

## ANOREXIA NERVOSA EN UN VARÓN.

## ANOREXIA NERVOSA IN A YOUNG MAN.

EDUARDO CHANDLER (\*); ANA JUFE (\*\*)

(\*) Médico Psiquiatra (UBA); Psicoanalista (AP de BA). Profesor en el Curso de Postgrado en Salud Mental. Dpto. de Salud Mental, Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.; Miembro del Programa de Trastornos en la Conducta Alimentaria del Dpto. de Salud Mental, División Psiquiatría de Enlace, Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires ([eduardo\\_chandler@fibertel.com.ar](mailto:eduardo_chandler@fibertel.com.ar))

(\*\*) Médica (Diploma de Honor, UBA), Especialista en Nutrición; ex Médica Asociada al Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, ex Supervisora Clínica en TCA en el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires.

**Resumen**

Resumen: Hilde Bruch, en su célebre obra "The Golden Cage", compila sus propias observaciones clínicas sobre la Anorexia Nerviosa (AN). Señala que se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina, pero que también ocurre en varones jóvenes, aun prepúberes, aunque mucho menos frecuentemente y le atribuye una incidencia varias veces menor que la registrada en niñas adolescentes. Señala también que esta restricción alimentaria no se debe a una real disminución del apetito o a una pérdida de interés en la comida, sino que subsiste, debajo de la actitud restrictiva, una "frenética preocupación por la comida y por comer...". En el presente artículo queremos compartir la particular experiencia de haber estudiado y tratado a un varón adolescente, quien acudió a nuestra consulta presentando un severísimo estado de desnutrición debido a una Anorexia Nerviosa. Resulta sumamente ilustrativo este ejemplo para reconocer -una vez más- en esta enfermedad, una etiología primaria de orden mental, a la que se agregan factores de mantenimiento biológicos y familiares, de los cuales depende, si no son reducidos inmediatamente, la cronificación del mal.

Palabras clave: anorexia nerviosa, adolescencia, trastornos alimentarios

English

Português

ANOREXIA NERVOSA IN  
A YOUNG MAN

## SUMMARY

*In her popular book "The Golden Cage", Hilde Bruch compiles her own clinical observations of Anorexia Nervosa (AN). She points out that this illness affects women almost exclusively, but it may also rarely occur in prepubertal boys, with the incidence rates being significantly higher in adolescent females than in males. She also highlights that this food restriction is not because of poor appetite or lagging interest in food, but because of a "frantic concern about food and eating ...". In this paper, we would like to share a particular experience of having studied and treated a teenage boy, who showed a very severe state of malnutrition due to AN. This case is very useful for recognizing, once*

ANOREXIA NERVOSA EM UM MENINO  
ADOLESCENTE

## RESUMO

*Hilde Bruch, em sua célebre obra "The Golden Cage", compila suas próprias observações clínicas sobre a Anorexia Nervosa (NA). Indica que se trata de uma doença quase exclusivamente feminina, mas que também ocorre em meninos adolescentes jovens, ainda pré-púberes, mesmo que menos frequente e lhe atribui uma incidência várias vezes menor do que a registrada em meninas adolescentes. Indica também que esta restrição alimentícia não se deve a uma real diminuição do apetite ou a uma perda do interesse pela comida, e sim que subsiste, debaixo da atitude restritiva, uma "frenética preocupação pela comida e por comer... ". No presente artigo queremos*

more, the primary mental etiology of this condition, to which family support and biological factors are added. If these factors are not reduced immediately, chronicity is certain.

**Key words:** anorexia nervosa, adolescence, eating disorders

compartilhar a particular experiência de haver estudado e tratado um menino adolescente, que nos consultou apresentando um severíssimo estado de desnutrição devido a uma Anorexia Nervosa. Resulta extremamente ilustrativo este exemplo para reconhecer – mais uma vez- nesta doença, uma etiologia primária de ordem mental, a qual se adicionam fatores de manutenção biológicos e familiares, dos quais depende, se não forem reduzidos imediatamente, a cronificação do mal.

**Palavras-chave:** anorexia nervosa, adolescência, transtornos alimentícios

**Nota aclaratoria:** Este artículo intenta mostrar cómo el funcionamiento mental es algo de la mayor importancia en la situación clínico-nutricional por la que el enfermo atraviesa. Es común escuchar acerca de las dificultades que experimentan los profesionales formados en áreas lejanas a las ciencias psiconeurológicas al intentar “visualizar” el funcionamiento del psiquismo humano, por lo cual hemos hecho nuestro mejor esfuerzo para ser claros en las explicaciones que ofrecemos. Convocamos a la voluntad de acompañarnos en la lectura quedando gustosamente a disposición para esclarecer las dudas que puedan surgir.

### Introducción:

Hacia fines del siglo XVII, precisamente en el año 1689, Richard Morton publica en Londres su obra “*Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions*”, denominando allí al cuadro de anorexia con el nombre de “Consumción nerviosa” y considerando, en un primer momento, que era originado por “la tristeza y los cuidados ansiosos” y, más adelante, como una “perversión de la mente”. Es Morton quien realiza la primera descripción de una Anorexia Nerviosa masculina en un joven de 16 años, hijo de un ministro de la Iglesia, amigo suyo. Este adolescente presentaba una pérdida total del apetito que fue atribuida a estudiar muy duramente y también a “pasiones de su mente”. Durante dos años, este joven paciente, a quien se lo veía “morir de pena”, mostró, según el relato de Morton, una atrofia generalizada sin causas orgánicas que pudieran justificarla. El cuadro fue entonces considerado como una *consumción nerviosa*, debida al hábito corporal y también “al sistema de nervios alterado”. Ningún tratamiento biológico fue efectivo, por lo cual Morton le indica que abandone sus estudios por un tiempo, observe una dieta láctea y se mude al campo. Tras el cumplimiento de estas indicaciones, el joven recuperó su salud en gran medida, aunque su estado de consumción no desapareció por completo.

