

QUÉ ES Y QUÉ NO ES ANOREXIA NERVIOSA

WHAT IS AND WHAT IS NOT ANOREXIA NERVOSA

Eduardo Chandler

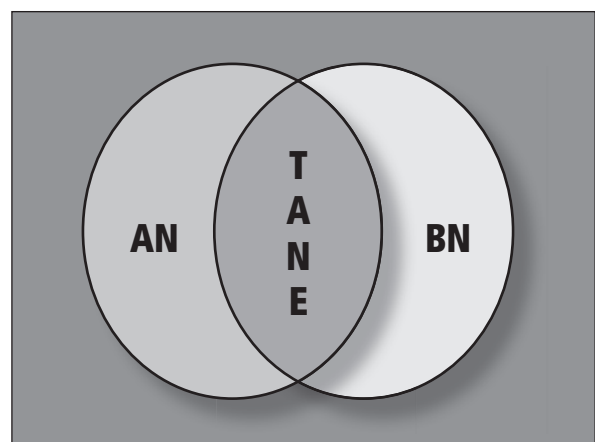
Correspondencia: Eduardo Chandler
E- mail: dreduardoandler@gmail.com
Presentado: 09/03/15
Aceptado: 23/03/15

INTRODUCCIÓN GENERAL

Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA) son comportamientos alimentarios patológicos que suelen aparecer particularmente en mujeres púberes y adolescentes -más temprano los de orden restrictivo y algo más tarde las patologías de descontrol-. Todos tienen en común el hecho de ser intentos de recuperar cierto equilibrio emocional perdido a causa de una crisis personal dentro de un marco socio-familiar facilitador. A estos dos factores causales, el emocional y el ambiental, se le debe sumar necesariamente una determinada vulnerabilidad biológica de la persona.

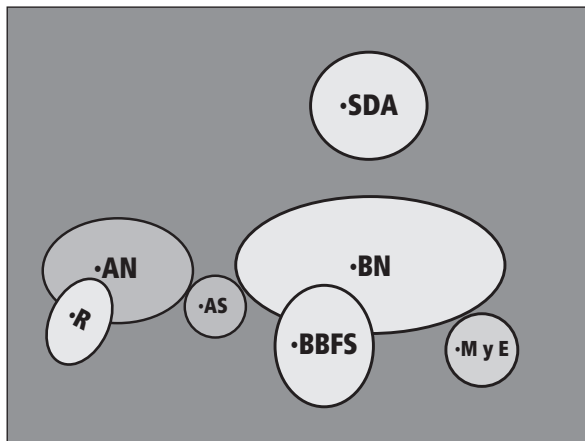
En el aspecto psicológico, la alteración en la conducta alimentaria está motivada y acompañada por un sistema de ideas fuertemente apoyado en sentimientos patológicos. Esto se manifiesta, según cada trastorno, como una preocupación excesiva por las formas del cuerpo, por la cantidad de alimentos ingeridos, sus cualidades de "bueno o malo", el peso corporal, entre otros. Monopolizado por sus temas, este pensamiento -que muchas veces es sólo una delgada capa de ideas que apenas recubre a los afectos patológicos de base- anula a los otros intereses personales, los cuales van quedando restringidos y eventualmente desaparecen, desplazados por preocupaciones ligadas a la estética y a la repercusión de un sobrepeso generalmente imaginario. En la mayoría de estos trastornos, el entorno de estos pacientes (el social siempre y el familiar con frecuencia) enfatiza con mayor o menor crudeza la importancia de la imagen delgada y de los logros externos, restándole atención a los valores internos de la persona. De este modo, la imagen de sí mismas que estas jóvenes forjan en momentos tan inestables y delicados de su desarrollo, se va estructurando alrededor del hacer y el parecer, instituidos como valores y garantías de éxito y aceptación social y no del ser, con lo cual van perdiendo contacto.

En el amplio espectro clínico actual de los trastornos en la conducta alimentaria (TAC) ha conquistado un merecido lugar un grupo de comportamientos de semiología intermedia entre los dos paradigmas clásicos: la anorexia y la bulimia nerviosas (AN y BN). Son los trastornos alimentarios no especificados o TANE. Luego de recorrer detenidamente ese vasto campo clínico intermedio, en un trabajo publicado en 2012¹, resumimos a estos trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) en cinco variedades o categorías que nos han impresionado, por sus características y su epidemiología, como las de mayor representatividad. Estas cinco variedades, de semiología derivada de uno u otro paradigma, trazan un arco nosográfico que se extiende desde la vecindad de la AN hasta el umbral mismo de la BN, pero mostrando una personalidad clínica definida. Desarrollaré aquí la clínica comparativa de uno de ellos: el trastorno restrictivo o TANE-R.



Cuadro 1: Clasificación de los trastornos en la conducta alimentaria (TAC).

En el gráfico que sigue, además de AN y BN, aparecen señalados los TANE que fueron considerados en el trabajo mencionado: R (restrictivos), AS (atracones subjetivos), M y E (pacientes que mastican y escupen) y BBF (bulimia de baja frecuencia sintomática). El quinto síndrome, BED (en nuestro país SDA o síndrome de descontrol alimentario), ha adquirido entidad propia de trastorno definido en el DSM V.



