

# CONDUCTAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Escuela de Nutrición  
Universidad de la República

Sonia Nigro  
David Amorín  
(compiladores)

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



EDUCACION PERMANENTE  
Universidad de la República



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA

ÁREA SALUD

**SD**

# CONDUCTAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

---

Escuela de Nutrición  
Universidad de la República

Sonia Nigro  
David Amorín  
(compiladores)

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



EDUCACION PERMANENTE  
Universidad de la República



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA

---

**ISBN:** 978-9974-0-1008-6

© LOS AUTORES

ESTA PUBLICACIÓN FUE FINANCIADA POR LA COMISIÓN  
SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE

# CONDUCTAS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

---

David Amorín  
Daniela Armas  
Helena Cantonet  
Carolina Carballido  
Myriam De León  
Paola Fernández  
Maryele Grosso  
Rosa Labanca (Argentina)  
Cristina Martinez Bagattini  
Marina Moirano  
Aurora Polto  
Fabiana Peregalli  
Inés Pérez Puig  
Luisa Saravia

CENTRO DE POSGRADO  
ESCUELA DE NUTRICIÓN  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

---

# CONTENIDO

---

|                      |          |
|----------------------|----------|
| <b>PRÓLOGO .....</b> | <b>9</b> |
|----------------------|----------|

## **CAPÍTULO 1**

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Aspectos preliminares para el abordaje psicológico de los trastornos de los comportamientos alimentarios.....</b> | <b>13</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

*Prof. Psicólogo David Amorín*

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Acerca del estudio de los Trastornos de los Comportamientos Alimentarios (TCA) .....        | 15 |
| El largo camino hacia el trastorno alimentario: un enfoque evolutivo y psico-dinámico ..... | 19 |
| Acerca del cuerpo, la imagen corporal y los TCA .....                                       | 34 |
| La complejidad de los aspectos psicológicos implicados en los TCA.....                      | 43 |
| La incidencia de lo epocal socio-histórico en los TCA .....                                 | 56 |

## **CAPITULO 2**

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Aspectos Biológicos y Nutricionales asociados.....</b> | <b>65</b> |
|-----------------------------------------------------------|-----------|

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 Regulación fisiológica de la ingesta alimentaria ..... | 67 |
|------------------------------------------------------------|----|

*Dra. Paola Fernández Perdomo*

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| 2.2 Cultura y hábitos alimentarios en Uruguay ..... | 87 |
|-----------------------------------------------------|----|

*Lic. Nta. Luisa Saravia*

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 2.3 Valoración nutricional ..... | 103 |
|----------------------------------|-----|

*Lic. Nta. Marina Moirano*

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.4 Consecuencias clínicas y nutricionales de los TCA de mayor prevalencia ..... | 119 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|

*Lic. Nta. Myriam De León*

## **CAPÍTULO 3**

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| <b>Trastornos en la alimentación en niños pequeños</b> |  |
|--------------------------------------------------------|--|

*Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*

*Unidad de Trastornos en la Alimentación (UTA)*

*Centro Hospitalario Pereira Rossell.....*

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| 3.1 Trastornos en la Alimentación de niños pequeños..... | 129 |
|----------------------------------------------------------|-----|

*Dra. Daniela Armas*

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| 3.2 Aspectos emocionales .....                      | 141 |
| <i>Ps. Inés Pérez Puig</i>                          |     |
| 3.3 Aspectos prácticos del manejo nutricional ..... | 151 |
| <i>Lic. Nta Fabiana Peregalli</i>                   |     |

## **CAPITULO 4**

### **El padecimiento alimentario, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa .....**

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| <i>Dra. Aurora Polto</i>         |     |
| UN PANTALLAZO HISTÓRICO .....    | 165 |
| LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS ..... | 166 |
| CRITERIOS DIAGNÓSTICOS .....     | 168 |
| INCLUSIÓN A FUTURO .....         | 174 |
| A MODO DE REFLEXIÓN FINAL.....   | 175 |

## **CAPITULO 5**

### **Abordaje integral interdisciplinario de patología alimentaria .....**

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Equipo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital de Clínicas. ....</i>   | 177 |
| 5.1 Modalidad DE ATENCIÓN, EXPERIENCIA DEL EQUIPO .....                              | 179 |
| <i>Ps. Helena Cantonnet y Lic. Carolina Carballido</i>                               |     |
| 5.2 ASPECTOS PRÁCTICOS DEL ABORDAJE NUTRICIONAL DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA ..... | 187 |
| <i>Lic. Nta. Maryele Grosso</i>                                                      |     |
| 5.3 A propósito del abordaje familiar en los trastornos alimentarios ..              | 193 |
| <i>Ps. Helena Cantonnet</i>                                                          |     |

## **Capítulo 6**

### **Trastornos alimentarios severos**

#### **Anorexia y bulimia nerviosas .....**

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Dra. Cristina Martínez Bagattini</i>                      |     |
| Introducción.....                                            | 201 |
| Clínica de la Anorexia Nerviosa .....                        | 203 |
| Psicopatología: La sociedad, el cuerpo y el psiquismo.....   | 210 |
| Factores etiopatogénicos .....                               | 214 |
| Dos ejemplos clínicos .....                                  | 216 |
| El abordaje terapéutico en nuestra experiencia personal..... | 219 |

## **CAPÍTULO 7**

### **Anorexia y bulimia Nerviosa: algunos aspectos clínicos y su tratamiento .....**

*Dra. Rosa Labanca (Argentina)*

243

## PRÓLOGO

---

Los trastornos de los comportamientos alimentarios siguen constituyendo un reto y desafío constante para los profesionales de la salud. También para las y los pacientes y sus familias, quienes se ven invadidos por un malestar muchas veces devastador de las dinámicas vinculares, interpersonales y grupales.

A pesar de los importantes avances que todas las disciplinas implicadas en estos trastornos han generado basados en la investigación y praxis clínica, muchas son las preguntas que nos quedan sin responder, y no menos las nuevas preguntas que surgen al respecto, de la mano de las transformaciones en las modalidades de producción de subjetividad que imperan en los tiempos actuales.

Este libro intenta contribuir a visibilizar algunas de dichas interrogantes, y aportar conocimientos para la búsqueda de mayor comprensión y esclarecimiento. No es casual que entre los y las coautores se encuentran representadas varias disciplinas, las que aportan sus enfoques y perspectivas enriqueciendo el diálogo en torno a la extrema complejidad que presentan las modalidades de enfermar relacionadas al tema de la alimentación y su trastornos. Consideramos que una condición *sine qua non* para la aproximación al esclarecimiento y mejoría de dichos trastornos es el énfasis en los abordajes interdisciplinarios. De esta manera se pretende garantizar la mayor calidad para el despliegue de estrategias terapéuticas efectivas, en el enfrentamiento con padecimientos humanos donde están comprometidas todas las áreas de la persona afectada.

El presente texto respeta cuidadosamente la tensión interdisciplinaria ineludible que debe forjarse en el intento de comprensión y para la acción terapéutica de los trastornos de los comportamientos alimentarios y, si bien los capítulos están escritos independientemente, los y las co-autores hemos orientado la escritura respetando un hilo conductor y coherencia que otorga armonía a toda la obra. El lector seguramente identificará este cuidado al cabo del tránsito por los conocimientos y reflexiones propuestos en el material presentado.

No se ha descuidado ninguno de los universos existenciales que afectan y se afectan en este tipo de trastornos: lo biológico, lo corporal, la salud mental, la comunicación inter-personal, las dinámicas emocionales, la dimensión familiar, la adolescencia, lo nutricional, lo socio-cultural, etc. Como se verá, entendemos que todos estos aspectos tienen relevancia definitoria en la producción, evolución y cura de los trastornos de los comportamientos alimentarios, no jerarquizando ni menospreciando ninguno de ellos. Si bien es cierto que en la complejidad del proceso salud enfermedad, van tomando -con matices- distinta relevancia según las vicisitudes de la persona afectada.

Nos parece que se ha logrado una obra que cabalga entre el rigor científico de los datos y teorías con las que se ha trabajado para su elaboración, y la exposición erudita y experiente pero de forma por demás clara y esclarecedora, en un lenguaje de recibo tanto para conocedores del tema como para quienes recién se ponen en contacto con él. Estimamos que ambos sectores de público van a ver colmadas sus expectativas al abordar los materiales que componen esta obra.

A quienes oficiamos de coordinadores para la creación de este libro, nos cupo primeramente la responsabilidad de organizar y coordinar, durante algunos años, un curso sobre trastornos de los comportamientos alimentarios orientado a profesionales de distintas disciplinas de la salud. Para ello invitamos distintos referentes en el tema tanto a nivel individual como a nivel de equipos;

quienes enriquecieron sobremanera la transmisión de las características de estos malestares y padecimientos nada fáciles de abordar y modificar. Luego surgió la inquietud de presentar en forma escrita parte de las informaciones, conocimiento, experiencias y saberes que habíamos compartido, lo que nos llevó a convocar y reunir a esos mismos referentes en la temática, los que gentilmente aceptaron el desafío. Nuestro profundo agradecimiento a todos ellos por su logrado trabajo, la calidad de sus presentaciones y la generosidad para compartir aportes que profundizan con altura el debate acerca de trastornos que nos obligan, día a día, a estudiar e investigar en pos de aliviar uno de los males más acuciantes que aqueja a importantes sectores de la población.

Prof. David Amorín

## CAPÍTULO 1

---

# ASPECTOS PRELIMINARES PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LOS COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS

Prof. Psicólogo David Amorín

*"Cuando hablamos del cuerpo  
hay que elegir:  
entre la pisada, la huella y el pie.  
Siempre está el riesgo  
de terminar hablando  
del zapato" (Calmels, 1991)*

## ACERCA DEL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LOS COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS (TCA)

El campo de los trastornos de los comportamientos alimentarios (en adelante TCA) requiere indiscutiblemente de un abordaje interdisciplinario, en tanto son varias las disciplinas, sub-disciplinas y profesiones que tienen mucho para decir y hacer al respecto. Incluso podríamos anticipar que el desarrollo de estos abordajes, desde distintas ópticas que hacen sinergia entre sí para intentar dar respuesta a problemáticas por demás importantes, está llamado a conformarse en el futuro como una verdadera transdisciplina. Mientras tanto tenemos que conformarnos con profundizar el diálogo entre las distintas lecturas -complementarias, y a veces contrastantes- sobre un fenómeno que requiere atención científica sistemática y responsable, en virtud de los efectos dañinos y destructivos que tiene para la vida de muchas personas y grupos humanos. La prevalencia de estos trastornos es importante en la población en general, siendo la adolescencia el momento del ciclo vital más vulnerable a este respecto.

El aporte de la Psicología consiste en enriquecer -desde la producción de conocimientos surgidos de la investigación, y los dispositivos terapéuticos y preventivos construidos para el caso- el cúmulo de miradas interdisciplinarias, contribuyendo a enriquecer y desarrollar la visión panorámica acerca de los TCA. La praxis interdisciplinaria (también la multidisciplinaria), reúne campos disciplinarios con ontologías, epistemologías y metodologías muchas veces heterogéneas, abordando un mismo objeto, sistema o problema de estudio, interrogándolo desde ángulos y preguntas diferentes. De allí el esfuerzo de complementariedad y articulación conceptual y técnica desplegado por la Psicología en general, la Psicología Evolutiva, el Psicoanálisis, la Psiquiatría, la Nutrición y Dietética, la

Antropología, la Sociología, la Endocrinología, en general las distintas Ciencias Biológicas, las Neurociencias.

A la dificultad para la comprensión y tratamiento del tema de los TCA, debe agregarse la interferencia de obstáculos epistemológicos, que muestran nuestras carencias conceptuales y metodológicas respecto de un problema enormemente complejo en su multideterminación, y la presencia de obstáculos epistemofílicos, provenientes de nuestros propios conflictos humanos que nos afectan y empañan la comprensión y el análisis<sup>1</sup> como académicos y clínicos, interpelados por estos trastornos. De allí que debamos actuar frente a estos temas desde la perspectiva de un pensamiento complejo, integrador y holístico, problematizador, crítico, respetuoso y humilde frente a nuestras limitaciones, omisiones e incertidumbres ante realidades para las que aún no hemos encontrado respuestas definitivas.

Nuestro trabajo, lejos de ser aséptico, objetivo y neutro, se realiza en condiciones paradójales y de incertidumbre, por lo que las posturas científicas arrogantes, cerradas y monolíticas no tienen cabida en el caso de los TCA. Una advertencia similar se impone respecto al uso pretendidamente "tranquilizador" de las categorías de "salud-enfermedad", "normalidad-anormalidad"<sup>2</sup>, "adap-

---

1 No olvidemos que, fundamentalmente en Ciencias Humanas y Ciencias de la Subjetividad, estamos muy expuestos a la movilización emocional que nos provoca el enfrentamiento de los problemas a estudiar y tratar, con el consiguiente despliegue de resistencias, y del cortejo de mecanismos de defensa concomitantes.

2 *"Utilizamos por tanto el término "normalidad" siempre entrecomillado por las connotaciones prescriptivas e ideológicas que tiene inevitablemente y dejando en claro que remite a aquello que se vuelve norma aceptada por una comunidad, en tanto se asienta en comportamientos cotidianos que se repiten y que se legitiman según van siendo reproducidos por los/as sujetos dentro de un orden que los contiene. Los acontecimientos que consideramos "normales" toman su sentido del contexto y no siempre expresan contenidos coherentes con las necesidades esenciales de la vida (que no son necesariamente aquellas que surgen del mundo simbólico de la cultura). La regularidad de un comportamiento nunca puede ser un parámetro central para definir la salud, tan solo*



tado-desadaptado", "aceptado-rechazado"<sup>3</sup>. Es según nuestra cultura de referencia y la realidad epocal socio-histórica en la que nos toque vivir, que se construyen ideológicamente dichas categorías, nutridas por producciones discursivas, imaginarias y simbólicas que otorgan sentido a las prácticas y comportamientos. De esta forma se legitiman y naturalizan paradigmas, acciones y comportamientos que definen sentidos y significados. Se definen así mandatos, proscripciones y prescripciones que sostienen códigos de normas aceptadas en una comunidad, que en tanto se asienten en el comportamiento cotidiano repetitivo definen tácitamente "normalidad". Cada acto no es en sí mismo "normal", sino que toma su sentido del contexto y no siempre expresa contenidos coherentes en relación a las necesidades y condiciones humanas más elementales. Entonces, la "normalidad" se constituye como un pool de comportamientos que tiene sentido positivo en un *statu quo* determinado, es un equilibrio u homeostasis con el entorno dentro de códigos socio-culturales establecidos, legitimados, que cobran validez y confiabilidad según su grado de sinergia y coherencia con la ideología dominante. Esta ideología dominante es definida por el discurso de los sectores de poder en una sociedad dada. El discurso de la ideología dominante produce subjetividades y es ese dominante colectivo quien guía las vidas de las personas. La subjetividad que hoy construye el mundo globalizado es consumista y adictiva -en flagrante interacción con los TCA-, basada sobre ideales desmarcados de valores éticos universales. Algunas interpretaciones de los trastornos alimentarios, ponen el énfasis en estos aspectos a la hora

---

*puede limitarse descriptivamente a evidenciar legitimaciones instituidas por la vía de convenciones colectivas". (Amorín, 2007).*

- 3 El paradigma del pensamiento complejo con el que trabajamos hoy, nos ha llevado a borrar esta perspectiva basada en lo dilemático y lo disyuntivo; podemos afirmar que *"el sujeto es la cultura y la cultura es el sujeto. Sólo teóricamente o por imperativos didácticos o limitaciones impuestas por el estado actual de nuestras estrategias, metodologías y herramientas, los abordamos de formas separadas"* (Amorín, Carril, Varela, 2006).

de buscar la etiología socio-cultural del problema. En la actualidad -momento civilizatorio crítico que distintos autores han dado en denominar como posmodernidad, segunda modernidad, modernidad líquida, hipermodernidad, modernidad tardía, etc.- se trasmuta el ser por el tener (Fromm, 1978) legitimando que lo "normal" es tener. Quién se es, para qué se es, por qué se es, cómo se es en esencia y para con los demás, importa mucho menos que lo que se tiene en formato material, al modo de objetos fetiches que conjuran el vacío existencial. El cuerpo es reducido al nivel de una mercancía, y la imagen y la superficie sustituyen al contenido y al espesor y la profundidad identitaria. Esta presión social de consumir y tener (voraz y expulsiva por definición, y no es casual aquí la imagen metafórica), tiene un fuerte aliado en los medios masivos de difusión, verdaderos aparatos de producción de subjetividad (y de trastornos alimentarios, sin que estemos sosteniendo una hipótesis de relación causa efecto unívoca y lineal entre los modelos de ideal de delgadez que "venden" dichos medios, y el enfermar anoréxico y bulímico).

En lo que a nuestro tema respecta, basta como ejemplo recordar que las llamadas "Santas Anoréxicas" eran consideradas dentro de una absoluta "normalidad" en el marco de los códigos religiosos de la iglesia de la época medieval, abnegadamente entregadas al señor y a la causa católica, lacerando su carne y renegando de sus deseos humanos para así llegar a merecer la gracia divina. Otro tema de obvia relevancia a este respecto lo constituye el significado que ha tenido el cuerpo femenino y masculino al cabo de la historia de la civilización, en particular en torno a la dominación patriarcal de género que ha padecido la mujer (seguramente no es casual que los trastornos alimentarios están mucho más presentes en mujeres desde que tenemos conocimiento de los mismos). El quiebre histórico que descolectiviza el cuerpo para introducirlo en un dispositivo de individualización y egocentrismo en los comienzos de la modernidad, y los nuevos códigos estéticos implementados a partir de allí,

seguramente tiene relación directa con los TCA que presenciemos hoy en el siglo XXI.

## EL LARGO CAMINO HACIA EL TRASTORNO ALIMENTARIO: UN ENFOQUE EVOLUTIVO Y PSICO-DINÁMICO

Las formas dramáticas de enfermar en relación a los comportamientos alimentarios y a la experiencia subjetiva de vivenciar el cuerpo, deben entenderse y comprenderse desde un enfoque evolutivo. El trastorno alimentario que observamos es un corte transversal en un decurso biográfico donde la significación y resignificación de experiencias definen formas de padecimientos y disfrutes, de placer y displacer de satisfacción y dolor. Este enfoque permite inscribir éstos fenómenos en el devenir procesual diacrónico que entrelaza históricamente proceso de subjetivación, socialización, y desarrollo afectivo-sexual (sexuación). Cada síntoma puede leerse como un mensaje cifrado que contiene significaciones inconcientes subjetivas y significados colectivos socio-culturales, enhebrados de manera única e irrepetible en cada sujeto dado. La Psicología Evolutiva, en tanto sub-disciplina de la Psicología, propone un enfoque para estudiar temas y problemas psicológicos en general, y su aplicación comprende cualquier campo de la vida humana y sus dinámicos relacionados con el momento del ciclo vital en cuestión. Por tanto, un trastorno alimentario presente, será comprendido como construcción epigenética, dinamizada por vicisitudes contextuales. Dicho enfoque deberá articularse con diversas categorías de análisis, más allá de la consideración central del momento evolutivo que transita el sujeto (infancia, niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez, vejez). Algunas de ellas son: 1) etnia/raza; 2) sector socio-económico; 3) contexto, ambiente, medio; 4) códigos culturales y sub-culturales de referencia; 5) edad; 6) enclave territorial (rural o urbano); 7) sexo; 8) sistema sexo-género, estereotipos y

mandatos de género; 9) orientación sexual; 10) dinámicos metapsicológicos; 11) estructura y capacidades cognitivo-intelectuales; 12) presencia de capacidades diferentes o discapacidad. Justamente, los trastornos alimentarios acontecen preferentemente -aunque no exclusivamente- en mujeres caucásicas, de clase media o media alta de enclaves urbanos, con inteligencia de nivel medio o medio alto, y el origen del padecimiento se evidencia en la pubertad o adolescencia.

El enfoque evolutivo, como perspectiva de estudio de estos fenómenos, se enriquece a la luz de lo que personalmente venimos proponiendo (Amorín, 2008, 2010, 2011) como modelo biopsicoambiental articulado con producción de subjetividad. El mismo puede resumirse de la siguiente manera:

- Propone una concepción del ser, entendiéndolo complejamente compuesto por diferentes registros, dimensiones o ámbitos de subjetividad.
- Cada uno de estos ámbitos se sustenta en una tensión dinámica.
- La dimensión del sujeto biológico o sujeto del organismo, corresponde al nivel anátomo-fisiológico básico. No incluimos aquí la esfera del cuerpo, en tanto esta implicaría este registro más el psicológico y el ambiental (con fuerte protagonismo del lenguaje) El sujeto del organismo se sustenta en la tensión resultante de la inmanencia de la disposición genética, y la incidencia del medio, contexto y ambiente, y aporta el sustrato -en tanto producto del epifenómeno resultante de la actividad electro-química del Sistema Nervioso Central- de lo que concebimos como "la mente". Según este modelo entonces, los TCA se originan en el escenario del cuerpo (tal como intentaremos definirlo y problematizarlo más adelante), teniendo derivaciones orgánicas.
- En textos anteriores sugerimos que el sujeto psicológico está a su vez compuesto por tres aspectos subjetivos: 1) sujeto cognoscente, 2) sujeto de de-

seo o del inconsciente, 3) sujeto neuro-psicológico. El sujeto psicológico se sustenta entonces en la tensión surgida entre estos tres planos, los cuales a su vez están condicionados por su propia tensión. El sujeto cognoscente refleja la inteligencia en sentido amplio, y los instrumentos de aprehensión y relación cognitiva con el mundo. Se sostiene en la resultante dinámica del *continuum* asimilación (función que habilita la interiorización de componentes que están "afuera", siendo integrados a la estructura cognitiva del sujeto) – acomodación (función solidaria y a la vez resistencial con la anterior, que habilita la modificación y organización de lo ya estructurado, con la finalidad de incluir lo nuevo). El sujeto de deseo o sujeto del inconsciente emerge del proceso de sexuación dependiente de lo que clásicamente, y en términos psicoanalíticos, conocemos como desarrollo afectivo-sexual. La tensión que dinamiza este registro se produce por el interjuego entre el deseo y todo aquello que inhiba y/o acote su satisfacción. El sujeto neuro-psicológico está determinado por las funciones psicológicas de alta integración o funciones mentales superiores (lenguaje, gnosias, praxias, memoria, atención, instrumentos de la inteligencia). Su tensión está dada por el *continuum* neuroanatomofisiología – estímulos ambientales. En este registro se inscribe el esquema corporal, adquisición evolutiva fundamental para la interacción entre sujeto y ambiente, y que como consignaremos en este capítulo, presenta peculiares alteraciones en los TCA).

Por último referimos al sujeto sujetado. El mismo puede interpretarse, apelando a la paradoja de poder ser a la vez continente y contenido, como una dimensión en la que quedan comprendidas las anteriores. Este registro subjetivo sería concretamente la encarnación de la subjetividad definida por las condiciones socio-histórico-epocales, y sus corolarios disponibles en formato imaginario, simbólico, discursivo y práxico. El sujeto está



sujetado a la ideología dominante a través del proceso de socialización.

Entendemos que la tensión que subyace a este registro de subjetividad deviene del *continuum* repetición/reproducción – innovación.

Esta dinámica de tensión innovación – repetición se nutre de la tendencia a reproducir críticamente los estándares y modelos estereotipados y cotidianamente asimilados. (Amorín, 2008:73)

- El sujeto sujetado debe relacionarse con el aspecto ambiental de la subjetividad. Entendemos por ambiental: a) lo social (tejido que sostiene y enlaza la interacción y pertenencia de los sujetos a diferentes circuitos témporo-espaciales, en estrecha relación con la clase social; b) lo cultural (códigos cotidianos colectivos que conforman tramas de sentido a los discursos, representaciones y prácticas; c) lo ecosistémico (variables físico-químicas del ambiente).
- En este modelo biopsicoambiental articulado con producción de subjetividad, debe incluirse la dialógica con otros sujetos y colectivos. *"De allí que el sujeto sea, propiamente, también sujeto del vínculo, aspecto que ciertas líneas teórica han dado en llamar inter-subjetividad (condición sine qua non para que haya desarrollo humano y humanizante)"* (Amorín, 2010:37).
- Del desarrollo del ser en estas condiciones de subjetividad que pretendemos describir en nuestro modelo surge, al modo de una propiedad emergente, una dimensión ontológica irreductible que proponemos definir como un derivado del vivenciar del sujeto: una **"agencia experiencial"** que traduce lo vivido en *clave de sensibilidad*" (idem: 36).

