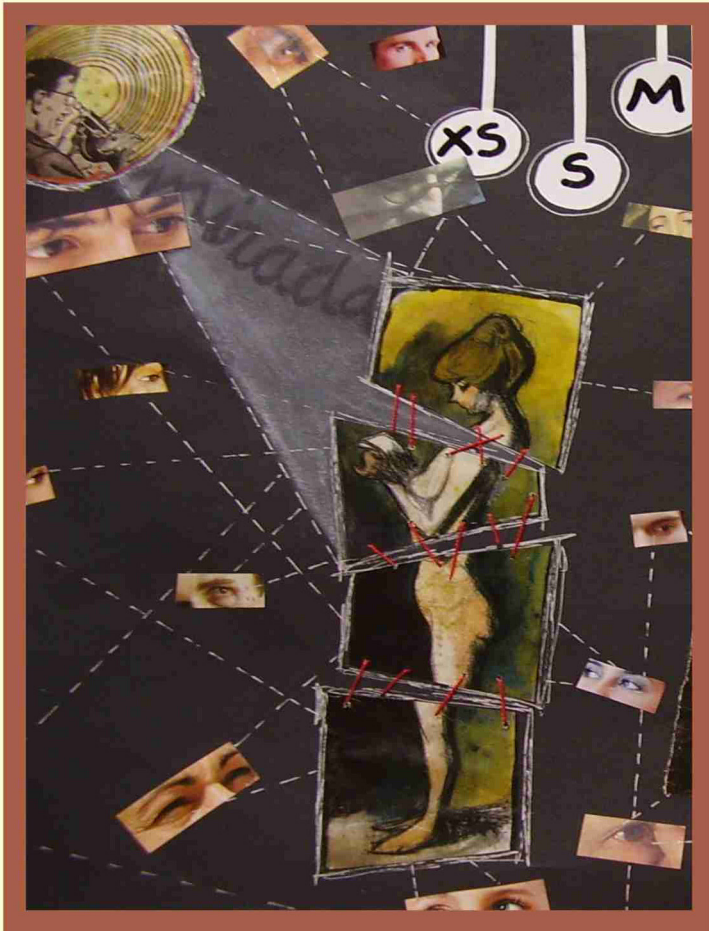


# Trastornos de la Conducta Alimentaria

## Bulimias, Anorexias *Aspectos Teórico - Clínicos*

Nueva edición corregida



Ricardo Vergara  
Ediciones

Trastornos de las conductas alimentarias:  
 bulimias y anorexias /  
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires :  
 RV Ediciones, 2013.  
 160 p. ; 22x15 cm.  
 ISBN 978-987-28526-4-1

Ilustración de Tapa y Contratapa:  
*Principio de Reconocimiento*, por Lía Carokinoto  
 E-mail: carokinoto@yahoo.com.ar

Coordinación de Producción y Edición: Ricardo Vergara  
 Te:(005411) 4901-2300  
 email: librosrv@yahoo.com.ar  
 Facebook: Ricardo Vergara Ediciones  
 República Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723  
 Impreso en Argentina - Printed in Argentina  
 La Imprenta YA, Florida Pcia de Buenos Aires  
 Abril de 2013

Todos los derechos reservados.  
 © Ricardo Vergara, Ediciones y los autores

## PRÓLOGO

En este libro, se traza cierta continuidad y diferencia con “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (Compilación realizada por la Licenciada María Teresa Panzitta; RV- Kristal. Año 2008).

Desde su presentación, su título, se indican algunas modificaciones nominales no por esto menos sustanciales.

El subtítulo que figuraba fuera de la vista primera del lector es ANOREXIAS.BULIMIAS, hoy ocupa un primer lugar. Esto no es sin consecuencias.

Admitimos, la comunidad científica, la experiencia profesional personal directa en el trabajo clínico con pacientes, el intercambio con colegas, entre otras instancias la existencia del borramiento de los límites entre “los supuestos” casos puros. Esta modificación en la forma de presentación de esta patología conduce a la apertura de paradigmas nuevos, cambio en terapéuticas diversos abordajes.

La Interdisciplina, el recurso hasta ahora mejor, que abre espacios de diálogo entre diversas disciplinas, para la construcción de nuevos recursos, que nos permitan entender para luego aliviar el sufrimiento: desde la medicina, la psicología en sus distintas corrientes y variantes, la nutrición, el arte en sus diferentes expresiones, la música a mi modo de ver privilegiada dentro de las técnicas no verbales, la farmacología.

Sufrimiento subjetivo, profundo que conduce a conductas de riesgo de muerte en adolescentes, predominantemente : Patologías del Vacío; Patologías de Borde, Clínica de los excesos y otros nombres, cada una tiene su especificidad al igual que el Sujeto, la persona que lo padece. Un padecer que se amplía al grupo familiar, dada su complejidad y nos convoca a los profesionales a una formación sólida, específica, una mirada amplia, que incluya el contexto.

Es nuestra intención señalar algunas ideas – fuerza, que mecionaré sin pretender con esto abarcar de manera totalizante una problemática que no es actual, sí los ropajes con los que se presenta; tanto anorexias como bulimias, sale del ámbito religioso cuando empiezan nombrarse por el Discurso Médico, en primer lugar la Anorexia, más tarde la Bulimia.

Podríamos hacer un recorrido histórico enriquecedor y hasta explicativo: no es propósito de este libro (sí se anotarán las referencias bibliográficas pertinentes), lo es el acercar distintas maneras de pensar estas conflictivas, que

tiene como eje observable el cuerpo, la imagen corporal, las distorsiones de ésta, tanto la imagen vista como la sentida (“Me siento gorda” “Me veo gorda”). Podríamos decir que lo patognomónico, lo específico de estas patologías ó posiciones subjetivas es por una lado, un pensamiento polarizado en temas referidos al comer, peso, cuerpo, vestimenta; el pánico a engordar en las anorexias y el temor al descontrol en las bulimias (“no puedo parar), bajo estos signos, síntomas, existe un profundo y desestructurante malestar que desborda a quienes lo sufren.

Los primeros indicios frecuentemente, son cambios observables en la conducta, tanto en lo referente al vínculo con los semejantes como consigo mismos, sostenidos en depresiones profundas y estados de tensión cuantitativamente “insoportables”, no ligados a representaciones, expresados como :” No sé qué me pasa”, “tuve un ataque de pánico” (una manera actual de llamar a las “crisis de angustia” descritas a fines del S XIX), el rendimiento académico empieza a disminuir, el aislamiento social ó su contracara, relaciones sociales múltiple y superficiales.

Lo anterior agregado a los signos en relación a la conducta alimentaria, nos alertan de la necesidad de realizar una consulta.

Estos y otros costados de las anorexias bulimias, como las repeticiones sintomáticas aún en tratamientos adecuados, serán foco de los distintos capítulos.

Para finalizar estas líneas, creo importante mencionar el papel de los medios para “formatear” el deseo, al estilo “Dime qué cuerpo tienes y te diré si Eres”; medios visuales principalmente, eficaces en promover criterios opuestos a la salud y contradictorios a la hora de la prevención. Es claro que no son factores causales, sí contribuyen al sostén de estas patologías en poblaciones vulnerables como los adolescentes.

*Marzo 2013*



*Dibujito del interior por Lía Carokinoto*

## Una Experiencia en Buenos Aires: “Las Des–Medidas”

M. B

*“...Señalaré el profundo desamparo que sienten estas pacientes y que se esfuerzan por negar, ligado a las vivencias traumáticas de desamparo temprano, sensaciones desconcertantes de vacío y soledad que las alejan de sus vínculos y las vuelcan al comer o su restricción, en que la pérdida tiene una expresión, inscripción corporal directa, por lo que las vivencias de soledad y vacío afectivo son homologadas a falta de alimento...”*

Rodolfo Uribarri. Universidad de Buenos Aires

En el año 1987 “VEO” (sí, de Ver, No de Mirar) por primera vez personas, casi todas, la mayoría dirían que: lloran, se irritan, atentan contra sus propias vidas o ajenas, abandonan intereses intelectuales, artísticos o de otros tipos aún teniendo una capacidad notable para desarrollarlas a la vez que practican actividad física excesiva. Dicen no saber qué sienten, precisamente la dificultad era cómo nombrar, decir (alexitimia?) lo sentido.

Temer estar entre personas, algunas, mientras otras se arrojan a cuanto encuentro se les propone. No tienen ciclo menstrual, tampoco les importa. Unas comen en exceso, a escondidas, otras ayunan, en exceso también, vomitan, tiran o guardan la comida en lugares poco apropiados. Otras mienten y/o roban.

Son jóvenes. Todo lo realizan de manera Des medida. Un único tema tiene consistencia para “ellas” es...SER flacas, el espejo es un doble que las mortifica.

El **DSM III R**, en aquel momento (1987), señalaba el “Pánico a engordar” y “El terror al descontrol” como signos inequívocos, para indicar la posibilidad casi certera de la presencia de Anorexia Nerviosa, en el primer caso y Bulimia, en el segundo. Hipócrates definió a la bulimia como “hambre enfermiza”, luego supimos con mayor precisión la etimología: hambre de buey.

Ni Catalina de Siena, conocida, además, por su anorexia) ni Lord Byron, a quien diagnosticaríamos con una bulimia purgativa, para quien la gordura era

sinónimo de "letargia, estupidez y torpeza", estaban a la altura de estas verdaderas luchadoras por cumplir con un ideal estético – ontológico...y psicopatológico, esto último lo decimos los terapeutas: SER delgadas es SER (cultura de la delgadez ¿?).