Cuadro 2: Clasificación de los TANE.

Introducción a este trabajo

Uno de los propósitos de este trabajo es la revisión de conceptos, destacando comparativa y diferencialmente las características de dos cuadros que fueron durante mucho tiempo confundidos y aún tenidos por una misma condición clínica: la anorexia nerviosa (AN) y el trastorno no especificado restrictivo (TANE-R o "R" en este artículo). Son dos síndromes que si bien comparten el rasgo esencial de la restricción alimentaria autoimpuesta, en el TANE-R esa restricción es de desarrollo solapado, no suele generar alarmas en el medio ni situaciones de riesgo personal y tiende a la cronificación, transformándose en una particular forma de comer y de vivir.

Por una cuestión didáctica, en este trabajo me referiré a la AN "vera" o "primaria"² (ver Adenda final) -cuadro típicamente intenso y grave cuyo pronóstico es reservado hasta que la evolución se defina- y colocaré a una clara distancia al trastorno no especificado restrictivo, cuyas características detallaré enseguida. El otro propósito es ensayar una sencilla teorización que ayude al no especializado en psicopatología a familiarizarse con los fundamentos emocionales de la clínica que estas pacientes muestran. Además, estando la casi totalidad de nuestra muestra integrada por mujeres, hablaré de las pa-

cientes. He publicado en otro lugar una observación de una AN en un varón. Remito al lector interesado a ese trabajo³.

Enfatizando la condición diferencial entre anorexia primaria o "vera" y trastorno restrictivo, diré que la confusión antes mencionada generó, entre otros inconvenientes, un sobre-diagnóstico de AN a la vez que mantuvo en las sombras al TANE-R. Aunque ya se encuentra en plena vigencia la 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V), prefiero utilizar para estas reflexiones los criterios diagnósticos establecidos por la anterior edición (DSM IV)⁴, por considerarlos más precisos a los fines de este trabajo y aún más ajustados a la realidad clínica. De esta manera, se considera estar en presencia de una AN cuando la paciente presenta:

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

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

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

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

Repasemos ahora los criterios diagnósticos vigentes en el mismo Manual para reconocer un trastorno restrictivo o TANE-R: "Se trata de todo paciente que cumple con los diversos criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa pero no lo hace en alguno de ellos". La menor severidad en su restricción y el consecuente descenso de peso menos marcado -si bien puede ser notable- no llega al porcentaje requerido por los criterios diagnósticos vigentes para anorexia nerviosa (en la cual ese descenso debe ser del 15% del peso que corresponde a la edad y talla o bien las pacientes deben registrar un IMC menor de 18,5). El diagnóstico cierto de TANE-R permite alentar un mejor pronóstico respecto de la gravedad del caso así como -hecho no menor- alienta a no incluir entre los riesgos esperables el de la muerte por

desnutrición, siempre temible en las anorexias graves de intensa sintomatología y rebeldes al tratamiento. Tampoco presentan estas pacientes los prolongados períodos de amenorrea de las anoréxicas, aunque sí suelen tener irregularidades menstruales y eventuales amenorreas también debidas a la falta de los nutrientes necesarios para la elaboración de estrógenos y al permanente estrés en el que viven. En este punto cabe señalar que en la nueva edición del DSM, la amenorrea ha dejado de ser un criterio diagnóstico específico. La justificación para este cambio de pauta es que la amenorrea no constituye un criterio válido para pacientes prepúberes, para quienes utilizan anticonceptivos y para los enfermos varones.

A diferencia de las jóvenes anoréxicas propiamente dichas, que rechazan todo rasgo corporal que destaque sus formas femeninas y "lucen" con orgullo su esquelético aspecto, quienes presentan un trastorno restrictivo muestran un cuerpo que, si bien puede llegar a ser sorprendentemente delgado, conserva cierta atracción estética. Incluso ocasionalmente llegan a esconder su delgadez, pues temen generar desagrado en los demás. Es que viven buscando agrandar y sentirse aceptadas. Ése es el eje psicopatológico sobre el que gira su existencia: ser aceptadas por el otro (en las anoréxicas el eje es la aceptación por parte de sí mismas, de un juez interior inapelable que les exige vivir sin cuerpo; no les importa la aceptación de los demás). Cuando su comer restrictivo deriva en un cuerpo demasiado flaco, a las restrictivas no-AN no les resultan indiferentes los comentarios adversos que esto suscita y hasta se quejan por verse de ese modo, debatiéndose entonces entre el temor al rechazo por no agrandar y el temor que sienten al pensar en abandonar su delgadez. Lo que sucede es que, como su mente se mueve entre extremos, para ellas recuperar peso significa "engordar".

Una paciente restrictiva, refiriéndose críticamente a otra joven enferma de una verdadera AN, decía: "Fulana en la fiesta del otro día se paseaba todo el tiempo mostrando sus huesos frente al espanto de todos. Parecía que le gustaba que la vieses así, ¡y estaba horrible!".