Luego de Morton, William Gull y Charles Lasègue, entre otras figuras célebres de la Medicina de aquella época, contribuyeron a las primeras observaciones de esta enfermedad en varones, aunque todos coincidieron en que –tal como vemos actualmente- la AN es un

mal que predomina en la mujer joven.<sup>1</sup>

En su libro “*Eating Disorders: “Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*”, Hilde Bruch –quien, además de reconocer una etiología mental primaria en la AN, jamás soslayó el valor de la desnutrición en la perpetuación del cuadro (especialmente en sus aspectos psicológicos)- desarrolla el siguiente concepto: “esta excesiva preocupación con el cuerpo y su tamaño, así como el rígido control en el comer, crean síntomas tardíos en el desarrollo juvenil de quienes han caído en una lucha desesperada contra el sentimiento de esclavitud y explotación y que son incapaces para conducir sus vidas por sí mismas. En su ciega búsqueda de un sentido de identidad y mismidad las jóvenes anoréxicas no aceptarán lo que sus padres o el mundo que las rodea les ofrecen. Es mejor ayunar que tener una vida de adaptación al medio”... “Es en relación con este sentimiento de incapacidad frente a los problemas de la vida que la fanática preocupación para controlar el cuerpo y sus demandas debe ser entendida. Esta incapacidad fue un hallazgo no esperado porque las anoréxicas son personas desafiantes y tercas, algo insolentes, que impresionan en un primer contacto como personalidades fuertes y vigorosas”<sup>2</sup>

Tal como sucedió con el paciente que presentamos aquí, de prosopografía tan impactante, Bruch describe en “*The Golden Cage*”<sup>3</sup> el encuentro con una de sus primeras pacientes. Dice: “Cuando llegué a mi consulta, se veía como un esqueleto caminando, con sus piernas como palos de escoba, mostrando cada costilla y el filo de sus omóplatos elevados, como si fuesen pequeñas

alas": "Sus brazos y piernas estaban cubiertos de un suave vello, su cutis tenía un tinte amarillento y su pelo seco colgaba como cuerdas". Agrega: "Más impactante era su rostro, hundido, vacío, como el de una anciana arrugada por una enfermedad devastadora, ojos hundidos y una nariz puntiaguda y afilada, en la cual era visible la articulación entre hueso y cartílago. Cuando hablaba o sonreía -y se la veía bastante alegre- uno podía ver cada movimiento de los músculos alrededor de su boca y de sus ojos, como si fuese la representación anatómica animada de una calavera". Señala que esta enferma insistía en que se veía bien y que no había nada malo en que fuese tan flaca. En palabras de la paciente: "disfruto teniendo esta enfermedad y la quiero. No puedo convencerme a mí misma de que estoy enferma y de que haya algo de lo cual tenga que recuperarme".

### Presentación del caso:

Tomás es un joven estudiante, de 18 años de edad, oriundo de Mar del Plata, pero residente en Capital Federal en el momento de la consulta (abril de 2009). Es traído por sus familiares debido a su estado de desnutrición marcada, estado que se viene desarrollando desde hace un par de años. Prácticamente no puede caminar por sus propios medios e ingresa al consultorio sostenido por sus padres.

Es un muchacho alto, rubio, de cabellos notablemente rizados, aspecto cadavérico, facies pálida y una sonrisa amable que apenas puede esbozar. Su voz es casi inaudible: hace un gran esfuerzo para hablar y sus párpados tienden a entrecerrarse. Apenas puede moverse. Refiere:

*"me di cuenta de que perdí muchas cosas en este tiempo y que tenía que hacer algo".*

Ya a solas, cuenta que dejó de frecuentar a sus amigos para evitar que lo obligasen a comer lo que ellos comían, aunque siempre le había gustado hacerlo. En su casa, últimamente, su padre ha pretendido forzarlo a comer una tortilla con mariscos que él preparaba y que a Tomás siempre le fascinó. Son peleas que terminan en insultos y golpes de puño del padre sobre la mesa y la pared. Un tío que vive en la casa de al lado ha tenido que intervenir para que el padre no le pegue a Tomás. Curiosamente, su discurso no incluye la razón de esta presión: su inocultable adelgazamiento progresivo. Interrogado sobre su conducta restrictiva dice:

*"comencé sacando lo que tenía grasas; hice una lista de comidas que debía evitar. Dejé los dulces que siempre me gustaron, las pastas, el pan, las gaseosas... todo". "Después agregué a la lista el vino blan-*

*co dulce y la sidra, porque sentía que me hinchaban". "Cuando me apartaba de esa lista, de lo que yo mismo me permitía comer, me sentía con mucha culpa". "Aparte de la comida, también perdí el interés por el básquet, que tanto me gustaba".*

Prosigue la consulta con inclusión de los acompañantes. La madre agrega entonces lo siguiente:

*"a partir de los quince años Tomás empezó a cambiar, después de un desengaño amoroso. Se puso muy nervioso y empezó a querer controlar todo lo que pasaba". Añade Tomás: "es que Melina (la novia) me ahogaba, tenía que vivir sólo para ella, me quería como comer, no sé..."*

Sigue diciendo la madre:

*"Tomás fue siempre el mejor alumno; fue abandonado en los últimos cuatro años en la escuela comercial a la que iba. Era un loco por el estudio. En inglés sabía tres o cuatro sinónimos de cada palabra. De repente ese detallismo lo volcó en la comida. Era un control que aumentaba día a día y también nos empezó a controlar lo que comíamos nosotros, pero al revés: no podíamos dejar ni un bocado en el plato. Él nos quería servir la comida, pero yo no lo dejaba. Mi marido se ponía furioso cuando lo veía hacer eso".*

*"Cuando adelgazó mucho se empezó a esconder. Iba al cine - que era, junto con el básquet, su pasión- de noche, aunque en general salía casi nada. Iba solo y siempre se ponía un gabán para taparse".*

Interviene aquí el padre, hombre de hábito pícnico, prominente abdomen y modos no muy cuidados y acusa casi a gritos a la madre del paciente diciendo que ella no quiso reconocer lo que pasaba. Refiere que ella lo llevaba a curanderas y que no veía que el hijo era un esqueleto, pese a que hacía tiempo que se lo venían señalando. Agrega que la madre siempre lo sobreprotegió y no lo dejó crecer. También, ya instalada su conducta restrictiva progresiva y en franco proceso de adelgazamiento, realizaron una consulta al médico pediatra de Tomás, quien restó importancia al cuadro. Esto fortaleció la posición negadora de la madre. Ante la situación actual, solicito una urgente evaluación clínico-nutricional, de la cual surgen los siguientes datos:

*Patrón alimentario restrictivo: desayuna 1 taza de café negro, almuerzo vegetales solos sin aceite, merienda únicamente con un café y cena carne, pollo o pescado magros (si ve grasa la retira minuciosamente), acompañados con un tomate sin aceite. No come postre. Bebe*

poco líquido: 1 litro en total entre el agua, el café y algunos mates.