Este modelo biopsicoambiental articulado con producción de subjetividad -que acabamos de resumir muy brevemente- es una herramienta que pretende contribuir a una comprensión compleja de los trastornos alimentarios. Desde esta óptica pretendemos evitar cosificar el males-

tar clasificándolo de manera taxonómica, para entenderlo al modo de expresión de un padecimiento y un dolor no elaborable por ciertas vías emocionales, un cortocircuito en la simbolización que desplaza efectos hacia el terreno del cuerpo, de maneras extremadamente duras y dramáticas. Esa eclosión de padecimiento encarnada (literalmente) en ese tipo de sufrimientos es producto de la experiencia de vida única e irrepetible de un ser humano que viene desarrollándose, afectado en todos sus niveles de existencia: biológico, psicológico y ambiental.

La producción de un padecimiento y sufrimiento subjetivo encadenado a cualquiera de los trastornos alimentarios que hoy conocemos y definimos como tales, conlleva vicisitudes y peripecias biográficas de larga data, que ningún análisis y explicación llegará a develar enteramente. Los orígenes de este largo camino pueden remontarse incluso hasta remotos conflictos transmitidos intergeneracionalmente, inoculados por la vía del telescopaje<sup>4</sup>. De hecho, el deseo parental que constituye el narcisismo primordial de cada sujeto, puede estar generando efectos en lo que luego serán TCA.

Es imprescindible comprender que los trastornos alimentarios y los hábitos alimentarios acontecen en un ser con una complejidad inconmensurable, y debemos tener en cuenta que si obviamos esa condición estaremos realizando un efecto de reduccionismo y miopía, abordando sólo aspectos parciales del fenómeno a estudiar. El sujeto está doblemente determinado por necesidades biológicas e imperativos de construcción socio-histórica inalienables, de allí que la cualidad de nuestros instintos y los comportamientos que determinan (por ejemplo la ingesta de alimentos, las relaciones sexuales, el manejo de la agresividad constitutiva) son sustancialmente diferentes

4 H. Faimberg (1985) utilizó el término "telescopaje de las generaciones", para dar cuenta de un mecanismo de identificación, merced al cual la historia y conflictos del padre o madre se transfiere a la historia vital del niño/a llevándole a formas de padecimiento ligadas a esos elementos, configurando una condensación de tres generaciones.

al resto de los animales. Nuestras necesidades biológicas son capturadas y semantizadas por la cultura y se vuelven impredecibles tomando lógicas que no conciden con las leyes inmanentes a la estructura biológica (de lo contrario las anoréxicas restrictivas no podrían dejar prácticamente de comer, o no comeríamos más de lo que necesitamos, o la sexualidad se reduciría a la cópula con un partenaire predeterminado hereditariamente). El desarrollo filogenético y el ontogenético constituyen verdaderas rupturas evolutivas con las ataduras genéticas, un irreversible salto al vacío sin red que nos somete a una deriva hacia la condición de seres simbólicos, culturales, eternamente en conflicto.

Desde el mismo momento fundante (incluso antes) del nacimiento, el niño o la niña experimenta vivencias corporales que pueden constituir rudimentos para el desarrollo de trastornos alimentarios futuros, según la forma en que se inscriban allí otras experiencias corporales significativas transitadas luego durante el desarrollo. En la primer ingesta láctea de la vida de cada ser, se inaugura un proceso erótico/alimentario, donde la madre ocupa un papel en extremo trascendente. La mamá de estos primeros tiempos es, para el psiquismo incipiente del niño, alimento y, como tal, alivio de necesidades y generadora de deseos. En ese escenario simbiótico, el componente asociativo entre madre/ingesta/alivio/satisfacción/placer sutura representaciones y emociones por la vía de sensaciones intensas, probablemente las más intensas de nuestras vidas (aunque luego no lo recordemos conscientemente). Es de suponer la significación vivencial extremadamente intensa y placentera que tiene ser alimentado apenas se nace, mitigando sensaciones caóticas que tiene el recién llegado. Justamente, ese mundo caótico del ser incipiente (por el momento apenas un "cachorro humanizable"<sup>5</sup>) va siendo "organizado" por los efectos de la función ma-

---

5 Expresión que aparece en Amorín, 2008, para designar al infante temprano pasible y necesitado de ser inscripto simbólicamente en la cultura, por la vía del proceso de socialización a la par que va aconteciendo su desarrollo biopsicoambiental.

terna (retomaremos con más detalles este aspecto más adelante), con efectos tanto en lo corporal como en lo psíquico; tránsito que habilita una deriva desde esa no integración primaria del psique soma<sup>6</sup> originario, hacia un cuerpo y un psiquismo conformados como verdaderos instrumentos para ser en el mundo. La representación, esquema e imagen psicológica del cuerpo aún no está construida, porque el cuerpo mismo aún no existe como tal. Son justamente estas categorías las que se alteran en los trastornos alimentarios. Es merced a la sexuación procesual resultante del desarrollo afectivo sexual, que el cuerpo y el psiquismo -impregnados del ambiente- establecerán su dialógica permanente e inalienable, organizando (y a veces desorganizando) comportamientos y modalidades de ser y estar para ese sujeto en particular.

Cuando aludimos a proceso de sexuación, o desarrollo afectivo-sexual, la sexualidad que concebimos en base a los enormes aportes del psicoanálisis al respecto, no es instintiva sino pulsional.

En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra *sexualidad* no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual. (Laplanche y Pontalis, 2004: 401).

Asimismo, el afecto implica otras dimensiones como ser el deseo, las emociones, los sentimientos<sup>7</sup>, pero se diferencia de estas categorías para constituirse en "*la expre-*

6 Según Winnicott (1978) esta unidad inicial irá dando paso, si el desarrollo es propicio y el ambiente habilitante, a la integración y construcción de la persona total.

7 Para una profundización de estos aspectos ver los capítulos de D. Amorín en Amorín, D. y Schubert, K (2003).



*sión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones"* (idem: 11).

Inmediatamente al nacimiento, el desarrollo afectivo sexual que consolidará las bases de la existencia futura de ese "cachorro humanizable", acontece en el escenario de lo que conocemos como vínculo primario, relación simbiótica, interacción temprana, unidad dual, estructura interaccional temprana. En estos momentos fundantes, encontramos en relación a lo somático (que es organismo y futuro cuerpo) un psique soma que irá habilitando la construcción del espacio psíquico en mediante sensaciones físicas de diversa índole; una no diferenciación cuerpo mente, una no diferenciación niño/a madre y una no integración primaria (fragmentación).

En cuanto a lo psicológico los elementos en juego son: no diferenciación yo/no-yo; no diferenciación mundo externo mundo interno, no diferenciación adentro afuera, no diferenciación sujeto objeto. El niño es en este momento un organismo reactor con un reservorio pulsional interno realizando su despliegue incipiente. Las funciones mentales en desarrollo son la percepción, el acto motor y el interjuego pulsional (eros y thanatos – vida y muerte), equilibrio que es necesario comprender en todos los trastornos emocionales, incluyendo los alimentarios). La tensión paradigmática en este momento de la vida tiene innegables vinculaciones con el frágil equilibrio dinámico que subyace a los TCA: vigilia (hambre) - relajación (sueño/saciedad); y se traduce psicológicamente como placer / displacer (origen del yo, de la afectividad y de la relación significativa con un otro). La experiencia temprana del bebé se define como un sentimiento oceánico de continuidad sin límites, apuntalado en un narcisismo primario donde no hay representación de objeto, y en base al proceso primario y a los principios de placer, de constancia y de Nirvana (todos implicados en la construcción del deseo y del yo). Estos momentos fundantes del psiquismo, el cuerpo y la subjetividad acontecen dentro del escenario de la Estructura Interaccional Temprana (Díaz *et al.* 1991, Freire 1992,1993) la cual constituye una ver-

dadera modalidad particular de funcionamiento psíquico y está conformada por aspectos tales como la imagen interna que la madre tiene de su bebé, el encuentro trófico de ritmos (actividad del niño/a o madre a la que subyace un estado afectivo) y sincronías (coincidencia temporal de los ritmos, experiencia de semantización y codificación que la madre realiza sobre los comportamientos del hijo/a.

Otro concepto que es necesario considerar en el desarrollo, para la consideración de los TCA, es el de apego Bowlby (1969, 1973, 1979, 1989). Nos permite definir la cualidad del vínculo madre/hijo en estos momentos de fundación del psiquismo, del cuerpo y de la relación con el alimento, siendo el apego una tendencia espontánea y natural de origen biológico, consistente en una necesidad de constituir lazos afectivos significativos con personas que se convierten en necesarias por el hecho de prestarse a satisfacer las necesidades básicas del infante. Las conductas de apego se expresan, por ejemplo, en la búsqueda de acercamiento, proximidad, contacto, aferrarse corporalmente, sonreír, y se despliegan en función de la percepción que el infante realiza respecto de señales de su entorno regulando progresivamente la experiencia emocional interna y relativa al vínculo. El apego es un tipo de relación que se desarrolla progresivamente en base a las interacciones entre cuidador/a y bebé. Se desarrolla desde el principio de la vida y se consolida más fuertemente hacia el final del primer año. No es una relación que el bebé transite pasivamente, por el contrario hay un efecto de mutualidad y reciprocidad en la que el niño aporta todas sus herramientas afectivas de comunicación, procurándose seguridad, protección, cuidados, refugio y una base segura para la necesaria e incipiente exploración del mundo. Si bien existe una predisposición innata al apego en tanto es necesario para la supervivencia, las formas de hacerlo varían. Se han descrito cuatro modalidades: a) seguro; b) ansioso-ambivalente; c) evitativo y d) desorganizado.

El surgimiento del yo está en estrecha sinergia con la construcción del cuerpo en tanto el yo es inicialmente un yo-corporal, ya que sus núcleos originarios se constituyen por la vía de interiorización de experiencias corporales. En este proceso juegan un papel central las identificaciones primarias, fundamentalmente ligadas a los efectos de la función materna. Ésta no se trata de una función intelectual, sino de actitudes emocionales de empatía y sensibilidad con las necesidades físicas y psíquicas del bebé. A través de ella la madre presenta y representa el mundo, a la par que libidiniza, narcisiza y erotiza al/la bebé, ejerciendo una seducción originaria que mucho tendrá que ver en la capacidad futura de disfrute de su hijo. En estos primeros tiempos de la construcción de la subjetividad, ella oficia de yo auxiliar del infante, ejerciendo el *holding* (sostenimiento) y el *handling* (manipulación) tan necesarios para el desarrollo infantil. Cumple con su rostro el papel de espejo para el niño, y la mirada se constituye en un estructurador privilegiado. Debe ser capaz de ser capaz de discriminar, decodificar, interpretar, y semantizar las ansiedades del niño, dando sentido a las emociones, ansiedades y angustias del bebé, devolviéndolas y restituyéndolas para que sean reintroyectadas y metabolizadas psíquicamente.

Es importante entender que ya desde este momento primario, basamento o zócalo de lo que va a ser el desarrollo psicológico que siempre es afectivo sexual desde el comienzo, existe una sexualidad infantil directamente asociada a la construcción del aparato psíquico y la subjetividad. Los primeros insumos para dicha construcción son las sensaciones somáticas. A través de la piel el niño percibirá calor, frío, tacto y contacto físico. También la mirada, las caricias, la voz (de la madre fundamentalmente) son elementos sensoriales que se interiorizan por vía de los distintos sentidos que se apuntalan en diferentes zonas erógenas. Cuando se higieniza al bebé se lo está estimulando, incluso proveyéndole sensaciones genitales de carácter sexual dada la estimulación directa, generadora de erotización temprana. Estamos en presencia de

procesos que nos van a definir tarde o temprano como sujeto con identidad psicológica, sexual y de género (un dato interesante es que primero construimos un núcleo de identidad de género, y luego la identidad sexual, de la dinámica de ambos surgirá la orientación sexual). A pesar de esta riqueza de sensaciones, el universo del bebé es preponderantemente oral dadas las intensas sensaciones en la zona de la boca, fenómeno por demás relevante al momento de abordar los TCA. Si bien todas las vías de interacción con la madre proveen intensas sensaciones, es la boca el puente más preponderante a este respecto, por lo que madre y alimento se asocian de manera significativa. No es casual que en los TCA se aprecien dificultades de la adolescente respecto del cuerpo de la madre y de la identificación con ésta. Dicha interacción con la madre no puede sino tener efectos de verdadera seducción originaria, merced a la cual se produce la implantación de aspectos sexuales en el bebé, significantes sexuales enigmáticos con aspectos traumáticos, fundantes de la sexualidad del ser humano (Laplanche, 1989). La madre es de hecho una adulta sexuada, y cuando satisface necesidades fisiológicas despierta sexualidad y deseo; un plus de placer que desborda el alivio de las tensiones biológicas.

Es un hecho que los trastornos alimentarios comienzan en la mayoría de los casos, y se presentan con mayor prevalencia, en la pubertad y la adolescencia. Esto se debe a las características evolutivas de vulnerabilidad y fragilidad emocional que presenta este momento de la vida, donde el sujeto sufre una de las crisis evolutivas más significativas del ciclo vital (si bien todas las crisis evolutivas son significativas y determinantes), debido al reordenamiento y re-estructuración de su identidad, su mundo interno, y su universo relacional y vincular. Dicho esto sin perjuicio de que todos los momentos existenciales tienen su enorme trascendencia, su contenido transformacional, y nos aportan respecto de las mutaciones existenciales que definen que seamos únicos e irrepetibles, en esta paradójica y misteriosa existencia humana de la



que ilusoriamente creemos saber casi todo, pero desconocemos sus aspectos más significativos. Entender desde una perspectiva evolutiva biopsicoambiental articulada con producción de subjetividad los TCA, nos permitirá un acceso más amplio y profundo a estas dificultades que interpelan el saber científico de nuestras disciplinas, de manera por demás desafiante y compleja. Una advertencia que no podemos soslayar en este momento del desarrollo de nuestras teorías, se relaciona con el hecho de que los vertiginosos cambios en los dispositivos de producción de subjetividad que condicionan nuestro ser y estar en el mundo, han redefinido los distintos dinamos psicosociales que condicionan los momentos evolutivos. Es evidente que la infancia, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez actuales, poco tienen que ver con estas mismas categorías hace apenas una generación atrás. De hecho, los parámetros etarios también se han visto transformados: la niñez finaliza más tempranamente; la adolescencia como macro momento evolutivo (en ciertos sectores socio-económicos) comienza antes y finaliza más tarde, por tanto se extiende por, aproximadamente, dos décadas; la adultez comienza posteriormente a lo esperado para décadas pasadas; y la vejez se prolonga normalmente hasta edades inéditas.

Dada la evidencia de que los trastornos alimentarios comienzan fundamentalmente en la pubertad y la adolescencia, es necesario aquí detenernos para presentar, brevemente, nuestra concepción evolutiva acerca de este momento de la vida.

Esto nos permitirá acercarnos a la comprensión acerca de cuáles son los aspectos del desarrollo que pueden estar relacionados con la vulnerabilidad que habilita la eclosión de patologías relativas al cuerpo y los comportamientos alimentarios. La expresión pubertad remite, etimológicamente, a "aparición de vellos". Esta connotación da cuenta claramente que el fenómeno está definido por mecanismos inmanentes dependientes de la maduración gonadal (no totalmente desmarcada de eventos ambientales). Aparecen de manera progresiva los carac-

terres sexuales secundarios, mientras los primarios van presentando transformaciones: eventos inscriptos en el cuerpo, por definición también en el psiquismo, que desencadenan toda la dinámica afectivo-sexual que pondrá en marcha los aspectos adolescentes a transitar, de manera claramente diferente según se trate de un varón o una mujer. Desde nuestra perspectiva este momento evolutivo queda comprendido dentro de lo que concebimos como adolescencia temprana, la que retomaremos más adelante.

Por su parte, recordemos que el término adolescencia etimológicamente proviene del latín *adolescens*, que significa crecer, y que el concepto fue en su origen planteado para dar cuenta de una construcción socio-histórica relacionada al tiempo de preparación para la adultez, que se fue constituyendo en los sectores medios y altos como transición entre la infancia y esta etapa, cuyo primer tramo lo constituye la adultez joven. Aunque parezca paradójico, podemos argumentar la idea de que la adolescencia actualmente (en especial en el sector social medio) puede insumir un tiempo cronológico de alrededor de dos décadas. Por supuesto que este complejo periplo admite subdivisiones, las que consignaré citando en extenso un trabajo anterior:

ADOLESCENCIA TEMPRANA<sup>8</sup>:

- Desde 8-9 a 15 años.

Mayor énfasis desde lo biológico

ADOLESCENCIA MEDIA:

- Desde 15 a 18 años.

Mayor énfasis desde lo psicológico

ADOLESCENCIA TARDÍA:

- Desde 18 a 28 años.

Mayor énfasis desde lo socio-cultural

---

8 El presente esquema se basa en planteos de Susana Quiroga (1997), más agregados propios (D.A.)

### Sub-fases:

- a) 8 a 10-11 años: Pre-pubertad. Pubescencia.
- b) 10-11 a 13-14 años. Pubertad.
- c) 13-14 a 15 años. Adolescencia temprana propiamente dicha.

En la actualidad es preciso contemplar varios fenómenos no conocidos por las generaciones anteriores para dar cuenta de la complejidad que tiene hoy el tránsito por la pubertad y adolescencia. Algunas de estas vicisitudes son;

- Incidencia de la revolución científico-tecnológica (cambios en la organización social/ecológica/tecnológica)
  - Incidencia de la llamada "condición pos-moderna".
  - Incidencia de la globalización y los *mass media*.
  - Incidencia de la crisis del estado, la sociedad, la familia y la subjetividad.
  - Estallido de la temporalidad
  - Impacto de la velocidad (obsolescencia)
  - Era del vacío: cultura de lo light; de lo virtual; de la inmediatez; del "micro-ondas"; de lo evanescente; del "use y tire"; de lo instantáneo; del "ya fue" e imprevisibilidad del por-venir (incertidumbre); de lo ambiguo; del simulacro; del zapping; del video-clip; de la banalización
  - Desdibujamiento del ciclo vital
  - Transición de imaginarios colectivos
  - Primacía del sujeto del individualismo, del narcisismo y del hedonismo
  - Subjetividad adictiva: consumidor voraz
  - Revolución multimedia, informática, tecnotrónica
  - Aumento del contacto humano/máquina en detrimento del contacto humano/humano
  - Cultura de la imagen: del *homo sapiens* al *homo videns* (Sartori, 1998); ver sin entender con efectos
-

en la capacidad de comprender, simbolizar, abstraer, conceptualizar, pensar

- Comportamiento t.v. mórfico<sup>9</sup> (mimetización)
- Medios masivos (*mass media*) (de difusión v.s. de comunicación):
  - Pasivización del espectador
  - Vehículos de colonización mediática: trans-culturación; a-culturación; de-culturación
  - Internet: Saturación de información (diferente a conocimiento). Transformación radical en las lógicas de la comunicación humana
- Traslape inter – generacional<sup>10</sup>
- Duelos a futuro<sup>11</sup> (Selener y Sujoy, 1998)
- Conductas de riesgo
- Conductas adictivas
- Nuevos posicionamientos subjetivos ante la sexualidad de la mano del estallido progresivo de los estereotipos en los roles de género
- Desdibujamiento de ritos de pasaje e iniciación

9 Hemos propuesto este término para designar los comportamientos que despliegan muchos sujetos de todas las edades imitando modismos (conductuales, gestuales, verbales, estéticos, etc.) de personas que aparecen reiteradamente en la pantalla chica. Incluye, obviamente, la repetición estereotipada y mecánica de frases paradigmáticas que integran la jerga de personajes y conductores de programas televisivos, ávida y a-críticamente consumidos por la audiencia. En nuestro medio tienen significativa pregnancia programas producidos por la televisión argentina, lo que agrega un componente aún más patético al fenómeno del comportamiento t.v. mórfico.

10 Proponemos el término "traslape inter-generacional" para definir la mimetización que desde la infancia y desde la adultez se produce respecto de lo adolescente y juvenil, dificultando la elaboración de la crisis de identidad a procesar en la adolescencia. Tanto niños/as como adultos/as intentan copiar y reproducir en varios planos estereotipos que provienen originariamente del mundo adolescente y juvenil.

11 Se trata de una modalidad de duelo relativa a los proyectos de vida que, por falta de soporte real, nunca podrán realizarse. Se pierde lo que no podrá tenerse.

- Fenómeno de la "tribus urbanas":
  - Modelos identitarios que proveen seguridad por medio de la pertenencia y referencia
  - Una expresividad fuerte, entendidas como formas sensuales especialmente marcadas de ser y mostrarse
  - Ciertas específicas maneras de relacionamiento hacia afuera y dentro del grupo
  - Una apropiación particular del espacio urbano (Amorín, 2008)

## ACERCA DEL CUERPO, LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TCA

El cuerpo según de Ajuriaguerra (1980) *"es una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso y su profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario, volviéndose más tarde a automatizar con una libertad de acción para hacerse económicamente capaz de hacer compatibles la fuerza y la habilidad, siendo capaz de adquirir incluso, por su capacidad expresiva, un valor semiótico y de diálogo (...)".* Esta es, como su autor lo expresa, una definición con perfil material. De todos modos tiene, entre otras, la virtud de referir al aspecto expresivo y comunicacional del cuerpo, en tanto herramienta de interacción con el mundo a la par que es parte de ese mundo. El componente de "materialidad" u "objetividad" del cuerpo, en realidad no puede desmarcarse de atravesamientos ideológicos, ya que toda significación que conferimos al mismo no escapa a lógicas construidas desde el sistema cultural de referencia. El cuerpo mismo es mensaje, y a la vez vehículo y canal de mensajes, siempre mediador entre sujeto y ambiente, siendo él mismo constituyente del sujeto y del ambiente sin que podamos definir fronteras contundentes e inamovibles.

Ya expresamos más arriba la necesidad de no confundir organismo con cuerpo, en tanto entendemos que el primero está *"determinado por los aspectos anatómicos, orgánicos y funcionales del soma. Estructura biológica compuesta de órganos, tejidos y fluidos cuya dinámica da por resultante una determinada fisiología"* (Amorín, 2008).

En cambio al cuerpo lo entendemos propiamente como *"(...) una construcción simbólica no una realidad en sí mismo. (...) parece algo evidente, pero nada es, finalmente más inaprehensible que él. Nunca es un dato indiscutible, sino el efecto de una construcción social y cultural"* (Le Breton, 1990).

En un trabajo anterior, intentando comprender la relación de co-construcción entre organismo cuerpo, cultura y psiquismo, propusimos que el cuerpo es una:

*(...) construcción compleja surgida de la materia prima del organismo más los soportes simbólico – imaginarios en que la cultura lo inscribe y produce, y el precipitado que genera la instalación del psiquismo con su cortejo de significados provenientes de la heterogeneidad de sensibilidades, deseos, sentimientos, afectos, emociones, relaciones y vínculos"* (Amorín, 2008).

Es muy importante al trabajar sobre los TCA, recordar que el imaginario social en torno al cuerpo ha ido variando significativamente al cabo de las distintas épocas histórica del desarrollo de la civilización. Justamente, una de las condiciones actuales más significativas acerca de la corporeidad, proviene de las trascendentes transformaciones que trajo la consolidación de la modernidad.

La noción moderna de cuerpo es un efecto de la estructura individualista del campo social, una consecuencia de la ruptura de la solidaridad que mezcla la persona con la colectividad y con el cosmos..." (Le Breton, ob.cit.:15)

A este quiebre que trajo la modernidad en relación a la representación social y cultural del cuerpo y a los usos de mismo, debemos agregar el impacto que en nuestros días tienen las dinámicas epocales que emanan de los que conocemos como posmodernidad. Se trata de que es innegable que estamos en presencia de una "(...) *sobre-representación del cuerpo como objeto de estrategias de control social que inciden en la autodisciplinamiento del sujeto y en la autoconstrucción de la imagen de sí*". (González, 2008:17). Justamente este aspecto imprime efectos en las dimensiones de padecimiento y sufrimiento psíquicos implicadas en los diferentes trastornos alimentarios.