En lo cotidiano y fuera del ámbito alimentario, las muchachas restrictivas llevan una vida que no difiere sustancialmente de lo normal. Están bien integradas socialmente y -como fue señalado anteriormente- conservan el sentido de lo que es estético y de lo que ha dejado de serlo. Con aparente autonomía y seguridad en sí mismas, trabajan, estudian y

despliegan intereses de diverso tipo, incluidos los de orden amoroso. Pero en una observación más detenida, vemos que todo esto lo hacen acotadamente, encorsetadas por la estricta supervisión que ejercen sobre sí mismas, con epicentro en su marcada delgadez y la mirada puesta en cómo son miradas por el otro. No tienen un rendimiento académico sobresaliente, ni buscan ofrecer a sus padres -a modo de trofeo- el lauro de ser la mejor alumna como sucede con las jóvenes que vendrán anoréxicas. Tampoco presentan el antecedente de exitosa deportista competitiva, situación frecuente en las anoréxicas. Las jóvenes restrictivas son seductoras y realzan la belleza de su rostro tanto como cuidan su vestimenta, claramente femenina y a la moda, y despertar el deseo en el otro no les causa espanto. No obstante, tras la seducción, lo que realmente buscan es sentirse aceptadas, a cualquier precio.

Una joven severamente restrictiva en su alimentación pese a regresar de bailar a altas horas de la madrugada, cansada y habiendo bebido, no podía negarse a llevar en su auto a sus hermanas y amigas a donde éstas le solicitasen. "Simplemente no me puedo negar y si lo intento, porque estoy muy cansada, ante la menor insistencia aflojo y hago lo que me piden. No sé por qué. Tal vez es porque me siento querida si digo que sí a todo y me da miedo que no me quieran si no hago lo que me piden".

Nada de esto vemos en las anoréxicas, quienes se sustraen a todo tipo de interés más allá de la búsqueda de una delgadez sin límite.

Respecto de su comportamiento alimentario, las mujeres restrictivas (TANE-R) van prestando un creciente interés a su alimentación y el dónde, cómo, qué, cuánto y cuándo comen se constituye en el eje central organizador de su existencia. Esta conducta comienza solapadamente; el paulatino descenso de peso no llama la atención de su entorno y finalmente queda instalado como hábito. Estas jóvenes no buscan perder peso sino que temen "engordar" (algunas han sufrido sobrepeso en su infancia o pubertad). Inicialmente no suele haber consulta médica/nutricional, pues ni la joven lo considera necesario ni su realidad somática lo impone. Dicha consulta -que muchas veces nunca ocurre- puede demorarse durante varios años, lapso en el cual la conducta alimentaria de "comer raro" se profundiza y cronifica hasta constituirse en un modo de vida. Suele ser un familiar -con frecuencia su pareja- quien en algún momento sugiere la consulta, pero no ellas, pues este modo de comer -y de vivir- controlado y pre-

visible, les otorga seguridad personal y garantía de ser aceptadas por una sociedad que ha confundido delgadez con virtud.

Cierta vez consultó una joven de 21 años de edad, estatura mediana y cuerpo delgado -aunque no llamativamente- quien al examen pesó 41,700 kg cuando su peso, según ella consideraba debía estar en 42,300 kg. Con una tensión evidente, manifestó querer “subir de peso” hasta el valor exacto que deseaba, aclarándonos insistentemente que no quería pesar ni un gramo más ni un gramo menos de ese número.

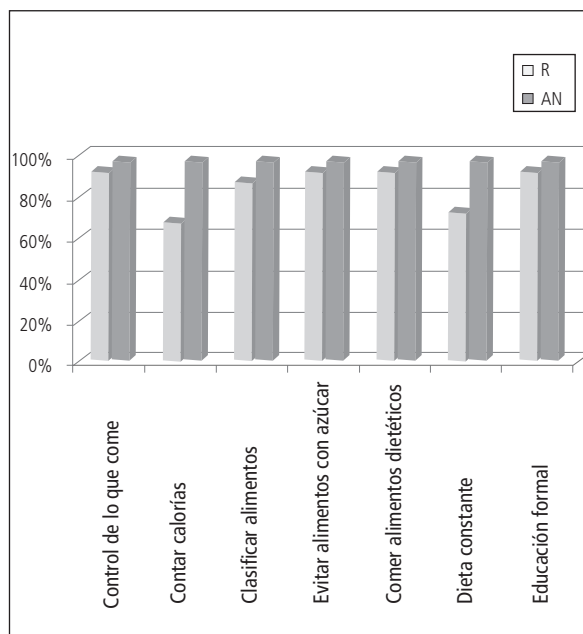
En lo referente al perfil psicopatológico de cada cuadro, es decir las características de personalidad que promueven y sustentan la conducta alimentaria aberrante, las pacientes restrictivas suelen presentar notables rasgos histriónicos, obsesivos y evitativos, es decir de menor gravedad (neuróticos), mientras que en las AN con cuadros más severos y rebeldía al tratamiento, lo que cabe esperar es encontrar funcionamientos mentales más graves (además del infaltable contexto familiar desfavorable). Esto inevitablemente incide en el pronóstico, tanto del trastorno alimentario como de la vida misma de la paciente. Es inevitable decir, aún bajo riesgo de generar cierta confusión, que una restricción alimentaria intensa -por ejemplo en una púber que complete los criterios diagnósticos necesarios para AN- puede ser transitoria y de buena evolución, mientras que un cuadro parcial (TANE-R) puede ser irreductible. Pero reitero que, en función de cuestiones didácticas, expongo aquí dos paradigmas suficientemente diferenciados por sus respectivas actitudes.