Al examen físico se lo ve emaciado, con ausencia de masa grasa y masa muscular casi inexistente; presenta cianosis periférica, livideces en manos y pies (de color francamente morado), hipotermia (temperatura axilar de 35,5 grados C con extremidades muy frías) y lanugo en la espalda. Su voz es muy suave, no responde en tiempo y forma a las preguntas, evidencia severa dificultad para mantener la atención y concentrarse.

**Peso:** 41,100 kg; **talla:** 1,80 m; **IMC:** 12,68; **TA:** 90/60 mm Hg; **FC:** 64 x min, regular.

Trae un laboratorio con valores normales, excepto que la glucemia en ayunas es de 40 mg%.

Ante este cuadro se interna en el Servicio de Emergencias de un hospital general.

Luego de esta breve internación, en la que lo rehidratan y actualizan estudios básicos, Tomás queda internado en su domicilio al cuidado de su madre y de una tía. El padre vuelve a trabajar en su pequeña industria. Realiza reposo absoluto, hidratación oral, suplemento vitamínico y mineral y un plan de alimentación oral de 1000 calorías/día distribuido en 4 comidas. Las ingestas quedan bajo supervisión de la madre.

Hemos ordenado la presentación cronológica del paciente en: a) una reseña nutricional que será ampliada en sus detalles en un cuadro final y b) una secuencia de los cambios psicopatológicos que fue presentando. Algunas de las variables psicopatológicas guardaron relación directa con el proceso de re-nutrición. Otros cambios se debieron al tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

### **Evolución postcrítica:**

23 de Abril:

control nutricional refiriendo sentirse mejor, menos desorientado. Refiere pesadez postprandial: se siente "lleno". Le cuesta tomar líquidos, y tiene miedo a verse "diferente". Cuenta que en la internación mentía (decía que comía 3 galletitas pero realmente no lo hacía).

• *Ecocardiograma: normal.*

• *Laboratorio en internación: Hto: 37% Inmediatamente de externarlo (16 de Abril), se obtuvieron estos valores: Glucemia: 60 mg% / Ca: 9,6mg% / P: 4mg% Para conocer los restantes valores de laboratorio remitirse al cuadro sinóptico final.*

Al examen físico:

• *Las extremidades permanecen frías y con acrocianosis leve.*  
• *No presenta edemas en MMII ni sacro.*

• *Auscultación respiratoria y cardíaca normales.*

Se progresa el plan alimentario en 300 calorías más por día, supervisado por la madre. Continúa con igual hidratación y suplemento vitamínico-mineral. Se agrega Domperidona antes de almuerzo y cena para facilitar la evacuación gástrica y evitar la sensación de saciedad precoz.

### **Consideraciones psicopatológicas:**

En la medida en que Tomás se fue retrayendo de su ambiente social, al instalarse su restricción alimentaria, su vida comenzó a girar en torno de su madre. Pasaba el día con ella, encerrado en su casa, jugando al Scrabble con ella, viendo televisión y estudiando. Dice el paciente:

*"Hace tres años (tenía 15) en casa tenían que esconderme las pizzas porque yo era un gordito glotón. Un día, no sé porqué, sentí que quería verme mejor pero se me fue de las manos, tanto el cuidarme con la comida como con el remo... Me pasaba todo el día remando".*

Actualmente no puede estudiar porque se cansa, no se logra concentrar y siente mucho sueño. Sueña frecuentemente con comida, por ejemplo dulces y chocolates, y cuenta en la sesión, con angustia y llanto, que siente culpa por lo que le pueda pasar a su familia si él se muere. Luego dice:

*"tengo mucho miedo a los cambios". "Hasta dejar la escuela me angustiaba... mis compañeros se burlaban si yo se los decía. Pensaba en una escena de una película en la que Superman había retroceder al tiempo y me hubiese gustado poder hacer lo mismo".*

Interrogado más detenidamente sobre el contenido de sus sueños -que le sorprende tener tan profusamente- cuenta que en ellos aparecen distintas comidas, helados y bombones; o bien se ve compartiendo con sus amigos pizzas hechas en el horno de barro de su casa. Pero en todos estos sueños es patente la sensación de descontrol: se le presentan imágenes en las que se ve a sí mismo comiendo desenfrenadamente.

Función sexual: de inicio desagradable, en una penosa experiencia de vergüenza y miedo. Nunca más intentó tenerlas. Se considera heterosexual. El desinterés por la sexualidad genital es lo habitual cuando el síndrome se ha instalado. En el curso de la psicoterapia y ya afianzado el vínculo terapéutico, contará un penoso secreto sexual de su infancia. Dicho secreto se refiere a sucesos ocurridos entre sus 14 y 15 años, hasta que circunstancias fortuitas pusieron fin a esa situación. Este

momento coincidió con el comienzo de su aumento de peso. Es preciso destacar la multiplicidad de hechos sucedidos en el mismo momento de su vida, constituyendo todos concausas etiológicas de dicho aumento de peso.

Fobias infantiles: a las tormentas violentas y terremotos. Actualmente le teme a la oscuridad y a los cocodrilos, porque no se ven cuando se acercan en el agua. Tampoco soporta la imagen de ser llevado por sus amigos en una moto a mucha velocidad, porque no podría controlar lo que pudiese suceder.

Elementos obsesivos: Indecisión y duda (actualmente le cuesta elegir entre dos comidas). Dice:

*“antes de adelgazar era más despreocupado, más libre, comía naturalmente; al adelgazar, comencé a controlar todo, eligiendo y sacando cosas de la lista, y hasta cortando con una tijera el repulgue de las empanadas. Me miraban como a un loco pero yo lo tenía que hacer igual. Después trituraba la empanada y sacaba los pedacitos amarillos de huevo, pero no los blancos. Cada vez tardaba más en comer”.*

Tomás se ve a sí mismo con bajo peso, pero no se ve con muy bajo peso (que es lo que realmente sucede y preocupa).