Además, las familias de estas personas, pacientes las nombramos a esta altura, con diferentes perfiles, características, según Salvador Minuchin : sobreinvolucradas, indiscriminadas, según otros autores, desorganizadas, organizadas, convencionales, no convencionales, es decir, ningún patrón lineal, esto era evidentemente un observable.

No había teoría que alcanzara...para explicar por qué llegar a la muerte y no esperar que simplemente suceda, como dice Borges: "...esa rara costumbre que tienen los hombres..." y las mujeres en este caso, agregamos. Por qué Morir para Vivir.

Aún había algo que llamó más mi atención, las que habían logrado el objetivo deseado, anhelado, con tanto esfuerzo y sacrificio, tener "ese cuerpo" y aquí vale una digresión: El cuerpo, el lugar donde se manifiestan los síntomas, en principio y a predominio, de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; el cuerpo como espacio del despliegue sintomático, nos remite a pensar en otra cuestión, es que de acuerdo a cómo concebimos la relación mente–cuerpo, esta idea tendrá implicancias en la mirada que construyamos de la psicopatología y de la clínica.

Retomo, las pacientes que habían llegado a la meta, al preguntarles, sencillamente, cómo se sentían animicamente, la respuesta – sorprendente – para mí, al menos- fue: "mal, sin ganas de nada, solas, sin amigos ni pareja" a veces algo del sentido lo conservaba el trabajo ó el estudio.

La desilusión de haber llegado a estar "flacas"...para qué? A esto se sumaba que se encontraban hospitalizadas: Se enfermaron.

En aquel momento, repito: 1987, las estrategias terapéuticas oscilaban entre las más estrictas y rígidas, en cuanto a "recursos disciplinarios" que no lograban modificaciones en profundidad : recuerdo haber escuchado al ingreso de cada paciente, " todos" la indicación del psiquiatra: "4" y "4": cuatro Valium 10 y cuatro Nozinam (cada seis horas, claro). "Se" les salvaba la vida física, biológica. No es poco ni menor.

Los más aventurados proponían esperar a que los pacientes resolvieran su conflictiva interna para que retomen la sana costumbre del comer, bienintencionado propósito que solamente retardaba la internación clínica ó psiquiátrica.

### Una presentación clínica. Año 2003

Ya hizo su aparición el D.S.M IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), es solamente una orientación que describe, no explica, diversos complejos sintomáticos, cuyo valor reside en que a nivel institucional e internacional, cuando mencionamos por ejemplo, un diagnóstico según el Manual, hay coincidencia en que hay determinados signos presentes.

En esta edición IV, aclara, nos aclara a los profesionales, que las diferencias entre la Anorexia y la Bulimia, se vienen borrando, encontrando por ejemplo, en ambas, conductas purgativas. (Adjunto un detalle de los síntomas según el D.S.M. IV).

Cuidado con el Diagnóstico, para delinear el dispositivo de tratamiento flexible y conveniente para cada persona.

María, 20 años, llega a la consulta, en un Servicio de Psicopatología, estructurado dentro de un Hospital General. Es acompañada por la esposa de su padre y por sugerencia de ésta.

Cito casi literalmente, el Motivo de Consulta manifestado:

- Por un tema de menstruación
- Porque se me cierra el estómago, tengo aire que no me permite comer
- No me acostumbraron a sentarme a la mesa para comer

Aquí, señalo : María, de aquí en mas M. nos cuestiona nuestro lugar como terapeutas, porque: para el primer motivo el especialista pertinente sería el endocrinólogo; para el segundo: el gastroenterólogo y para el último, en versión actualizada : un médico de familia y quizás con mayor sutileza, podríamos sugerir un terapeuta. Qué lugar, digo, si no hay una persona que se implique, refiriendo una temática psicológica: un conflicto, síntoma, angustia ó inhibición.

Bien, a los dos primeros especialistas, la paciente concurreó y transcurrió el cuarto año de terapia individual.

En esta primera entrevista, le pregunto entre otros, cómo se siente, cómo se ve a sí misma, qué la trae a consultar además de la sugerencia recibida.

Responde que me lo dijo al principio, es verdad. Insistí, en cómo se ve? Enseguida aclaro el por qué forcé una respuesta; "bien"respondió, "subí un kilo, estoy comiendo mas".

Resumo: M. como sabemos, tiene veinte años, estudiante universitaria, trabaja. Pesa 33 kg, mide 1.56. Su B.M.I (índice de masa corporal) es 13. Es considerado riesgo severo un B.M.I :15.

M. camina cincuenta cuadras por día, practica natación, "es muy buena para la salud" refiere. Su ingesta es café, "a veces con un poco de leche", duer-



me unas horas por día, fuma veinte cigarrillos cuando no está “nerviosa”, en los últimos seis meses baó ocho kilos, no sabe por qué, no tiene tiempo ni está acostumbrada comer. Su aspecto es demacrado, tiene lanugo (vello en la cara). La vestimenta es amplia, con colores oscuros, oculta la estructura ósea prominente. La expresión verbal es cuidada, mide lo que dice, monosílabos, intenta armar una oración. Pregunto y mucho, para obtener algunas paabras de M.

Dice, también, que “ahora” el padre, le presta atención, cuando empezó con estos “problemitas” él decidió que no irían a comer mas juntos, compartirían otros momentos que no incluyan la comida.

### Algo de Historia...Familiar

M. es la segunda hija de una pareja que se separa cuando ella tenía nueve años, hasta los tres vivió en otro país. Tiene una hermana mayor. Vivía al momento de la consulta, con su madre (en recurrencia por alcoholismo); hasta los catorce años se hace cargo de asistirle, en las descompensaciones debidas al abuso de la ingesta de alcohol (llamadas de emergencia, cuidados posteriores), administraba el dinero que su padre proporcionaba para la manutención. No se relacionaba con pares “*porque estaban todos en la boludez, hablando de ropa, chicos, salidas...unos irresponsables totales*” Su hermana se fue de la casa materna, después de varios episodios de violencia y resolvió no tener contacto alguno con su madre. Esta logró recuperarse del alcoholismo y comenzó a trabajar.

Hasta ahora no mencioné, ningún síntoma de Trastorno de la Conducta Alimentaria en M. Paralelamente a esta adolescencia “rara”, M. inicia una actividad deportiva de alto rendimiento, llega a competir, esto es lo único que la entusiasma, no existen rutinas ni horarios en la casa materna, donde vive M.

“*La salvé a mi mamá*” dijo en la primera consulta; era una otra?

### Pensando un tratamiento a medida, para M.

#### Modalidad de Tratamiento

A) Generalidades B) Cómo diseñamos el programa de tratamiento de M.

A) Generalidades :

Lo pensamos desde un inicio, por formación teórica y experiencia clínica,

bajo el paradigma de la complejidad (E.Morin), esto se manifestó en la práctica como: Interdisciplinario, dirigido a las diversas áreas comprometidas

- Evaluación y seguimiento farmacológico
- Psicoterapia Individual
- Trabajo Corporal
- Grupo monosintomático, de ayuda mutua, reducido en número
- Entrevistas de Orientación Familiar.
- Seguimiento Clínico Nutricional

Cada uno de los espacios terapéuticos, tiene sus objetivos específicos, con técnicas también propias.

A través de las reuniones de equipo semanales y de la supervisión externa conducida por un profesional psicoanalista, que tiene comunicación sólo con el equipo terapéutico, se discute el plan a construir para cada paciente.

Se arma una red entre equipo terapéutico, paciente y contexto.

- Los Niveles de Intervención
- Ambulatorio
- Hospital de Día
- Internación Domiciliaria
- Los criterios a tener en cuenta, desde el principio :
- Riesgo físico/ psicológico.
- Diagnóstico familiar, al momento de la consulta.

Antes de relatar algunos aspectos del tratamiento de M., un breve comentario:

La flexibilidad del terapeuta para instrumentar técnicas, la creatividad -aunque parezca un término inespecífico- tomarse el tiempo para evaluar la conducta a seguir en cada momento del proceso del paciente y del equipo. Disponibilidad para el trato con patologías graves: ausencia de conciencia de enfermedad, repetidos inicios de tratamiento y abandonos; intentos de suicidio, tendencia al acting out, y a crear desacuerdos entre los profesionales del equipo tratante (manipulaciones); insistencia del síntoma como las compulsiones ó conducta purgativas.

Por último, en relación a las generalidades, los plazos de tratamiento, desde el inicio conveniente saber transmitir que el tiempo de duración es relativo, personal y que no es prioridad el cuándo, sí lo es el cómo.

Tratamos personas y familias con altos niveles de ansiedad y depresión, patologías de borde, narcisistas, dependientes que van a imprimir al vínculo terapeutico esas mismas cualidades: al presentarse, nos darán la posibilidad de intervenir, vía interpretaciones, señalamientos, construcciones, para mencionar las más frecuentes y facilitadoras del cambio psíquico.

## Tratamiento de M.

Decidimos, como modalidad, la internación domiciliaria. Se realizó la evolución clínica nutricional. Nos dedicamos a trabajar en dos objetivos: 1) Recuperación del peso corporal, mediante la modificación de pautas de alimentación y aplazamos el diagnóstico estructural hasta la estabilización del peso. Se explicó a M. y su familia el diagnóstico (Anorexia Restrictiva) y el tratamiento propuesto fue: plan nutricional, suspensión de todas las actividades, psicoterapia individual con una frecuencia de dos veces por semana; grupo de apoyo, terapia corporal, entrevistas de orientación familiar, seguimiento psicofarmacológico.

Informamos, además, que el propuesto era un tratamiento posible, el que como equipo consultado, considerábamos adecuado, con la libertad absoluta de discutirlo entre los integrantes de la familia y el que fue su terapeuta (no aceptábamos pacientes que no quisieran hacer tratamiento: por regla; existen otras instituciones que sí aceptan ingresar pacientes contra su voluntad)

Comentario sobre las etapas:

Trabajamos en forma conjunta, se armó la red entre familia, madre por un lado y padre con su mujer, por otro, sumado al equipo tratante.

