo alimentos altas calorías .....
- 108- Conciencia patrón alimentario anormal .....
- 109- Miedo a no parar de comer .....
- 110- Sentimiento pérdida de control .....
- 111- Ocultamiento .....
- 112- Vómitos autoinducidos .....
- 113- Uso laxantes .....
- 114- Uso diuréticos .....
- 115- Uso ayuno .....
- 116- Preocupación permanente por peso .....
- 117- Alternancia de peso .....
- 118- Sienten vida dominada por alimentación .....
- 119- Sentimientos depresivos .....
- 120- Pensamientos autodespreciativos .....

## Bulimia

### Sintomatología asociada

- 121- Signos físicos secundarios al vómito autoinducido .....
- 122- Abuso sustancias tóxicas .....
- 123- Interés obsesivo por imagen corporal vista por otros .....
- 124- Patología de la sexualidad .....
- 125- Retraimiento social .....

## Evolución primera etapa del tratamiento

### Anorexia nerviosa

- 126- Recuperación de peso .....
  - 1. Satisfactoria
  - 2. Bastante satisfactoria
  - 3. Insatisfactoria
  
- 127- Recuperación de Alimentación .....
  - 1. Satisfactoria
  - 2. Bastante satisfactoria
  - 3. Insatisfactoria
  
- 128- Menstrúa .....
  - 1. Con hormonas
  - 2. Sin hormonas
  
- 129- Preocupación imagen corporal .....
  - 1. Excesiva
  - 2. Normal
  
- 130- Relaciones sociales .....
  - 1. Satisfactoria
  - 2. Bastante satisfactoria
  - 3. Insatisfactoria
  
- 131- Sexualidad .....
  - 1. Satisfactoria
  - 2. Insatisfactoria

- 132- Capacidad de conectarse consigo misma ..... 1. Satisfactoria  
 2. Bastante satisfactoria  
 3. Insatisfactoria
- 133- Relaciones familiares ..... 1. Satisfactoria  
 2. Bastante satisfactoria  
 3. Insatisfactoria
- 134- Conductas adictivas .....
- 135- Actividad profesional y/o estudiantil .... 1. Satisfactoria  
 2. Bastante satisfactoria  
 3. Insatisfactoria
- 136- Persistencia o aparición de alteraciones psíquicas .....
- 137- Persistencia o aparición de aspectos depresivos .....
- 138- Persistencia o aparición de aspectos obsesivos .....
- 139- Persistencia o aparición de aspectos borderline .....
- 140- Desvalorizaciones narcisistas .....

## Evolución primera etapa del tratamiento

### Bulimia

- 141- Interrupción comilonas ..... 1. Satisfactorio  
 2. Bastante satisfactorio  
 3. Insatisfactorio
- 142- Interrupción vómitos ..... 1. Satisfactorio  
 2. Insatisfactorio

- 143- Estabilización peso propuesto ..... 1. Satisfactorio  
 2. Bastante satisfactorio  
 3. Insatisfactorio
- 144- Descentramiento tema alimentario ..... 1. Satisfactorio  
 2. Bastante satisfactorio  
 3. Insatisfactorio
- 145- Suspensión laxantes ..... 1. Satisfactorio  
 2. Insatisfactorio
- 146- Sentimiento mayor control de ingesta ..... 1. Satisfactorio  
 2. Insatisfactorio
- 147- Relaciones familiares ..... 1. Satisfactorias  
 2. Bastante satisfactorias  
 3. Insatisfactorias
- 148- Relaciones sociales ..... 1. Satisfactorias  
 2. Bastante satisfactorias  
 3. Insatisfactorias
- 149- Capacidad de conectarse consigo misma ..... 1. Satisfactoria  
 2. Bastante satisfactoria  
 3. Insatisfactoria
- 150- Estados depresivos sentimientos de vacío .....
- 151- Conductas obsesivas .....
- 152- Conductas borderline .....
- 153- Desvalorizaciones narcisistas .....
- 154- Tratamiento: abandono....  
 continua....

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. BAGATTINI C (1995) *Tiempo, cuerpo y recuerdos en la Anorexia Nerviosa. En: Lo Arcaico, Temporalidad e Historización, APU IX Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay*
2. BAGATTINI C (1993) *En los límites entre la perversión y la neurosis. En: La Neurosis Hoy, VIII Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay, APU*
3. BAGATTINI C. (1994) *María de Los Angeles. Sobre un caso de Anorexia Nerviosa. Presentación al Prof. O. Kernberg. Jornadas de APU, 11-12 Noviembre, Inédito*
4. BAGATTINI C (1997) *Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso. En : Rev.Uruguaya de psicoanalisisAPU 84-85*
5. Bruch H (1973) *Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa and the person wilhm, Nueva York, Basic Book 1993.*
6. BRUCH H (1978) *The golden cape: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Harvard University Press*
7. BRUCH H (1982) *Anorexia Nervosa: therapy and theory, Am J Psychiatry 139, 1531-1538*
8. BRUCH H (1979) *L' enigme de l' anorexie. En: La cage dorée, Paris, PUF*
9. BRUSSET B (1992) *Psicología y Metapsicología de la adicción bulímica. En: La Boulimie- Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, PUF*
10. BRUSSET B (1969) *L' anorexie mentale des adolescents. Contributions a l' étude de ses significations psychopatologiques, Thèse, Paris, 116 p*
11. CRISP AH (1991) *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in Anorexia Nervosa. Br J Psychiatry 159: p. 325-33*
12. CHABERT C (1994) *La bulimia: perversión o melancolía? En: Anorexia, Violencia, Holocausto, N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes-BsAs)*
13. DEUTSHC N (1994) *Anorexia nerviosa. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 Rev. Psic. Niños y Adolescentes- Bs. As*
14. FURNHAM A (1992) *Lay theories of anorexia nervosa, J. Clin. Psychol. 48,1: 20-36*