#### **Elementos destacados de la constelación familiar:**

Al padre lo describe como un hombre silencioso y “duro”, aunque con cierta frecuencia se quiebra emocionalmente. Nunca le alcanzó lo que su hijo hizo y que mostrará luego la misma insatisfacción en lo atinente a la recuperación que Tomás fue logrando en su tratamiento.

A la madre, profesora de música -aunque no ejerce esa actividad- mujer bastante menor que el padre, la describe como sumamente dedicada a sus hijos y a quien le cuesta “soltarlos”. Ella es el núcleo de la familia. Tomás tiene dos hermanas, de 30 y 22 años, ambas solteras y un hermano de 26, ingeniero, también soltero, alcohólico.

#### **Elementos destacados del tratamiento psicoterapéutico-psiquiátrico:**

Comienza su tratamiento con un abordaje interdisciplinario: a) nutricional intensivo al que se agrega b) un esquema psicofarmacológico (Paroxetina / Escitalopram + Tioridazina); c) psicoterapia de sostén y confrontación psicodinámica progresiva en busca de profundizar su conciencia de un padecimiento psicológico y d) entrevistas familiares de carácter psicoeducativo / conductual.

Fines de abril de 2009: Presenta gran temor a aumen-

tar de peso rápidamente, lo cual lo remite claramente a su temor a perder el control sobre su persona en un sentido más amplio que el limitado a la conducta alimentaria. Dice:

*“Le tengo mucho miedo al cambio de mi cuerpo, a engordar como si fuese un globo y salir volando. Sé que eso es imposible, pero lo pienso. Mi familia está más aliviada al verme mejor, pero yo por dentro tengo como dos partes: por un lado quiero hacer lo que ellos quieren, pero también tengo este miedo...”*

Acepta incorporar progresivamente y con esfuerzo algunos alimentos que había dejado, pero solo si está seguro de que no ha aumentado de peso. Dice:

*“De ánimo y físicamente estoy mejor, pero me noto más relleno y me cuesta aceptarlo.”*

*“Hay comidas que me encantan, como la bagna cauda que mamá hace, pero no me animo a probarla.”*

A partir de este momento, el paciente comienza a traer sueños a sus sesiones, cuyo contenido aportó información útil acerca de aspectos psicopatológicos preexistentes al síndrome alimentario, como así también relacionados con las circunstancias presentes.

*Primer sueño:* “Yo estaba con mamá en un barco y ella me llevaba a una especie de kiosquito donde daban cremas de colores. Yo me comía un kilo de una crema rosa muy vistosa y me descomponía (dolor de estómago). Luego ese barco aparecía en el puerto de Mar del Plata, yo me bajaba y caminaba por una especie de ruta desolada; todo el paisaje era muy gris. Iba a la casa de un gran amigo mío, Darío, pero cuando llegaba lo veía con un grupo de otros amigos y me volvía porque no quería que me viesen tan flaco. Llegaba a casa y la encontraba a mi mamá preparándome una papilla para la cena”.

#### **27/4**

*Paciente bajo supervisión familiar y cumplimiento de pautas indicadas. Domperidona alivia la temida sensación de plenitud gástrica. Pudo tolerar la leche entera. Refiere catarsis normal y parestesias en miembros inferiores.*

#### **30/4**

*Refiere diuresis aumentada pero sin necesidad de orinar durante la noche. Sin parestesias. Catarsis normal.*

Se indica: disminuir la sal y bebida mineralizadas a un cuarto de litro por día y completar con 1 litro de agua mineral sin sodio.

Se solicita: ionograma, Ca, Mg, glucemia, hepatograma y uremia.

### 3/5

Refiere sentirse mejor. Disminuyó el sodio y aumentó su diuresis. Sin sensación de plenitud, pero sigue con el mismo miedo a engordar (dice verse más hinchada la panza). Presentó compulsión de tirar comida, aprovechando la ausencia circunstancial de la madre.

*Nota:* El aumento leve de transaminasas hepáticas (ver cuadro sinóptico final), es frecuente en la desnutrición grave con IMC menor de 13.

*Se indica* cuidar cambios de posición y vapor de la ducha (riesgo de hipotensión ortostática).

### 7/5

Presenta crisis de frío si está mucho tiempo levantado; ceden al acostarse y abrigarse. Se realiza control clínico nutricional regular (dos observaciones por semana).

**Junio de 2009:** Para esta época, Tomás se debate claramente entre el deseo y la culpa. Refiere que comer cantidades limitadas por la indicación médica lo tranquiliza, pero que lo aterra pensar que, de no tener esta guía, podría subir de peso sin control. Logra comer más relajado y descansa mejor. Aún permanece limitado en sus actividades, pero se planifica levantar algunas restricciones de actividad cuando supere francamente los 47 Kg. Su estado de ánimo ya es muy bueno.

**Segundo sueño:** Estaba en una fiesta con una chica que le gustaba mucho pero a la que nunca se animó a acercarse. En esa fiesta estaba también toda su familia. Intentaba mostrarse ante su padre y su hermano. Ve reflejada su imagen en un ventanal y tiene "pancita". Sentía entonces desconfianza hacia este tratamiento.

Para esta época, Tomás aún sigue una inevitable cronometría autoimpuesta en cada detalle cotidiano, especialmente con la alimentación. Ante el padre o el hermano, se pone sumamente tenso y no come.

### 25/6

Continúa mejorando en todo aspecto. Se mantienen controles regulares clínicos y de laboratorio.

### 23/7

Refiere que en esa semana tuvo 3 episodios de hipotensión luego de duchas prolongadas. Se solicita rutina y ECG.

### 26/7

El ECG es normal.

Desde principios de julio el paciente ya no requiere Domperidona.

Se indica comer carne roja mínimo 5 veces por semana, se disminuye suplemento vitamínico-mineral y se agrega

hierro con ácido fólico vía oral a razón de 2 comp/día para continuar luego con 1 comp/día. La presencia de anemia a lo largo de la recuperación nutricional suele ser frecuente, ya que la fabricación de masa muscular requiere una disponibilidad de hierro que no logra ser cubierta por las ingestas alimentarias.