En terapia individual, M. explica con racionalizaciones, por qué se ha puesto en riesgo, se escuda en la historia familiar, los culpa. Focalizamos en que cada persona puede tener una respuesta frente a su historia, no necesariamente la de M; desarticulamos creencias con respecto al cuerpo, la función subvertida del comer ó no comer (en estos casos, el comer ó no, calma estados de ansiedad y confusión, por ejemplo) control de su cuerpo, de algo en su vida. La indiferencia frente a su extrema delgadez, su único tema: la madre y el padre.

Otro recurso, fue solicitarle a M. que trajera escritos a las sesiones, sin dar una consigna sobre el contenido; observamos que la escritura, en esta paciente fué un instrumento valioso, de ligazón entre sesión y sesión, de creación vincular, registros diarios, que ubicaban a la paciente en tiempo y espacio, a quien con frecuencia se la observaba confusa.

Aprendió el uso de la computadora, empezó hacer planes, estudio, trabajo, actividades recreativas sociales, cuando regresara a su actividad habitual.

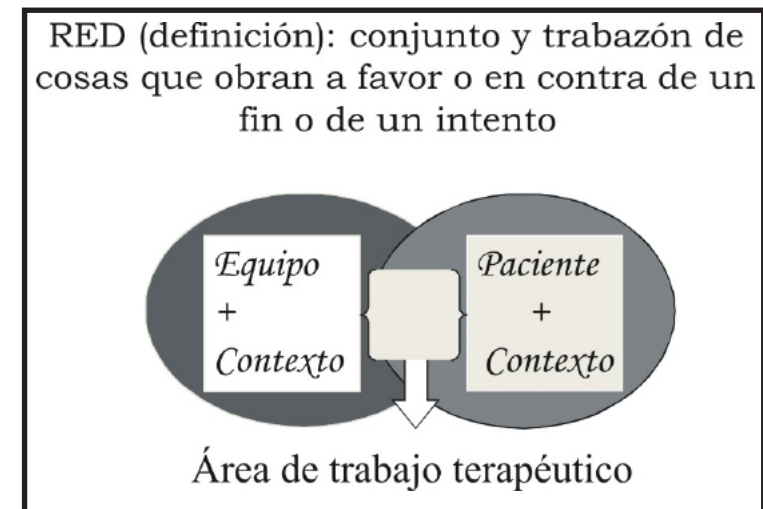
En otra etapa de tratamiento, con todo el dispositivo en marcha, la paciente empieza a descender el peso que había recuperado, planteamos todo el equipo reunido con la paciente y su grupo familiar (estaba por indicación del equipo conviviendo y bajo responsabilidad de su padre y la esposa) de seguir esta situación, decidiríamos la internación en Hospital de Día. Frente a esto, la paciente relata las irregularidades: tirar comida y suplementos dietarios, actividad física en forma oculta y otros por el estilo.

A partir de allí, reformulamos algunas pautas, hicimos nuevos acuerdos, y agregamos el uso de internet, como un recurso que sumaba a la necesidad de holding, sostén subjetivo, de M., reforzamiento de la red desde el equipo terapéutico.

A partir de este momento, M. comenzó a colaborar en su tratamiento activamente y se abrió otra posibilidad de continuar el trabajo sobre su posicionamiento subjetivo, averiguar, historizar el camino que condujo a M. a ponerse en riesgo.

La idea de esta línea, fue contar una experiencia en referencia a las anorexias bulimias y una manera de abordar el tratamiento.

El siguiente gráfico muestra el área donde consideramos está ubicado el lugar de trabajo terapéutico, que permita una promesa de subjetivación y alivio en estos pacientes junto a su entorno.



## Comentario Final: Agosto2012

Este relato clínico, que como tal es un recorte, tiene el propósito de pensar y compartir, con quienes trabajen desde perspectivas interdisciplinarias, las dificultades a las cuales nos enfrentamos, en conflictivas donde el cuerpo está en riesgo de manera concreta.

Familias y pacientes, que por la particularidad psicopatológica (desmentida, negación, tendencia al acting out, compulsión a la repetición) nos comprometen en la tarea, de pensar una y otra vez recursos armados desde el esquema teórico psicoanalítico, para producir junto al paciente modificaciones.

Y lo más importante, seguir interrogándonos para producir verdades que como sabemos, son transitorias y para finalizar, aceptar que el trabajo en equipo invita a dejar la omnipotencia del trabajo solitario frente a patologías complejas.

*Agradezco a los pacientes la posibilidad de aprender siempre, al igual que a quienes han marcado mi modalidad profesional y desde luego a colegas amigos, con los que continuamos trabajando, en equipo.*

### Trastornos de la Conducta alimentaria Anorexia nerviosa – Bulimia - TCA no específicos

#### ¿Qué es la anorexia nerviosa/bulimia?

Son dos graves trastornos de la conducta alimentaria, que constituyen amenazas serias a la salud de niños, adolescentes y adultos jóvenes.

#### ¿Cuáles son los síntomas de la anorexia nerviosa?

Negación a mantener un peso corporal mínimo adecuado a edad, sexo, estatura.

Restricción voluntaria de la alimentación.

Distorsión de la imagen corporal.

Intenso miedo a engordar.

Amenorrea (falta de tres ciclos menstruales).

Hiperexigencia.

Perfeccionismo.

Falta de conciencia de enfermedad. Aislamiento social.

#### ¿Cuáles son los síntomas de la bulimia?

Episodios de ingesta voraz (atracones en secreto).

Intentos repetidos de bajar de peso.

Estado de ánimo deprimido o cambiante sin motivo.

Excesiva preocupación por la comida.

Frecuentes oscilaciones de peso.

Relaciones sociales conflictivas.

Inicio de actividades que no concluyen.

#### En ambas puede registrarse:

Evitación del acto de comer frente a terceros.

Vómitos autoinducidos.

Utilización de laxantes y diuréticos.

Conductas agresivas.

Disconformidad en el ámbito familiar.

Actividad física excesiva.

Dificultad del funcionamiento escolar (fallas en la concentración), laboral, familiar, y social.

#### Algunas consecuencias de los T.C.A.

Físicas: amenorrea, bradicardia, hipotensión, desnutrición, otros.

Psicológicas: intento de concreción de fantasías de suicidio. Necesidad permanente de aprobación externa. Dificultad en la expresión de los sentimientos. Deterioro de las relaciones familiares, sociales y en el desarrollo psicosexual.

Conductas ritualistas, abuso de alcohol o fármacos.

#### TCA No específicos o Síndromes Intermedios

##### Generalidades

Desde los últimos años, puede observarse un incremento de estos trastornos, que comparten algunas de las características con la anorexia y bulimia pero no todos los criterios diagnósticos.

Encontramos

Atracones sin frecuencia, ni conductas compensatorias.

Baja autoestima.

No evidencian tendencia al aislamiento, ni tendencias suicidas.

Dificultad en reconocer sensaciones corporales (sueño, hambre, saciedad).

Imagen corporal conservada.



**T.C.A. ¿Cuál es el tratamiento adecuado?**

El primer paso es el diagnóstico precoz y acertado.

Debido a la complejidad de estos trastornos, el tratamiento está a cargo de un equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta la complejidad de cada caso.

La estrategia terapéutica se basa y se planea según las diferentes instancias del tratamiento de cada paciente :

Psicoterapia individual

Entrevistas familiares

Terapia corporal

Grupo de apoyo

Seguimiento clínico nutricional

Evaluación y seguimiento psiquiátrico

Informe socio-ambiental

**Bibliografía**

- Aulagnier, P. La Violencia de la Interpretación. Amorrortu  
 Aulagnier, P. Los Destinos del Placer.  
 Balint, M. La Falta Básica. Editorial Paidós.  
 Bekei, M. Lecturas de lo Psicossomático. Editorial Lugar.  
 Bleichmar, H. El Narcisismo. Edit. Nueva Visión.  
 "La Depresión : Un estudio Psicoanalítico. Edit. Nueva Visión.  
 Introducción al Estudio de las Perversiones. Edit. Nueva Visión.  
 "Avances en Psicoterapia Psicoanalítica" Edit. Paidós.  
 Bleichmar, Emilce D. El Feminismo Espontáneo de la Histeria .Distribuciones Fontamara.  
 Bleichmar; Silvia.  
 Brusset, B. La Anorexia. Planeta  
 Calvo, M: Diferentes Niveles de Estructuración del psiquismo. Estructura Neurótica. Estructura Narcisista. Ficha. Tekné. 1989  
 Capsulas de Vacío en la Personalidad : Sus Consecuencias en las Crisis Bulímico Anoréxicas.  
 Duker, M; Slade R : Anorexia Nerviosa y Bulimia, un Tratamiento Integrado. Limusa Editores.  
 Dorfman Lerner, B. Pacientes Limítrofes, Diagnóstico y tratamiento. Lugar Editorial. D.S.M. IV. Masson, S.A. 1995  
 Ducrot, O; Todorov, T Diccionario Enciclopédico de las Ciencias del Lenguaje"  
 Freud, S. Obras completas. Amorrortu. ( sugiero puntualmente : Tres Ensayos para una Teoría Sexual. Inhibición, Síntoma y Angustia. Carta 52. Mas allá del Principio de Placer. Introducción del Narcisismo. Construcciones en Psicoanálisis.  
 Hercovici, C y Bay : Anorexia Nerviosa y Bulimia. Paidós  
 Igoín, I . La Bulimia y su Infortunio. Akal  
 Lacan, J. Seminario IV: La relación de Objeto. Paidós  
 Lofrano, V. Labanca R.: Anorexias y Bulimias. Funtadip.  
 Marty, P. La Psicossomática del Adulto. Amorrortu.  
 Mahler, M . Simbiosis Humana : Las Vicisitudes de la Individuación. Planeta.  
 Mc. Dougall, J.: Alegato por una Cierta Anormalidad. Paidós.  
 Mc. Dougall, J Teatros de la Mente. Yulian Yébenes Editores.  
 Minuchin, S. Terapia Estructural de la Familia. Gedisa  
 Morin, E. Mis Demonios.  
 Omnis, L : Terapia Familiar de los Trastornos Psicossomáticos. Paidós.  
 Palazzoli Selvini, M : Los Juegos Psicóticos en la Familia. Paidós  
 Paradoja y Contraparadoja  
 Quiroga, S . Patologías de la Autodestrucción en la Adolescencia. Ediciones Kargieman.  
 Róitman, C.R. "Los Caminos Detenidos". Nueva Visión.  
 Raimbault, G. "Las indomables. Figuras de la Anorexia" Nueva Visión  
 Revista Vertex. Volumen 1 : N° 1; 2. Año 1990.  
 Toro, J. "El Cuerpo Como Delito". Editorial Ariel.  
 Roudnesco, E. La Familia en desorden" Editorial Fondo de Cultura Económica.  
 Vandereycken, W, Castro, y Vanderlinden, J, "Anorexia y Bulimia, La Familia en su Génesis y Tratamiento. Edit. Martínez Roca.  
 Winnicott, D. Exploraciones Psicoanalíticas. Paidós.