Detengámonos aquí para repasar brevemente -y en forma no exhaustiva- algunos conceptos asociados a la noción de cuerpo, pero claramente diferenciables entre sí, y cuya comprensión nos ayudará en el abordaje de los TCA:

- Cuerpo representado: representación psíquica del soma
- Cuerpo psicológico: producto de la investidura afectiva de la representación psíquica del soma.
- Imagen corporal o cuerpo imaginario
- Apariencia corporal: Suma de estímulos provenientes del cuerpo y sus accesorios
- Cuerpo pulsional o erógeno (habitado por el sujeto de deseo): contiene tanto los impulsos agresivos y hostiles como los sexuales y provenientes del amor, la ternura y sentimientos asociados.
- Yo corporal: Aspecto del yo ligado al cuerpo, es inicialmente la proyección de una superficie hacia lo interno.
- Sí mismo o self corporal: que al principio consiste en vagas y difusas sensaciones de unidad provenientes de las reacciones tónico emocionales primitivas
- Imagen inconsciente del cuerpo (Doltó, 1990). Es propia de cada uno/a y está ligada al sujeto y su

historia. Es inconsciente. El esquema corporal será su vehículo de expresión. Este aspecto del psiquismo inconsciente en relación al cuerpo articula: a) una imagen de base que permite experimentar una mismidad de ser (sentimiento de existir), a través de una continuidad espacio temporal y narcisista; b) una imagen funcional que permite orientarse hacia el cumplimiento del deseo; c) una imagen erógena asociada a la focalización de la relación con el otro/a en la búsqueda de placer. Es claro que la alteración en cada uno de estos aspectos, o de las relaciones entre ellos, puede dar por resultado un tipo específico de trastorno corporal, que puede estar relacionado a un modo *sui géneris* de relación con el alimento, produciendo distintos trastornos alimentarios.

- Cuerpo libidinal: Producto del devenir del desarrollo afectivo sexual o proceso de sexuación.
- Esquema corporal: Somatognosia compleja que incluye el nivel de las praxias y de la movilidad en el espacio, habilitando una actuación en dimensión tridimensional y una representación concomitante. En la década del 20 del siglo pasado, H. Head desde la neurología propuso la que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un *standard* con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término "esquema corporal". Dicha idea será retomada más tarde por Paul Schilder quien en su libro "Imagen y apariencia del cuerpo humano" plantea la primera definición que se desmarca de la neurología, conjugando aspectos de la fisiología, el psicoanálisis y la sociología: "*La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*" (Schilder, 1950)

Podemos decir que todas las dimensiones que intentan ser comprendidas teóricamente por las definiciones precedentes, padecen distintos tipos de modificaciones

o alteraciones cuando existen trastornos alimentarios. De todos modos, el nivel que se considera centralmente afectado en dichos trastornos es el de la imagen corporal. En la literatura especializada se refiere a H. Bruch (1962) como la primera autora que dirige la atención hacia una posible alteración de la imagen corporal en la Anorexia Nerviosa. Dicha investigadora propone tres aspectos centrales en este tipo de trastornos que se resumen en: a) paralizante sentimiento de ineficacia personal, b) incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, c) alteración de la imagen corporal. A partir de estos señalamientos las investigaciones y ensayos sobre este aspecto han complejizado, desarrollado y profundizado el concepto de imagen corporal y sus relaciones con los TCA. El aporte de esta autora redefine el diseño de las investigaciones que intentaban producir conocimiento acerca de este malestar. Como herramienta metodológica y técnica de medición, rápidamente se fueron elaborando escalas de medición de de distorsión de la imagen corporal. Algunas de ellas son:

- *Eating Disorders Inventory, Eating*
- *Attitudes Test, Body-Size Appraisal Scale, Ben-Tovim Walker*
- *Body Attitudes Questionnaire, Body-Image Ideals*
- *Questionnaire, Body Image Assessment Procedure, Body Image Detection Device, Body Esteem Scale*
- *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire y Body*
- *Image Avoidance Questionnaire*

Algunas de las escalas más utilizadas son:

- El *Eating Disorders Inventory* (EDI), diseñado por Garner, Olmsted & Polivy (2000) para medir ocho dimensiones del comportamiento y actitudes comunes en pacientes con anorexia o bulimia. En su versión revisada y ampliada, el *Eating Disorders Inventory* - 2 (EDI-2), contiene 27 preguntas adicionales rela-



cionadas a tres aspectos: ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social.

- El *Eating Attitudes Test* (EAT-40), desarrollado por Garner y Garfinkel (1982) es utilizado para identificar síntomas asociados significativamente a la anorexia, disturbios emocionales y preocupaciones subjetivas anormales respecto de la imagen corporal (donde se incluyen variables como el peso y tamaño), a los alimentos en general, y a la propensión a sobre-estimar el tamaño y peso corporal.
- Cash, Word, Phelps y Boyd (1991) también desarrollaron, validaron y evaluaron la confiabilidad de dos nuevas pruebas para medir las psicopatologías y desórdenes relacionados con la imagen corporal. La primera de estas escalas fue la *Body-Size Appraisal Scale* (BSAS), la cual utilizó como base al *Body Image Detection Device*. Mide el aspecto perceptivo de la imagen corporal. La otra fue la que se conoce como el *Overweight Preoccupation Scale* (OPS), diseñada en base al *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*, que se utilizó para medir el aspecto psico-afectivo de la imagen corporal.
- Ben-Tovim y Walker (1991), desarrollaron el *Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), escala que consiste en un cuestionario de 44 preguntas, comprendidas en 6 categorías que miden diferentes aspectos de la imagen corporal, entre ellos: sentimientos de gordura; sentimientos de menosprecio o desagrado con el cuerpo; auto-evaluación de fortaleza y condición física; sentimientos de atractivo; importancia del peso e imagen en la vida; y gordura en las partes bajas del cuerpo.
- Cash y Szymanski (1995) elaboraron y la validaron el cuestionario llamado *Body-Image Ideals Questionnaire* (BIQ), para lo que trabajaron con una muestra compuesta por 284 mujeres universitarias (74% blancas, 21% afro americanas y 5% de otros grupos minoritarios). Sus concepciones aportan respecto que la imagen corporal está compuesta de dos

modalidades importantes: a) la perceptual que se refiere a la precisión de los juicios que los sujetos hacen sobre el tamaño, forma, peso y proporciones de su cuerpo; b) de actitud, que implica que la imagen corporal está compuesta por dos factores independientes entre sí, siendo uno de ellos la evaluación afectiva y el otro la importancia de ese rasgo físico dentro de la vida del sujeto. El propósito y finalidad del BIQ consiste en identificar las discrepancias entre el yo, que comprende los rasgos físicos actuales, y el ideal, compuesto por los rasgos de belleza deseados, respecto de diferentes atributos corporales, dando una ponderación de la discrepancia perceptiva. Determina a la vez la preponderancia de esta discrepancia para cada individuo, aspecto que evidencia la importancia personal-subjetiva. En esta escala se incluyen los siguientes atributos: altura, complexión de la cara, textura del pelo, rasgos faciales, definición muscular, proporcionalidad corporal, peso, tamaño del pecho, fuerza, y coordinación. Esta prueba mostró algunos beneficios en comparación con otras escalas, por ejemplo hizo posible: a) incorporar la evaluación afectiva de cada rasgo físico, y la discrepancia de ésta con la conceptualización ideal; b) incorporar muchos otros atributos físicos anteriormente obviados; c) analizar la discrepancia en contexto de la importancia que cada sujeto le daba al rasgo físico en particular. Las pruebas de validez y confiabilidad mostraron una moderada correlación entre una imagen corporal con aspectos negativos, y disturbios psicológicos de diversa índole, como ser depresión, ansiedad social, y trastornos alimentarios. En resumen, los resultados de la aplicación de esta escala permiten afirmar que la percepción y valoración subjetiva de índole afectiva, que produce una supuesta discrepancia entre los rasgos físicos presentes y los ideales, puede inducir a padecer serios disturbios psicológicos -específicamente cuando dichos rasgos son de gran importancia para la per-

sona-, tales como depresión, disforia y trastornos alimentarios.

Un dato interesante es que desde hace más de una década los estudios sobre distorsión de la imagen corporal muestran que estos desórdenes aparecen en edades más tempranas, a la par que se viene extendiendo significativamente la edad en la que no suelen encontrarse alteraciones importantes a este respecto.

Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Aspectos provenientes de la percepción de nuestro cuerpo, incluyendo información sobre tamaño y forma y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Producto de nuestros sentimientos respecto de la satisfacción/insatisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Por su parte Slade (1994), plantea que *"la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo"*.

R.M. Raich, centrándose más en el componente psicológico propone que la imagen corporal

(...) es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000).

Asimismo, para Garner y Garfinkel (1981) las alteraciones de la imagen corporal en estos trastornos pueden implicar dos aspectos:

- a) Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal
- b) Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos a causa de la apariencia física.

Por su parte, definiciones más abarcativas proponen que, la imagen corporal incluye múltiples dimensiones como la percepción, las actitudes, la cognición, el comportamiento, los afectos, el miedo a ser obeso, la distorsión del cuerpo, la insatisfacción corporal, la evaluación, la preferencia por la delgadez y la restricción al comer. (Brown, Cash, y Milkulka, 1990)

La alteración más notoria de la imagen corporal asociada a los trastornos alimentarios se conoce clínicamente como **dismorfofobia**. Según Morselli, quien acuñó el término en 1886, el trastorno dismórfico típico comprende la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico, y/o cuando hay leves anomalías físicas y la preocupación es excesiva. Se constituye en trastorno si la preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Es de destacar que la preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

## LA COMPLEJIDAD DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LOS TCA<sup>12</sup>

Un componente que no puede soslayarse, a la hora de intentar comprender los trastornos alimentarios, refiere a la importancia de "la mirada" en la estructuración de estas peculiares modalidades de padecimiento y sufrimiento subjetivo. A este respecto hay que considerar tanto la mirada sobre sí mismo/a (véase la referencia a la distorsión de la imagen corporal en este y otros capítulos) y la mirada del otro/a.

No es casual que la mirada y el rostro de la madre funcionen, ya desde los momentos fundantes del psiquismo, como espejo para el bebé. De allí que la mirada esté significativamente inscripta en las experiencias fundantes del deseo y el psiquismo de todo ser humano. De hecho una de las tendencias parciales asociadas a la sexualidad temprana en el niño pequeño se conoce como pulsión de ver o pulsión escópica. Es justamente este componente tan asociado al placer, lo que va dando por resultado una erotización de la mirada que en distintas dimensiones estará presente a lo largo de toda la vida. La libidinización de la mirada puede preparar el terreno para trastornos alimentarios futuros. La mirada contribuye así a la construcción y desarrollo tanto del psiquismo como del cuerpo, y de los rudimentos básicos del narcisismo<sup>13</sup>. Ese pasaje del puro organismo al cuerpo como entramado simbólico y de fantasías, será más o menos cohesivo y sólido, condiciones en las que también contribuyen los aspectos psicomotrices del desarrollo (bases a su vez del desarrollo del sujeto cognoscente). La construcción psicológica del cuerpo consiste en síntesis en un pasa-

12 No desarrollaré la cuestión de la agrupación clínica de los TCA, ni las clasificaciones a este respecto o criterios diagnósticos diferenciales, dado que estos aspectos están trabajados en detalle en otros capítulos de este libro.

13 Recordemos que, *grosso modo*, el narcisismo puede definirse tanto como la investidura afectiva del yo, así como el amor a la imagen de sí.

je y transición que va desde la incoordinación motriz, desunificación y fragmentación a la unificación y cohesión corporal. Si esta transición presentara dificultades o está expuesta a la incidencia de conflictos de diversa índole, se generan condiciones de fragilidad que podrían redundar en trastornos alimentarios y/o psicosomáticos, hipocondríacos o perversos. En el desarrollo temprano del cuerpo importa considerar el período conocido como fase del espejo (Lacan, 1971). El mismo se da aproximadamente entre los 6 y los 18 meses, y es determinante en la construcción del yo y la subjetividad. Aquí también la mirada juega una función relevante, en tanto la estructuración progresiva del sujeto requiere de una identificación especular: el niño que mira su imagen en el espejo la identifica primero con un otro real, luego con la imagen de otro y finalmente accede a la experiencia jubilosa de percatarse que se trata de su propia imagen. La importancia que reviste la mirada condiciona los aspectos exhibicionistas del sujeto, o sea aquella tendencia a presentar en forma destacada u ostensible aspectos del sí mismo, buscando capturar la atención de terceros (o, en su defecto, promoverá actitudes fóbicas de inhibición, que motivan la evitación y ocultamiento del propio cuerpo o de partes del mismo).

Todas estas complejas experiencias donde la mirada y otras funciones psíquicas están presentes consolidan subjetividad, sentimiento de mismidad, el *self* o sí mismo, y a la par forjan la condición de no-yo/otro/otredad/alteridad/ajenidad. Respecto de estas nociones, es menester distinguir algunos aspectos. El prójimo sería aquel aspecto del otro que puedo asimilar sin mayores fricciones, y puedo ingresarlo a un registro simbólico que me permite representarlo, de modo que puedo establecer semejanza. Sin embargo la noción de ajenidad remite a lo que no puedo simbolizar suficientemente, y por tanto sería lo inabordable de ese otro. La significativa complejidad que reviste la función de la mirada en el desarrollo del sujeto (fundamentalmente en su vertiente psicoambiental) dispara interrogantes que nos adentran en la porosa y frágil

frontera entre el yo y el no-yo: cuando miramos al otro, ¿qué miramos realmente? ¿al otro o a nosotros mismos reflejados especularmente en la mirada del otro?, ¿o lo que percibimos son partes de nosotros mismos colocadas proyectivamente en el otro? Seguramente se trata de una sutil dinámica entre aspectos proyectivos e introyectivos que siempre estarán incidiendo sobre una ideal e inalcanzable percepción objetiva y aséptica, dado que siempre están presentes las representaciones de sí incluidas en el otro, desde donde el sujeto indefectiblemente se mira a sí mismo.

El lenguaje que usamos cotidianamente en forma aparentemente ingenua y inocua está plagado de ejemplos que muestran el potente valor simbólico que conlleva la capacidad de ver y mirar. Así, es común que digamos que con la mirada podemos "atravesar"; "censurar", "desnudar", "comer"; "matar"; "penetrar"; "seducir"; "partir al medio"; "fulminar"; "controlar"; "molestar"; etc.

Pasemos ahora -a modo de ejemplo y síntesis- a intentar describir algunas de las conceptualizaciones que es frecuente encontrar en la literatura que intenta explicar y comprender los TCA desde sus aspectos psicológicos. Aclaro que presentaré generalidades que, como tales, intentan dar cuenta de aspectos panorámicos de estos trastornos, y que no debemos olvidar que cada persona afectada por TCA es única y especial en su peculiar y singular forma de vivir y construir/padecer el drama que la aqueja, tanto a ella como a quienes la rodean. Asimismo, tengamos presente que sería ingenuo pretender asignar una relación unívoca lineal causa-efecto entre aspectos de la biografía personal y el síntoma a estudiar, dada la condición de multicausalidad compleja y sobredeterminación que tiene todo fenómeno psíquico de cualquier índole. De hecho los trastornos alimentarios se conforman por un equilibrio inestable entre factores biológicos y genéticos, psicológicos, psiquiátricos, sistémico-familiares y socio-culturales.

Es la **anorexia nerviosa**, por su dramatismo y riesgo de muerte (promediando lo que plantea en general la literatura tenemos que entre un 5 y 10% de las pacientes fallecen, aunque este índice viene disminuyendo) el cuadro clínico que más desafía las herramientas conceptuales y prácticas de científicos, teóricos, investigadores y clínicos. Sabido es que este padecimiento -al igual que todos los TCA- es mayoritariamente frecuente en el sexo femenino, lo que pone sobre el tapete la necesidad de considerar aspectos del desarrollo y sexuación de la mujer, y condicionamientos femeninos inherentes a la socialización de género. En términos generales encontramos en la anoréxica<sup>14</sup> una búsqueda compulsiva de poseer un cuerpo delgado, concomitantemente con temores patológicos asociados a la obesidad y el sobrepeso. Suelen negar su trastorno, y quitarle trascendencia mediante racionalizaciones. Se aprecian dificultades en torno a la sexualidad, la feminidad, y los atributos femeninos asociados al cuerpo de la mujer luego de la pubertad. Es como si estas mujeres -mayoritariamente adolescentes de clase media y media alta, de raza blanca y pertenecientes al sector urbano, si bien este perfil viene sufriendo modificaciones en los últimos tiempos- pretendieran anular su deseo, su sexualidad, su cuerpo genitalizado. El adelgazamiento extremo elimina de hecho la morfología y proporciones frecuentes en el cuerpo femenino, y se aprecia una reducción dramática del tejido adiposo mamario y las más de las veces aparece amenorrea. De modo que su cuerpo presenta una apariencia bizarra de pre-pubertad en alguien que ya no le es por efecto del desarrollo. De hecho no desean y temen crecer y desarrollarse en todo sentido. En un principio no existe falta de apetito, sino que se trata de una verdadera lucha contra el deseo de comer y los mecanismos fisiológicos que regulan el hambre y la

---

14 Utilizaré gramaticalmente el artículo y género femenino para referirme a "la anoréxica" o "la bulímica" -sin intención de reificar, cosificar o deshumanizar-, en virtud de la prevalencia casi monopólica de este trastorno en las mujeres, aunque hay un número reducido de varones que también la padecen (situación que viene en aumento) como se verá en uno de los apartados.

saciedad. Son restrictivas tanto respecto de la ingesta alimentaria, así como de los estímulos eróticos en general. Algunos autores ubican el síntoma anoréxico relativo a la evitación de la comida dentro del registro fóbico, en tanto se desplazan y proyectan fantasías muy angustiantes sobre el alimento y la relación con este. Tienen dificultad para simbolizar y poner en palabras afectos en general, y particularmente dificultad para la verbalización de afectos depresivos. Estos trastornos encubren y ocultan otras conflictivas presentes en el sujeto. Paradójicamente la anoréxica da a ver su síntoma, promoviendo un efecto de rechazo y a veces repulsión por ese cuerpo diezmado en sus proporciones, dimensiones y señales de apariencia de salud. Dada la falta de profundidad y espesor interior, y ese vacío deseante donde el anhelo casi monopolístico es ser (patológicamente) delgadas, buscan focalizar la mirada del otro sobre la envoltura somática superficial. Este movimiento intersubjetivo es defensivo y busca coagular en la periferia el acercamiento afectivo de los demás a modo de protección de una eventual intrusión dentro del sujeto. Se interpone así una interferencia, barrera y obstáculo de la mirada del otro hacia la profundidad del mundo interno donde anidan sentimientos, afectos y emociones que en realidad presentan muy débil simbolización en estas mujeres. La paradoja a este respecto consiste en que la anoréxica al no querer verse más siendo demasiado vista se torna, ante la presencia de terceros, demasiado visible en su particular apariencia corporal, dado el efecto (exhibicionista) convocante y provocante que muchas veces despierta horror, asco, repulsión, perplejidad. Se generaría un exceso y exacerbación de la mirada del otro, aunque en el fondo es un intento fallido y cortocircuitado de desviar dicha mirada, en tanto no ser más vista por el otro contribuye a evitar la propia imagen femenina que la mirada del otro puede restituirla especularmente.

Es ya casi un cliché la referencia a los conflictos en relación al cuerpo de la madre y la identificación/desidentificación con ésta, así como respecto de la mirada del padre y de las expectativas de éste hacia la hija. Lo cierto es

que efectivamente la experiencia clínica muestra la presencia de estos componentes que, si bien son comunes en el transcurso de las crisis adolescentes femeninas, cobran peculiar significación en los TCA. Por lo general han sido niñas muy dóciles y adaptadas, con comportamientos ajustados a las normas y hacia lo correcto y esperado, con el corolario de un muy buen rendimiento escolar. Asimismo, el acceso a la sexualidad adulta está interferido y se prolongan las formas infantiles de relación con las figuras parentales y el mundo adulto en general. La patológica, fusional y por momentos simbiótica relación con la madre, queda flagrantemente en evidencia en aquellas situaciones de complicidad entre madre e hija, en torno a la complicidad referida a trasgresiones varias (hacia el padre, los tratamientos, el alimento, los límites en general). Vínculo que algunos autores no dudan en definir como perverso (Martínez, 1997: 216). La anoréxica restrictiva suele presentar rasgos perfeccionistas y de hipercontrol, que son desplazados hacia las relaciones interpersonales. Por lo general tienen dificultades para consolidar una definición de sí mismas que las diferencie de la cultura familiar de origen, y su conformación identitaria se ve dificultada por un excesivo "pegoteo" e indiscriminación con la figura materna ante la que sienten intensos sentimientos ambivalentes. Con ella suelen rivalizar y competir de manera manifiesta o latente; la experiencia clínica muestra que muchas veces la madre está también en flagrante posición de rivalizar y competencia con su hija adolescente. Como ya mencionamos, muchas veces esta relación conflictiva toma la forma de complicidad y alianza reactiva. En relación al padre, en general éstos "(...) realizan un inadecuado e insuficiente *investimento narcisístico y sexual de sus hijas. Las invisiten sí, pero con un narcisismo que se encuentra cargado de muerte*" (Varela, 1999: 200).

El padre, muchas veces puede ser el mayor factor en la problemática inconsciente, siendo las situaciones que se emparentan con 'lo perverso' y/o con la pato-

logía adictiva (alcoholismo) las que más se han observado. (Martínez, 2002: 108)

Por su parte la **bulimia nerviosa** puede asociarse a anorexia restrictiva u obesidad, y quienes la padecen suelen pertenecer a un grupo etario mayor que estas últimas. También buscan compulsivamente la delgadez, evitando patológicamente en forma intermitente la ingesta de alimento, o apelando a maniobras como el consumo de laxantes o el recurso a vómitos autoinducidos. Tienen conciencia de enfermedad y se angustian ante su trastorno, y padecen baja autoestima la cual aumenta cuando fallan en mantener sus decisiones. Presentan oscilaciones del humor, ánimo depresivo, ansiedad e impulsividad, así como autocrítica excesiva y pueden pasar por momentos de ideación suicida y fantasías concomitantes. Son inestables afectivamente y provienen de familias disfuncionales<sup>15</sup>, mostrando inseguridad y elevada sensibilidad a actitudes de rechazo. Puede decirse que "*(...) la calificación de bulimia se aplica con pertinencia al conjunto de su estilo relacional y es, con las personas, análoga al vínculo que mantienen con la alimentación, alternando con la misma intensidad, avidez y rechazo*" (Jeammet, 1993: 47). La misma dificultad para mantener la distancia saludable con el alimento, la tienen para con los vínculos interpersonales; están en permanente búsqueda de relaciones en las que puedan apoyarse y depender, y terminan consumiendo y agotando al *partenaire*. Suelen apelar a la mentira y a deformar u ocultar aspectos de la realidad, fundamentalmente en relación a sus comportamientos. Fallan tanto en las relaciones intersubjetivas, como en la apreciación de sí mismas y en relación a su propia imagen (distorsión en aspectos narcisistas que las lleva a inferiorizarse, subestimarse, cuando no a autodenigrarse y rechazarse). Suelen tener expectativas muy elevadas e ideales rigurosos respecto de sí mismas. Sus intentos

15 Utilizo este término por ser de uso frecuente en la literatura, pero considero que la alusión implícita a un tipo de familia "funcional" es por demás ilusoria y cargada de fuertes componentes ideológicos que es bueno no invisibilizar.

de control, por momentos extremadamente rígidos e inflexibles, son ineficientes, oscilantes y débiles. Adolecen de fallas en la autorregulación de impulsos y presentan baja tolerancia a la frustración. El descontrol les produce ingestas excesivas que son vividas con vergüenza y culpa, que suelen llevar a actitudes de autocastigo. Por tanto presentan muchas veces lo que se describe como trastorno por atracón (*binge eating*), desde un sentido psicológico la repleción del estómago habilita un vaciamiento puntual del pensamiento, lo que da una sensación de equilibrio restituido. Algunos estudios muestran una alta asociación con diferentes trastornos adictivos. Varios autores refieren que la alimentación compulsiva está al servicio de generar -fallidamente- alivio a tensiones emocionales confusoras de diversa índole. Justamente, la impulsividad se traduce en clave alimentaria en uno de los comportamientos más característicos de la persona que padece bulimia: episodios reiterados de ingesta compulsiva donde se utilizan grandes cantidades de comida (de preferencia hipocalórica), en un lapso corto -por lo general no superior a las dos horas- y en forma furtiva y descontrolada. Muchas veces luego de este pasaje al acto aparecen dolores abdominales, somnolencia, miedo a ser descubierto y juzgado y alejamiento de los vínculos sociales. Ligado a esto, suelen ser muy sensibles al rechazo, cuestionamiento y críticas provenientes de su entorno. En cuanto a los aspectos metapsicológicos de la ingesta compulsiva, es evidente que se trata de una erotización del acto alimentario y de la relación con el objeto "comida", en el marco de una lógica erógena oral con características de voracidad, directamente ligada a pulsiones destructivas agresivas. *"El hecho de que el alimento (un objeto inanimado) se adapte a sus deseos les permite simultáneamente reabastecerse y estar protegidos contra eventuales desilusiones en el marco de las relaciones humanas"* (Jonson y Maddi, (1988: 71) Dentro de esta misma línea de interpretación, el superyó de estas pacientes es muy estricto, en particular en cuanto a los ideales a alcanzar (ideales del yo), así como en rela-

ción a la eclosión de sentimientos de vergüenza y culpa. Estos últimos pueden generar conductas oscilantes de abnegación y entrega hacia los demás, con el corolario de que muchas veces la persona termina generándose perjuicios a sí misma, -entre otros - éste es uno de los elementos que deja en evidencia la dimensión masoquista de la bulimia. Se aprecia una recurrente apelación al uso del pensamiento mágico. El acto compulsivo de comer es tan ritualizado, que algunos autores lo asocian a comportamientos propios de cuadros obsesivos. La mirada -así como lo consignamos más arriba para la anorexia restrictiva- también reviste un aspecto trascendente para comprender estos padecimientos, *"la importancia de la mirada subraya el desfallecimiento de la interioridad y el primado de lo que pasa en superficie, de lo perceptivo sobre la vivencia"* (Jeammet, 1993: 50).