Una joven restrictiva contaba en sus primeras consultas que su padre, muy crítico de la silueta de ella (como de todas sus hijas) le decía, cuando la paciente estaba delgada: “Mi modelito”, y cuando ella no se mostraba tan delgada como él esperaba: “Mi chanchito”. Por su lado la madre, luego de tener ocho hijos, se esforzaba por recuperar su silueta de soltera, habiendo cursado momentos de franca depresión ante la dificultad de lograr semejante objetivo.

Otra diferencia notable se observa a nivel de las relaciones amorosas de estas jóvenes, vínculos que no suelen ser apacibles, duraderos ni profundos, sino torturantes y a los cuales se entregan sacrificialmente para complacer la voluntad del otro a cambio de una demostración de afecto. Pero el efecto tranquilizador de esa aceptación suele desvanecerse rápidamente. Lo que no toleran es un verdadero acercamiento afectivo que las saque de la

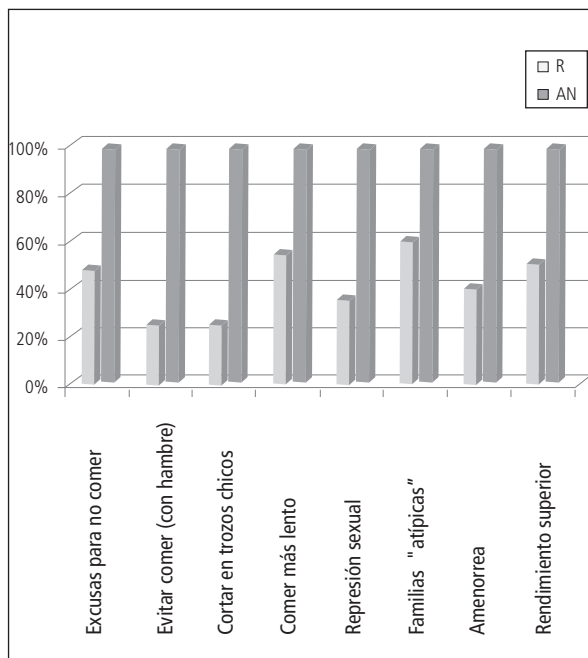
estructuración en que viven, estructuración basada en el rígido control de los desequilibrantes apetitos -alimentario y sexual- muy ligados simbólicamente entre sí (ver viñeta de Mariana).

En un primer trabajo de investigación clínica realizado hace algunos años⁵, cuyas observaciones confirmamos en 2012 en una muestra más amplia (n=500)¹, estudiamos a 222 pacientes admitidas entre los años 1997 y 2000 hallando las siguientes diferencias porcentuales en su fenomenología alimentaria. De la totalidad de la muestra, sólo el 12% reunía criterios diagnósticos para AN propiamente dicha, y del 47% de TANE, el 15% correspondía a la variable restrictiva. En ese trabajo no se registraron diferencias significativas entre ambos grupos en los siguientes ítems: control sobre lo que comían (y conductas específicas dirigidas a efectivizar dicho control, como el recuento de calorías, la clasificación de los alimentos y la selección de los mismos en función de su contenido de azúcar), dieta permanente y, fuera del área alimentaria, la educación formal que la paciente había recibido.



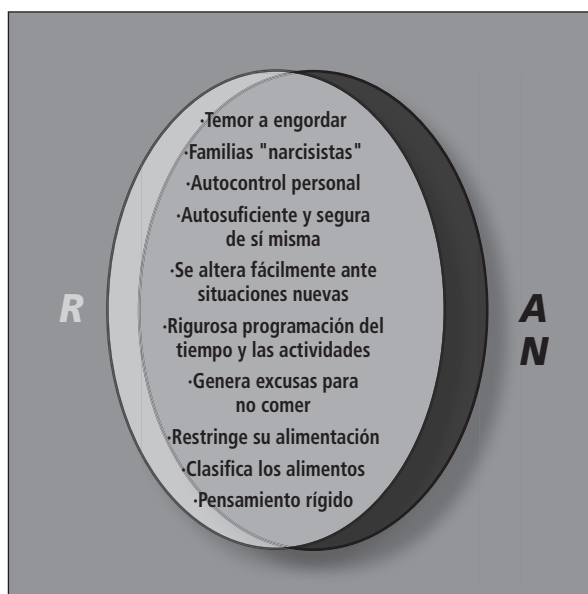
Cuadro 3: Características similares entre trastorno restrictivo y anorexia nerviosa.

En cambio, sí se observaron diferencias dignas de mención en las siguientes características presentes en la totalidad de las pacientes anoréxicas.