Realidad y Juego. Granica

El Proceso de Maduración en el Niño. Laia

Zukerfeld, R. Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica. Ricardo Vergara Ediciones.

Revista APDEBA : Pacientes Borderline. Volumen XII. Año 1994

Revista "Psicoanálisis con Niños y Adolescentes" Volumen ° 4; N|° 5; año 1993.

N° 6 : año 1994.

## **Conducción Alimentaria y Abordaje Nutricional en el tratamiento de las Anorexias y las Bulimias**

Mariana E. Pertusi

*El único hombre que es realmente libre es aquél que puede rechazar una invitación a comer sin dar una excusa.*

Jules Renard

### **Cómo realimentar a un paciente enfrentado con la comida cuando la comida no es comida**

¿De qué alimentación podemos hablar cuando estamos frente a un paciente que padece la crisis y el descontrol encubierto por una dieta?

Se podría inducir que la relación con la comida y su manifestación no es la enfermedad sino la consecuencia y el síntoma de una serie de factores causales que predisponen, desencadenan y se perpetúan en un ciclo vicioso. Esa relación puede esconder o bien expresar y disparar una crisis interna, en general ignorada o subestimada por el paciente. Dicha crisis aparece desplazada hacia los alimentos, las calorías, la balanza y hacia las conductas de autocontrol y descontrol alimentario en búsqueda de un cuerpo ideal y perfecto, encontrando a priori las primeras señales y la confirmación de una distorsión frente a la protesta sumisa e indefensa de una realidad-cuerpo irreconocible, vista a través de un espejo.

Como profesionales, en primer término, es fundamental poder discriminar qué paciente tenemos enfrente y medir cuál es el riesgo individual. No todas las bulimias ni las anorexias son iguales, cada paciente es único y singular será el tratamiento.

Habitualmente puede resultar complejo identificar, diagnosticar y clasificar la existencia de un trastorno alimentario. No es lo mismo un paciente que vo-

mita dos veces por día y que puede alternar con períodos de ayuno o excesiva actividad física, de uno que se “cronifica” y lo manifiesta cada vez que ingiere cualquier alimento sólido, pero se debe tener en cuenta en que ESTE empezó haciéndolo una vez. Y no es lo mismo una restricción o ayuno que perpetuarse en el hábito y la conducta del no comer como defensa de vida y amparo de crecimiento. Dicho de otro modo: vivir o sobrevivir, sin necesidades. En ambos casos el denominador común en el que se planta la raíz de un trastorno del comer es la dieta restrictiva y la disconformidad con el propio cuerpo.

El abordaje de estas patologías exige un tratamiento interdisciplinario especializado y una red alternativa de apoyo, ya sea en el ámbito hospitalario o de modo ambulatorio, dependiendo de la patología de cada paciente, de su gravedad, situación y contexto familiar.

Desde el punto de vista nutricional, la recuperación alimentaria tiene como finalidad normalizar el patrón de conducta alimentaria y los hábitos nutricionales, el logro de un peso mínimo, posible y saludable, la prevención de posibles complicaciones y la reparación de las secuelas físicas, consecuencia del desorden y desequilibrio alimentario y las carencias nutricionales.

Asimismo es imprescindible poder contar con las herramientas necesarias para la detección precoz de pacientes de riesgo.

Se planteará en este capítulo el abordaje nutricional, presentando lo que denomino Conducción Alimentaria y los lineamientos nutricionales para el diseño y progresión del C.A-Ciclo de Alimentación.

## **Anorexia Nerviosa**

Características y criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según DSM-IV

- Restricción voluntaria de la ingesta con el objetivo de lograr un muy bajo peso corporal, menor al esperado para su talla y edad.
- Miedo intenso a ganar peso, aún estando delgado.
- Conductas persistentes apropiadas para evitar la recuperación del peso.
- Alteración de la percepción del peso, tamaño o forma del propio cuerpo, y negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- Mantención de un peso inferior al 85% del esperable.
- Presencia de amenorrea (ausencia de tres ciclos consecutivos), en mujeres pospuberales.

1) Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no

recurre regularmente a atracones\* y/o purgas. La ingesta alimentaria está por debajo de las necesidades individuales.

2) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones y/o purgas (provocación del vómito y/o uso inadecuado de diuréticos, laxantes y ejercicio físico).

\*Un atracón se caracteriza por la ingesta alimentaria en un período corto (por ejemplo de 2 horas) de una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.

Se acompaña de la sensación de la pérdida de control: no poder parar de comer, qué se ingiere y cuánto.

(DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

## **Conducción Alimentaria**

### **1) Identificar**

- La patología y la gravedad.
- El inicio y el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Los factores que predisponen, desencadenan y perpetúan la enfermedad.
- El historial de pesos: habitual, máximo y mínimo y la pérdida de peso.
- La negativa a alimentarse que padece el paciente.
- El patrón de alimentación actual: selección, preferencias gustativas y rechazos.
- El patrón de alimentación desde su infancia.
- El patrón de alimentación familiar.
- La percepción de su Imagen Corporal.
- La posible negación de la enfermedad.
- La ausencia de autorregulación alimentaria.
- Las posibles alteraciones del sueño.
- La hiperactividad, la hiperexigencia y el posible aislamiento social.
- Las conductas compensatorias inapropiadas y sus riesgos.
- Los rituales, mitos alimentarios y el exceso de infusiones.
- Los alimentos que componen su dieta y su restricción alimentaria.

Selección de alimentos: estos pacientes suelen tener como alimentos base o permitidos: calabaza, milanesas de soja, tomate, lechuga, gelatina, yogur descremado, edulcorante y galletas de arroz.

Para este proceso es importante la escucha permanente -logrando un vínculo-

lo de confianza y empatía- y la no confrontación con el paciente, a fin detectar las fortalezas y las posibles resistencias que se manifestarán en el transcurso del tratamiento.

## 2) Reconocer la Identidad Alimentaria

Esta se caracteriza por:

- La ausencia del registro alimentario sensorial: gusto, aroma, consistencia, texturas y sabor.
- El autocontrol alimentario y la ausencia del registro fisiológico de hambre.
- La desvalorización y la desestimación del alimento desde la fuente de sus principios nutritivos, y su función: el alimento ya no es alimento, es lo que tiene que tener para expresar su síntoma, o bien no tener para vivir sin comida ni cuerpo.
- El pensamiento del paciente centrado en el control mental de su ingesta, su peso y su cuerpo.

## 3) Identificar los síntomas y signos de la Anorexia Nerviosa

Estos son: anemia, amenorrea, deshidratación, constipación, edemas periféricos, bradicardia, lanugo, hipotensión e hipotermia, sequedad de piel y cabello, letargo, piel amarillenta, aislamiento, hiperactividad, demacración, mareos, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, hipertrofia de las glándulas parótidas, Signo de Russel (en pacientes que vomitan frecuentemente es una callosidad que aparece en la mano como consecuencia de la erosión de los dientes con la mano al provocarse el vómito).

## 4) Prevenir, controlar y concientizar permanentemente

- Sobre los riesgos, las complicaciones y las consecuencias de la restricción alimentaria.

## Recuperación alimentaria

Durante la fase inicial de la recuperación alimentaria es imprescindible establecer el estricto control hidroelectrolítico, metabólico y físico, priorizar

un orden alimentario respetando los 4 Tiempos que componen el “C.A” (Ciclo de Alimentación) y evaluar la tolerancia alimentaria. Esto permitirá avanzar en la progresión de su C.A.