15. GIRARD C (1978) *Hospitalisation et psychothérapie de l'Anorexie Mentale. Psychiatrie de l'enfant, XXI, 2*
16. GREEN, A. (1992) *Tiempo y memoria . Psicoanálisis 14:3*
17. GULL W. (1874) *Anorexia Nervosa. Trans. Clin. Soc. London 7 : 22-28*
18. HEBERT P (1991) *The ethics of parical feeding in anorexia.( Comments) Can Med Assoc J 144 ,2 : 141-4*
19. HEKIER M, MILLER C (1994) *Anorexia, Bulimia, Deseo de nada. BsAs : Ed. Paidós*
20. JEAMMET P, BRECHON G ( 1991) *Le devenir de l' anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évaluées au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l' enfant, XXXIV, 2 : 381-442*
21. JEAMMET P (1989) *Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l' adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. En: Confrontations Psychiatriques, 31*
22. JEAMMET P (1992) *Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. Schweiz. Med. Wochenschr. 122 ,4 : 94-101*
23. JEAMMET P (1992) *Psicopatologia de la Anorexia Nerviosa, Conferencia realizada en el Servicio de Psiquiatria Infantil y de la Adolescencia. Facultad de Medicina, Montevideo,*
24. JEAMMET P (1994) *Anorexia y Bulimia. En: Zona Erogena 18( Bs.As)*
25. JEAMMET P (1994) *El abordaje psicoanalitico. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Ninos y Adolescentes- Bs.As)*
26. KERNBERG O ( 1994) *Abordaje técnico de los Trastornos Alimentarios en pacientes con personalidad fronteriza. Presentado en Simposio "Acercade Los Trastornos Alimentarios". Sociedad Psicoanalítica de Chicago, 12-13 Marzo,1994 Inédito*
27. KLUGE EH (1991) *The ethics of parical feeding in Anorexia Nervosa: a response to Hebert and Weingarten. Can Med Assoc J 144, 9 : 1121-4*
28. LANZI G , BALATTIN V, NEGEI G(1992) *The long-term prognosis of anorexia nervosa: the evaluation of hospital treatment. Minerva Ped 44 ,6 : 263-9*
29. LASÈGUE C. (1873) *L'Anorexie hystérique . Arch Gen Med 21 :385-403*
30. LAZARO L, TORO J, CANALDA G, CASTRO J, MARTINEZ E, PUIG J.(1996) *Clinical, psychological and biological variables in group of 108 adolescent patients with Anorexia Nervosa, Med. Clin (Barc) 107: 5 169-74*

31. LIPPE D ( 1994) *Trastornos de las conductas alimentarias e ideal. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Ninos y Adolescentes- Bs. As)*
32. MINUCHIN, S ;ROSMAN,B.L.,BAKER, L.(1978) *Psychosomatic families : Anorexia Nervosa in context, Cambridge (Mass): Harvard University Press.*
33. NORA D, SEGOUTI A ( 1994) *La anorexia y su organización relacional. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Ninos y Adolescentes-BsAs)*
34. RAIMBAULT G, ELIACHEFF C (1991) *Las indomables figuras de la Anorexia. Nueva Vision*
35. RAUSHC HERSCOVICI C, BAY L ( 1993) *Anorexia Nervosa y Bulimia, Amenazas a la autonomía. BsAs : Ed. Paidos*
36. RATNASURIYA RH, EISLER F (1991) *Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. Br J Psych 158 : 495-502*
37. RATNASURIYA RH (1986) *Prognostic factos and outcome after 20 years in anorexia nervosa. M Phil Thesis, University of London, London.*
38. ROLLA A ( 1987) *Los sindromes anorexoides: diagnostico y complicaciones, Prensa Med Arg 74, 3 : 98-103*
39. RORJEN S (1992) *Anorexia nervosa families. A homogeneous group? A case record study. Acta Psych Scand 85 : 196-200*
40. SOHLBERG S, NORRING C (1992) *A three - year prospective study of life events and course for adults with anorexia nervosa/bulimia. Psychosom Med 54 ,1 : 59-69*
41. SZMUKLER G, ANDREWS D (1992) *Neuropsychological impairment in anorexia nervosa: before and after refeeding. J Clin Exp Neuropsychol 14,2 : 347-52*
42. TORO J, NICOLAU R, CERVERA M, CASTRO J, BLECUA MJ, ZARAGOZA M, TORO A. (1995) *A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry 4:3 165-74*
43. VAISMAN N, ROSSI MF (1991) *Effect of refeeding on the energy metabolism of adolescent girls who have anorexia nervosa. Eur J Clin Nutr 45,11 : 527-37*
44. VANDEREYCKEN W, CASTRO J, VANDERLINDEN J ( 1991) *Anorexia y Bulimia, La familia en su génesis y tratamiento. Ed Martinez Roca*
45. VENISSE JL, SAUCHES M, CARDENAS M (1992) *Anorexia nerviosa, Rev Practicien 42, 2 : 253-257*

46. ZERBE K (1991) *Management of countertransference with eating disordered patients. Psychodynamic letter 1,9 : 4-6*
47. ZERBE K (1992) *Eating disorders in the 1990's: clinical challenges and treatment implications. Bull Menninger Clin 56,2 : 167-87*