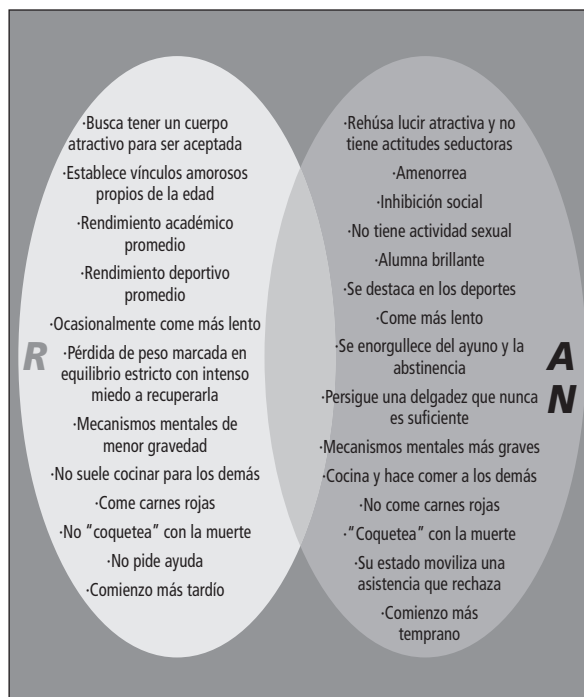


Cuadro 4: Características diferenciales entre trastorno restrictivo y anorexia nerviosa.

Ampliando detalles, los dos gráficos a continuación destacan, el primero, características comunes y el segundo características distintivas entre una AN puramente restrictiva y un trastorno no especificado restrictivo o "TANE-R".



Cuadro 5: Características comunes entre trastorno restrictivo y anorexia nerviosa.



Cuadro 6: Características diferenciales entre TANE-R y AN.

Consideraciones teóricas sobre cada uno de estos elementos clínicos. En qué se parecen y en qué se diferencian ambos trastornos

• Temor a engordar o "fobia al peso". Esta denominación, propuesta por Arthur Crisp en 1970⁶, tiene valor descriptivo pero es inespecífica y puede confundir a la hora de una lectura comprensiva psicopatológica, pues no cualquier actitud de rechazo del alimento se debe a lo que se denomina propiamente "fobia". Las fobias son un fenómeno de estirpe neurótica y las pacientes con rechazos más graves e inamovibles, como sucede en muchas anorexias, suelen ir más allá de un (simple) temor neurótico, internándose en el terreno paranoide. Además, las AN (si bien la idea de "engordar" obviamente las espanta) lo que primordialmente pretenden es seguir bajando de peso, mientras las pacientes restrictivas buscan estabilizarse en un número que las tranquilice.

• Control de lo que come. También el control de lo que la joven come puede obedecer a motivaciones mentales cualitativamente diferentes. La paciente restrictiva no come para mantenerse en el peso elegido mientras que la verdadera anoréxica, psiquiátricamente grave, no come porque siente que la comida pasó a tener la función de nutrir y fortalecer a ese nuevo cuerpo que se le insinúa y que vive como ajeno y persecutorio (ver Adenda).

- Contar calorías. Practicado por todas las enfermas anoréxicas y por la gran mayoría de las restrictivas, el recuento de calorías refuerza la sensación de control sobre el peligro de “engordar” en un caso, y de seguir dando vida al cuerpo invasor en el otro (ver Adenda).

- Clasificar alimentos. Junto con contar calorías, la clasificación de los alimentos en “buenos” (hipocalóricos) y “malos” (hipercalóricos) no es una práctica extraña a la población general. Las mujeres en especial -tanto las más jóvenes como las ya maduras- son constantemente estimuladas por la publicidad que abona la cultura de lo “light”. En las pacientes con TANE-R, la restricción calórica puede esconderse tras apariencias justificatorias, como dispepsias difíciles de comprobar. Otras veces ellas directamente decretan que determinados alimentos son “buenos” -las verduras, por ejemplo- y otros “malos”, como las harinas en general. En el comienzo de muchas AN también se ven abruptos cambios de hábito que no son explicados sino simplemente defendidos y hasta con violencia. Como curiosa particularidad, ha señalado Rovira⁷ que las pacientes restrictivas no rechazan las carnes rojas, mientras que las verdaderas anoréxicas las excluyen tempranamente de sus dietas.

- Evitar alimentos con azúcar, comer alimentos dietéticos y hacer dieta constantemente. Son tres conductas muy relacionadas entre sí y con algunas ya mencionadas, cuya finalidad no requiere mayor explicación. Sólo aclararé que la dieta es el modo más directo, concreto y habitual de aliviar la ansiedad que produce el temor de aumentar de peso. Cuando hablamos de “dietas” debemos diferenciar lo que entienden por tal las pacientes con TANE-R y lo que sucede con una verdadera enferma anoréxica. Las primeras pueden buscar su objetivo con restricciones cuali-cuantitativas parciales, selectivas y controladas, pero comen, y a veces bastante. Un ejemplo común lo constituyen tantas mujeres vegetarianas o adheridas a modas alimentarias -algunas bizarras- que, a la hora del recuento calórico, muestran un ingreso restringido que sostiene una figura delgada pero elegante. Distinto es lo que sucede con las anoréxicas, quienes sólo aceptan ingestas mínimas con las que controlan la temida vitalidad de su cuerpo (ver Adenda).