A continuación se plantean los eslabones centrales de la recuperación alimentaria:

- Ordenar y normalizar paulatinamente los tiempos fisiológicos de su alimentación y minimizar las carencias nutricionales, a medida que se avanza en el proceso de concientización y recuperación.
- Seleccionar la Alimentación Vía Oral como eje principal, optando por los recursos de la alimentación artificial y las vías enterales o parenterales dependiendo de cada caso.
- Respetar la selección de alimentos del paciente y trabajar sobre la importancia nutricional que tiene cada uno de ellos, en función del grupo de nutrientes que forman parte de su “dieta”.
- Incorporar paulatinamente nuevos alimentos y formas de preparación, a medida que avanza el proceso de recuperación.
- Restablecer el gasto energético.
- Controlar el estado nutricional y monitorear el peso. Pautar un peso mínimo posible.
- Restablecer el registro fisiológico de Hambre y Hambre-Saciedad.
- Restablecer la Identidad Alimentaria.
- Restablecer el registro alimentario sensorial y corporal.
- Identificar sus preferencias gustativas y alimentos prohibidos.
- Considerar las recaídas como parte esencial del tratamiento.
- Sacar al paciente del ciclo dieta-ayuno-restricción y de la privación alimentaria como formadora del hábito.
- Abarcar la problemática de “las dietas” desde la conceptualización e implicancias en la salud física y mental del paciente, ya que la dieta y la restricción son los principales factores que perpetúan el trastorno.
- Concientizar al paciente sobre la importancia de los alimentos y las distintas funciones que tiene cada grupo de ellos, en relación con las necesidades vitales del organismo y el placer de comer.
- Incorporar conceptos y conductas de autocuidado.

## Casos Clínicos

### Caso 1

*-Me sentía fuerte, francamente podía llevarme el mundo por delante, conseguir todo aquello que quisiera porque estaba, para mí, hermosa. Entonces me iban a aceptar y a querer más. Creía que así iba a poder conseguir ese no sé qué que tanto me faltaba.*

*-No tenía hambre, me compraba un paquete de galletitas de agua y me duraban 2 días. Estudiaba y por las noches iba al gimnasio 2 horas. No tenía hambre y cenaba un yogur con cereales.*

*-Cuando me decían que estaba más flaca, yo me sentía grande y fuerte, sentía orgullo y placer. Eso me daba más fuerzas para sostener todo mi esfuerzo y convencerme aún más de que lo que estaba haciendo valía la pena y que, por sobre todo, estaba en el camino correcto para conseguir todo lo que estaba buscando. Pero me sentía rara y cansada, de mal humor, triste.*

Noelia (22 años)

### Ejes del tratamiento nutricional para este caso

- Incorporar al menos un alimento de cada grupo de nutrientes, monitorear el valor calórico y realizar ajustes paulatinos.
- Pautar cada Tiempo y composición nutricional del C.A., de acuerdo con las carencias nutricionales y la actividad física.
- Acordar y negociar un patrón de alimentación mínima posible.
- Prevenir complicaciones y evitar el avance de la enfermedad.
- Concientizar sobre los riesgos de la restricción alimentaria.
- Prevenir posibles atracones como consecuencia de la restricción alimentaria.
- Trabajar sobre la idea de que se puede estar delgada/o de manera sana.
- Trabajar en la reconstrucción del registro de HAMBRE.
- Plantear y prevenir que dicha restricción puede descontrolar el organismo, anímica y fisiológicamente.

- Trabajar sobre el temor a engordar y los miedos relacionados con determinados alimentos. Por ejemplo: no hay alimentos de “dieta” o “sanos e insanos” o “permitidos”, simplemente hay alimentos.

### Caso 2

*“Recuerdo que una vez, en un almuerzo familiar, mi hermano trajo a un amigo. Estábamos todos, mi mamá preparaba la comida, creo que eran unos bifecitos de lomo con papas. Yo estaba feliz, porque en mi plato había un yogur descremado firme, y nada más ni menos que eso. Me dio un poco de vergüenza por el “extraño conocido”, que iba a saber un poco más de mí, pero de una manera enferma. Me dije, él no sabe todo lo que hay adentro de este yogur y yo hago mi vida”.*

Verónica (21 años)

### Ejes del tratamiento nutricional para este caso

Para este caso se plantearía que en lugar de comer un yogur como almuerzo pueda reemplazar dicho alimento desde su fuente nutricional (proteína) por otro, por ejemplo, un huevo duro, una porción de queso o una de atún.

A la vez, se negociaría con el paciente el límite de que hay alimentos que DEBE respetar para cada Tiempo de su C.A. y alentaría el consumo de dicho yogur para otro Tiempo de su Ciclo. Por ejemplo, ser parte del desayuno, la merienda o una colación, por ser fuente de calcio y vitaminas A y D.

### Bulimia Nerviosa

Características y criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según DSM-IV

#### 1) Episodios de atracones recurrentes

Un atracón se caracteriza por la ingesta alimentaria en un período corto (por ejemplo de 2 horas) de una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.



Se acompaña de la sensación de la pérdida de control: no poder parar de comer, qué se ingiere y cuánto.

## 2) **Presencia de conductas compensatorias inadecuadas y recurrentes para no ganar peso**

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

1) Tipo purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes y diuréticos en exceso.

Se evaluarán: frecuencia, factores desencadenantes, sensaciones y sentimientos previos y posteriores. También se consultará sobre los fármacos y nombres comerciales de la medicación que se emplea en la casa.

Se evaluarán complicaciones, signos y síntomas más frecuentes: sangrado, mareos, debilidad, cefaleas, síncope, "acidez" sensitiva, constipación, dolor abdominal, edemas.

2) Tipo no purgativo: durante el episodio de Bulimia Nerviosa la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes o diuréticos en exceso.

Se interrogará sobre el tipo de actividad física, la frecuencia, el tiempo que le destina, si la realiza posteriormente a los atracones y si realizarla impide que realice otras actividades.

## **Conducción Alimentaria**

### 1) **Identificar**

- La patología y la gravedad.
- El inicio, el tiempo de evolución de la enfermedad y los factores desencadenantes.
- Los factores que perpetúan la enfermedad.
- El historial de pesos: habitual, máximo y mínimo y las oscilaciones de peso.

- El patrón de alimentación actual: selección, preferencias y rechazos.
- La frecuencia y el momento del día en que ocurren los atracones.
- La posible negación de la enfermedad.
- Las actitudes frente a los alimentos. Por ejemplo, robar o almacenar.
- Las conductas compensatorias inapropiadas posteriores y los riesgos.
- Los sentimientos y las sensaciones previas y posteriores a la ingesta.
- La posible programación de los atracones.
- El patrón de alimentación desde su infancia.
- El patrón de alimentación familiar.
- La ausencia de autorregulación alimentaria.
- La percepción de su Imagen Corporal.
- Las posibles alteraciones del sueño.
- El descontrol alimentario.

Para esto es importante la escucha permanente -logrando un vínculo de confianza y empatía- y la no confrontación con el paciente, trabajando también sobre las posibles resistencias que se manifestarán en el transcurso del tratamiento y detectando las fortalezas.

### 2) **Reconocer la Identidad Alimentaria**

Esta se caracteriza por:

- La ausencia del registro alimentario sensorial de gusto, aroma, texturas, consistencia y sabor.
- La ausencia del registro fisiológico de Hambre/Saciedad.
- La desvalorización y la desestimación del alimento desde la fuente de sus principios nutritivos y su función: el alimento ya no es alimento, es lo que tiene que tener para expresar un síntoma.
- El descontrol alimentario.

### 3) **Prevenir y concientizar permanentemente**

- Sobre los riesgos, las complicaciones y las consecuencias de los mecanismos purgativos y las conductas compensatorias inadecuadas.

#### 4) **Identificar los síntomas y signos de la Bulimia Nerviosa**

Ellos son: Signo de Russel (en pacientes que vomitan frecuentemente es una callosidad que aparece en la mano como consecuencia de la erosión de los dientes con la mano al provocarse el vómito), irregularidades menstruales, oscilaciones de peso, caries, pérdida del esmalte dental y piezas dentarias, alteraciones hidroelectrolíticas, cambios en el estado de ánimo, cefaleas, fatiga muscular, hipertrofia de glándulas parótidas, edema en cara y cuello, anemia, hipotensión, acidez estomacal, acidez sensitiva, reflujo gastroesofágico, diarrea/constipación.

#### **Recuperación alimentaria**

Durante la fase inicial de la recuperación alimentaria es imprescindible establecer el estricto control hidroelectrolítico, metabólico y físico, priorizar un orden alimentario respetando los 4 Tiempos que componen el "C.A" (Ciclo de Alimentación) y evaluar la tolerancia alimentaria, lo que permitirá avanzar en la progresión de su C.A.

- Ordenar y normalizar paulatinamente los tiempos fisiológicos de su alimentación y minimizar las carencias nutricionales.
- Respetar la selección de alimentos del paciente y trabajar sobre la importancia nutricional que tiene cada uno de ellos, en función del grupo de nutrientes.
- Restablecer el registro fisiológico de Hambre/Saciedad.
- Disminuir en lo posible los atracones como consecuencia de la restricción y/o descontrol alimentario. Sacar al paciente del ciclo dieta-restricción y descontrol- atracón-purga.
- Establecer LIMITES y comenzar a darle FORMA al descontrol, ordenando sus preferencias gustativas y estilo de comer.
- Trabajar en la espera (proceso de metabolización), mientras se avanza en la etapa de concientización y recuperación. Esto implica que el paciente pueda "quedarse" con lo que comió: metabolizar, aprender a esperar, sentir.
- Restablecer la Identidad Alimentaria.
- Controlar estado nutricional y monitorear las posibles oscilaciones de peso.
- Restablecer el gasto energético.

- Equilibrar el peso corporal, en respuesta a la recuperación alimentaria y al restablecimiento del gasto energético.
- Considerar las recaídas como parte esencial del tratamiento.
- Abarcar la problemática de "las dietas" desde la conceptualización e implicancias en la salud física y mental de un paciente, ya que la dieta y la restricción son los principales factores que perpetúan el trastorno.
- Concientizar al paciente sobre la importancia de los alimentos y las distintas funciones que tiene cada grupo de ellos, en relación con las necesidades vitales del organismo.
- Componer paulatinamente cada Tiempo del C.A. con nuevos alimentos y formas de preparación.
- Regular los Tiempos del C.A con el fin de restablecer la sensación de descontrol físico y anímico, considerando que también es el propio cuerpo quien responde descontroladamente frente a la falta de alimentos/energía.
- Incorporar conceptos y conductas de autocuidado.