Diversos autores/as han propuesto la existencia de determinados perfiles psicológicos para los diferentes tipos de TCA. A continuación citamos un ejemplo.

Las defensas y las cualidades del carácter típicas del anoréxico bulímico son: 1) negación y escisión; 2) creencia en las soluciones mágicas, 3) sentimientos de impotencia; 4) demanda de perfección en los objetos y en las personas (de lo contrario no tienen valor); 5) necesidad de control; 6) desplazamiento y proyección del conflicto; 7) ambivalencia; 8) perfeccionismo masoquista, que defiende contra los conflictos, particularmente los que se relacionan con la agresión; 9) ideal del Yo patológico de paz y amor; 10) fantasía de simbiosis madre-hijo perfecta y libre de conflicto. (Wilson, 1988: 104)

Sabido es que, en el desarrollo infantil, una fuente temprana de autoestima ligada al autodomínio psicomotor consiste en el control eficiente del uso del cuerpo en el espacio, lo que se apuntala tanto en aspectos de maduración motora, como neuropsicológicos ligado al esquema corporal, y psico-afectivos en sentido amplio (inter e intra subjetivos). De allí que cuando estas capacidades están

interferidas se produce una condición negativa respecto a la imagen de sí y la identificación y simbolización de estados emocionales, lo que puede reforzar sentimientos de impotencia, inadecuación, frustración e ineficiencia respecto de mecanismos de control. A este respecto, las adolescentes con trastornos bulímicos intentan controlar, compensar y reparar aspectos psicológicos adversos por la vía del control de los alimentos y del peso y dimensiones corporales. En última instancia el cuerpo es el instrumento de intercambio entre el sujeto y el ambiente, y reservorio y continente de la vida anímica. De esta forma, el control del cuerpo y la delgadez es una señal al exterior de capacidad de éxito, actitud positiva, y logro personal, y oficia de nivelador y fortalecedor de las relaciones personales. Se produce una ecuación que equipara delgadez con éxito, control y eficiencia.

La joven bulímica presenta dificultades para percibir, vivenciar, tramitar, tolerar y articular diferentes estados afectivos internos, lo que se traslada al tipo de vínculos que establece. Al desplazarse estos aspectos a la alimentación y al cuerpo, muchas veces sienten repudio, rechazo o incluso odio y desprecio por el mismo, y en definitiva por toda su persona. Asimismo, en los casos más graves, están expuestas a "*(...) abuso de drogas, la promiscuidad, la delincuencia u otra forma más primitiva de conducta de automutilación*" (Jonson y Maddi, ob. cit: 64)

Tal como queda en evidencia, existen aspectos psicológicos y psicodinámicos comunes a la **anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa**; reseñemos algunos:

Son trastornos que pueden aparecer en cualquier estructura psicopatológica (dinámica o clínica), de modo que no son patrimonio exclusivo de ninguna de ellas, de allí la característica transnosográfica de estos cuadros (Jammet, 1991).

Más que una organización estable de la personalidad, y más aún que una estructura definida la bulimia nos parece realizar un arreglo perverso de una vulnerabilidad ligada al mantenimiento de una dependencia

excesiva con los objetos externos por fracaso parcial de las interiorizaciones (...) (Jeammet, 1993: 60).

(...) no pueden organizarse de modo estable, ya sea en la vertiente histérica, paranoica, melancólica o perversa (Jeammet, 1994: 36).

Conllevan resignificación de experiencias tempranas y fijaciones pre-edípicas, en particular relativas a las experiencias transitadas en la relación madre/hija. Al comienzo la enfermedad se pone en marcha en torno a una búsqueda de delgadez, y luego se va agregando un consistente miedo, temor y horror a la obesidad. Se asocian a graves complicaciones biológicas de diversa índole (desequilibrio electrolítico entre muchos otros).

En casos de adolescentes (que es la población con mayor prevalencia en TCA), es claro que la focalización de la existencia personal fundamentalmente en torno al tema del cuerpo y la alimentación, permite enmascarar, ocultar, desplazar, evitar y negar los conflictos típicos de este momento del ciclo vital. La eclosión singular de estos trastornos está por lo general relacionada a momentos de cambio, ya sea que se trate de las modificaciones biológicas (y su correlato psíquico) inherentes a la pubertad, del vínculo con figuras significativas (fundamentalmente parentales), transformaciones socio-culturales, o de aspectos inherentes a la cotidianeidad más inmediata o al proyecto de vida en general. Cuando estas modificaciones existenciales se presentan en sujetos con déficit en las capacidades de simbolizar psíquicamente y tramitar emocionalmente las experiencias, el cortocircuito subjetivo puede llevar a actuaciones en la esfera del comportamiento y a una reacción en el registro corporal, con el consiguiente control patológico de su peso y morfología (lo que se convierte en un intento de restituir el equilibrio vulnerado). Por lo general estas pacientes presentan una masiva ambivalencia en los afectos, lo que constituye una amenaza para la cohesión del yo y la identidad. Suele existir un paralelismo y analogía entre la relación con el alimento, con su propio cuerpo, y con las relacio-

nes intersubjetivas en general (esta modalidad prototípica de vínculo en todos estos registros, está al servicio de mantener en frágil equilibrio narcisista).

En términos psicoanalíticos se puede aludir a un desplazamiento de conflictos sexuales (autoeróticos, y de relación con los otros en tanto evitación de una sexualidad genital) de las zonas erógenas a la boca. También se puede considerar la existencia de un desplazamiento de relación con objetos y comportamientos sexuales prohibidos y reprimidos, hacia el alimento y la alimentación. Se observan conflictos con la maternidad y el embarazo, lo que provoca una amplia simbología inconciente en torno a fantasías de gestación. Es común que los tratamientos psicoanalíticos trabajen sobre la relación pre-edípica con la madre, dado que la fijación a este momento tiene incidencia significativa sobre el resto de los momentos del desarrollo afectivo-sexual. Hay una clara dificultad en el tránsito por el proceso de individuación-separación, tránsito necesario para lograr una saludable superación de la relación infantil con los padres, prerrequisito para alcanzar la autonomía y una independencia saludable.

La relación patológica con el alimento y el cuerpo es un recurso fallido para intentar enfrentar y elaborar situaciones de estrés, conflicto, angustia y ansiedad. El propio cuerpo, reservorio de deseos, erogeneidad, fantasías sexuales y excitabilidad, deviene persecutorio tornándose un escenario de conflictos dramáticos de complejo abordaje terapéutico. Se conciben ampliamente como trastornos psicosomáticos que, por definición, son plurideterminados, multicausales y expresan en el ámbito corporal conflictos de origen psicológico. En general estas pacientes son desconfiadas con los demás, lo que hace difícil el abordaje terapéutico.

Respecto de los **varones** bajo la categoría diagnóstica de anorexia nerviosa, Mintz (1983) ha demostrado que los anoréxicos bulímicos de sexo masculino tienen fijaciones edípicas y preedípicas y problemas no resueltos en la separación-individuación, conflictos homosexuales

latentes severos y una identificación femenina, y el mismo complejo de "temor a la gordura" visto en la mujeres, originado en una identificación con el complejo de "temor a la gordura" de la madre y/ o el padre. (Wilson ob. cit.: 94)

Una gran cantidad de estudios han enfocado la cuestión de la constitución y dinámica de la familia de pacientes con TCA. Si bien muchos de ellos aportan solo respecto a supuestos<sup>16</sup> perfiles o tipologías grupales, donde se mencionan trastornos psicológicos de los otros miembros y estilos de relación vincular, es muy importante comprender el sufrimiento del paciente a la luz de aspectos conflictivos intrafamiliares, además de la consideración ineludible de las fantasías inconscientes en juego, y los componentes emocionales y defensas concomitantes desarrolladas merced a los episodios significativos de la biografía afectivo-sexual. *Grosso modo*, la literatura que menciona aspectos intrafamiliares de los TCA, destaca un cortejo de fenómenos que resumiremos muy sintéticamente a continuación.

Para el caso de la bulimia de peso normal, se destacan en general modelos de comunicación indirectos, con poco compromiso y apoyo dentro del grupo familiar, expresiones de agresión, tensión elevada y conflictividad frecuente. Pocos recursos para fomentar la discriminación y la autonomía, pero se evidencian importantes expectativas respecto al rendimiento y logros. A nivel de intereses, se pone poco énfasis en acontecimientos del mundo público, tanto de la esfera política, como cultural y social. Los padres de estas pacientes suelen presentar rasgos de hiperescrupulosidad y exigencias tendientes al perfeccio-

16 En realidad es, a mi juicio, algo ingenuo y extremadamente reduccionista pretender elaborar un perfil de las familias de las pacientes con TCA al modo de una "receta" predictiva, dada la enorme complejidad que tiene el universo del sufrimiento y padecimiento humano. Asimismo, tengamos presente que actualmente estamos en presencia de una enorme diversidad de tipos de organizaciones familiares, donde la familia nuclear viene siendo claramente desplazada por otros arreglos y configuraciones vinculares, muchos de ellos inéditos.

nismo. Muchas veces se trata de profesionales o empresarios exitosos. Suelen ser familias que tienden a inhibir en mayor o menor medida la expresión de emociones y sentimientos. La preocupación por el peso corporal, la gordura y las dietas suele estar presente en estos padres y madres, y ha sido transmitida de maneras sutiles o abiertamente manifiesta desde la infancia de sus hijas. Muchas veces se aprecia falta de límites y de fronteras subjetivas claras entre padres e hijos, y aquellos pueden presentar rasgos de exhibicionismo, que a veces se asocian con comportamientos de seducción encubierta hacia sus hijos. Esta porosidad en los límites y fronteras se puede ver también respecto de los espacios físicos, roles y funciones dentro del ámbito doméstico.

Para el caso de la paciente anoréxico-bulímica, se aprecian importantes niveles de conflicto y desavenencias en la relación conyugal de los padres, siendo las madres más bien hostiles y deprimidas, y los padres impulsivos y con tendencia a la agresividad y a la baja tolerancia a la frustración, presentando en un alto porcentaje ingesta de alcohol frecuente, cuando no alcoholismo. Estos padres y madres, tanto de manera manifiesta como velada, transmiten a sus hijas mensajes ambiguos, contradictorios y paradójales, y mayormente negativos.

## LA INCIDENCIA DE LO EPOCAL SOCIO-HISTÓRICO EN LOS TCA

En cuanto a factores socio-culturales, muchos trabajos señalan la relación entre TCA y cambios en los roles, papeles y funciones femeninas que se iniciaron fundamentalmente a partir de la segunda posguerra (fines de la década del 40 del siglo XX), y se reforzaron durante los 60'.

Garrner y col. (1983a) hallaron evidencias de que esta transformación de las normas culturales, forzó a las mujeres contemporáneas a afrontar expectativas de roles múltiples, ambiguos y a menudo contradictorios que incluían la adaptación de expectativas femeninas

más tradicionales, tales como: la atracción física y la domesticidad y la incorporación de estándares más modernos en lo que respecta a los logros personales en el campo profesional y a las oportunidades de autodefinición y autonomía. Garmer y sus colaboradores sugieren que 'si bien el espectro más amplio de posibilidades disponibles para las mujeres contemporáneas puede haber proporcionado libertad a aquellas que son psicológicamente robustas, puede haber resultado abrumados para la adolescente dependiente que carecía de estructura interna'. En consecuencia esta cohorte parece representar un grupo transicional dentro del cual, al menos un sub-grupo, puede correr un mayor riesgo de experimentar ansiedad (inestabilidad afectiva) como reacción ante las nuevas expectativas de roles y ante la demanda de mayores rendimientos" (Johnson y Maddi, ob. cit.: 60).

Por otra parte, es evidente que la significación del cuerpo ha variado según las culturas y los distintos momentos de la civilización humana, así como también la relación con los alimentos y con los congéneres. De allí que los cánones estéticos, el valor simbólico del cuerpo y el modelo ideal de belleza estén definidos por estereotipos de turno ligados a la ideología dominante (hoy atravesada globalmente por lógicas capitalistas de mercado y el culto a la imagen, a la superficialidad y al juego de las apariencias). Los trastornos anoréxicos y bulímicos tienen estrecha relación con el ideal de delgadez (cuasi esquelético, Barbie mediante), que impera como modelo estético cultural globalizado. En nuestros días nos toca participar de un verdadero culto a la imagen, del que es sucedáneo el culto al cuerpo. La influencia de los medios masivos de difusión es un componente sustancial respecto a la transmisión de prescripciones y proscripciones que definen producción de subjetividad. Actualmente se ponderan los atributos físicos por encima de los morales, espirituales, intelectuales e ideológicos. La sensibilidad ante lo trascendente y elevado, y la mentalidad crítica y de ideas creativas y constructivas, han sido desplazadas

por la apariencia y presentación corporal, vanagloriando la superficie (y lo superficial) ante la falta de verdadero espesor y profundidad interior. El debilitamiento y vaciamiento cultural de estos aspectos conlleva efectos de banalización, trivialización y superficialidad de los comportamientos humanos en general. Si bien los trastornos alimentarios han sido descriptos como trastornos desde hace siglos (inicialmente Morton en 1694, y más tarde Gull y Lasegue, ambos en 1873), presentan en la actualidad una prevalencia marcadamente significativa. Asimismo, los avances científicos en cosmética y cirugía estética (paulatinamente incorporados también en el sexo masculino) están al servicio de la consecución a toda costa del ideal de delgadez, juventud y belleza. Lo mismo ocurre con la proliferación de tatuajes y *piercing*. El resultado, aunque naturalizado, no deja de ser bizarro como si nos enfrentásemos a la versión posmoderna de "Frankenstein" (con perdón de Mary Shelley).

Si bien es obvio que las representaciones, imágenes y significados - vehiculizados masivamente por los medios de difusión - disponibles acerca de la belleza y la apariencia física ideal no producen trastornos alimentarios masivos, sí construyen una generalizada insatisfacción subjetiva respecto del cuerpo propio -por el momento porcentualmente mayor en mujeres que en varones- el cual nunca alcanza los modelos promovidos por la cultura de mercado. Muchas veces esta disconformidad con el cuerpo propio cobra visos de idea delirante, cuando la persona ya no logra mantener una percepción ajustada a la realidad, dados los factores emocionales y socio-culturales en juego. Por razones evolutivas y psico-dinámicas, ligadas a la crisis narcisista y de identidad y la propensión y tendencia a la actuación de los conflictos, es en la adolescencia dónde más impactan estos mensajes ubicuos cargados de prescripciones y proscripciones brutales.

La distancia o brecha entre el cuerpo "real" y el ideal es, la mayoría de las veces insalvable, simplemente por imperativos biogenéticos (allí es donde se apela a las prácticas médico-estéticas, que a veces se vuelven adictivas).

Una interesante paradoja es que el cambio en occidente en los hábitos alimenticios y ligados al ejercicio físico, han generado un aumento de la prevalencia de la obesidad en la población general. A pesar de lo anterior la gordura está asociada en sentido amplio, en el imaginario social, a enfermedad, fealdad, fracaso, pasividad, sedentarismo, abandono y frustración. El narcisismo, egocentrismo, hedonismo e individualismo imperantes en los códigos culturales de referencia para la mayoría de la población, generan el caldo de cultivo para que los sujetos queden atrapados en esta búsqueda del cuerpo perfecto y admirado, por estar asociado con belleza, juventud, éxito y poder. Por su parte, no pocas investigaciones arrojan la evidencia respecto de que el avance global occidental y moderno, está produciendo un exponencial aumento de TCA en países donde antes prácticamente no existían. Asimismo, en los países occidentales aumenta su aparición en las mujeres de las llamadas minorías étnico-raciales. Por su parte estos trastornos están teniendo también cada vez más preponderancia en sectores de clase media baja y baja.

Por último, es importante mencionar en este apartado, cómo la tecnología ha capturado el fenómeno de los TCA, generando situaciones verdaderamente peligrosas como ser la existencia en Internet de las páginas pro-mía y pro-ana. Se trata de grupos, integrados mayoritariamente por mujeres adolescentes, donde se trasunta una verdadera apología respecto de estos trastornos y algunos comportamientos a ellos asociados, como si no se tratara de una enfermedad sino de una filosofía subyacente a una forma y estilo de vida. En estos espacios virtuales se intercambian estrategias para transitar la enfermedad, consolidándola y defendiéndola de quienes intentan sacar a las aquejadas de esa situación.



## BIBLIOGRAFÍA

- Amorín, D. (2007): *Adulthood and masculinity. The crisis after the forties*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Amorín, D. (2008). *Notes for a possible Evolutionary Psychology*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Amorín, D. (2010): *Towards the construction of the concept of Evolutionary Nuclei of Problematicity. Biopsychosocial Model and production of subjectivity*. En Amorín, D. (dir.) *Investigating in Evolutionary Psychology*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Amorín, D. (2011, en prensa): "Infantile subjectivation in contexts of poverty. An attempt at approximation". En *Seminario Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil*. Espacio Interdisciplinario. Montevideo.
- Amorín, D., Carril, E. y Varela, C. (2006): "Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo". En López, A. (coord.): *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Tomo I: Estudios cualitativo. Trilce. Montevideo.
- Amorín, D. y Schubert, K. (2003): *Affect and Cognition*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Waler Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21, 775-784.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1973): *La separación afectiva*. Paidós. Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1979): *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata. Madrid.
- Bowlby, J. (1989), *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós. Buenos Aires.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). *Attitudinal bodyimage assessment: Factor analysis of the Body-Self*

- Relations Questionnaire. Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Bruch, H. (1962). *Perceptual and Conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Calmels, D. (1991): Lo que tanto ha muerto sin dolor. La papirola. Buenos Aires.
- Cash, T.F., Szymanski, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assess - ment*, 65, 466-477.
- Cash, T. E., Wood, K. C., Phelps, K. D., & Boyd, K. (1991). *New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. Perceptual and Motor Skills*, 73, 235-241.
- De Ajuriaguerra, J. (1980): Manual de Psiquiatría infantil. Toray-Masson. Barcelona.
- Díaz Roselló, J. et al. (1991): La madre y su bebé: Primeras interacciones. Roca Viva. Montevideo.
- Doltó, F. (1990): La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós. Buenos Aires.
- Faimberg, H. (1996): "El telescopaje de las generaciones. Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones". En Kaës R. y otros, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. R. Buenos Aires. Amorrortu.
- Feinstein, S. y Sorosky, A. (comps.) (1888): Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Freire de Garbarino, M. (1992): Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve. Roca Viva. Montevideo.
- Freire de Garbarino, M. (Comp.) (1993): 1as. Jornadas Nacionales Interacción temprana. T 1 y T. 2. Roca Viva. Montevideo.
- Fromm, E. (1978): ¿Tener o ser? Fondo de Cultura Económica. México.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1981-2). *Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.

- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, I., Garfinkel, P. E. (1982). *The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates*. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- González, C. (2008): "Identidad y percepción social del cuerpo". En Porzecanski, T. (comp.) *El cuerpo y sus espejos*. Planeta. Montevideo.
- Jeammet, Ph. (1991): *Addiction – Dépéandse – Adolescente. Réflexions sur leurs liens*. En Venisse, J. *Les nouvelles addictions*", Masson. París,
- Jeammet, Ph. (1993): Las conductas bulímicas como modalidades de acomodamiento de las desregulaciones narcisistas y objetales. En: Revista NA Nº 5. Psicoanálisis con niños y adolescentes. ELESNA. Buenos Aires.
- Jeammet, Ph. (1994): El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. En: Revista NA Nº 6. Psicoanálisis con niños y adolescentes. ELESNA. Buenos Aires.
- Jonson, C. y Maddi, K. (1988): Etiología de la bulimia: perspectivas biopsicosociales. En Feinstein, S. y Sorosky, A. (comps.): *Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Lacan J. (1971) *El estadio del espejo*. Escritos I. Editorial Siglo XX1. México.
- Laplanche, J. (1989): *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis: la seducción originaria*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004): *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires.
- Le Breton, D. (1990): *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Martínez, C. (1997): *Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis, No. 84/85. APU. Montevideo.
- Martínez, C. (2002): *Trastornos alimentarios severos. El proceso de enfermar*. En: *El cuerpo en Psicoanálisis*. 2º Congreso de Psicoanálisis. XII Jornadas Científicas. APU. Montevideo.
- Mintz, I. (1983): *Anorexia nervosa and bulimia in males*. Aronson. Nueva York.

- Morselli, E. (1886): *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Nollentino Della Academia Di Génova*, 6. 110.119.
- Pruzinsky, T. Y Cash, T. (1990): "*Integrative themes in body-image development, deviance, and change*". En T., Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 337-349. The Guilford Press. N. York.
- Quiroga, S. (1997): *Adolescencia: Del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Oficina de publicaciones del CBC. U.B.A. Buenos Aires.
- Raich, R. (2000): *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Sartori, G. (1998): *Homo videns. La sociedad teledirigida*. Taurus. Madrid.
- Schilder, P. (1950): *The image and appearance of the human body*. International Universities Press. N. York.
- Slade, P. (1994). *What is body image?* Slade. P. Y Russell, G. (1973). *Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and logitudinal studies. Psychological Medicine*, nº 3, Págs. 188-199.
- Varela, G. (1999): *Las formaciones ideales en la anorexia nerviosa*. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis. No. 90. APU. Montevideo.
- Wilson. C. (1988): "La psicoterapia psicoanalítica de la anorexia nerviosa bulímica". En Feinstein, S. y Sorosky, A. (comps.): *Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1978): "La mente y su relación con el psiquesoma. en *Pediatría y psicoanálisis*. Laia. Barcelona.

## **CAPITULO 2**

---

# **ASPECTOS BIOLÓGICOS Y NUTRICIONALES ASOCIADOS**

## 2.1 REGULACIÓN FISIOLÓGICA DE LA INGESTA ALIMENTARIA

Dra. Paola Fernández Perdomo

### INTRODUCCIÓN

La ingestión de alimentos aporta la energía necesaria para las diferentes funciones del organismo o para su almacenamiento y uso posterior, si son consumidos en exceso.

El metabolismo energético se define como el conjunto de procesos y reacciones físico-químicas implicadas en la obtención y transformación de energía a partir de la ingesta de alimentos, para el mantenimiento de las funciones vitales en las células (1).

En el organismo, la energía se destina a cubrir el gasto energético, formado básicamente por tres componentes (2):

Metabolismo basal, constituido por aquellas funciones que son imprescindibles, consume desde un 60 a un 70%;

Mantenimiento de la temperatura corporal (termogénesis), que insume desde un 20 a un 30%, del gasto energético;

Actividad física, que es variable en cada individuo.