Anímicamente mejor, nuevamente sonríe. Agrega nuevas comidas, venciendo temores previos. Dice:

*"Estoy naciendo de nuevo, me estoy conociendo".*

*"Hablo más. Antes no tenía ganas ni de hablar. Vi en el video del cumpleaños de 15 de la hermana de un amigo lo flaco que estaba y no quiero estar nunca más así".*

**Tercer sueño:** Sueña con dos situaciones heterosexuales. Lo que él asocia (y valoriza...) de este sueño es que está con una chica y que ya no quiere ser visto por su familia.

Muy tenso cuando lo miran comer. Aunque esté en compañía de su madre o de su tía, él siente la presencia de su padre y de su hermano mientras come. Cree que ellos piensan que él come "comida de bebé" o "de nena" y que lo desprecian por eso.

**Fines de Julio de 2009:** La médica nutricionista le permite ya progresivas actividades planificadas.

**Cuarto sueño:** Nuevamente se ve en Mar del Plata. Va por el club de golf donde el padre solía jugar, escondiéndose entre los árboles.

**Quinto sueño:** Se ve en un shopping paseando con dos amigos a quienes él quiere mucho. Entran a un local de ropa y él se prueba una remera delante de todos. Se sentía contento y no se ocultaba de la miradas.

Cree que el estar enfermo y con la madre cuidándolo aquí en Buenos Aires es algo que le gusta. Refiere también que se sintió desplazado por la visita de sus tres pequeños sobrinos, porque su madre "se olvidó de él y los llevaba todos los días al zoológico y a otros paseos". En lo referente al impacto psicológico de su recuperación nutricional, cada vez que siente que hubo un "aumento" de peso fuera de su control sufre una crisis de ansiedad y miedo, al punto de requerir medicación extra. Al mismo tiempo él reconoce que "recuperar peso" no significa "engordar" sino "estar más sano y tener más ganas de vivir; es sentirse mejor y estar de mejor ánimo" (sic).

Habla del progreso de su peso. Dice:

*"Estar flaco era para mí un logro, un logro de mi voluntad, me sentía fuerte de esa manera. El estó-*

mago me dolía de hambre, pero en ese dolor yo encontraba una *satisfacción, me sentía mejor que los demás de esa manera. No sé si mejor como persona, pero sí mejor respecto de ese chico flojo e inseguro que tanto le molestaba a mi papá*"

### Agosto de 2009:

Los detalles evolutivos que se registran en este momento son los siguientes:

- Aumento de su capacidad de concentración. Puede ver una película y seguir el hilo conductor del argumento.
- No puede dejar de pensar obsesivamente en la comida.
- Siente "ganas de probar cosas nuevas" (y lo hace).
- Ha pensado en estudiar alguna carrera relacionada con la comida. Siente que le hace bien tener conocimientos sobre los alimentos.
- Pensó en no estar tan "pegado" a sus padres.
- Tiene miedo de que la comida "se le vaya" (...). La compra y la almacena.
- Acepta mucho mejor las indicaciones nutricionales. En su casa ya no hay más tensiones ni discusiones en torno a la comida.

Días después se verifica una recuperación ponderal de 800 g, cuando él esperaba no más de 500 g. Se altera mucho y pasa varios días en cama, desanimado. Dice luego que irse acercando a los 60 Kg, valor al que teóricamente deberá llegar, representa para él estar en condiciones de vivir solo y que él aún siente necesidad de que lo cuiden. Se reconoce inmaduro. Dice:

*"Creo que en cierto modo yo soy como dos personas: por un lado crecí físicamente, aunque ahora esté así, pero llegué a tener el cuerpo que correspondía a mi edad. Pero psicológicamente no, siempre fui un chiquito inseguro y temeroso agarrado a su mamá. Algo de eso es lo que ven mi papá y mi hermano. Ellos no quieren que yo sea un nenito tonto a esta edad"*

Nota que cada vez sueña menos con comida. Dice:

*"Antes miraba los huevos de Pascua, que siempre fueron mi locura y no podía ni acercarme a uno. Pero de repente me encontraba pensando en ellos y hasta un día soñé que era Pascua y mi mamá venía con una gran canasta llena de huevos de chocolate"*

Comienza a criticar su dependencia hacia la madre y que ella la fomente. Le propongo que comience a concurrir solo a las consultas. Asocia:

*"una vez me caí de una altura y me rompí la pierna izquierda. El médico me indicó tratamiento y luego rehabilitación, en la cual tenía que valerme solo. A los médicos les molestaba que mi mamá estuviese todo el tiempo encima con sus miedos y diciéndoles que a ella le parecía que era muy pronto para que me largase solo"*

Cuando comienza a venir solo asocia con que le molesta que la madre tome decisiones y hable por él y critica su dependencia hacia ella (reconociendo, no obstante, la "comodidad" que esa dependencia le significa). Refiere que lo que más le preocupa por fuera de la comida es enfrentarse con la vida y sus exigencias, para lo que no se siente capacitado. Pudo salir a comer afuera con su madre y su tía. Comió con tranquilidad y confianza lo que le sirvieron. Está sorprendido por esta actitud.

**Sexto sueño:** "Caminaba solo por una calle peatonal de Mar del Plata y cuando paso por delante de un bar veo a un ex-compañero de escuela que me maltrataba en los recreos. Yo sufrí mucho por eso, pero nunca se lo dije a nadie. Mi padre y mi hermano mayor me hubiesen exigido que me pelee con él. Al verlo me asusto y salgo corriendo hacia mi casa; quería entrar y encerrarme con llave. Cuando estoy corriendo, un perro grande me entra a perseguir; parecía una especie de lobo. Ahí me desperté todo sudado"

Desde Julio a Octubre, Tomás siguió evolucionando favorablemente: come sin temor ni supervisión, incorporando "alimentos temidos" como chocolates y helados. Continúa recuperando peso, camina y no presenta edemas. Diuresis, catarsis, temperatura corporal y tensión arterial son normales. Ya no presenta lanugo. *El paciente fue pesado de espaldas en todas las consultas y se le informaba el peso hallado. En octubre de 2009 acepta no ser informado de la evolución de su peso, con nuestro compromiso de ayudarlo a mantenerse en un peso saludable y delgado. Esto mejora aun más la posibilidad de que Tomás siga flexibilizando su alimentación sin estar pendiente del resultado que esto ocasione en su peso corporal.*