#### **Casos Clínicos**

##### **Caso 1**

-Ya no siento tanto el placentero alivio de vomitar y sacarme de encima lo que me hace mal, fue ahí cuando me pregunté: ¿qué aspectos de mi vida podía resolver y solucionar, con mi cabeza mirando el fondo de un inodoro y abrazándolo?

-ESA mañana, como todas al despertarme, fui al espejo a confirmar MI GORDURA, y me sorprendí. Cuando me miré NO ME VI TAN GORDA COMO YO CREIA QUE ERA. Recuerdo que me tomé tiempo para mirarme bien, de arriba a abajo, a lo largo y a lo ancho, de perfil, del otro perfil y me dije: No, no soy tan gorda, también hay partes lindas, interesantes, y me pregunté... ¿y ahora, qué hago con esto? Me respondí: ACEPTARME. Hay cosas que me gustan, otras que no puedo ni podré cambiar, pero todo lo que dependa de mí para estar mejor lo haré y lo que no pueda cambiar trataré de ir aceptándolo despacio. Me haré cargo de mí, ya me había perdido en mí misma por mucho tiempo. Esa mañana pude reconocermme en mis defectos y en mis partes lindas también.

Vicky, 24 años

### Ejes del tratamiento nutricionales para este caso

Para este caso, donde se aprecia la aceptación, la toma de conciencia de la enfermedad y se manifiesta la posibilidad de recuperación, se plantea:

- Reforzar las conductas y las pautas de autocuidado.
- Identificar qué señales sensoriales alimentarias comienza a experimentar el paciente.
- Trabajar en los distintos niveles de saciedad, en la autorregulación alimentaria, en la metabolización y “tiempos de espera” postprandiales.
- Discernir qué situaciones o alimentos provocan aún el atracón.
- Variar la selección de alimentos y experimentar nuevas preparaciones que hasta entonces estaban rechazadas.
- Armonizar y balancear los Tiempos de su C.A. “Ciclo de Alimentación”.

### Complicaciones más frecuentes de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa

La morbimortalidad en pacientes con Bulimia Nerviosa se debe generalmente a las conductas compensatorias inadecuadas, a diferencia de los pacientes con Anorexia Nerviosa, en los que se debe generalmente a la desnutrición crónica.

Complicaciones cardiovasculares:

- Hipotensión.
- Alteración del ritmo cardíaco: bradicardia, arritmias.
- Cambios anatómicos cardíacos: adelgazamiento de las paredes ventriculares y disminución del tamaño de las cavidades del corazón.

Complicaciones gastrointestinales:

- Constipación o diarrea.
- Distensión y dolor abdominal.
- Saciedad temprana.
- Retraso en el vaciamiento gástrico.
- Reflujo gastroesofágico.
- Ruptura esofágica.
- Síndrome de Intestino Irritable.

Complicaciones óseas:

- Osteopenia, osteoporosis.

- Aumento del riesgo de fracturas.
- Estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea, en pacientes prepuberales.

### Complicaciones renales:

- Disminución del filtrado glomerular.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia.
- Edemas periféricos.
- Cálculos renales.

Complicaciones endocrinológicas y metabólicas:

- Amenorrea.
- Disminución de los niveles de gonadotrofinas.
- Aumento de los niveles de cortisol y de la hormona de crecimiento.
- Alteración en la regulación de la temperatura corporal.

Complicaciones hepáticas:

- Elevación transitoria de las enzimas hepáticas.

Complicaciones dermatológicas y dentales:

- Piel seca, amarillenta, escamosa, lanugo.
- Signo de Russel.
- Pérdida del esmalte dental y piezas dentales.

Complicaciones hematológicas:

- Anemia, leucopenia, inversión de fórmula, linfopenia.

### Trastorno alimentario no específico - T.A.N.E.

Esta categoría engloba los trastornos del comer donde el paciente presenta signos o síntomas de alguno de los trastornos específicos descriptos. Se pueden encontrar:

- Pacientes que cumplen con los criterios de diagnóstico para una Anorexia Nerviosa, pero con menstruaciones regulares.
- Pacientes que cumplen con los criterios de diagnóstico para una Anorexia Nerviosa, pero a pesar de la pérdida significativa de peso, éste se encuentra dentro del rango normal o mínimo posible.
- Pacientes que cumplen con los criterios de diagnóstico para una Bulimia

Nerviosa, pero los atracones ocurren con una frecuencia inferior a la mencionada.

- Pacientes con conductas compensatorias inadecuadas, posteriores a comer pequeñas cantidades de comida.
- Pacientes que mastican y escupen sin llegar a tragar grandes cantidades de comida.
- Pacientes con desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones, sin recurrir a las conductas compensatorias inadecuadas (características de la Bulimia Nerviosa).

### **C. A. - Ciclo de Alimentación**

(Ver gráfico en pag. 36)

Comer es una de las actividades más placenteras del ser humano. Es la manera por la cual incorporamos, a través de los alimentos, los nutrientes esenciales para nuestra vida. Comer implica sumergirnos en una fina sintonía entre nuestro estomago, mente y boca; conjunción de necesidad, selección, elección, satisfacción y placer.

Cultural y socialmente comer implica relacionarnos con nosotros mismos, con nuestra historia y con nuestros pares, ya que comemos en un determinado CONTEXTO.

Comemos por necesidad y por diferentes razones -ánimicas, visuales, por asociaciones y recuerdos, y aun sin querer, sin sentir hambre, pero casi siempre con el mismo fin, el Placer-, sin darnos cuenta de cuántos factores y condicionantes están implícitamente relacionados con la elección de nuestros alimentos -el marketing alimentario, los famosos mitos, la publicidad, la cultura, los medios, el tiempo que disponemos, el factor económico, la recomendación del médico y de especialistas en nutrición-.

Como Especialista en Nutrición presento y expongo lo que denomino CICLO DE ALIMENTACION (C.A.).

El Ciclo de Alimentación consta de 4 TIEMPOS: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Cada uno de ellos se realiza con intervalos de 4-5 horas y se entrelazan uno con otro.

El Ciclo comienza con el desayuno, que es el Tiempo fisiológico que indica en qué estado está el cuerpo (en ayuno). Lo cierra la cena. Cada Tiempo es consecuencia del anterior y a su vez está determinado por aquél. El hambre es el disparador, alerta que nos indica que nuestro cuerpo comenzó a disminuir sus niveles de energía, la que necesitamos reponer. La energía proviene de los

nutrientes necesarios para nuestra vida y dichos nutrientes los encontramos en los alimentos.

Las estrategias alimentarias y lineamientos nutricionales dependerán de cada patología alimentaria y del estadio de enfermedad en que se encuentre el paciente. Todo C.A. se diseñará de manera singular de acuerdo con las necesidades del paciente, estableciendo objetivos sencillos y posibles de alcanzar y sostener.

Como punto de partida es importante que cada paciente pueda reconocer los tiempos fisiológicos de su organismo, diferenciando básicamente tres situaciones -un vacío (hambre), un llenado (saciedad) y una espera (metabolización)- para la planificación y regulación del C.A.

El paciente es el protagonista activo que irá transitando cada Tiempo de su C.A. Cada uno de los Tiempos favorece la proyección del siguiente, permitiendo así lograr la armonía y el balance nutricional necesario. Así también, el C.A. facilita visualizar en qué Tiempo y entre qué lapsos se presentan las posibles alteraciones del comer.

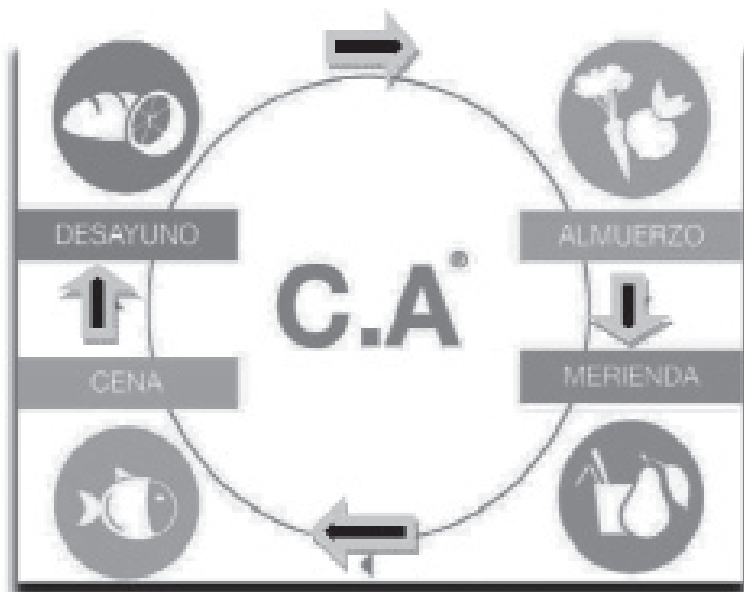
Como reflexión final, se podría decir que por tratarse de patologías relacionadas con el HAMBRE, y por ende con conductas alimentarias, parte de su solución será siempre el alimento. Alimento que tiene una función (nutricia, placentera, social y terapéutica), su ciclo biológico y que se desarrolla en un determinado contexto; planteándose que lo que puede prevalecer y perdurar es la reconstrucción de la IDENTIDAD ALIMENTARIA, anclaje del autoconocimiento, la aceptación y la autorregulación. Este proceso resultará del trabajo conjunto y de la interacción con las demás disciplinas que intervienen en el tratamiento, en donde cada paciente pueda alcanzar el gobierno y la autonomía de su alimentación; una alimentación A CONCIENCIA, MEDIDA, ARMÓNICA Y RESPONSABLE, fusión del rol nutritivo y placentero del alimento, donde no hay lugar para las recompensas permitidas frente al insustentable sacrificio del no comer.