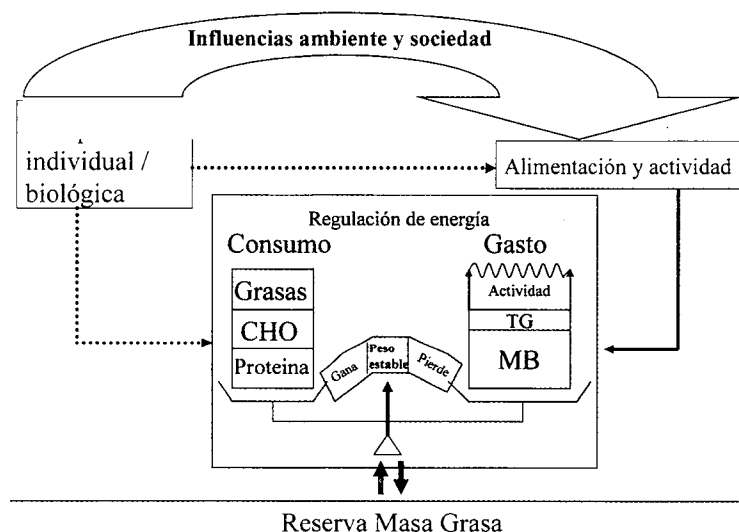
Normalmente el peso corporal se mantiene estable dentro de rangos estrechos, a pesar de las grandes variaciones diarias, tanto de la ingesta como del gasto energético (3).

La estabilidad en el tiempo del peso y la composición corporal exige un equilibrio entre el aporte y el gasto energético. Esta estabilidad, sugiere la existencia de un sistema de control fisiológico involucrado en mantener la homeostasis energética (4).

La capacidad reguladora del balance energético, se puede alterar cuando el aporte supera el gasto (obesidad), o por defecto, si no basta para satisfacer la demanda metabólica (pérdida de peso).

El control fisiológico influye en la ingesta de alimentos, consumo de energía y su depósito pero en humanos este control se encuentra influenciado por diversos factores; pautas sociales, culturales, así como religiosas, actúan modificando las señales procedentes del estado fisiológico y metabólico (figura 1). Factores psicológicos, como la presencia de otros comensales, la ocasión y factores hedonistas contribuyen a la ingesta y su finalización (5).

**Figura 1.** Adaptado de la OMS 1997. Los seres humanos deciden el tipo y la cantidad de alimento a consumir en el contexto de numerosas influencias ambientales y cognitivas como son los factores socioculturales, los hábitos individuales, las creencias y actitudes. El mantenimiento del peso y la composición corporal estable, para lograr un equilibrio energético a largo plazo dependerá, de una correcta coordinación entre estos diversos factores y las señales fisiológicas procedentes del estado energético.



Adaptado de OMS 1997

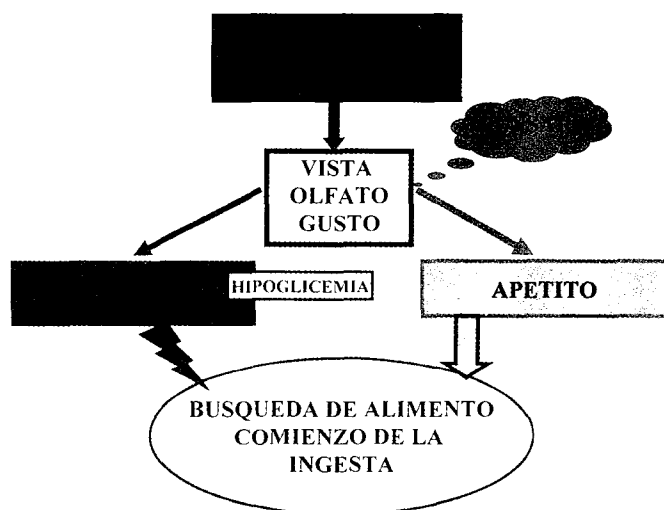
Comenzamos a comer en respuesta al hambre o al apetito.

Podemos definir hambre, como la necesidad fisiológica de energía, mientras que el apetito o deseo de comer, se asocia a los aspectos más placenteros de la elección de alimentos e involucra señales que guían la elección y consumo de alimentos específicos (6).

La hipoglucemia es un reconocido inductor de sensación de hambre y los pequeños descensos en su valor juegan un rol, en el inicio de la ingesta (7).

El inicio de la búsqueda de alimentos y también la cantidad ingerida es influenciada por la estimulación sensorial, así los alimentos estimulan inicialmente el olfato, la vista y luego, en el acto de comer otros estímulos sensoriales como por ejemplo; la temperatura y textura, producen señales fisiológicas que favorecen el comienzo de la ingesta e influyen en su finalización.

La presencia de estímulos cognoscitivos y/o sensoriales placenteros tenderá a aumentar la ingesta. Así también alimentos desconocidos, desagradables o no permitidos por creencias religiosas o culturales pueden anular la respuesta a las señales alimentarias.



**Figura 2.** La ingesta de nutrientes no sólo es regulada por factores fisiológicos sino que también estímulos hedónicos, derivados de la vista, olor de los alimentos, influyen en la cantidad de alimentos que se consumen. En animales de experimentación este fenómeno se aprecia claramente, alimentando ratas con alimentos altamente apetecibles por ellas, la ingesta de alimentos aumenta notablemente y desarrollan obesidad.

Múltiples señales están en juego en el control de la ingesta alimentaria, pero las más difíciles de cuantificar son aquellas procedentes de los procesos corticales que intervienen en esta regulación.

La forma en que el SNC integra y procesa las señales internas y externas es compleja, el sistema de control fisiológico en el control de la homeostasis energética, esencial para la supervivencia, se presenta redundante y es difícil asignar un papel principal a un sistema específico, factor genético o neurotransmisor que explique los desajustes energéticos.

Sin embargo los avances científicos, en los últimos años han permitido profundizar en el conocimiento de la fisiología de la ingesta alimentaria y su regulación, conocimientos que son necesarios para comprender los mecanismos implicados en los trastornos del comportamiento alimentario.

## CONTROL CENTRAL DE LA INGESTA DE ALIMENTO

Los primeros trabajos en plantear un modelo homeostático involucrado en el control del equilibrio energético, muestran al hipotálamo como parte de un sistema; en el cual se integran diferentes señales circulantes, que influyen el consumo de alimentos y el gasto energético, para mantener el peso corporal (8).

Los experimentos realizados en roedores, permitieron identificar las principales áreas hipotalámicas que participan en la regulación de la conducta alimentaria, demostrando que la lesión del núcleo hipotalámico ventromedial (VMN) producía hiperfagia y obesidad en ratas; mientras que la lesión del hipotálamo lateral conducía a inanición y muerte.

Se planteaba así el papel central del hipotálamo en esta regulación y el concepto del hipotálamo lateral como centro de alimentación y del VMN como centro de sa-

ciudad, originando el concepto de regulación dual de la alimentación.

Más recientemente se demuestra que la hiperfagia no se produce como consecuencia de lesiones localizadas en el VMN, si no que sucede cuando la lesión logra interrumpir las conexiones al núcleo paraventricular (PVN), lo que ha convertido este último en el verdadero centro de la saciedad (9).

Hoy reconocemos que el modelo que se planteaba es mucho más complejo y está integrado por otras agrupaciones neuronales hipotalámicas, así como por áreas extrahipotalámicas, como el núcleo del tracto solitario (NTS) en el tronco cerebral.

Actualmente se acepta que participan otros núcleos hipotalámicos, como el núcleo arcuato (ARC) y el PVN. El ARC del hipotálamo, juega un papel importante en el control de la ingesta, debido a la presencia de neuronas con receptores específicos para una gran variedad de señales: insulina, leptina, ghrelina y esteroides; cuya penetración desde el torrente circulatorio se encuentra facilitada por la gran permeabilidad de la barrera hematoencefálica en esta zona del Sistema Nervioso Central (SNC) (10).

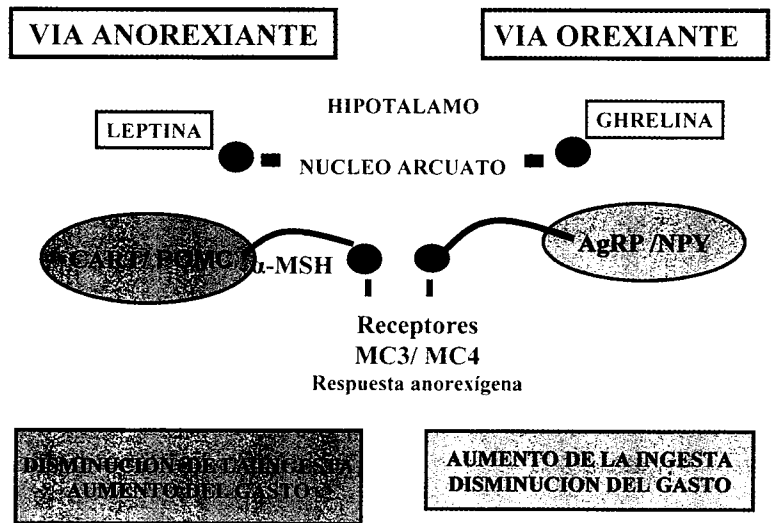
Esta agrupación neuronal, expresa diversos neuropéptidos, como el neuropéptido Y (NPY), la proteína relacionada con agouti (AgRP), la hormona melanocito estimulante (MSH) y el transcriptor regulado por cocaína y anfetamina (CART) (11).

En él, coexisten dos circuitos neuronales (figura 3) con efectos opuestos sobre el apetito, con capacidad orexian-te y con efecto inhibidor del apetito.

- El circuito que estimula el apetito, secreta NPY y AgRP, ambos incrementan el apetito, el NPY actúa sobre el PVN y promueve el apetito directamente, mientras el AgRP lo hace indirectamente inhibiendo al receptor de melanocortina.

El circuito inhibitorio de la ingesta incluye neuronas que liberan, péptido transcripto regulado por cocaína y anfetamina (CART) y proopiomelanocortina (POMC), precursor de la hormona melanocito estimulante ( $\alpha$  y  $\beta$  - MSH) que actúa por unión con el receptor a melanocortina para inhibir el apetito.

**Figura 3.** En el ARC del hipotálamo los circuitos formados por NPY/AgRP y POMC /CART, constituyen el núcleo central de las vías orexiantes y anorexiantes. Las neuronas NPY/AgRP son inhibidas por los efectos de la insulina y la leptina, y activadas por la Ghrelina; POMC/CART, son estimuladas por la leptina y la insulina. Ambos circuitos, se encuentran conectados en forma bidireccional, por sistemas neuronales de control por retroalimentación.



El NPY, es la molécula con mayor capacidad orexiente conocida hasta el momento (12). Antes de la ingesta se observa un rápido aumento de NPY, mantenido mientras dura la comida, lo que sugiere que el NPY tiene un papel en el inicio y el mantenimiento de la ingesta (13). Sus principales acciones son: aumento de la ingesta alimentaria, disminución de la termogénesis, aumento de la secreción de insulina y de glucocorticoides (14).

AgRP es un péptido de propiedades orexigénicas que se expresa en todas las neuronas del ARC que sintetizan NPY (15). Actúa paralelamente con el NPY, estimulando el apetito y posee una segunda función, como antagonista competitivo de MSH por unión al receptor de melanocortina-3 y 4, inhibiendo la señal anorexigénica, por lo que promueve el consumo de alimentos (figura 3) (16).

POMC es una proteína precursora, que luego de procesada, da lugar a la formación de diferentes péptidos, entre los que se encuentran las hormonas  $\alpha$  y  $\beta$  estimulantes de los melanocitos ( $\alpha$  y  $\beta$ -MSH), la corticotropina (ACTH) y betaendorfinas.

MSH en unión con sus receptores, (MC3R y MC4R) da una respuesta anorexígena (16).

Las neuronas POMC, expresan receptores para leptina e insulina, cuando los niveles de leptina aumentan, estimulan estas neuronas, disminuyendo el apetito y aumentando la actividad del sistema nervioso simpático (figura 3) (17).

El CART es un péptido que se expresa especialmente en neuronas productoras de POMC (18), al igual que POMC, produce inhibición en la ingesta y participa también en la activación del eje hipotalámico-hipofisiario- adrenal y estimulación de la termogénesis (19).

Desde el ARC se proyectan fibras nerviosas a importantes áreas hipotalámicas, que están interconectadas, controlando así el apetito y la ingesta:

- Núcleo paraventricular (PVN), centro de la saciedad, puede considerarse un centro integrador, en el, convergen gran cantidad de proyecciones neuronales de NPY/AGRP y POMC/CART provenientes del ARC y por neuronas de orexina y Hormona concentradora de melanina (MCH) provenientes del hipotálamo lateral (20).
- El PVN participa en la regulación de secreción de hormonas hipofisarias, (a través del eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo) y también en la regulación de la función autonómica mediante proyecciones a neuronas preganglionares simpáticas y parasimpáticos (21).

La Hormona liberadora de corticotropina (CRH), se sintetiza especialmente en el PVN

hipotalámico y además de su conocida función en la activación del eje hipofisario-adrenal, más recientemente se describe un papel importante en la regulación de la alimentación, con hallazgos que demuestran que tiene un efecto inhibitor sobre la ingesta alimentaria así como la estimulación del sistema simpático y la lipólisis, produciendo una activación del gasto energético (22). CRH está también íntimamente relacionado con el proceso de estrés producido por el ayuno (23).

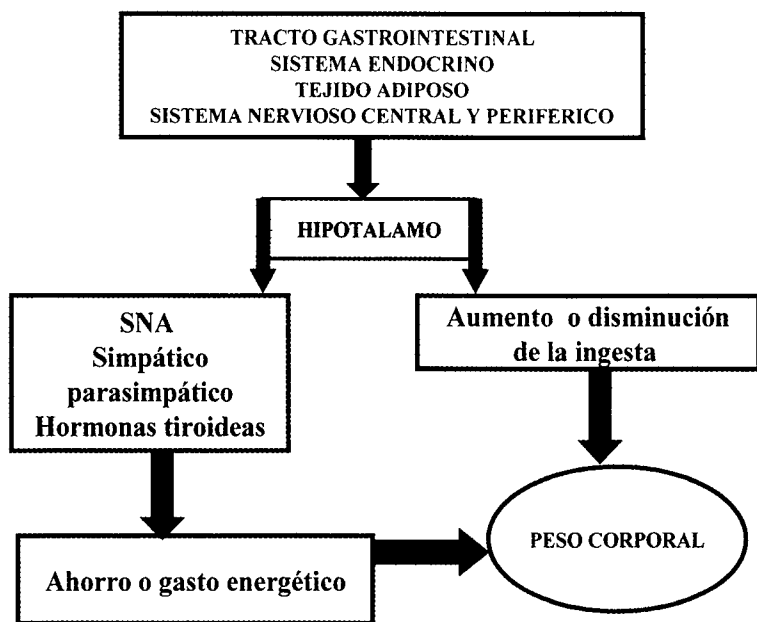
Neuronas del ARC (AgRP y MSH) proyectan también al hipotálamo lateral, centro de la alimentación, que contiene neuronas productoras de hormona concentradora de melanina (MCH) y de orexinas o hipocretinas de reconocido efecto estimulador del apetito (neuropéptidos orexigénicos) (24).

Los niveles de orexinas están regulados por las situaciones de ayuno e hipoglucemia, sugiriendo un papel fisiológico, influenciado por los niveles de glucosa y la presencia de comida en el tracto gastrointestinal (25).

Otros lugares de proyección del ARC incluyen:

- El área hipotalámica ventromedial (VMH) su estimulación inhibe el apetito, dada la gran cantidad de neuronas con receptores de leptina y colecistoquina (CCK). Contiene también neuronas glucosensitivas, que se activan cuando los niveles de glucosa en sangre son altos, disminuyendo la ingesta.
- El núcleo hipotalámico dorsomedial (DMH) constituido por circuitos neuronales provenientes del ARC, PVN, área hipotalámica lateral y tallo cerebral con alta densidad de receptores de insulina y leptina.

Todas estas áreas hipotalámicas y extrahipotalámicas sintetizan péptidos que producen diversas señales que a través de conexiones neuronales regulan la ingesta y la homeostasis energética (26). Los cambios en la síntesis y secreción de estos neuropéptidos pueden variar la actividad neuronal junto con la producción de neurotransmisores específicos (27).



**Figura 3.** -Desde diferentes puntos de partida, las señales alimentarias van convergiendo en estructuras hipotalámicas, donde diferentes poblaciones neuronales traducirán las señales periféricas procedentes del tracto digestivo y de otros órganos (tejido adiposo, hígado, páncreas) en impulsos derivados hacia otras áreas del SNC. Estas diversas áreas hipotalámicas, expresan péptidos anorexiantes y péptidos estimuladores del apetito, que modularán la actividad de grupos neuronales concretos que serán los responsables en determinar una respuesta alimentaria a través de la regulación de la expresión de hambre o saciedad y del gasto energético, vía sistema nervioso autónomo y hormonas tiroideas.

En la regulación fisiológica de la ingesta intervienen numerosas señales que podemos analizar dividiendo el sistema de control fisiológico en dos componentes:

Uno actuando a corto plazo y otro regulando la ingesta en el largo plazo (28).

El sistema de control a corto plazo se encarga de regular el apetito o inicio y finalización de comidas individuales. Responde fundamentalmente a señales gastrointestinales o "factores de saciedad" que se acumulan durante la alimentación y contribuyen a terminar la ingesta (29).

Esta regulación influye en cuánto comer y con qué frecuencia, implica señales que condicionan la ingesta diaria o a corto plazo. Cumple con la función de asegurar los mecanismos de ingestión y absorción de nutrientes.

Las señales que operan a corto plazo tienen una función completamente diferente a la de los reguladores a largo plazo en la homeostasis energética.

El control a largo plazo implica señales o factores de adiposidad liberados en relación con los depósitos de energía del organismo y tienen como función mantener el balance energético en el tiempo, regulando el peso corporal (30).

## REGULACIÓN DE LA INGESTA A CORTO PLAZO

La distensión gástrica que se produce por la llegada de alimentos al estómago, produce estimulación de receptores de estiramiento y quimiorreceptores gástricos; esta información es conducida a través del nervio vago, al SNC, concretamente al núcleo del tracto solitario (31).

El NTS recibe fibras de receptores gustativos de la boca y garganta e información aferente del estómago, intestino, páncreas e hígado. Así las señales neurales y humorales originadas en respuesta a los alimentos ingeridos, determinarán la percepción consciente (sensación de plenitud) de la señal de saciedad (32).

Potencian la saciedad la hormona colecistocinina (CCK) secretada por las células de la mucosa duodeno-yeyunal (33).

Su secreción se estimula predominantemente por la ingesta de grasas y proteínas y los productos derivados de su metabolización.

La CCK actúa por interacción con receptores localizados en las terminales vagales, donde estimula la transmisión nerviosa enviando un mensaje de saciedad al núcleo del tracto solitario (34).

Se han identificado receptores para CCK en el SNC, en el núcleo del tracto solitario y el hipotálamo dorsomedial (35) y si bien la hormona de la saciedad tiene su acción fundamentalmente como consecuencia de los efectos gastrointestinales, recientemente se sugiere que la CCK

puede actuar inhibiendo la secreción de NPY en el núcleo dorsomedial del hipotálamo (36).

Además de estos efectos directos sobre la saciedad, la CCK también estimula la contracción de la vesícula biliar la secreción pancreática y modula la actividad motora intestinal, elenteciendo el vaciamiento gástrico por interacción con receptores pilóricos (37). La velocidad de vaciamiento gástrico influye en el estiramiento de los receptores parietales y produce saciedad por inhibición del vaciado gástrico.

Conceptualmente, la CCK ejerce un efecto saciante posprandial rápido encaminado a la finalización de la ingesta. El principal determinante del tamaño de una comida, es la saciedad que promueve la finalización de la comida.

Las proteínas de la dieta también inducen saciedad a corto plazo. Aunque los mecanismos implicados no son bien conocidos, algunos aminoácidos, como fenilalanina o el triptófano, son precursores de neurotransmisores, como la dopamina y la serotonina, involucrados en el control del comportamiento alimentario.

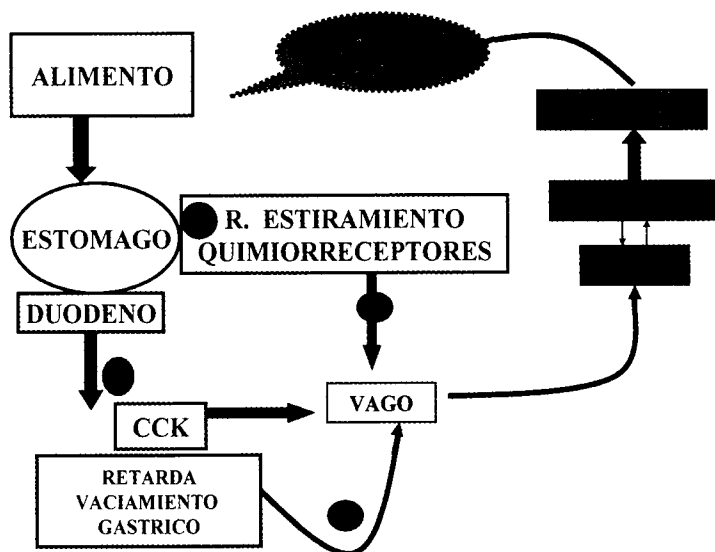
Otra señal periférica de saciedad la constituyen los niveles hepáticos de glucosa y lípidos, también transmitidas por vía vagal.

La liberación de insulina, constituye otra señal de saciedad.

La leptina no se eleva después de las comidas, no es una señal de saciedad, pero se ha demostrado un efecto potenciador del efecto saciante entre la leptina y la CCK (38), así como entre la insulina y la CCK (39); esta capacidad de las señales de adiposidad para modificar la sensibilidad de las neuronas del tracto solitario, muestra interacción entre las señales de control de la ingesta a corto y largo plazo.



**Figura 4.** - Las señales inductoras de saciedad que alcanzan el NTS se inician por el estímulo mecánico o químico del estómago e intestino delgado, durante la ingesta de alimentos, información neural inducida por el metabolismo energético hepático y señales humorales como CCK producidas por el estímulo de células secretoras neuroendocrinas ubicadas en el epitelio intestinal.



El sistema de control a corto plazo está integrado por diversos péptidos (Tabla 1) que funcionan como señales de saciedad, pero un análisis de cada uno de ellos, excede nuestra revisión, mención especial merece la hormona ghrelina de reciente descubrimiento y porque a diferencia de los otros péptidos gastrointestinales, estimula el consumo de alimentos, y su administración crónica en ratas causa obesidad (40).

**Tabla 1. Regulan el comportamiento alimentario a corto plazo; inicio, mantenimiento y finalización de la ingesta:**

| Señales de saciedad Señal con efecto orexiante |          |
|------------------------------------------------|----------|
| • CCK                                          | Ghrelina |
| • GLP-1 ( <i>glucagon-like peptide-1</i> ),    |          |
| - péptido YY (PYY),                            |          |
| - oxintomodulina                               |          |
| - obestatina                                   |          |

Las células que sintetizan la ghrelina se ubican en el fondo gástrico.

La ghrelina es el ligando del receptor GHSR (*growth hormone secretagogue receptor*), cuya activación en el hipotálamo provoca la liberación de la hormona de crecimiento (GH) por la glándula pituitaria; pero la administración sistémica de la ghrelina aumenta el apetito y la ingesta en animales deficientes de hormona GH, mostrando su papel en la regulación de la ingesta alimentaria como efecto independiente de su capacidad liberadora de GH (41). Los niveles plasmáticos de ghrelina aumentan durante el ayuno e inmediatamente antes de las comidas, y desciende posterior al consumo de alimentos lo que ha sugerido que la ghrelina está involucrada en el inicio de las comidas.

El principal mecanismo por el que la ghrelina ejerce su efecto orexiente se basa en su efecto sobre el núcleo arcuato del hipotálamo, donde se encuentran neuronas que expresan péptidos orexiantes, como el NPY y la proteína relacionada con agouti (AgRP) (42).

## REGULACIÓN DE LA INGESTA A LARGO PLAZO

Esta regulación está relacionada con el mantenimiento constante de los depósitos de nutrientes. Controla la adiposidad actuando a nivel central para modificar la ingesta y gasto energético evitando su defecto o exceso.

La insulina y la leptina son las hormonas implicadas en este sistema de control (Figura 5). La insulina fue la primera señal hormonal reconocida que participaba en la regulación del SNC sobre el peso corporal. Al ser infundida en el cerebro, disminuye la ingesta de alimentos y el peso corporal, por lo que se propone a la insulina como una señal de adiposidad en el cerebro (43).