*En diciembre alcanza los 70 kg y crece 1 cm (IMC: 21,37), finaliza el tratamiento con hierro y fólculo pero continúa con suplemento vitamínico y mineral vía oral.*

*El peso máximo alcanzado fue 73 kg en marzo de 2010; se suspende el suplemento vitamínico.*

*Desde julio de 2010 hasta la actualidad mantiene un peso estable que oscila entre los 69 kg. y los 70,5 kg.*

Hacia febrero de 2011 se observan mejorías en su alianza de trabajo en la psicoterapia. Concorre con gran adherencia a la tarea y muestras los siguientes cambios:

- 1) Aumento de su autoestima, lo que se evidencia en actitudes más seguras y de no sometimiento.
- 2) Crítica objetivamente a su padre y a su hermano mayor, ambos hostiles y exigentes hacia él.
- 3) Tolera cambios leves en el encuadre de trabajo sin sufrir crisis de ansiedad.
- 4) Tolera su nuevo peso y figura masculina. Está interesado en practicar "kick-boxing".

En el último año de su curso evolutivo, este paciente fue mostrando cada vez mayor predominio de actitudes y conductas relajadas y adaptadas, tanto en el ámbito de la comida como en general. Su autonomía ha crecido notablemente. Sus rituales alimentarios, aunque no han desaparecido por completo, son pocos y menos graves sin tantos controles.

En lo psicológico fue aumentando su auto-comprensión y requiriendo cada vez menor dosis de ansiolíticos, los que fue utilizando facultativamente. En la actualidad ya no recurre a ellos desde hace varios meses, como tampoco está tomando antidepresivos desde principios de este año.

Cursa materias de segundo año de la Carrera de Agronomía, en una Universidad privada, con excelentes notas y ha tenido alguna aproximación (sin incluir aspectos sexuales), a dos compañeras de Facultad.

Desea trabajar para independizarse económicamente en la medida posible.

### Sinopsis de la evolución clínico-nutricional:

TABLA 1  
Evolución de los parámetros clínicos

Fecha	Peso (kg)	Talla (m)	IMC	TA (mmHg)	FC (pulsaciones x min)
14-Abr	41,1	1,8	12,68	90/60	64 por min
16-Abr					
18-Abr					
23-Abr	41,6	1,8	12,83	85/55	60 por min
30-Abr	44	1,8	13,58	90/60	60 por min
03-May	45,3	1,8	13,98	85/60	60 por min
07-May	46	1,8	14,19	90/60	56 por min
18-May	46,4	1,8	14,32	90/60	60 por min
28-May	46,9	1,8	14,47	90/60	60 por min
25-Jun	49,6	1,8	15,3	95/65	68 por min
23-Jul	51,6	1,8	15,95	110/70	84 por min
20-Ago	54,2	1,8	16,72	110/70	82 por min
19-Sep	59	1,8	18,2	115/70	80 por min
15-Oct	63,5	1,8	19,59	115/75	76 por min
12-Nov	67,1	1,805	20,59	120/75	76 por min
14-Dic	70	1,81	21,3	120/80	72 por min

TABLA 2  
Evolución de los parámetros de laboratorio

Fecha	t ax (gdc)	glu (mg%)	Hto (%)	Hb (g%)	GB/mm <sup>3</sup>	uremia (mg%)	Creat (mg%)	TGO (U/l)	TGP (U/l)	colT (mg%)	TSH (mUI/l)	T4-l (ng/dl)	P (mg%)	Ca (mg%)	Na (meq/l)	K (meq/l)	edemas	Mg (mg%)
14-Abr	35,5	40	42%	13,8	10700	46	0,9	11	17	171	1,36	1,01						
16-Abr		55	37%	12,2	6600	26	0,9	11	47 (elevada)	133			3,3	9,6	141	3,4		
18-Abr		60											4	9,6				
23-Abr	36,1																2/6 MMII	
30-Abr	36																	
03-May	35,9	74				21		12	48 (elevada)	144			4	9	144	4,3	2/6 MMII	2,1
07-May	35,6																2/6 MMII	
18-May	35,9	70	38,50%	12,5	6610	24	0,93				1,72		4,1	9,1	140	4	1/6 MMII	2,1
28-May	36																1/6 MMII	
25-Jun	36,1		37%	12,2	6600	23	0,9	12	16									
23-Jul	36,3	75	34%	10,9	5000	37							4,6	10,3	142	4,2	sin edemas	1,85
20-Ago	36,5		36%	11,2													sin edemas	
19-Sep			37%	11,9													sin edemas	
15-Oct			39%	12													sin edemas	
12-Nov			39%	12													sin edemas	
14-Dic	36,5	76	40%	13	5540	35	0,92	12	17	143	1,8	1,02	4,4	10,2	143	4,3	sin edemas	1,95



**Análisis del caso:****I) Consideraciones fenomenológicas:**

Respecto del trastorno mental existente en las enfermas anoréxicas, causa primordial de esta enfermedad, reflexiona Bruch: *"Ha habido una considerable controversia acerca de la correcta clasificación psiquiátrica de la AN. En el pasado todos los casos de severa pérdida de peso de origen psicológico eran agrupados sin clasificación alguna"*.<sup>3</sup> Tomás cumple con los criterios diagnósticos del DSM IV, de empleo mundial.<sup>4</sup>

M. Selvini<sup>5</sup> así como B. Brusset<sup>6</sup> señalan que subyacen al síndrome anoréxico diferentes estados psicológicos, con personalidad siempre disociada. Cuando esta disociación es extrema, presenciamos situaciones clínicas de suma gravedad que suelen cronificarse. Cuando la disociación es menor, como en Tomás, el curso es más benigno, más allá del inquietante adelgazamiento inicial. La mencionada benignidad ya es anunciada por lo que nuestro inolvidable maestro, Jorge Braguinsky, denominaba "actitud anoréxica". Si bien Tomás la presentó, no la sostuvo. Era posible tener la vivencia empática de su sufrimiento tras la restricción y él, al ser su disociación menos marcada, reconocía ese dolor y se dejaba ayudar. Eso mostró –pudimos verificarlo con el paso de los meses- una actitud distinta a la de los severos cuadros donde no existe ninguna conciencia de enfermedad y donde la paciente muestra una posición irreductible y defiende, literalmente "a muerte", su nueva identidad anoréxica.