Una IDENTIDAD ALIMENTARIA que permita disfrutar y mantener las funciones del organismo en el contexto de salud física, mental y emocional.

### Referencias bibliográficas

- Rosina Cripso, Eduardo Figueroa, Diana Guellar, Anorexia-Bulimia.  
 Dr. Jorge Braguinsky y Col. Obesidad; saberes y conflictos. Un tratado de obesidad.  
 Evelyn Tribolo y Elyse Rersch, La Dieta Intuitiva, Ediciones Obelisco.  
 R. GUERRERO-VÁZQUEZ, J. OLIVARES-GAMERO, J.L. PEREIRA-CUNILL, A. SOTO-MORENO, Y P.P. GARCÍA  
 LUNA, Nutrición en anorexia nerviosa.  
 Brusset, B: La Anorexia. Editorial Planeta  
 Lofrano, V; Labanca, R : Anorexias y Bulimias. Funtadip.  
 Igoín, L., La Bulimia y su Infortunio. Akal.  
 Duker, M; Slade R., Anorexia y Bulimia, un tratamiento integrado. Limusa Editores.

**Lic. Mariana Estela Pertusi** (M.N. 3197)





## La cultura de la delgadez: cuerpos para el consumo y cuerpos consumidos

Lic. Enrique Valiente

En las sociedades actuales la alimentación continúa siendo un tema de gran interés, pero no sólo en la parte del mundo donde la escasez es un tema de agenda, sino en lugares donde la abundancia debería despejar las preocupaciones de otras épocas. En nuestra cultura se producen tantos discursos sobre la comida como difícilmente otra sociedad los haya producido: la medicina, la televisión, el cine, la literatura, los periódicos, tratan constantemente el tema (Fischler, 1995a). Quizás ello se deba a que en los umbrales del nuevo siglo la ingesta parece provocar nuevos inquietudes y preocupaciones.

Si la importancia y el sentido que se concede al acto de comer, los códigos culturales que gobiernan la ingesta, las preferencias y selecciones alimentarias, permiten una aproximación al conocimiento de las sociedades en las que se vive, también es cierto que el no comer, la abstención dice mucho sobre ciertos valores culturales imperantes.

Es probable que en el futuro alguien se pregunte sobre nuestros gustos y prácticas alimentarias con suma extrañeza. “Una mirada al siglo XX abriría el interrogante de cómo fue posible que se fuera consolidando en muchas sociedades –aquellas en que la comida es abundante- un modelo alimentario y estético que ha permitido reemplazar el miedo al hambre que atraviesa casi toda la historia de la humanidad, por el temor al exceso, a la abundancia. Es decir, cómo se fueron afirmando ciertos patrones de consumo alimentario y determinados estándares de belleza que han posibilitado una incidencia muy alta y en constante ascenso de afecciones que hubieran sido impensadas en otros momentos de la historia: aquellas patologías cuyo sustrato común es el miedo mórbido a la gordura” (Valiente, 1996a:70).

Por ello, entidades como anorexia y bulimia dicen mucho acerca de ciertos significados, ideas y valores que dominan nuestro marco cultural. Estos trastornos de la alimentación podrían considerarse como expresión de una so-

riedad y una época que difunden el contradictorio discurso del consumismo ilimitado y al mismo tiempo alientan la privación acorde con las exigencias de cierto esquema corporal “legítimo”: el de la primacía absoluta de la delgadez.

De allí que una reflexión, desde una perspectiva cultural, que tome como referencia estas afecciones, quizás aporte a la comprensión de la violencia infligida al cuerpo –en especial el cuerpo femenino- en el seno de una civilización en donde las preocupaciones narcisistas ocupan el primer plano.

Sin embargo, me parece oportuno una breve aclaración. Las patologías que nos ocupan están situadas, desde el punto de vista etiopatogénico, en una compleja encrucijada biopsicosocial, lo cual conduce de manera ineludible a desear toda posibilidad de abonar una conjetura culturogénica. En ese sentido, abordaré algunos factores ligados al contexto sociocultural que enmarca estas afecciones, sin que ello signifique la pretensión de inscribirlos en una escala jerárquica de importancia dentro de la pluricausalidad de factores ligados al fenómeno de las patologías alimentarias.

### Dime lo que comes y te diré...

Hace siglo y medio, aproximadamente, el abogado francés Anthelme Brillat-Savarin, en su famoso tratado de gastronomía “Fisiología del gusto” formulaba la célebre frase “dime lo que comes y te diré quien eres”.

Desde siempre se ha considerado que la alimentación dice mucho acerca de una sociedad y las preocupaciones sobre la alimentación, a lo largo del tiempo, dan cuenta de ello: existir era básicamente subsistir. Pero si bien las penurias alimentarias continúan hoy vigentes en numerosas partes del mundo, en otras sociedades el comensal moderno no debe ya enfrentar la carencia sino la profusión en la ingesta.

El consumidor es sometido en nuestras sociedades a innumerables tentaciones, pero también a constantes precauciones dietéticas, proceso que conduce a una crisis de los criterios de elección y a una desorganización de los valores de la simbología alimentaria (Valiente, 1996a:81). Como sostienen Guillemot y Laxenaire: “El individuo se encuentra en las sociedades de la abundancia en una situación de elección imposible, de desconcierto alimentario y de gastronomía” (1994:101).

En la actualidad, la mujer está interpelada por una abrumadora cantidad de pautas de comportamiento alimentarios que podrían llamarse tardomodernos que van desde la alimentación diet, la onda light, la comida macrobiótica o la comida natural (cuya naturaleza está asegurada por el color verde del envase, más allá de los conservantes que aseguran su natural pureza). Existe por lo

tanto, en nuestra época, una verdadera desorientación del sujeto comiente ante muchas opciones, por la permanente tensión entre lo deseable, lo apetecible y lo prohibido, por los mensajes contradictorios entre los exquisitos manjares de las mesas servidas en los canales televisivos dedicados a la gastronomía y las publicidades de la poderosa industria de la cultura lipófoba.

Entonces, en un contexto de debilitamiento de los marcos estructurantes de la alimentación cotidiana, de crisis de la comensalidad<sup>1</sup> o crisis más general de los controles socioculturales, se verifica el pasaje de la gastronomía a la gastro-anomia. Y es en esa brecha abierta por el des-orden cultural donde se pueden desplegar las conductas dietantes. Según Fischler: “La única presión normativa, la única estructura colectiva y uniformemente reconocida como apta para constreñir y regular el comportamiento es el modelo de la delgadez y fealdad de la grasa. Esta opción binaria grasa-delgadez se convierte en el alfa y el omega de la opción alimentaria” (1995b:369).

En relación a ello, es necesario enfatizar que han existido innumerables formas de restricciones alimentarias a lo largo del tiempo: por ejemplo, las distintas formas de ayuno religioso o por normas higiénicas, pero en todos los casos la renuncia a la ingesta estaba ligada a creencias compartidas, como un acto de alcance simbólico en relación a valores superiores trascendentes. Sin embargo, como es fácil advertir, de las dietas religiosas del pasado cuyo objetivo era el control del cuerpo interior y las voluptuosidades de la carne, a la abstinencia en tiempos de la sociedad de consumo hay un largo trecho: en nuestros días las privaciones apuntan a la construcción de cuerpos que merezcan ser exhibidos (Valiente, 1996a:79).

## La ética del espejo

Desde el siglo pasado el culto al cuerpo se ha extendido progresivamente, convirtiéndose en un objeto sobre el cual concentrarse en forma obsesiva no quizás como fuente de placer, sino como blanco de responsabilidad y esmero.

En las últimas décadas se han intensificado formas de socialización que adoptan al cuerpo como eje convocante. Pareciera que en tiempos de extrema disgregación social, cuando ciertos valores y certezas han desaparecido, el

<sup>1</sup> Fischler afirma que en las sociedades modernas el comensalismo es reemplazado por el vagabond feeding, un tipo de comportamiento alimentario filogenéticamente más arcaico que el comensalismo. La alimentación vagabunda es más solitaria, a intervalos irregulares, en cantidades pequeñas. De manera que el desarrollo de la sociedad urbano-industrial moderna provoca un retorno a lo arcaico, es una regresión filogenética (1995b:374).

cuerpo es lo que queda, algo de que aferrarse frente a tanta incertidumbre (Le Breton, 1995:153). De allí que, a través del cuerpo, se expresen en parte las sensibilidades, angustias y deseos de la cultura contemporánea.

Hoy en día se “es” prácticamente la imagen del cuerpo que se posee y el sacrificio y la dedicación encaminados a “trabajar” la propia exterioridad se han constituido en un requisito de aprobación social, éxito interpersonal y en una medida de lo moralmente valioso.

En general, en todas las culturas el cuerpo ha sido el escenario de prácticas simbólicas ligadas a la representación que cada sociedad tiene del mundo, pero en nuestra época las prácticas de metamorfosis de lo corporal (desde las prácticas cosméticas hasta la cirugía estética) tienen como objetivo primordial y obsesivo el logro de resultados estéticos para adecuarse a ciertos cánones imperantes.