Su secreción comienza aún antes de la ingesta del alimento y posteriormente en respuesta a la presencia de carbohidratos y grasas en el duodeno. Finalmente cuando

los nutrientes son absorbidos por el intestino hay una mayor liberación de insulina por efecto directo de la glucosa sobre el páncreas.

Las concentraciones plasmáticas de insulina están directamente relacionados con la cantidad de tejido adiposo. A medida que incrementa el peso corporal, la secreción de insulina incrementa, tanto en el estado basal como en respuesta a una comida rica en carbohidratos.

La insulina circulante penetra a través de la barrera hematoencefálica mediante un mecanismo mediado por receptores, se han identificado receptores de insulina en regiones del SNC relacionadas con el comportamiento alimentario, especialmente en el núcleo arcuato del hipotálamo (44).

A nivel central promueve, inhibición de las neuronas productoras de NPY y melanocortina y potenciación de los efectos anoréxicos de la colecistoquinina (45).

Además, la insulina incrementa la actividad simpática y, por tanto, es un modulador del gasto energético (46).

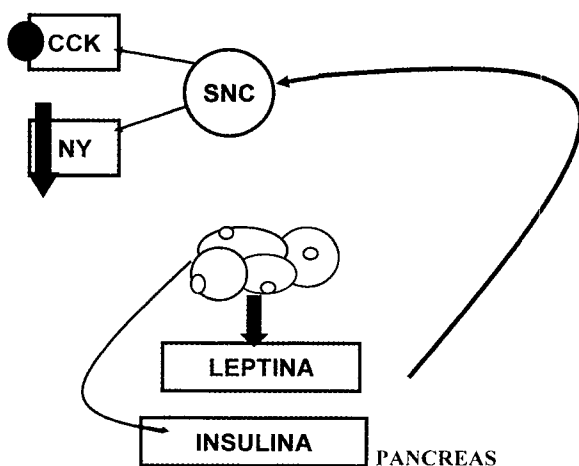
En 1994, se identificó el péptido leptina (leptos = *delgado*) y clonó el gen, posteriormente se clonó el gen del receptor. Los animales sin la hormona (ratón ob/ob) o su receptor (ratón db/db) desarrollan hiperfagia y obesidad extrema. La obesidad resultante de la pérdida de la hormona era revertida con la administración de ésta (47).

La leptina es producida a nivel del tejido adiposo y su concentración aumenta en forma proporcional a su aumento, mientras que el ayuno y la pérdida de peso inhiben su secreción (48).

El hipotálamo posee receptores para leptina que detecta el depósito de energía a través de esta hormona. La acción de leptina a nivel hipotalámico resulta en un efecto anorexiantes por estímulo del sistema melanocortinérgico, inhibición del complejo neuronal NPY/AgRP y vía activación del sistema nervioso simpático que incrementa el gasto energético (49).



En humanos se ha confirmado que la concentración de leptina plasmática, aumenta con la obesidad, así, en obesos el tejido adiposo envía información al SNC de que se ha almacenado suficiente grasa, no pudiendo afirmar que su déficit forme parte de los mecanismos patogénicos para explicar esta enfermedad. Estos pacientes, continúan comiendo excesivamente a pesar de altos valores de leptina, lo que indica que el sobrepeso podría deberse a otros mecanismos, como resistencia a las acciones de la leptina; resistencia que puede resultar de un defecto en el transporte de leptina al SNC (50) o a una atenuación de la cascada de señalización intracelular como se plantea más recientemente (51).



**Figura 5.** Leptina considerada la principal hormona adipocitaria involucrada en la regulación de la alimentación y grasa corporal. Su síntesis está en proporción directa con la grasa corporal y la insulinemia. La insulinemia tiene a su vez relación directa con la cantidad de grasa corporal. Ambas hormonas tienen efectos similares a nivel central, destacando inhibición del gen de la expresión del NPY y potenciación de los efectos de CCK.

## BIBLIOGRAFÍA

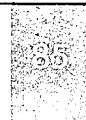
1. Martínez JA. Nutrición, metabolismo y obesidad: Nuevas evidencias. 1996. Madrid.
2. Spiegelmen BM, Flier JS. Obesity and the regulation of energy balance. Cell. 2001; 104: 531-543.

3. Edholm OG. Energy expenditure and calorie intake in young man. *Proc Nutr Soc.* 1961; 20: 71-76.
4. Schwartz MW, Woods SC, Porte DJ, Seely RJ, Baskin DG. Central nervous system control of food intake. *Nature.* 2000; 404: 661-669.
5. Libro *Hambre, apetito e ingesta alimentaria*. G. Harvey Anderson. END citar.
6. Libro *Hambre, apetito e ingesta alimentaria*. G. Harvey Anderson. END citar.
7. Campfield LA, Smith FJ. Transient declines in blood glucose signal meal initiation. *Int J Obes.* 1990;14 Supl 3:15-31.
8. Kennedy GC. The role of depot fat in the hypothalamic control of food intake in the rat. *Proc R Soc Lond B Biol Sci.* 1953; 140: 578-596.
9. Elmquist JK, Elias CF, Saper CB. From lesions to leptin hypothalamic control of food intake and body weight. *Neuron.* 1999; 22: 221-232.
10. Broadwell RD, Brightman MW. Entry of peroxidase into neurons of the central and peripheral nervous systems from extracerebral and cerebral blood. *J Comp Neurol.* 1976;166: 257-83.
11. Neary NM, Goldstone AP, Bloom SR. Appetite regulation: from the gut to the hypothalamus. *Clin Endocrinol.* 2004;60:153-60.
12. Vettor R, Fabris R, Pagano C, Federspil G. Neuroendocrine regulation of eating behavior. *J Endocrinol Invest.* 2002;25: 836-54.
13. Wang J, Dourmashkin JT, Yun R, Leibowitz SF. Rapid changes in hypothalamic neuropeptide Y produced by carbohydrate-rich meals that enhance corticosterone and glucose levels. *Brain Res.* 1999;848:124-36.
14. Alex Valenzuela. Libro *Obesidad 2º edición: Regulación neuroendócrina de la alimentación*. 2002;245-255.
15. Broberger C, Johansen J, Johansson C, Schalling M, Hofelt T. The neuropeptide Y/agouti gene-related protein (AgRP) brain circuitry in normal, anorectic and monosodium glutamate-treated mice. *Proc Nat Acad Sci USA.* 1998;95:15043-8.

16. Escher F, Brabant G et al, A role for beta-melanocyte-stimulating hormone in human body-weight regulation. *Cell Metab.* 2006; 3: 141– 146.
17. Ollmann MM, Wilson BD, Yang YK, Kerns JA, Chen Y, Gantz I et al. Antagonism of central melanocortin receptors in vitro and in vivo by agouti-related protein. *Science.* 1997; 278: 135–138.
18. Couceyro PR, Koyle EO, Kuhar MJ. Further studies on the anatomical distribution of CART by in situ hybridization. *J Chem Neuroanat.* 1997;12:229-41
19. Williams G, Cai XJ, Elliott JC, et al. Anabolic neuropeptides. *Physiol Behav* 2004;81:211-22.
20. Forbes S, Bui S, Robinson BR, et al. Integrated control of appetite and fat metabolism by the leptin-proopiomelanocortin pathway. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001;98:4233-7.
21. Leibowitz SF, Wortley KE. Hypothalamic control of energy balance: different peptides, different functions. *Peptides* 2004;25:473- 504.
22. Asakawa A, Inui A, Kaga T, et al. Ghrelin is an appetite-stimulatory signal from stomach with structural resemblance to motilin. *Gastroenterology* 2001;120:337-45
23. Elias CF, Aschkenasi C, Lee C, Kelly J, Ahima RS, Bjorbaek C et al. Leptin differentially regulates NPY and POMC neurons projecting to the lateral hypothalamic area. *Neuron.* 1999; 23: 775-786.
24. Cai XJ, Widdowson PS, Harrold J, et al. Hypothalamic orexin expression: modulation by blood glucose and feeding. *Diabetes* 1999;48:2132-7.
25. Fan W, Dinulescu DM, Butler AA, et al. The central melanocortin system can directly regulate serum insulin levels. *Endocrinology* 2000;141:3072-9.
26. Sainsbury A, Cooney GJ, Herzog H. Hypothalamic regulation of energy homeostasis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002;16:623-37
27. Badman MK, Flier JS. The gut and energy balance: Visceral allies in the obesity wars. *Science.* 2005; 307: 1909-1914.

28. Woods SC, Seeley RJ, Portre DJ, Schwartz MW. Signals that regulate food intake and energy homeostasis. *Science*. 1998; 280: 1378-1382.
29. Sánchez-Lasheras C, Könnér AC, Brüning JC. Integrative neurobiology of energy homeostasis-neurocircuits, signals and mediators. *Front Neuroendocrinol* 2009; (Epub ahead of print) doi: 10.1016/j. yfrne.2009.08.002.
30. Schwartz MW, Woods SC, Porte DJ, Seely RJ, Baskin DG. Central nervous system control of food intake. *Nature*. 2000; 404: 661-669.
31. Cummings DE, Overduin J. Gastrointestinal regulation of food intake. *J Clin Invest*. 2007; 117:13-23.
32. Larsson LI, Rehfeld JF. Distribution of gastrin and CCK cells in the rat gastrointestinal tract. Evidence for the occurrence of three distinct cell types storing COOH-terminal gastrin immunoreactivity. *Histochemistry*. 1978;58:23-31.
33. Moran TH, Baldessarini AR, Salorio CF, Lowery T, Schwartz GJ. Vagal afferent and efferent contributions to the inhibition of food intake by cholecystokinin. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 1997;272:R1245-51.
34. Moran TH, Kinzig KP. Gastrointestinal satiety signals. II. Cholecystokinin. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2004; 286:G183-8.
35. Moran TH, Kinzig KP. Gastrointestinal satiety signals. II. Cholecystokinin. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2004; 286:G183-8.
36. Moran TH, McHugh PR. Cholecystokinin suppresses food intake by inhibiting gastric emptying. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 1982;242:R491-7.
37. Matson CA, Wiater MF, Kuijper JL, Weigle DS. Synergy between leptin and cholecystokinin (CCK) to control daily caloric intake. *Peptides*. 1997;18:1275-8.
38. Riedy CA, Chávez M, Figlewicz DEP, Woods SC. Central insulin enhances sensitivity to cholecystokinin. *Physiol Behav*. 1995;58:755-60.
39. Kamegai J, Tamura H, Shimizu T, Ishii S, Sugihara H, Wakagayashi I. Chronic central infusion of ghrelin in-

- creases hypothalamic neuropeptide Y and agouti-related protein mRNA levels and body weight in rats. *Diabetes*. 2001;50:2438-43
40. Wren AM, Seal LJ, Cohen MA, Brynes AE, Frost GS, Murphy KG, et al. Ghrelin enhances appetite and increases food intake in humans. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86:5992-5.
  41. Kamegai J, Tamura H, Shimizu T, Ishii S, Sugihara H, Wakagayashi I. Chronic central infusion of ghrelin increases hypothalamic neuropeptide Y and agouti-related protein mRNA levels and body weight in rats. *Diabetes*. 2001;50:2438-43.
  42. Woods SC, Lotter EC, Mckay LD, Porte DJ. Chronic intracerebroventricular infusion of insulin reduces food intake and body weight in baboons. *Nature*. 1979; 282: 503-505.
  43. Baskin DG, Wilcox DJ, Figlewicz DP, Dorsa DM. Insulin and insulin-like growth factors in the CNS. *Trends Neurosci*. 1988; 11:107-11.
  44. Havel PJ. Peripheral signals conveying metabolic information to the brain: short-term and long-term regulation of food intake and energy homeostasis. *Exp Biol Med*. 2001;226:963-77.
  45. Bruning JC, Gautam D, Burks DJ, Gillette J, Schubert M, Orban PC, et al. Role of brain insulin receptor in control of body weight and reproduction. *Science*. 2000;89:2122-5.
  46. Chua SC, Chung WK, Wu-Peng XS, Zhang Y, Liu SM, Tartaglia L et al. Phenotypes of mouse diabetes and rat fatty due to mutations in the OB (leptin) receptor. *Science*. 1996; 271: 994-996.
  47. Ahima RS, Prabakara D, Mantzoros C, Qu D, Lowell B, Maratos-Flier E et al. Role of leptin in the neuroendocrine response to fasting. *Nature*. 1996; 82: 250-252.
  48. Frühbeck G, Jebb SA, Prentice AM. Leptin: physiology and pathophysiology. *Clin Physiol*. 1998;18:349-419.
  49. Flier JS. Obesity wars: molecular progress confronts an expanding epidemic. *Cell*. 2004; 116: 337-350.
  50. Coll AP, Farooqui S, O'Rahilly S. The hormonal control of food intake. *Cell*. 2007; 129: 251-262.



## 2.2 CULTURA Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN URUGUAY

Lic. Nta. Luisa Saravia

### DERECHO ALIMENTARIO

Para comenzar a reflexionar sobre la cultura alimentaria, se considera conveniente partir de la concepción del derecho alimentario. Se entiende por éste el derecho de las personas a tener acceso, individual o colectivamente, de manera regular y permanente, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, y a los medios necesarios para producirla, de forma que se corresponda con las tradiciones culturales de cada población y que garantice una vida física y psíquica satisfactoria y digna. Esto significa no solamente el derecho humano a la alimentación en referencia a que todas las personas dispongan y accedan a los alimentos, sino que además, este derecho esté protegido jurídicamente, garantizando políticas gubernamentales adecuadas que permitan a las personas alimentarse.

Al analizar los elementos constitutivos del derecho a la alimentación se destacan:

- Alimentación suficiente: es aquella que aporta una combinación de productos nutritivos suficientes para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en

todas las etapas del ciclo vital, según el sexo y la ocupación.

- Adecuación: los alimentos o regímenes de alimentación disponibles para satisfacer el derecho a la alimentación deben ser adecuados para las condiciones sociales, económicas, culturales, climáticas, ecológicas y de otro tipo, en un espacio y tiempo determinado.
- Sostenibilidad: posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras.
- Inocuidad: los alimentos deben carecer de sustancias nocivas, para lo cual debe establecerse una gama de medidas de protección, tanto por medios públicos como privados para evitar la contaminación de los productos alimentarios debido a la adulteración y/o a la mala higiene ambiental o a la manipulación incorrecta en distintas etapas de la cadena alimentaria.
- Respeto a las culturas: los alimentos deben ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados, por lo que se deben considerar también, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como a las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles.
- Disponibilidad: posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de los alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda.
- Accesibilidad económica: implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro

la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas.

- **Accesibilidad física:** implica que los alimentos adecuados deben ser accesibles a todos en un momento y circunstancia.

## SEGURIDAD ALIMENTARIA

En estrecha relación con el derecho alimentario y como una herramienta para su ejercicio, el concepto de seguridad alimentaria ha sido usado con muy diferentes sentidos a lo largo del tiempo y por parte de diferentes autores.

Las más recientes definiciones son las de la Cumbre Mundial de la Alimentación, en 1996, en donde la seguridad alimentaria fue definida como la situación que se da cuando todas las personas tienen, en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana.

En el año 2000, FAO define la inseguridad alimentaria como la situación que se da cuando las personas carecen de un acceso seguro a una calidad suficiente de alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y una vida activa y sana. Puede deberse a la no disponibilidad de alimentos, el insuficiente poder adquisitivo, la distribución inapropiada o el uso inadecuado de los alimentos en el hogar. La inseguridad alimentaria, las malas condiciones de salud y de saneamiento y las prácticas de atención y alimentación inapropiadas, son las principales causas de un estado nutricional deficiente. La inseguridad alimentaria puede ser crónica, estacional o transitoria.



## CULTURA ALIMENTARIA

La Wikipedia define a la cultura como el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano.

La Real Academia de la Lengua Española, por su parte, entiende que la cultura es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.

La UNESCO, en 1982, declaró:

"...que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden."

Dentro de las expresiones de mayor significación y arraigo en un pueblo se encuentra la **cultura alimentaria**. Con este término se entiende "no sólo la forma en que se consumen los alimentos, sino también cómo se producen y en qué cantidad, qué parte se destina a la familia, cómo se distribuyen en la familia y qué parte se vende."

El estudio de la alimentación es un factor determinante para la comprensión integral de una cultura. A su vez, el desarrollo alimentario está condicionado en la sociedad por factores económicos, religiosos, políticos, sociales y biológicos.

El desarrollo de la cultura alimentaria es importante en la historia del hombre, no sólo por constituirse en una

expresión acentuada de la vida cultural de cada pueblo, sino por contribuir al desarrollo biológico de los distintos grupos étnicos que han poblado y habitan el mundo.

## HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN

La humanidad como género existe desde hace unos 4 millones de años, en el transcurso de los cuales se fueron dando condiciones evolutivas y ambientales que derivaron en nuestra sociedad actual. Nuestros primeros antepasados los homínidos, que eran bípedos, se paraban en la sabana, veían más, la presión selectiva de los grandes predadores fue dejando vivos a los que podían escapar más rápidamente. Acompañando el bipedalismo encontramos el cambio de alimentación: de una primera nutrición insectívora, se fueron incorporando los vegetales, las frutas y la prelación de otros mamíferos, hasta llegar al omnivorismo que produce un acortamiento del intestino y posibilita el proceso de encefalización por un mayor aporte de proteínas.

Junto a la mayor variación alimentaria, estos grupos empiezan a consumir y transportar alimentos de diferentes maneras, colaborando entre ellos para poder subsistir a los predadores.

El Homo Erectus, que aparece hace un millón de años, pasa de presa a predador. En este período se puede hablar de la dieta paleolítica: carne con ensalada. El Homo Erectus obtenía más del 50% de su valor calórico total de fuentes de vegetales y la carne era magra. Consumía pocos hidratos de carbono y grasas y abundantes fibras. Esto acompañado de un ejercicio permanente, ya que caminaba unos 5 km. diarios para conseguir alimento, hace que las poblaciones paleolíticas estuvieran muy bien alimentadas.

El verdadero hombre moderno, el Homo Sapiens Sapiens, surgió hace unos 40 mil años, sin embargo, el genotipo humano ha tenido cambios mínimos en estos 400 siglos, aunque la vida humana y el ambiente han tenido grandes

cambios, en especial desde hace unos 10 mil años con la aparición de la agricultura.

El cultivo de los granos trae una determinada organización social: se pasa de la vida nómada (recolectores) a la formación de aldeas, comienza el sedentarismo que favorece la obesidad, la contaminación de las cuencas acuíferas, el hacinamiento, etc. Aparecen patologías derivadas de esta situación como artrosis, artritis, caries.

Con la tecnología que se poseía en el neolítico, el planeta quedaba chico para alimentar a la población por lo que aparecen la guerra y la pobreza. Se crean las clases sociales, bien diferenciadas, con distinto acceso a los alimentos, condicionando la obesidad en las clases altas y la desnutrición en las clases bajas.

Acercándonos a nuestros días, diremos que después de la revolución industrial, el alimento como nunca antes, se transforma en mercancía: aparecen distintas etapas en su procesamiento que dan origen a diferentes actividades industriales y comerciales. Vivimos en un período de producción que nos garantiza una permanente abundancia y desarrollamos los alimentos que más se venden; las grasas y los dulces. Para comprender la respuesta del hombre a su medio ambiente en cuanto a selección y consumo de alimentos, es conveniente examinar su comportamiento dentro de su contexto cultural.

Así puede aseverarse que la tradición cumple una función específica en la creación y mantenimiento de la cultura alimentaria, dado que la alimentación de un pueblo forma parte de sus hábitos, creencias y costumbres. "La gente no come lo quiere ni lo que sabe, sino lo que puede". Por lo tanto, para comprender por qué se come de determinada manera, hay que reconocer tanto las condiciones materiales en que se desarrolla la vida (que marcan el acceso a los alimentos), como las representaciones que condicionan el acceso simbólico: los principios de inclusión.

Por otra parte debe destacarse que los avances tecnológicos han propiciado cambios en la conducta humana, con

mayor rapidez que en tiempos pasados, se han alterado las costumbres y las tradiciones y se han reemplazado por otras nuevas; asimismo la velocidad de los cambios ha impedido probar si tales costumbres se arraigaron en varias generaciones, y sin embargo, los nuevos hábitos se establecen rápidamente debido a las condiciones de vida constantemente cambiantes.

Desde luego, los cambios culturales alimentarios también están inmersos en ese mismo proceso de transformación acelerada.

Nuestra paradoja actual es que los pobres son obesos (porque se alimentan de grasas y azúcares) y los ricos son delgados.

Las pautas culturales van desde los procesos psíquicos de apetito y saciedad, hasta las representaciones de la alimentación que definen qué es comestible, cómo se obtiene el alimento, cómo se prepara, cómo se sirve, cómo y cuándo se come. Las personas estructuran patrones dietarios, ciclos diarios de comida, horarios, así como ciclos de festividades y ayunos.

"El código de la comida es uno de los elementos básicos para descifrar las reglas culturales de etiqueta, identidad y pertenencia a un grupo social" La gastronomía, que otorgaba sentido a través de la estructuración de pautas culturales de alimentación, fue desplazada por la gastroanomía: el no saber acerca del comer. Esto no es por falta de información, sino por lo contrario, hay exceso de pautas, hay demasiadas normas: la de los padres, la de la publicidad, la de los chefs, la de la industria, la del TV. Nos enfrentamos a múltiples referencias, debemos elegir permanentemente: comer rico, o sano, o a la moda, o rápido o barato.

Es en la transformación doméstica de los productos de la canasta en platos de comida donde se juega la estrategia de consumo que define cierto estilo de vida, porque el modo de preparación de un plato, implica además de las prácticas concretas y el uso de tecnologías específicas,



representaciones acerca de la comida, el cuerpo, la salud, los géneros, sobre cómo debe ser la vida.

La antropóloga argentina Patricia Aguirre sintetiza tres representaciones del cuerpo que funcionan como principios de inclusión de tres tipos de alimentos, que se organizan en tres tipos de comensalidad, según las condiciones de vida:

- 1. Cuerpos fuertes – alimentos rendidores – comensalidad colectiva:** que corresponde a los sectores de ingresos bajos y pobres estructurales.
- 2. Cuerpos lindos – alimentos ricos – comensalidad familiar:** en los sectores de ingresos medios.
- 3. Cuerpos sanos – alimentos light – comensalidad individual:** en los sectores de ingresos medio-alto y altos.

## LA COMIDA DE LOS POBRES

El cuerpo "fuerte" de los más pobres y su consiguiente principio de incorporación: los alimentos "rendidores" que se organizan en un tipo de comensalidad colectiva que amplía el paréntesis abriéndose a los compañeros.

Cuanto más pobre es el hogar, más predominan los platos colectivos, las sopas y los guisos; estos platos son funcionales a la comensalidad, al tiempo de la cocinera, a la tecnología de la cocción y a la percepción que los más pobres se hacen de cuerpo y su lugar en el mundo. Estas comidas tienen otra ventaja y es que se pueden "estirar". Bajo la línea de pobreza la red de relaciones es una parte importante de las estrategias de vida y el comer con otros es parte importante de las relaciones de red, no sólo compartir la comida festiva sino principalmente compartir la comida cotidiana. La amistad se convierte en familiaridad compartiendo la comida cotidiana, la que no está marcada por el ritual de la fiesta o la etiqueta. En la pobreza, la comida en el hogar es importante, pero la familia se abre más allá del parentesco, se abre a los

compañeros en un tipo de comensalidad que aprecia la inclusión de los otros y se refuerza en esa inclusión.

Este sector es el que dedica mayor tiempo a la comida: conseguirla, cocinarla y disponer de los restos, sin la asistencia de tecnología, se llevan a buen término invirtiendo el tiempo y la energía de la mujer que cocina. En las familias pobres es más marcada la división sexual del trabajo doméstico: la cocina pertenece a la mujer, los hombres no cocinan en la cocina, en cambio lo hacen afuera, en la parrilla, en ocasiones festivas marcadas por el asado.

En la pobreza, el volumen de la comida adquiere una dimensión fundamental, los platos deben estar llenos y debe terminarse todo, debe limpiarse el fondo del plato, signo de aceptación para la cocinera, para la comida y para la situación.