**II) Consideraciones psicodinámicas:**

a) sobre el material onírico:

Sigmund Freud señaló, en sus estudios sobre la función reveladora que los sueños tienen respecto de los procesos psíquicos inconscientes, que su concatenación a lo largo de una psicoterapia marca la elaboración que el paciente va haciendo de lo que en ellos es descubierto. En este relato clínico también aparece, en la sucesión de sueños, un material simbólico de gran claridad que va marcando la evolución de Tomás, quien comenzó a soñar con situaciones donde era forzado por su madre a comer. Eran épocas de su vida marcadas por una estrecha relación alimentaria con la madre, pero poco a poco la comida fue transformándose en algo temido y dañino. En el segundo sueño (Junio de 2009) se ve recuperado y con una imagen viril, pero con "pancita". El rechazo al modelo masculino paterno aparece en su oposición a la propuesta alimentaria y al estilo de vida del padre. Posteriormente (tercer sueño, Julio de 2009) muestra su aceptación de una imagen de varón y en el quinto sueño (fines de julio de 2009) manifiesta desagrado por su aspecto físico en fotografías donde se ve muy adelgazado (no obstante, en esos momentos sus conductas restrictivas continuaban).

El sexto sueño, de agosto de 2009, podría entenderse como una expresión de su necesidad de apoyo en los padres, apoyo que no pudo pedir al ser secreto el acoso sufrido en la escuela. Además sueña con un perro que lo persigue, simbolismo probable de una amenaza (ser perseguido) de carácter oral (los perros hostiles muerden). Precisamente su sintomatología otorgaba un carácter atemorizante / persecutorio a la comida.

b) sobre el material asociativo de las sesiones:

Nuestro joven paciente muestra claramente su dificultad para salir, en pos de su crecimiento, de un vínculo infantil centrado en la madre. Esta dificultad aparece generada por varios factores convergentes: una madre que no lo puede "soltar", como él mismo dice, y lo atrae con comida y por varones de su familia que le exigen la adopción de un modelo masculino violento, modelo que incluye –entre otros descontroles- el comer y beber en exceso. Sabemos de los duelos que la adolescencia exige realizar. Hay dolor por perder el cuerpo que se tuvo hasta ese momento, el cual es reemplazado por nuevas formas y nuevas urgencias; a estos cambios el púber asiste sin poder participar más que como protagonista pasivo.<sup>7</sup> Se pierde el "yo soy"... (un niño o una niña...) y se pierde también el trato protector y complaciente de los adultos, el que es reemplazado por nuevas exigencias –entre ellas la de ser responsable de sí mismo y cada vez más autónomo-. Transitar esta etapa implica un esfuerzo, un desafío, en el que habrá un solo vencedor: el púber que logrará madurar o el obstáculo vital que resultó infranqueable. Si el joven fracasa temblará su identidad y buscará, entonces, recursos que, como la enfermedad alimentaria o las adicciones, prestan estabilidad a intereses usurarios. No debemos olvidar que, en el caso de los trastornos en la conducta alimentaria, no desarrolla una Anorexia quien quiere, sino quien puede. Sólo con la complacencia somática adecuada, puede un organismo tolerar semejante ayuno bajo el mando de una autoexigencia inapelable de adelgazar. En el material asociativo de Tomás se ve aquello que Brusset denomina "la metáfora alimentaria"<sup>6</sup>, es decir el traslado de tensiones irresueltas desde otras áreas de la vida al área de la conducta alimentaria y a cuestiones relacionadas a ella, como son la silueta y la imagen corporal.

**III) Consideraciones sobre el tratamiento:**

"...los ojos no pueden ser curados independientemente de la cabeza, ni la cabeza independientemente del cuerpo, este cuerpo, a su vez, no puede ser curado si no lo es conjuntamente con el alma.

Al estar enfermo el todo, cada parte por separado no logrará alcanzar la curación.

Que nadie te persuada que cuides de su cuerpo, mientras no te haya confiado su alma<sup>78</sup> (Platón)

a) Consideraciones clínico-nutricionales: dada la situación clínica del paciente se decidió un abordaje nutricional inmediato en condiciones de internación. La Anorexia Nerviosa Restrictiva se presenta, desde el aspecto nutricional, como un cuadro de desnutrición calórica. Al inicio del proceso terapéutico es fundamental evaluar el estado nutricional y, de observarse signos clínicos de desnutrición severa, está indicada la internación.<sup>9</sup> Nuestro paciente presentó dos indicadores de desnutrición severa: un IMC menor de 13 y temperatura axilar menor de 36 grados centígrados. Además presentaba una glucemia muy disminuida y elevación de la TGP. El aumento de las transaminasas hepáticas se observa generalmente cuando el IMC es menor de 13, y es una consecuencia directa del daño celular ocasionado por la falta de aporte energético.

La hidratación y la realimentación deben ser sumamente cuidadosas, lentas y progresivas, ya que una hidratación endovenosa rápida con solución fisiológica puede ocasionar un fallo de bomba agudo debido a que el corazón, con su miocardio adelgazado, se encuentra inhabilitado para bombear una sobrecarga de agua y sodio. A su vez, el aporte brusco de glucosa (endovenoso o vía oral) puede ocasionar su ingreso masivo al compartimiento intracelular y como la glucosa entra unida al fósforo, puede producirse una hipofosfatemia aguda. Ambas circunstancias (juntas o separadas) son las causas fisiopatológicas más frecuentes del llamado "síndrome de realimentación"<sup>10</sup>, el que puede llevar a la muerte del paciente. Es por ello que, además de ser cuidadosos en la hidratación y realimentación, debemos monitorear los valores de fósforo así como los de Na, K, Ca y Mg. También estaremos atentos a la aparición de edemas periféricos y de rales crepitantes bibasales. Si aparecen edemas periféricos es aconsejable disminuir transitoriamente el aporte de sodio en la alimentación. La progresión calórica no debe ser mayor a 300 calorías por semana.