A lo largo de la historia, el reconocimiento social de la mujer ha estado asociado a su doble condición nutricia, su doble capacidad reproductora: productora de bienes para la supervivencia del grupo y productora de miembros para el grupo (Meillassoux, 1977). En correspondencia con lo señalado, el cuerpo valorado ha sido el cuerpo globuloso, turgente, apto para la procreación. Como contrapartida, los cuerpos adelgazados, en el contexto de las hambrunas que azotaron por siglos a la humanidad, nunca fueron apreciados. Un cuerpo flaco generalmente presagiaba la muerte, malas cosechas y hablaba mal del macho proveedor.

Por ello, de las innumerables formas de intervención de lo corporal que han ejercido las diferentes culturas a lo largo del tiempo, hay una prácticamente desconocida: la disminución del volumen corporal total como atractivo socio-sexual. Esto parece ser una invención del Occidente moderno.

Uno de los rasgos que marcan diferencias con el pasado, en lo relativo a los parámetros estéticos, es su grado de universalización, al ser promovidos por los medios masivos de comunicación. El modelo corporal que se difunde tiende hacia una “normalización” de los cánones estéticos o sea, hacia una impersonalización de los criterios de belleza, los que adquieren contornos de “objetividad” (Valiente y Tuñón, 1996). La poderosa maquinaria publicitaria masifica la prescripción de cuerpos deseables sobre la base de la construcción de estereotipos de belleza, los que se corresponden con ciertos valores privilegiados por el mercado, lo cual a su vez es una de las condiciones de aceptabilidad de aquellos mensajes. La “naturalización” de ciertas propiedades corporales consideradas legítimas o de referencia, habitualmente encubren una doble operación: la construcción sociohistórica de dichos valores y que los

esquemas de percepción de lo valioso son tempranamente interiorizados, lo cual es indicativo de su condición de producto social (Bourdieu, 1986).

En tiempos de una sociedad regida por la moral de mercado, el cuerpo es una mercancía más y el sujeto alcanza alto valor de cambio cuanto mayor es su estatus corporal. Y como ese estatus depende en gran medida en las mujeres de la apariencia, el “ser femenino” a menudo se reduce al “ser percibido” (Louveau, 2007:75), y entonces el cuidado obsesivo de la imagen conduce paradójicamente, muchas veces, a la destrucción de lo que quiere realzar, esto es, a la agresión y al daño del propio cuerpo.

Bauman sostiene que el pasaje del consumo al consumismo es cuando el consumo es el fundamento de toda la economía de las relaciones humanas. Y en esta situación “las personas son empujadas u obligadas a promocionar un producto deseable y atractivo, y por lo tanto hacen todo lo que pueden para acrecentar el valor de mercado de lo que tienen para vender. Y el producto que están dispuestos a promocionar y poner en venta en el mercado no es otra cosa que ellos mismos” (2007: 17). En este contexto, donde la noción de venderse a sí mismo es una ejercitación positivamente apreciada, donde las recomendaciones más elementales de marketing acentúan la importancia de la “primera impresión” en cualquier intento de venta, continuamente existen referentes visibles que ofrecen la posibilidad de contrastación con la propia apariencia (en la publicidad, en las revistas comerciales, etc...), pero como dichos modelos de “perfección” son inalcanzables, sólo provocan culpabilidad en quienes no pueden acceder a lo que cada imagen celebra repetidamente: las ventajas de pertenecer al círculo áulico de la belleza.

## El imperativo de la cultura lipófoba

Como se ha señalado al principio de este trabajo, cualquier perspectiva de abordaje de los trastornos de las conductas alimentarias no debería dejar de reconocer que nuestro marco cultural permea la vida de las mujeres en general y moldea su experiencia con el peso y la comida. De modo, que la conflictiva relación de las mujeres con su cuerpo y la alimentación no puede ser descontextualizada de la trama cultural que sustenta el modelo de femineidad hegemónico, “esa forma de femineidad social y culturalmente idealizada que tiene un valor consecuente en el mercado de la seducción” (Louveau, 2007: 68).

Una perspectiva de abordaje de estos trastornos que polarice formas de evaluación en términos de sanidad/enfermedad, quizás pasaría por alto las similitudes –tal vez un verdadero continuum- entre la dinámica de estas afec-

ciones y un clima cultural que alienta a las mujeres a sentirse extrañas en su propio cuerpo.

Por ello<sup>2</sup>, si no se deja de considerar que hay ciertas conductas alentadas y promovidas por un “clima de época” que propicia el imperativo categórico de una delgadez activa y voluntarista, provocando una aflicción obsesiva generalizada que conduce a las mujeres a las estrategias más aberrantes para responder a los fines del “éxito” y la aceptabilidad social. Si no se pasa por alto que las diferentes técnicas que se proponen para la “autosuperación personal” (léase corporal) sustentan un modelo de mujer cuyo universo de objetivos está absolutamente alejado de toda preocupación o compromiso con la realidad o la conflictividad social o la defensa de su derechos, técnicas que aspiran a canalizar todos los problemas de género a través de un recetario de alimentos light. Si no pasa inadvertido que la mujer es sometida a múltiples tentaciones alimentarias y al mismo tiempo son inducidas a considerar la pérdida de peso como norma de vida. Si todos estos factores (y otros factores de la cultura que por razones de extensión no se pueden desarrollar) no se pierden de vista, no debería resultar extraño el comportamiento de niñas y adolescentes que deliberadamente renuncian a vivir en sus propios cuerpos. No deberían resultar extrañas estas conductas en el marco de una cultura que sigue otorgando un extraordinario significado a la apariencia femenina como medida de valor de la mujer en su totalidad. Una cultura que tipifica a estos trastornos como patologías individuales y sin embargo aprueba y estimula el comportamiento de aquellas mujeres que hacen dieta y ejercicios de manera obsesiva para lograr cierto cuerpo “ideal”.

Quizás la consideración de estos factores permitan una mejor inteligibilidad de una época que se presenta como un tiempo de liberación de la mujer, pero que en realidad traduce nuevas formas de regulación social a través del estímulo a la autodisciplina y la autorrestricción.

Una cultura que adora nuevos dioses, los mandatos de la sociedad de consumo, las infalibles leyes de mercado, no debería sorprender que impulse a sus miembros a consumir sus propios cuerpos.

<sup>2</sup> Entiendo que siguen teniendo vigencia algunas consideraciones que he formulado hace algunos años al cierre de la Jornada de Salud Integral de la Adolescente, organizada por el Consejo Nacional de la Mujer (Argentina).

## Bibliografía

- Aries, P. y Duby, G. (1991) Historia de la Vida Privada, Tomos 8 y 9. Buenos Aires: Taurus.
- Bauman, Z. (2007) Vida de consumo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.
- Bourdieu, P. (1986) Notas Provisionales Sobre la Percepción Social del Cuerpo. En AAVV: Materiales de Sociología Crítica. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Cruz Cruz, J. (1991) Alimentación y cultura. Antropología de la conducta alimentaria. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A.
- Ewen, S. (1991) Todas las imágenes del consumismo. México: Grijalbo.
- Fischler, C. (1995a) El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Editorial Anagrama S.A.
- (1995b) Gastronomía y gastro-anomía: sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. En J. Contreras (comp.) Alimentación y costumbres. Necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Le Breton, D. (1995) Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fumagalli, V. (1990) Solitudo Carnis, Madrid: Nerea.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M.(1994) Anorexia Nerviosa y Bulimia. Barcelona: Masson S.A.
- Harris, M. (1991) Bueno para comer. México: Alianza Editorial.
- Louveau, C. (2007) El cuerpo deportivo ¿un capital rentable para todos?. En AAVV : Cuerpos dominados, Cuerpos en ruptura. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Meillassoux, C.(1977) Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo. México: Siglo XXI Editores.
- Montanari, M. (1993) El hambre y la abundancia. Barcelona: Crítica.
- Revel, J.-F. (1980) Un festín en palabras. Barcelona: Tusquets Editores.
- Toro, J. (1996) El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Turner, B. (1989) El cuerpo y la sociedad. México: F. C. E.
- Valiente, E. (1996a) Anorexia y bulimia: el corsé de la autodisciplina. En M. Margulis (Editor) La juventud es más que una palabra. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- (1996b) (Comp.). Jornada de salud integral de la adolescente: anorexia y bulimia. Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer.
- (1997) Los trastornos nutricionales: ¿enfermedades de la cultura?. En A. Zaffaroni y M. Altube (Comp.): II Jornadas de Intercambio y Reflexión sobre los Trastornos Alimentarios. Buenos Aires: Edición Imprenta Municipal.
- Valiente, E. y Tuñón, I.(1996) El cuerpo en la publicidad: la expresión paradigmática del narcisismo contemporáneo. En A. Zaffaroni y M. Altube (Coord.) Jornadas de intercambio y reflexión sobre distintos abordajes en el tratamiento de los trastornos de las conductas alimentarias . Buenos Aires: Edición Imprenta Municipal.
- Valiente, E. y Tuñón, I. (1998) Actividad física y cultura de la delgadez. En P. Alabarces y otros (Comp.) Deporte y sociedad. Buenos Aires: Eudeba.

## Lic. Enrique Valiente

Sociólogo, especialista en Sociología de la cultura. Dirige actualmente la carrera de Gestión del Arte y la Cultura de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Es miembro fundador del Consejo de Decanos de Facultades de Ciencias Sociales y Humanas de la República Argentina. Ha ocupado cargos de gestión en diversas universidades nacionales y forma parte del Consejo Académico de la Maestría en Diversidad Cultural de la UNTREF. Ha publicado numerosos artículos vinculados con la temática convocante y ha participado en múltiples foros de discusión sobre las patologías alimentarias invitado por instituciones del campo de la salud.

E-mail: [envaliente@yahoo.com.ar](mailto:envaliente@yahoo.com.ar)