## EL CUERPO FUERTE DE LOS POBRES

Los sectores populares manifiestan su ideal corporal en la noción de "fuerte", síntesis, a la vez de salud y de belleza. Se puede interpretar que el ideal del cuerpo fuerte no es más que una relectura de su propia imagen, ya que los cuerpos de los hombres y mujeres pobres se caracterizan por su contundencia. Sin embargo, el cuerpo "fuerte" de los pobres tiene diferentes significados según se hable de varones o mujeres, en los primeros está asociado a la actividad, al poder físico y a la capacidad de dominio e imposición, en cambio en las segundas, el cuerpo fuerte está asociado a la resistencia, es fuerte la mujer que puede soportar el dolor o la adversidad sin quebrarse.

Si el deseo de los sectores pobres persigue un cuerpo fuerte, los alimentos seleccionados cumplirán esa condición. Porque el alimento construye el cuerpo "desde adentro", la idea de la fuerza debe regir toda incorporación fisiológica y psicológica para construir el cuerpo deseado.

Son designados como "fuertes": las carnes rojas, las féculas, los vinos, los picantes. Donde el valor del cuerpo es la fuerza, donde la comida incorporada cumple las condiciones de fuerte, también las maneras de llegar a los alimentos, de servirlos, de tragarlos, deben seguir ese patrón. Los guisos y las sopas tienen característica que pueden comerse demostrando esa fortaleza del cuerpo: se sirven en plato hondo, se toman de a tragos. Pero además, deben "rendir", y respecto de los alimentos los pobres explican que "rinden" cuando cumplen tres características: deben ser baratos, deben llenar y deben gustar. Pero los alimentos "rendidores" forman dietas monótonas, restringidas a 22 productos, donde reinan los fideos y las grasas y hay escasez de lácteos, frutas y verduras, cuyo precio, sensación de saciedad y gusto, los convierten en cuasi exóticos en la canasta de los pobres. Esta adaptación a lo posible tiene consecuencias y se advierten en los cuerpos, más gordos y más bajos que el resto de la población, que no han llegado a desarrollar el potencial genético, desnutridos crónicos con un déficit de talla marcado desde la niñez. En tanto se comen sólo alimentos rendidores, hay exceso de energía y falta de minerales y vitaminas, contenidos justamente en los productos más caros del mercado.

## LOS ALIMENTOS RICOS DEL SECTOR DE INGRESOS MEDIOS

Para los sectores de ingresos medios la representación dominante es el cuerpo lindo, designado así sólo si es flaco, lo que se identifica a la vez con la belleza y la salud. El principio de incorporación de la comida se representa como "rica". Este ideal de belleza esbelta, alimentada con productos considerados "ricos" que lo son en tanto grasos y dulces, resulta una misión imposible, por lo que este sector es el principal consumidor de dietas adelgazantes (reales o imaginarias). En este sector, la función del gusto es diametralmente opuesta a la de los sectores pobres; no está del lado de la necesidad sino, irónica-

mente, del lado del pecado, porque el gusto seguirá diversas vertientes pero todas tendientes a comer mucho, lo que entra en conflicto con su ideal del cuerpo esbelto y sano y los someterá a la tiranía de las dietas.

Las estrategias de consumo se diferencian en este sector de acuerdo a su condición socio-ocupacional.

**Los empobrecidos:** se caracterizan porque sus prácticas y sus representaciones están en transición: no pueden mantener el estilo de vida de un sector al que ya no pertenecen por su franja de ingresos, pero no tienen ni desean adoptar las estrategias de vida de los pobres.

**Los conservadores:** siguen la tradición de las carnes rojas, las pastas frescas, las salsas de tomate y los postres cremosos. Comer es gozar, comer bien es comer rico y comer mucho. Si bien los alimentos se parecen a los elegidos por los pobres, este grupo no busca un ideal de cuerpo fuerte, se ven feos y desean ser "lindos y sanos", encontrando en la delgadez la unión de la belleza y la salud. Para no renunciar a ninguna de las dos aspiraciones (comer bien y estar delgados) buscarán alimentos ricos y dietas adelgazantes, por lo que mantienen el volumen de las comidas consumiendo el doble pero en productos light y haciendo dietas antes que aumentando la actividad física. La concepción que tienen los conservadores de "la dieta" es el período de abstinencia que media entre dos períodos de consumo excesivo.

**Los innovadores:** para este grupo la dieta está más cerca de transformarse en un régimen, en un estilo de vida. Porque si bien el principio de incorporación de alimentos está guiado por una concepción del cuerpo flaco y sano, este se piensa como premio de un trabajo individual, de una lucha contra sus tendencias y su posibilidades de comer.

En este sector aparecen los hombres cocineros, aunque no tanto en la cocina diaria sino ligados a la preparación excepcional.

Sin embargo, y a pesar de las diferencias marcadas, son los alimentos, las preparaciones y las concepciones del cuerpo las que le dan unidad al sector, ya que a medida que aumentan los ingresos, las formas de preparación hacen que las comidas se transformen en platos individuales. La búsqueda del bajo contenido graso influye en el tipo de preparaciones; disminuyen las frituras a favor del horneado, el grillado, la cocción al vapor o a la plancha. Además influye el trabajo de la mujer, que es importante para la economía doméstica, por lo que la tecnología estará asociada a favor de reducir el tiempo de trabajo ocupado en la limpieza y la cocina. Las madres cocineras y amas de casa del sector medio preparan o mandan preparar asados al horno, tartas, minutas, pastas y ensaladas. La representación de la comensalidad es la familia nuclear reunida alrededor de la mesa hogareña, compartiendo afablemente la comida.

## LA COMIDA "SANA" DE LOS SECTORES DE INGRESOS ALTOS

Rigen en los sectores de mayores ingresos las representaciones del cuerpo "sano", que también se identifica con la preocupación de estar delgados, asociada tanto a la estética como a la salud. Siguiendo este único deseo de estar delgados, los alimentos serán light, se elegirán comidas exentas de grasa y azúcares para formar platos individuales.

La recomendación nutricional que registran es una dieta rica en fibras y baja en colesterol formada por las frutas y las verduras, el pescado y los mariscos, la leche descremada y sustituyen el pan de panadería por las galletitas saladas. Sustituyen los fideos por diferentes variedades de arroz, toman más agua mineral que refrescos y entre las infusiones predomina el café a expensas del mate o el té.

En el extremo de los ingresos altos priman los platos individuales; en una comida hogareña en este sector puede

haber cuatro platos individuales distintos, el padre comerá una comida sin colesterol, la madre picará una ensalada siguiendo cierta dieta, el hijo deportista tomará una comida reforzada y la hija mística un plato vegetariano. Se comparte la comida como situación pero no la comida como producto, se valoriza el ambiente, el espacio, el tiempo, la ocasión y la compañía.

## CONSUMO DE ALIMENTOS

En el Uruguay, en estrecha relación e interdependencia con la transición epidemiológica y demográfica, se produce la transición nutricional. Transición nutricional es un término empleado para describir los cambios en el régimen alimentario, la actividad física, la salud y la nutrición. Estos cambios pueden corresponderse al aumento de los ingresos, la influencia de los medios de comunicación de masas y el marketing de alimentos y a toda una serie de cambios en las características del trabajo y el ocio. El lugar de una persona en la transición nutricional depende de en qué medida se ha distanciado de un régimen alimentario tradicional y ha adoptado el régimen occidental, con todos los cambios asociados en la actividad física y la composición del cuerpo. En Uruguay, esta transición nutricional tiene características similares al resto de los países de Latinoamérica. Si bien dominan el panorama los problemas nutricionales por exceso, tales como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, etc.), de muy alta prevalencia en la población, coexisten con problemas nutricionales deficitarios, tales como la desnutrición energético-proteica y carencias de micronutrientes. La prevalencia de estos déficit en la población varía en función de la edad y el nivel socioeconómico de los individuos y sus familias.

En 1996 se efectuó una estimación de consumo aparente de alimentos a partir de los datos aportados por la Encuesta de Gastos e Ingresos efectuada en el pe-

río junio 1994 - mayo 1995 en hogares urbanos de Montevideo e Interior del país (localidades con población mayor de 10000 habitantes). En 1999-2000 se efectuó otra estimación del consumo aparente de alimentos, estudiando población del interior urbano en localidades de menos de 5000 habitantes, de menos de 900 habitantes y rural dispersa de todo el país.

En términos generales, en el primer estudio, se observó un suministro adecuado de alimentos en los hogares, aunque existen segmentos de población que padecen restricciones y al mismo tiempo en los hogares con mayor poder adquisitivo se observan consumos aparentes muy por encima de las necesidades.

En el primer decil de ingresos tanto para Montevideo como para el interior del país, el consumo energético resultó inferior a la necesidad media estimada para todo el grupo que fue de 2150 Kcal. Por otra parte, el 80 % de los hogares de Montevideo y el 50 % de los hogares del interior tienen consumos energéticos superiores en 20% o más a la media estimada. La cantidad y calidad de las proteínas consumidas resultó adecuada. El consumo de grasa es elevado en ambas regiones. El consumo de colesterol fue de 369 mg /persona/día en Montevideo y 319 en el interior. El consumo de fibra resultó ser de 23.5 g en Montevideo e interior.

En el segundo estudio citado se observó que los hogares residentes en las localidades urbanas, presentan entre sí un comportamiento similar en la cantidad de alimentos consumidos. Los hogares pertenecientes al medio rural, no solamente consumen una mayor cantidad total de alimentos por persona/día, sino que presentan variantes en relación al tipo de alimentos consumidos. Las personas que viven en área rural dispersa consumen en términos absolutos y relativos, una mayor cantidad de carnes y lácteos que los residentes en áreas urbanas.

En todos los estratos, el consumo de calorías del total de hogares, supera ampliamente el requerimiento diario medio estimado para cada grupo poblacional, que fueron

de 2282 kcal para el medio rural disperso y 2146 kcal para los habitantes de zona urbana.

Desde el punto de vista de la contribución de los diferentes nutrientes en las dietas consumidas, se destacan los siguientes hechos: La contribución de las grasas al aporte calórico total es extremadamente alta en todos los estratos, fenómeno agravado en el medio rural disperso, en el que representan el 37.49% del consumo total. Las grasas consumidas son predominantemente saturadas, siendo la relación ácidos grasos poliinsaturados a saturados muy inapropiada. También el consumo de colesterol resulta muy elevado. El aporte de proteínas prácticamente duplica las necesidades de todos los grupos, siendo mucho mayor en área rural. El aporte total de hierro, fibra, vitamina C y calcio se consideró aceptable. Lo expuesto coloca a la población residente en localidades de menos de 5000 habitantes y especialmente a las de áreas rurales dispersas, en situación de alto riesgo de padecer obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

Los hogares de más bajo nivel de ingresos tienen consumos medios menores a sus necesidades, con excepción de la población que vive en localidades de menos de 5000 habitantes y en medio rural disperso. O sea que la población con menor acceso económico a los alimentos presenta ingestas deficitarias.

## 2.3 VALORACIÓN NUTRICIONAL

Lic. Nta. Marina Moirano

### INTRODUCCIÓN

La valoración del estado nutricional es un componente básico del proceso de atención nutricional. Se define como un "proceso sistemático para obtener, verificar e interpretar los datos necesarios para tomar decisiones en relación a la naturaleza y causa del problema relacionado con la nutrición. Consiste en recolectar datos bioquímicos, medidas antropométricas, hallazgos del examen físico, historia alimentaria/nutricional e historia del paciente."<sup>1</sup>

El objetivo de la valoración nutricional es arribar a un diagnóstico y detectar en forma oportuna la malnutrición o el riesgo, para intervenir precozmente.

La valoración nutricional aplicada a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tiene otra utilidad adicional.

Es frecuente que las alteraciones del estado nutricional (pérdida o ganancia de peso) o los cambios en el patrón de alimentación sean los signos de alerta o de sospecha de un posible TCA. Son manifestaciones visibles de la re-

1 ADA. Nutrition Diagnosis: A critical step in the Nutrition Care Process. J Am Diet Assoc. 2003; 103: 1061-1072.

percusión nutricional que las alteraciones en la alimentación generan. En este contexto, la valoración nutricional cobra especial importancia como un elemento más para la pesquisa de TCA.

Cuando trabajamos en la consulta nutricional general, es poco frecuente recibir pacientes con diagnóstico de TCA. En general, asisten derivados por otro motivo o sin motivo de consulta claro.

En este contexto la identificación de signos de alerta es fundamental para realizar contactos con otros profesionales que puedan esclarecer el diagnóstico.

El presente resumen pretende ubicarse en esta última situación planteada, desde la consulta general, sin diagnóstico claro o con una derivación por otra causa, aportando elementos que puedan orientar a otros integrantes del equipo en el planteo diagnóstico.

## LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL MARCO DEL PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL

Durante la primera etapa del proceso de atención nutricional, se recolecta información clínica y nutricional relevante para la confección de un diagnóstico nutricional.

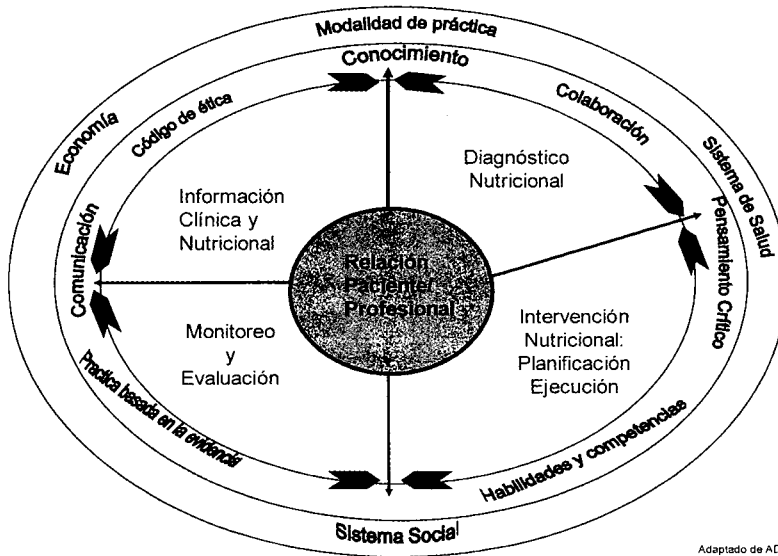
Según el contexto en el que se desarrolle la atención de ese paciente, se contará con **información clínica** proveniente de la historia clínica, del pase médico, del contacto directo con quien deriva a la consulta nutricional, o con el relato del propio paciente sobre los motivos que lo llevaron al encuentro con el profesional de la Nutrición.

Dada la diversidad de formas en las que un paciente puede llegar al consultorio, es sumamente difícil generalizar con qué datos contaremos para seguir con el proceso.

Identificar al médico referente y la especialidad, la medicación que recibe (prescripta o de libre acceso, como diuréticos, laxantes, suplementos vitamínicos, etc) y contar con parámetros de laboratorio son datos de suma utili-

dad. Seguramente, confirmado el TCA, esta información deba completarse.

El diagnóstico nutricional es el nexo crítico en el proceso de atención nutricional entre la valoración y la intervención. Completado este diagnóstico, será posible comenzar a planificar acciones.



Fuente: Modelo de atención nutricional en clínica. Una guía para reflexionar sobre el rol profesional. UDELAR. AUDYN. 2006

## COMPONENTES DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL

La valoración nutricional tiene distintos componentes: el antropométrico, el clínico, el bioquímico y el dietético.

A su vez, se puede abordar en distintos niveles de complejidad, desde un nivel básico de screening o tamizaje hasta una valoración con métodos complementarios de alta complejidad.

A efectos de la presente síntesis, nos situaremos en lo que habitualmente se utiliza a nivel de atención ambulatoria.

## COMPONENTE ANTROPOMÉTRICO

Los indicadores antropométricos surgen de medidas o mediciones corporales.

Los más utilizados a nivel de consultorio son el peso y la talla, y las relaciones o índices que se calculan a partir de ellos.

Para el diagnóstico de anorexia nerviosa, se toma como un elemento el peso como porcentaje del peso saludable, considerándose como de alerta un peso menor al 85%.

Las Guías de la Asociación de Psiquiatría Americana<sup>2</sup> plantean que las decisiones clínicas vinculadas a la anorexia no deben realizarse en forma simplista basándose en categorías artificiales de porcentajes de peso corporal o IMC, sino que representan un factor más a tomar en consideración.

### IMC

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de uso universal, que permite realizar una valoración global. Se compara con distintos estándares según la edad del individuo valorado, no utilizándose los mismos criterios para un adulto (mayor 19 años) que para un adolescente.

Tiene una buena correlación con la masa grasa, aunque presenta como aspectos negativos la imposibilidad de diferenciar la composición corporal y que su especificidad se afecta en rangos extremos.<sup>3</sup> Alteraciones a nivel de fluidos relativizan también su utilidad.

Para el adulto, existe un rango de IMC considerado como normal o saludable. Por encima de éste se considera que el individuo está con sobrepeso o con obesidad y por de-

---

2 Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Third Edition. 2006. Disponible en: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/PracticePDFs/EatingDisorders3ePG\\_04-28-06.pdf](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/PracticePDFs/EatingDisorders3ePG_04-28-06.pdf)

3 De Girolami, D. Fundamentos de la Valoración nutricional y composición corporal. El Ateneo. 2003.

bajo se considera bajo peso. Es importante destacar que para la definición de los puntos de corte se considera la asociación del IMC con el riesgo de comorbilidades, pero no toma en consideración los parámetros "estéticos" imperantes. A su vez, existen posturas que discuten el uso de puntos de corte discriminados según etnia.

## CRITERIOS DE IMC PARA ADULTOS SEGÚN LA OMS 1997<sup>4</sup>

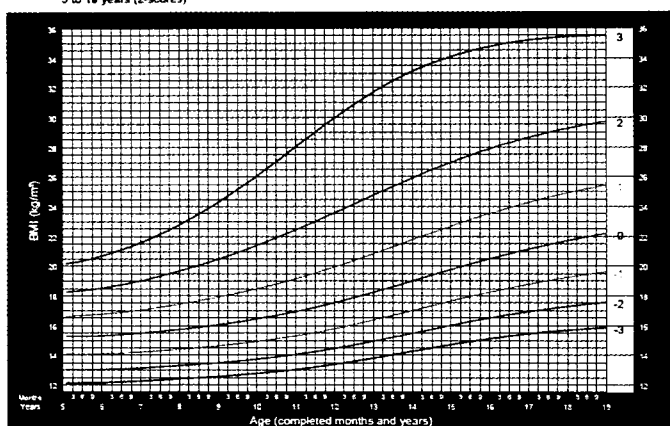
| IMC – adultos (OMS 97) |                          |                                              |
|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Clasificación          | IMC (kg/m <sup>2</sup> ) | Riesgo co-morbilidades                       |
| Bajo peso              | < 18,5                   | Bajo (mayor riesgo otros problemas clínicos) |
| Rango normal           | 18,5 – 24,9              | Medio                                        |
| Sobrepeso              | > = 25                   |                                              |
| Pre-obeso              | 25 – 29,9                | Aumentado                                    |
| Obesidad clase I       | 30 – 34,9                | Moderado                                     |
| Obesidad clase II      | 35 – 39,9                | Severo                                       |
| Obesidad clase III     | > = 40                   | Muy severo                                   |

Para los adolescentes (considerados según la OMS entre los 10 y los 19 años), se consideran las tablas de IMC por edad confeccionadas por la OMS en el año 2007, que plantean criterios de normalidad según sexo.

4 Report of a WHO consultation on Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Ginebra. World Health Organization. 1997.

## BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

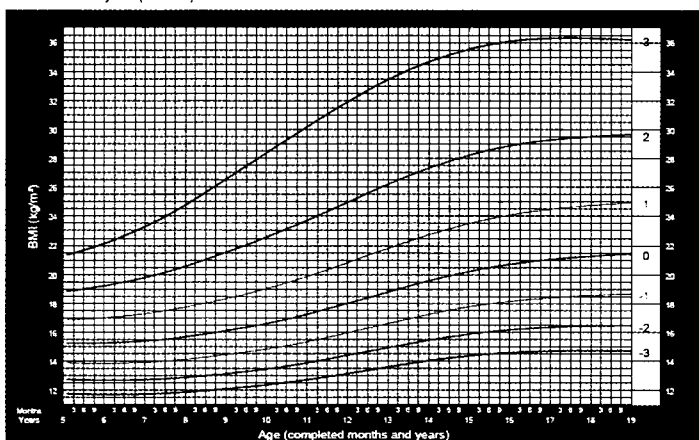
GRAFICAS DE BMI POR  
SEXO Y POR EDAD.  
OMS 2007. Disponibles  
en: [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html)

**Puntos de corte (OMS 2007):**

Sobrepeso > + 1 DS  
(equivalente a IMC 25kg/  
m<sup>2</sup> a los 19 años)  
Obesidad: > + 2 DS  
(equivalente a IMC 30 kg/  
m<sup>2</sup> a los 19 años)  
Delgadez: < -2 DS.  
Delgadez severa: < -3 DS.

## BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Junto con el IMC, es necesario valorar la talla para la edad que presenta el paciente. Los gráficos de talla están disponibles en [http://www.who.int/growthref/who2007\\_height\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/growthref/who2007_height_for_age/en/index.html)

Se debe considerar también peso y talla de los padres.

El IMC por edad no considera el grado de desarrollo puberal (edad biológica), que se evalúa mediante los estadios de Tanner.

Para niñas entre 8 y 14 años, y varones de 10 a 15 años, se debe evaluar primero la edad biológica (por un profesional del área de la salud) y compararla con la edad cronológica.<sup>5</sup>

Cuando ambas edades presenten una diferencia menor de 1 año, se evalúa el estado nutricional según IMC por edad (edad cronológica).

Cuando ambas edades presenten una diferencia mayor de un año, se evaluará el estado nutricional según el IMC por edad biológica.

## DISTINTOS PESOS - VARIACIONES DE PESO

El peso de la consulta es un dato importante, pero el análisis de los "distintos" pesos alcanzados en distintas etapas aporta información de suma utilidad.

En el caso de adolescentes, esta lectura se relativiza debido al crecimiento, que agrega un factor de confusión a este análisis.

---

5 Atalah, E. Evaluación nutricional de la obesidad en las diferentes etapas de la vida. En: Cruchet, S; Rozowski, N. Obesidad, un enfoque integral. Nestlé Chile S.A. 2007.

| <b>DISTINTOS PESOS A INVESTIGAR</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peso máximo - peso mínimo                                | Analizar momento en el que fueron alcanzados. Según la distancia entre uno y otro es posible valorar cuán importantes son las oscilaciones ponderales a lo largo de la vida del paciente. Es clave identificar en que etapa de la vida se produjeron. |
| Peso en la infancia                                      | La obesidad en la infancia ha sido descrita como factor de riesgo para bulimia.                                                                                                                                                                       |
| Pesos alcanzados con tratamientos previos                | Fundamental en quienes tienen voluntad/indicación de descenso de peso. Muchas veces poco realistas y de difícil mantenimiento.                                                                                                                        |
| Peso habitual                                            | Peso mantenido en el último tiempo, o durante un tiempo prolongado.                                                                                                                                                                                   |
| Percepción del propio peso<br>Y preocupación por el peso | Detectar si se está cómodo con el peso actual y preocupación por el peso, ya que son elementos vinculados con el planteo diagnóstico.                                                                                                                 |
| Peso deseado                                             | Dato que surge muchas veces en forma espontánea en la consulta. La distancia del mismo con un peso saludable muchas veces constituye un signo de alerta.                                                                                              |

|                                            |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peso objetivo                              | O peso pactado para la etapa de tratamiento. Los motivos por los cuales se plantea este peso pueden ser diversos.              |
| Peso de padres/hermanos                    | Para valorar delgadez constitucional o genética predisponente para el desarrollo de sobrepeso/obesidad.                        |
| Percepción de la familia/amigos de su peso | Muchas veces declarado en forma espontánea. La presión social por el peso puede vincularse como factor de riesgo para bulimia. |
| Precisión al momento de declarar los pesos | Brinda información de la atención vinculada al peso corporal.                                                                  |

Es de utilidad analizar las variaciones de peso en el tiempo, interrogando distintos pesos en la historia del paciente y el tiempo en el que se produjeron dichos cambios.

Sobre este punto se pueden observar oscilaciones importantes de peso (detectando magnitud) y cambios estacionales en el peso.

La pérdida de peso involutiva en si misma puede constituir un indicador de alerta. Cualquier pérdida mayor de 10% en un período de tiempo es clínicamente significativa.<sup>6</sup>

Este último aspecto (voluntad de descenso de peso) determina que este criterio ampliamente utilizado en la clínica sea, para los pacientes con TCA, de uso relativo.