- Educación formal y rendimiento superior. Además de registrar cifras de cociente intelectual más elevado que el normal para su edad y grupo de pertenencia sociocultural y económico (lo cual so-

lamente se comprueba en la mitad de las pacientes con trastorno restrictivo), el perfil altamente narcisista de las familias en las cuales se gesta una hija con anorexia nerviosa incluye un acentuado interés puesto en la educación, tanto en lo formal como en lo académico. No es tan así en las mujeres simplemente restrictivas.

- Excusas para no comer. En la AN, las excusas ensayadas para no comer varían en función de la psicopatología en juego en cada caso. Presuntas razones de salud son sus quejas frecuentes motivando estudios médicos diversos que nada explican. Mientras tanto, la joven adelgaza y se muestra cada vez más satisfecha con su adelgazamiento. En cambio, quienes presentan una actitud (simplemente) restrictiva (TANE-R) no comen porque reconocen que no quieren engordar. Han bajado algunos kilos, se sienten seguras con el peso logrado y de allí no se moverán. En ese equilibrio vivirán una vida en apariencia normal, aunque con marcados rasgos de conducta neuróticos, comiendo “lo justo” en una práctica que se ha vuelto estable y natural para ellas y muchas veces para un entorno que finalmente no insiste, dada la no peligrosidad que en general la situación muestra. La verdadera enferma anoréxica, en cambio, puede intentar justificaciones no muy bizarras al principio, pero luego ese decoro inicial se pierde y su búsqueda -ya violenta, incomprensible e inapelable- de una delgadez sin límite devela claramente un trasfondo mental mucho más perturbado. No es estar más flaca para sentirse aceptada por los demás lo que la anoréxica busca, sino es no tener masa corporal blanda que dé formas a su cuerpo para entonces, siendo piel y huesos, poder aceptarse a sí misma. Es su propia mirada la que exige, sin razón y sin tregua, mostrarse, ver-se a sí misma con una imagen que horroriza a todos pero que a ella la complace.

- Evitar comer (con hambre). El hambre es la natural necesidad de comer algo, lo que sea, para calmar el malestar que el no haber comido por suficiente tiempo produjo. Por lo tanto, la contención autoimpuesta del impulso a comer expresa una fuerza psíquica opuesta a lo natural. En esta lucha contra un impulso ligado al instinto de supervivencia, la anoréxica rechaza comer; simplemente “come nada” (o casi nada, deberíamos decir, atentos a la realidad). Su deseo es no comer; lo que se autoimpone es vencer el hambre que su cuerpo siente, cuerpo que la persigue y que la puede dominar (ver Adenda). Todos los apetitos mundanos pasaron a ser parte del cuerpo, dejando de pertenecer a ella

misma. Esta decisión, mantenida a ultranza, le da fuerza, una fuerza que surge de su autoaprobación sin cuestionamiento, si cumple. Debe no comer. Necesita no comer. Y esta renuncia a la satisfacción de un instinto primario es lo que exige el fundamentalista concepto idealizado de sí misma que es el "*primum movens*" de la AN. O satisface tal exigencia elevando así su autoestima y escapando a la depresión, o sucumbe. Paradojal victoria -sólo sostenida a condición de negar la esquelética realidad que se le muestra día a día con creciente crudeza- pues es una victoria que exige la derrota de una demanda vital. La joven restrictiva, en cambio, come, pero a condición de controlar cuánto y qué come -dentro de límites que ella misma establece- y respetarlo férreamente. Como queda claro, y ya hemos repetido, los objetivos son distintos en cada caso.

- Cortar la comida en trozos chicos. Es una práctica constante en las AN, tanto de autocontrol como de vigilancia de lo que ingresa en su cuerpo. No ha de ser nada calórico que lo fortalezca dando así poder a ese enemigo instalado debajo de su piel: la grasa. Algunas pacientes anoréxicas ya en tratamiento psicoterapéutico dejan traslucir la idea de que al desmenuzar el alimento buscan dentro de él trazas de grasa o de "algo" inefable y temido a la vez (el ya señalado clima -psiquiátricamente más comprometido- de lo paranoide que acompaña a este chequeo anoréxico). Las pacientes restrictivas inespecíficas sólo ocasionalmente cortan la comida en trozos pequeños y lo hacen como una ritualización del comer ordenado, pero sin un trasfondo de ideas paranoides.

- Comer más lento que los demás. Como buscando reafirmar la recién mencionada sensación de vigilancia y control, las anoréxicas -además de desmenuzar en el plato cada bocado- comen, pero con una lentitud que puede resultar hasta irritante al observador. Las restrictivas sólo en ocasiones comen más lento y lo hacen como un rasgo más de autocontrol y no como expresión de un temor persecutorio centrado en la comida.