Durante el período de realimentación es frecuente observar la disminución de vitaminas, minerales y oligoelementos, ya que la fabricación de nuevos tejidos utiliza el pool circulante y, como habitualmente no hay depósitos, se aconseja el aporte de vitaminas y minerales vía oral. Esto se aplica especialmente en pacientes adolescentes, ya que frecuentemente deben retomar el crecimiento y el desarrollo interrumpidos por el cuadro de desnutrición. En los pacientes varones<sup>11</sup>, que fabrican más masa muscular y mioglobina, es muy frecuente la aparición de anemia durante la realimenta-

ción, en cuyo caso se debe aportar oralmente un complejo de hierro, ácido fólico y vitamina B12. Una vez superados los riesgos de la desnutrición severa y de la realimentación inicial, debemos enfocarnos en ayudar al paciente a adquirir hábitos alimentarios saludables y flexibles que le permitan mantenerse en un peso adecuado y evitar dentro de lo posible el deslizamiento al sobrepeso y el descontrol alimentario, muy frecuente en estos casos.

b) Consideraciones psiquiátrico-psicológicas: Hilde Bruch. -ya citada- afirma: "*deja perplejo el que ésta influencia directa del hambre sobre el funcionamiento psíquico de las anoréxicas haya sido pasada por alto*". Y agrega: "*Es excesivamente difícil conseguir afirmaciones objetivas de cómo se sienten las anoréxicas. Ellas realmente están confundidas acerca de sus sensaciones, porque el ayuno tiene un efecto desorganizador sobre el funcionamiento general y las reacciones psicológicas. La mala nutrición crónica es acompañada de cambios bioquímicos, los cuales, aunque hasta ahora inadecuadamente estudiados, influyen en el pensamiento, los sentimientos y la conducta, en un grado enorme*" (...) "*el efecto sobre el funcionamiento psicológico que produce el ingreso restringido de comida es, en gran medida, responsable del curso prolongado de la enfermedad, sosteniéndolo y haciendo al reconocimiento y resolución de los factores psicológicos precipitantes difícil, sino imposible. La conducta, en su totalidad, puede estar tan seriamente perturbada que puede aproximarse a la desorganización psicótica*".

Comparando la "actitud" que observamos en estas enfermas con la de personas que pasan hambre por causas diferentes, dice luego Bruch: "*...la diferencia es que la víctima del ayuno (no auto-impuesto) comerá lo que pueda encontrar y, por el contrario, la anoréxica está ayunando de todas las formas distorsionadas posibles en medio de la abundancia, como si un dictador interno le estuviera impidiendo satisfacer sus necesidades o forzándola a rechazar la comida que está disponible y constantemente ofrecida. Esto le da a la preocupación de la anoréxica por la comida una fuerza peculiar así como cierta bazarria*".

Con estas premisas diremos, a modo de concepto final, que el tratamiento psicoterapéutico de Tomás consistió en crear un ambiente propicio para la expresión verbal de sus conflictos, desvinculando a la comida del epicentro de su existencia. En el marco de este vínculo, para él la comida había dejado de ser *algo que lo nutría* para convertirse en *algo que lo enfermaba*.

En cuanto al complemento psicofarmacológico del tratamiento, recordemos que si bien no existen psicofármacos específicos para tratar la AN, el empleo de antipsicóticos en bajas dosis, busca atenuar la rígida ideación patológica y mejorar la adherencia al trata-

miento. Respecto del empleo de antidepresivos, su función fue contribuir a una mejoría general del estado de ánimo, para lo cual la renutrición es esencial.

c) Consideraciones respecto de la familia: aquí nos viene una vez más a la memoria aquella sentencia tan esclarecedora de Charles Lasègue: *“Se tendría una noción falsa de la enfermedad si el examen se limitara al enfermo”*.<sup>12</sup> La familia de la anoréxica ha sido siempre mirada con recelo por los autores clásicos y más aun cuando el alejamiento de la enferma demostró facilitar, dramáticamente a veces, la remisión sintomática. Recuerda Hsu<sup>13</sup> que autores clásicos como Bruch, 1982;

Crisp, 1980; Garfinkel y Garner, 1982 –como también Minuchin (1974-1978) y Mara Selvini Palazzoli (1977-1978) consideran fundamental el tratamiento de la familia de la paciente anoréxica, no obstante esto no siempre resulta posible, dadas las rigideces en la dinámica psicológica familiar y las severas resistencias que oponen, especialmente los padres o uno de ellos (en nuestro caso el padre de Tomás).

El tratamiento del cuadro agudo, siempre interdisciplinario, debe ser inmediato<sup>14</sup> y, superado el riesgo somático, la psicoterapia intentará una mejoría estable fundada en cambios psíquicos verdaderos.<sup>15</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Russell, G. F. M. Anorexia Nervosa through time. Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research. New York: Wiley; 1995.
- 2- Bruch, H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books; 1973.
- 3- Bruch, H. La jaula dorada. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2002.
- 4- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico (DSM IV). Barcelona: Editorial Masson; 1995.
- 5- Selvini Palazzoli, M. La anorexia nerviosa. Revista Argentina de Psicopatología 1992; LII (8), 3-15.
- 6- Brusset, B. La expresión somática. La anorexia mental de las adolescentes. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva; 1990.
- 7- Aberastury, A. La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós; 1984.
- 8- Platón. Cármenes o de la sabiduría moral. En: Obras completas. Aguilar, Madrid, 1986.
- 9- Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. BMJ 2005; 330: 950-953
- 10- Marinella M.A. Refeeding syndrome and hypophosphatemia. J Intens Care Medicine 2005; 20(3): 155-159
- 11- Vande Zande V.L, Mazza J.J, Yale S.H. Hematologic and metabolic abnormalities in a patient with anorexia nervosa. WMJ 2004; 103(2): 38-40
- 12- Lasègue, C. La anorexia histérica. Vertex. 1990; 1 (2): 58-64.
- 13- Hsu, L.K.G. Eating Disorders. New York: The Guilford Press; 1990.
- 14- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Am J Psychiatry 2006;58-60.
- 15- Rovira, B.; Chandler, E. y col. Anorexia Nerviosa: curioso no comer para vivir. (2da edición). Buenos Aires: Verlap; 2012.