- Represión (rechazo) sexual. El término "represión" debe ser utilizado con cuidado. En psicopatología se entiende por "represión" un mecanismo defensivo del Yo propio de las estructuras psíquicas neuróticas (típicamente de la histeria), destinado a neutralizar la ansiedad que los impulsos sexuales provocan, no siendo ése el mecanismo -ni la intención- que se ve en las anoréxicas que desarrollamos aquí. En ellas, la vida sexual no existe, ha quedado

ligada al cuerpo y separada "de la persona espiritual" (ver Adenda). En cambio, las pacientes restrictivas suelen conservar una sexualidad que no difiere mayormente de la de una mujer neurótica, siendo sus características tal vez más notables, las ya mencionadas superficialidad y la entrega incondicional a cambio de no ser abandonada. Son elocuentes las palabras de Mariana, diseñadora de indumentaria, de 25 años de edad:

"Con mis novios yo soy como su mamá, les doy todos los gustos. No me importa lo que me pidan, ni en lo sexual ni en nada; lo que yo quiero es asegurarme de no estar sola. Con el último fue algo terrible. Mis amigas me decían que estaba loca. Él me atormentaba con sus demandas de todo: me sacó dinero, dos computadoras y llegó a encerrarme en su departamento como si fuera una esclava, por lo celoso que era. Pero yo le permití todo, lo llevaba a donde él quería con mi auto y nunca dije ni pío".

- Familias con rasgos de orden narcisista. Las familias de ambos tipos de pacientes tienen algunos aspectos en común: aparente integración, gran valoración de lo estético con sus hijas (padres y madres) y formalidad con distancia afectiva (en los padres varones especialmente). En nuestras observaciones, estas características aparecieron más marcadas en las familias de las pacientes verdaderamente anoréxicas y menos en el caso de las restrictivas.

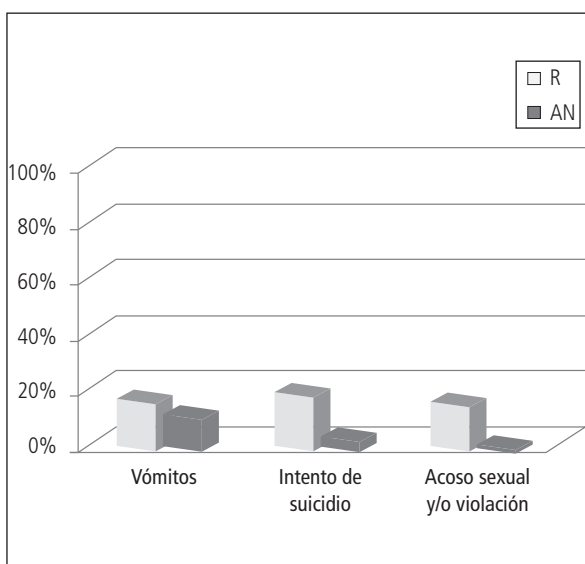
- Amenorrea. Mientras la totalidad de las pacientes anoréxicas de nuestra muestra presentó amenorrea -conceptualizada como la ausencia de tres períodos menstruales consecutivos- solamente cerca de la mitad de las restrictivas la registró. Esta diferencia fue atribuida al menor grado de desnutrición de estas últimas respecto de las verdaderas anoréxicas.

- Edad de comienzo. Nuestras observaciones muestran una diferencia sustancial en la edad de comienzo, siendo ésta más temprana en las AN que en los trastornos no especificados restrictivos. Una posible interpretación de este hecho es que las enfermas anoréxicas se encuentran, ya desde la entrada en la adolescencia o aún antes, buscando contención ante un amenazador sentimiento de inconsistencia personal (sentimiento de vacío de identidad) que las restrictivas no sufren. Esa contención la encuentran en la lucha por lograr una delgadez inalcanzable (ver Adenda). Bernard Brusset, en su incomparable libro "La anorexia"⁸ señala, en referencia a la AN grave: "No querer tener el cuerpo que tienen, modificarlo cualesquiera sean las consecuencias, equivale a no aceptar ser lo que son". Las dificultades a nivel de la

identidad personal se transparentan aquí y se torna indudable que, en la etiología multifactorial de los TCA, biología, psicología y cultura se entrelazan y potencian entre sí.

En nuestro segundo trabajo, ya citado, realizado en base a una muestra de 500 casos comparamos -además de algunos ítems que habían sido medidos en el primer trabajo- otras tres variables. De esta nueva observación comparativa surgieron las siguientes características diferenciales entre TANE-R y verdadera AN:

- Vómitos.
- Intentos de suicidio.
- Antecedentes de abuso sexual y/o violación.



Cuadro 7: Características diferenciales entre anorexia nerviosa y trastorno restrictivo. Rovira, Chandler, Remo, Álvarez (2012).

- **Vómitos.** Como síntoma en sí mismo, el problema del vómito puede llegar a ser complejo. En lo que hace al aspecto médico, vomitar puede provocar diversas complicaciones, pero éstas se ven en pacientes intensamente vomitadoras, que lo hacen varias veces por día y durante lapsos prolongados, como las bulimias de gran porte sintomático. No es el caso de las pacientes anoréxicas puramente restrictivas a las que nos referimos en este trabajo ni de las restrictivas inespecíficas (TANE-R), quienes raramente vomitan.

- **Intentos de suicidio.** No son frecuentes los intentos de suicidio en las pacientes que motivan este artículo. Lo opuesto sucede cuando el escenario clínico consiste en descontroles alimentarios, espe-

cialmente bulimias muy sintomáticas y asociadas a gran impulsividad.

- **Antecedentes de abuso sexual y/o violación.** Tampoco en este espinoso tema los cuadros restrictivos (ni anoréxicos puros ni "no especificados") puntúan alto. En general, las características culturales y la educación formal en la que se han criado estas jóvenes no se condicen con la promiscuidad sexual que se ve en las familias y en el entorno social de la mayoría de las pacientes que han desarrollado una bulimia, que es donde los eventos traumáticos sexuales infanto-juveniles ocurren con prevalencia notable.

Adenda

Este artículo no está estrictamente ligado a la Ciencia de la Nutrición en sí, sino que -de la mano de las observaciones psicoanalíticas- se interna en las profundidades de la determinación mental de la conducta alimentaria desviada. Contando con el interés del lector, me referiré a algunos conceptos que considero claves para entender el origen psíquico de la verdadera actitud anoréxica, elemento semiológico de valor esencial en el diagnóstico, como bien nos enseñó el maestro Dr. Jorge Braguinsky y de la cual dependen los síntomas comportamentales alimentarios. Se notará enseguida cuán lejos se encuentran estas pacientes de las mujeres restrictivas aquí descriptas.

La irrupción de la pubertad produce en la niña una experiencia corporal que presenta dos características, no exentas de capacidad traumatizante: su brusquedad y el hecho de que a nadie deja indiferente. Cuerpo propio -aunque distinto y redondeado- que reclama ser reconocido y aceptado con un "Ésta sigo siendo yo", es decir la fundación de una nueva identidad física en la misma persona.

En la joven que devendrá anoréxica, este nuevo cuerpo feminizado no logra despertar esa necesaria vivencia de continuidad y de propiedad personal, sino que es vivido como ajeno y peligroso. Es peligroso en tanto que puede alejarla de cumplir las demandas de perfección de su ideal interior, herencia de las presiones de una mirada familiar y de un medio social demasiado centrado en el rendimiento y en la imagen como cláusulas de aprobación. En este contexto psicológico, la comida pasa a ser vivida como la concreta incorporación de algo peligroso que fortalecerá a ese nuevo cuerpo capaz de salirse de control. La joven se dedicará entonces a conocerla y dominarla estudiando cocina, coleccionando y ensayando recetas de lo más variadas y con

frecuencia extrañas (Rovira) o cocinando para los demás pero no comiendo ella. Lo mismo hará con su cuerpo, cuidadosamente reducido a la no-forma segura, a huesos sin masa blanda que los recubre. Ese cuerpo nunca será definitivamente abandonado ni matado por la intención ejecutada en el suicidio. La muerte podrá ser una eventualidad, pero no es el objetivo buscado. Lo que la verdadera anoréxica pretende, con su extrema disociación mente-cuerpo, es vivir sin cuerpo, que lo carnal no la domine alejándola del ideal de perfección al que aspira, ideal que le presta identidad. Por eso no come. Subrayemos que el objeto temido por ella no es primariamente el alimento, sino el cuerpo y sólo por carácter transitivo lo es el alimento que habrá de convertirse en cuerpo, haciéndolo crecer cada vez más.

La niña pre-anoréxica, a las puertas del desarrollo, siente entonces que si ese cuerpo crece, lo hará a expensas de ella como persona "perfecta". La "solución" será conjurar el drama ordenando la escena en dos alternativas diametralmente disociadas: sucumbir a un cuerpo portador de deseo y necesidad, o cumplir con las exigencias de su ideal inte-

rior de llevar una existencia puramente espiritual de idealidad y abstinencia. Su salida a esta encrucijada será sojuzgar al cuerpo, humillante testigo de las necesidades y de la debilidad de lo humano resumidas bajo el signo del apetito.

REFERENCIAS

1. Rovira B, Chandler E, Remo M, Góngora V. Sobre 500 casos de trastornos en la conducta alimentaria (1° parte). *Revista Obesidad*, 23 (2), 9-13. 2012.
2. Selvini Palazzoli M. La anorexia nerviosa. *Revista Argentina de Psicopatología*; LII (8), 3-15. 1992.
3. Chandler E, Jufe A. "Anorexia nerviosa en un varón". *Revista Actualización en Nutrición*. Vol. 14, N° 2. 2013.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. "DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico". Barcelona: Masson. 1995
5. Trabajo presentado en el XXIII Congreso de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras, disertando sobre "El tratamiento del Síndrome de descontrol alimentario (BED)", Buenos Aires, del 3 al 6 de octubre de 2006.
6. Crisp HA. "Anorexia nervosa, feeding disorder, nervous malnutrition or weight phobia?". *World Review of Nutrition and Dietetics*, 452-504. 1970
7. Rovira BL. "Anorexia nerviosa. Curioso no comer para vivir". *Vertex*, Vol. 1, N° 2, 25-31. 1990.
8. Brusset B. "La anorexia". Buenos Aires: Planeta. 1985.