6 FELANPE. Evolución del Estado nutricional en Paciente Hospitalizado. 2008.

## DISTRIBUCIÓN DEL TEJIDO GRASO

Existen distintos patrones de distribución del tejido graso corporal. Algunos son de distribución fémoro-glútea (o ginoide) mientras que otros son de distribución central o abdominal (androide).

La asociación con las comorbilidades es distinta para cada patrón de distribución de grasa corporal, por lo que identificar las situaciones de sobrepeso/obesidad de distribución central es clave. La obesidad central se asocia con un riesgo cardiometabólico aumentado, por lo que la circunferencia de la cintura complementa la valoración nutricional.

El riesgo es aumentado cuando la medida de la cintura es igual o mayor de 80 cm para la mujer y 90 cm para el hombre (IDF 2004).

No existe aún consenso de que puntos de corte utilizar para los adolescentes.

## COMPOSICIÓN CORPORAL

Un peso normal no garantiza una composición corporal normal. Existe otro conjunto de indicadores antropométricos (pliegues cutáneos, circunferencias) que relacionados a través de tablas y/o de fórmulas complementan la valoración y brindan información específica en relación a la situación del compartimiento graso y magro (o muscular).

Conocer la composición corporal puede no ser relevante al inicio (excepto situaciones de difícil definición), pero ser de utilidad para el seguimiento tanto si se planifica recuperación ponderal como descenso de peso.

## DIFICULTADES EN LA ANTROPOMETRÍA Y PUNTOS DISCUTIBLES

Al momento de realizar la valoración antropométrica y muchas veces condicionado por la respuesta del paciente

frente a la balanza, se identifican algunas dificultades o aspectos controvertidos.

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <b>ANTROPOMETRIA. ALGUNOS INTERROGANTES</b>                   |
| ¿PESAR EN LA PRIMERA CONSULTA?                                |
| ¿TRANSMITIR EL DATO DEL PESO AL PACIENTE? ¿O AL ACOMPAÑANTE?  |
| ¿PESAR CON ROPA O CON MINIMA ROPA?                            |
| ¿CUALES SON LAS CONDICIONES AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL PESO? |
| ¿ES OPORTUNO TRANSMITIR LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE PESO?  |
| ¿EN QUE MOMENTO DE LA CONSULTA PESAR?                         |

Seguramente, las respuestas a estos interrogantes estarán condicionadas por el motivo de consulta, el manejo de la entrevista y lo que en ella va surgiendo y la experiencia del profesional en el tema.

COMPONENTES CLÍNICO Y BIOQUÍMICO

La malnutrición en forma crónica se expresa a través de signos clínicos. Muchos de estos signos son inespecíficos, pero orientan en relación a carencias.

En el cabello, la piel, los ojos, las uñas, los dientes, la lengua, pueden buscarse signos de malnutrición, entre otros sectores corporales<sup>7</sup>. La disminución de peso puede

7 FELANPE. Evaluación del Estado Nutricional en Paciente Hospitalizado. 2008.

visualizarse mediante la observación de la disminución de la grasa subcutánea y la masa muscular

Algunos de los parámetros bioquímicos de interés a observar son: presencia de anemia y valores de albúmina. En pacientes vomitadoras y/o que utilizan laxantes y diuréticos, pueden observarse alteraciones en el ionograma.

## COMPONENTE DIETÉTICO. HISTORIA NUTRICIONAL E HISTORIA DIETÉTICA

La historia nutricional incluye información vinculada a los tiempos de la nutrición y comprende también la historia dietética.

Mediante ella, se busca conocer aspectos del comportamiento alimentario e investigar conductas restrictivas/purgativas.

Dentro de la **historia nutricional**, se jerarquiza: tránsito intestinal y síntomas digestivos, dietas previas y resultados –identificando pesos alcanzados–, uso de fármacos, presencia de período menstrual, actividad física y ejercicio –identificando frecuencia, tipo y duración–. Según el contexto de la entrevista, quizás sean datos con los que se cuente desde otra fuente y no requieran ser interrogados.

El consumo de alcohol/drogas muchas veces surge de la historia clínica y en otras oportunidades es de difícil interrogatorio.

Es relevante investigar específicamente la inducción del vómito y la frecuencia en la que se produce éste u otros mecanismos de compensación.

Es importante interrogar acerca de la presencia de problemas alimentarios en la primera infancia, ya que pueden vincularse como factores de riesgo para anorexia nerviosa.

La **historia dietética** incluye información vinculada al consumo y disponibilidad de alimentos, así como conoci-

mientos y manejo de aspectos nutricionales y de salud. Aporta información clave acerca del patrón de alimentación habitual.

Pueden utilizarse distintos métodos para valorarla, de variada complejidad, que difieren en cuanto a la información aportada. Algunos investigan aspectos globales y cualitativos (fraccionamiento, selección de alimentos y formas de preparación, lugar y horario de las comidas), mientras que otros posibilitan mayor precisión en la estimación de los nutrientes (frecuencia de consumo de alimentos y cantidades diarias). La definición por uno u otro método al inicio dependerá de cada caso y de los objetivos que se planteen en la entrevista.

Dentro del patrón de alimentación habitual, los aspectos fundamentales son:

- **Número de tiempos de comida, horario y lugar:** detectar fraccionamiento de las ingestas, omisión de comidas, ayunos prolongados y el entorno que rodea al acto de comer.

Es importante investigar si existen comidas nocturnas y observar selección de alimentos en este horario.

- **Selección de alimentos:** observar variedad de la alimentación –inclusión de todos los grupos de alimentos–, selección de alimentos regulares/dietéticos. Observar también selección atípica (dietas vegetarianas, mitos o creencias que limiten la dieta) por parte del paciente y/o de la familia.
- **Formas de preparación:** observar formas de preparación centradas en el ahorro calórico, estrategias para lograr saciedad con escaso aporte energético o si, por el contrario, existen agregados que aumentan la densidad energética. Observar situaciones de ingesta de alimentos sin procesar, mezclando sabores.
- **Consumo excesivo de líquidos:** como forma de brindar saciedad con escaso o nulo aporte ener-

gético. Muchas veces se apela al uso de refrescos dietéticos.

- **Tamaño de las porciones/repetición de platos:** estimar tamaño promedio de la porción de distintos grupos de alimentos. Observar si existe repetición de plato y si ésta es selectiva.
- **Cambios durante fin de semana-- comidas fuera del hogar:** detectar modificaciones en situaciones especiales.
- **Quien realiza las preparaciones en el hogar:** observar si esta tarea es delegada o no a otro. Observar también si se adquieren alimentos prontos para el consumo fuera del hogar.
- **Compartir la mesa** y si se comparte el alimento en situaciones sociales o, por el contrario, se come a escondidas y en soledad.
- **Tiempo destinado a las comidas:** muchas veces excesivamente prolongado, que oficia como excusa para no comer en familia. Otras, muy corto y en forma compulsiva.
- **Motivo por el cual finaliza la ingesta:** muchas veces vinculado a malestar digestivo.
- **Intolerancias – rechazos:** se pueden detectar intolerancias sin lógica nutricional. Ciertos alimentos son frecuentemente excluidos de la dieta por vincularse con síntomas digestivos, sin que la composición pueda vincularse con los mismos.
- **Variaciones en relación a la dieta habitual:** detectar cambios recientes en la alimentación y motivo declarado. Frecuentemente se observa exclusión de alimentos fuente de carbohidratos complejos (cereales, tubérculos, panificados) frente a la voluntad de descenso de peso y preferencia por vegetales, frutas y lácteos dietéticos.
- **Presencia de atracones:** número y frecuencia. Horarios y situaciones con las que se vinculan.

- **Alimentos preferidos para las compulsiones o alimentos sobre los cuales se pierde el control:** frecuentemente combinaciones de carbohidratos con grasas.
- **Sentimiento de culpa post-ingesta:** relatado muchas veces en forma espontánea.
- **Aporte nutricional de la ingesta habitual:** si se utiliza un método que permita la cuantificación, se puede realizar un análisis cuantitativo y concluir si la ingesta es suficiente (en calorías, macro y micronutrientes).
- **Consumo de alcohol:** dato que muchas veces surge de la historia clínica y en otras oportunidades surge del interrogatorio.

El análisis de la ingesta en estos pacientes presenta limitaciones que se deben en gran parte a la subdeclaración o a la sobreestimación en relación a lo consumido.

## EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Realizado el análisis de los distintos componentes, surge una síntesis que constituye el diagnóstico nutricional. La información proveniente de cada dimensión (antropométrica, clínica, bioquímica y dietética) se integra, se resume y se utiliza como base para continuar con el proceso de atención.

La ADA (American Dietetic Association)<sup>8</sup> plantea una metodología para consignar el diagnóstico (PES), basada en un problema (P) y una etiología (E), que se expresan a través de signos y síntomas (S). Como ya fue mencionado, identificar el problema y vincularlo con una etiología, puede ser sumamente complejo para un paciente con TCA.

8 ADA. Nutrition Diagnosis: A Critical Step in the Nutrition Care Process. J Am Diet Assoc. 2003; 103: 1061-1072.

Ya que este diagnóstico va a ser parte de la comunicación con el equipo, es fundamental que la terminología utilizada sea estandarizada. Existen en este sentido bases teóricas para su construcción.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Della Valle, M. Anorexia y bulimia. En: De Girolami, D. Fundamentos de la Valoración nutricional y composición corporal. El Ateneo. 2003. Pág. 340-349.
- Fuentealba, C; Leiva, M. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En: Cruchet, S; Rozowski, N. Obesidad, un enfoque integral. Nestlé Chile S.A. 2007.
- ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and other Eating Disorders. J Am Diet Assoc. 2006; 106: 2073-2082.

## 2.4 CONSECUENCIAS CLÍNICAS Y NUTRICIONALES DE LOS TCA DE MAYOR PREVALENCIA

Lic. Nta. Myriam De León

Las personas afectadas de TCA sufren principalmente consecuencias clínicas-nutricionales (ligadas a la desnutrición y anormalidades en la ingesta) y psicosociales (como respuesta a la interferencia de la enfermedad sobre la vida social, familiar, escolar/laboral).

En este capítulo vamos a desarrollar las consecuencias clínicas-nutricionales. Para lo cual debemos precisar algunos conceptos sobre desnutrición.

Existen muchas definiciones de desnutrición. A fines del siglo pasado se consideraba a la desnutrición como "un estado patológico que resulta del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales y que se manifiesta o descubre por pruebas antropométricas y de laboratorio".

Con los avances en el estudio de la composición corporal se define la desnutrición como: "un trastorno de la composición corporal caracterizado por un exceso de agua extracelular, déficit de potasio y déficit de masa muscular, asociado frecuentemente con disminución del tejido graso e hipoalbuminemia que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a su enfermedad y su tratamiento". Posteriormente otros autores la definen como: "estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos me-

dibles en la composición y función de los tejidos/organismo y en el resultado clínico".

Dentro de las causas de desnutrición se incluyen los ayunos voluntarios, la disminución de la ingesta y el aumento de la actividad (sin acompañar de un aporte adecuado de nutrientes). Todos estos factores también están presentes en los TCA, por lo cual desnutrición y TCA tienen una estrecha relación.

En estos casos la desnutrición de mayor prevalencia es la calórica que se caracteriza por una pérdida de masa grasa principalmente.

Para realizar un análisis adecuado de la valoración nutricional se debe realizar una exhaustiva anamnesis, examen físico e investigar si existen complicaciones clínicas.

A.- De la anamnesis es fundamental investigar la presencia de síntomas asociados a la desnutrición, teniendo en cuenta las probables causas asociadas a dichos trastornos

| SÍNTOMA                                | CAUSA PROBABLE                                      |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Cansancio, anergia                     | Desnutrición                                        |
| Debilidad muscular, calambres, tetania | Alteraciones electrolíticas, Vómitos                |
| Digestiones lentas y molestas          | Retraso del vaciamiento gástrico y ritmo intestinal |
| Estreñimiento                          | Desnutrición, K más bajo                            |
| Mareos                                 | Hipotensión, hipoglicemia                           |
| Frío                                   | Desnutrición                                        |
| Amenorrea                              | Desnutrición                                        |

## B.- Exploración física general:

La pérdida de peso en forma progresiva lleva a una disminución de tejido adiposo y posteriormente muscular, con pérdidas de un 25% del peso inicial. De manera que en el examen general veremos a un paciente con un marcado adelgazamiento y con una disminución de la musculatura.

Físicamente; la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación, lanugo, deterioro físico, cabello fino y suave, discreta alopecia. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y están fríos, las uñas se vuelven más quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello.

Se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose una reducción de tamaño.

También se puede encontrar en la exploración, alteraciones dentarias, la descomposición del esmalte y la caries provocados por los repetidos episodios de vómitos.

## C.- Complicaciones clínicas

**Manifestaciones cardiovasculares:** suelen producirse braquicardias e hipotensión. Se describe un adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de malnutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produce una menor contracción cardíaca, que se revierte con la normalización del estado nutricional.

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia nerviosa muestran una disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco, proporcionales a la pérdida de peso.

Según las estadísticas, la mortalidad de las anoréxicas varía entre un 4 y un 30%, y en un cierto número de estos casos representan muertes súbitas y no espera-

das atribuibles por algunos a arritmias secundarias, a alteraciones electrolíticas debido a vómitos o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de estas muertes podían relacionarse mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdica y su riesgo de aparición aumentaría mucho cuando el peso de estas pacientes disminuye más del 35 al 40% del inicial.

**Manifestaciones gastrointestinales:** Los vómitos frecuentes se asocian a erosiones dentales y gingivitis. También pueden aparecer alteraciones de esofagitis, gastritis y hemorragias digestivas. Las enfermas anoréxicas presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento. Éste y la sensación de hinchazón son lo que suele inducir a la toma de laxantes. Incluso algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayuda a perder peso y de esta manera facilitan su acostumbamiento. También en las pacientes bulímicas luego de los atracones utilizan laxantes en forma tan frecuente que lleva a un enlentecimiento del tránsito intestinal.

**Manifestaciones hematológicas:** la anemia es relativamente frecuente. En la mayoría de las pacientes, la anemia es normocrómica, pero en algunas es ferropénica (ingesta deficiente de hierro).

Se han hecho descripciones de descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, de disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles.

También la médula ósea aparece hipoclásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de mucopolisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso.

**Otros cambios biológicos:** uno de ellos es la elevación de las concentraciones séricas de carotenos, responsables

de la pigmentación amarillenta que presentan algunas pacientes y no aparece en otras formas de malnutrición.

También pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL-colesterol. Sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL-colesterol y con niveles normales de triglicéridos.

**Trastornos hipotalámicos y endócrinos:** en la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional.

Las diferentes alteraciones neuroendócrinas y metabólicas que se pueden presentar en la anorexia nerviosa son:

**1.Alteraciones hipotalámico-hipófiso-gonadales:**

la aparición de la amenorrea secundaria a la pérdida de peso. Pero con la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales generalmente aparecen los ciclos menstruales de nuevo. El ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y a una mayor incidencia de trastorno menstrual.

**2.Alteraciones hipotalámico-hipófiso-tiroideas:**

algunos de los síntomas y signos de la anorexia nerviosa semejan muchas de las manifestaciones que acompañan al hipotiroidismo tales como: piel seca, estreñimiento, hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.

**3.Alteraciones hipotalámico-hipófiso-suprarrenal:**

Se cree que el hipercortiso que presentan estos pacientes sería la consecuencia de un aumento de secreción de CRF hipotalámico; la ausencia hipercortiso se explicaría por una reducción del número

de receptores celulares al cortisol. Con la recuperación de peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta de CRF pueda persistir alterada durante meses e incluso años.

4. **Hormona de crecimiento:** en la anorexia nerviosa las concentraciones de esta hormona son variables estando elevadas en el 50 % de los casos. Aún cuando las cifras de esta hormona son altas, no aparecen los característicos efectos anabólicos y de estimulación de crecimiento. En la anorexia nerviosa el aumento de secreción de la hormona de crecimiento podría servir para obtener energía, al estimular la movilización de los depósitos de grasa y favorecer la lipólisis.

5. **Hormona antidiurética:** Muchas de las pacientes no pueden concentrar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de los pacientes anoréxicos presentan un cuadro que podría diagnosticarse de diabetes insípida parcial.

6. **Termorregulación:** en los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los individuos que presentan pérdidas importantes de peso aparecen también defectos en la regulación de la temperatura. Estos defectos se asocian a la disfunción hipotalámica, pero también tiene que ver la pérdida de la grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.

7. **Alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado:** en la anorexia nerviosa, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal, además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.

A modo de resumen debemos enunciar las complicaciones más frecuentes en función de situaciones agudas y crónicas.

# Complicaciones más frecuentes

## Fase Aguda

- Disturbios en los electrolitos y equilibrio ácido-base
- Edema
- Falla Renal Aguda
- Arritmia
- Disminución del vaciamiento gástrico
- Constipación
- Dilatación gástrica
- Ileo
- Úlcera gastroduodenal
- Hemorragia Digestiva A
- Anemia. Leucopenia
- Debilidad muscular general
- Cefaleas. Convulsiones
- Hipotermia

## Fase Crónica

- IRC
- Amenorrea
- Infertilidad
- Osteoporosis
- Fracturas vertebrales
- Arritmia cardíaca
- Constipación
- Anemia. Leucopenia
- Lesiones dentales
- Alteraciones cognitivas

## CONCLUSIONES

- En la anorexia nerviosa las consecuencias clínicas tienen un impacto en todos los órganos y sistemas asociados a la carencia crónica de nutrientes y energía.
- En la bulimia las consecuencias clínicas no impactan tanto en un aspecto carencial, si no principalmente en las acciones que lleva la paciente para lograr un balance negativo de energía (vómitos, laxantes).
- Un examen físico exhaustivo, permitirá descartar posible carencia nutricional que con los datos objetivos de peso, talla y composición corporal no son posibles detectar.

## BIBLIOGRAFÍA

Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Coordinado por JL de Ulibarri. Ed: A Garcia de Lorenzo; PP García Luna; P Marsé; M Planas. Edición: Acción Médica, Madrid 2004

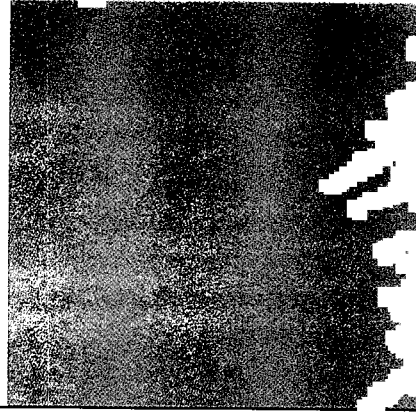
Evaluación de la pérdida de hueso y sus mecanismos en la anorexia nerviosa. Legroux-Gérot et al. *Calcif Tissue Int.* 2007 Sep Francia

Meta-análisis de la frecuencia cardíaca y la alteración del intervalo QT en la AN. Lesinskiene E et al. *World J Biol Psychiatry*, 2007

Effect of weight restoration on the dyslipoproteinemia of anorexia nervosa. Arden MR et al. *J Adolesc Health Care*, 1990 May

## **CAPÍTULO 3**

---



# **TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS PEQUEÑOS**

Servicio de Gastroenterología, Hepatología y  
Nutrición Pediátrica

Unidad de Trastornos en la Alimentación (UTA)

Centro Hospitalario Pereira Rossell



## 3.1 TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS PEQUEÑOS

Dra. Daniela Armas

### DEFINICIÓN

Una definición sencilla de trastornos en la alimentación es la "incapacidad o la negativa a comer ciertos alimentos" (*Debby Arts-Rodas*).

Excluimos de nuestra definición a la anorexia y bulimia que afectan con mayor frecuencia a mujeres jóvenes y adolescentes y que serán tratados en otros capítulos de este texto.

Los niños pueden presentar a lo largo de su desarrollo alteraciones en su alimentación que pueden comprometer su salud, llevando a secuelas nutricionales, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como desajustes a nivel psicológico. La severidad de estas secuelas depende de la edad de inicio, grado, duración y celeridad del diagnóstico y tratamiento.

Se estima que un 25 a 35% de niños presenta un trastorno de alimentación (TA) en algún momento de su vida y de ellos 1-2% sufrirá severas complicaciones (1).

Las primeras experiencias que tiene la madre con su bebé serán de fundamental importancia en el futuro del niño. Winnicott, pediatra y psicoanalista británico, nos habla de una sensibilidad especial que desarrollan las mamás

en ese período de especial vulnerabilidad de sus hijos, a la que llama "*preocupación maternal primaria*". La mamá es en estos casos, capaz de identificarse con su bebé y satisfacer sus necesidades (2). No debemos olvidarnos que el lactante se expresa solo a través del llanto y la madre sensibilizada, deberá discriminar si ese llanto es por hambre, dolor o simplemente mimo.

Es interesante que para desarrollar esta "preocupación materna primaria" no se necesita tener un nivel especial de inteligencia ni educación.

La lactancia materna es central en la alimentación de los niños por sus propiedades nutricionales, inmunológicas y por su contribución en el desarrollo adecuado del vínculo madre-hijo.

El recién nacido (RN) es absolutamente dependiente al momento del nacimiento. El bebé de término presenta cuando nace, los reflejos de succión, deglución y búsqueda (pezón o tetina) que le permiten alimentarse con pecho materno o biberón.

A partir de los 12 meses, la leche materna que ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño, puede interferir con la aceptación de otros alimentos, no permitiendo el destete físico y emocional.

El destete es uno de los momentos críticos de la primera infancia, como también lo son el nacimiento de un hermano, la pérdida de una cuidadora y el pasaje a la alimentación semisólida/sólida, a partir del cual se puede generar un TA.

A medida que el niño crece, adquiere mayor movilidad y deseos de independencia momento en el cual, hay que evitar los permanentes conflictos, y la puesta de límites cobra fundamental importancia.

La introducción de alimentos se realiza de acuerdo a las habilidades del niño, indemnidad de las estructuras anatómicas, respetando los procesos madurativos y destrezas oromotoras. La inclusión de un alimento con una textura inadecuada o a destiempo puede interferir con

una correcta evolución en el desarrollo de la deglución del niño y puede llevar a episodios de tos, atoro, sofocación y posibles situaciones de rechazo del alimento e incluso aversiones.

La alimentación es un aprendizaje y un evento social. El entorno ambiental y en especial la familia cobran gran importancia en este proceso. Las preferencias y las conductas alimentarias se van formando con la observación de los hábitos de los mayores, siendo el ambiente alimentario provisto por éstos un contribuyente fundamental.

Es frecuente que los padres y profesionales de la salud no identifiquen o tiendan a minimizar la gravedad de los problemas de alimentación en los niños pequeños, lo que lleva a una derivación tardía y mayor dificultad en el tratamiento de los mismos.

El Pediatra tiene un rol muy importante en la prevención de los TA, ayudando a resolver las primeras dificultades que vayan ocurriendo, ofreciendo información sobre cómo debe ser una alimentación adecuada en cada etapa del desarrollo del niño.

Un diagnóstico precoz y la intervención temprana por un equipo interdisciplinario especializado asegurarán un mejor pronóstico para estos niños.

## INCIDENCIA

La incidencia de los TA es de un 25-30% en niños normales, 40-70% en recién nacidos de pre término o niños con enfermedades crónicas y estas cifras aumentan hasta un 80-90% en pacientes con enfermedades neurológicas (1).

En los últimos años, debido a los avances tecnológicos y a la mayor especialización de las unidades de cuidados intensivos y neonatales, la sobrevida del recién nacido prematuro severo y de niños con enfermedades graves ha aumentado y también los problemas relacionados con ello, dentro de los cuales, los trastornos en la deglución



(TD) y TA han cobrado gran importancia. Actualmente se calcula que el 30 a 40% de los niños que asisten a clínicas de TA son prematuros, cifras que coinciden con nuestra población en la UTA del Centro Hospitalario Pereira Rossell (datos obtenidos hasta abril 2013).

## ETIOLOGÍA

El origen de los TA es multifactorial, interviniendo alteraciones anatómicas, funcionales y conductuales (1,3). Los trastornos en la alimentación incluyen a los TD.

Se han realizado diversas clasificaciones de los TA con la intención de unificar conceptos y simplificar luego su diagnóstico y tratamiento.

## CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN

Podemos clasificar a los TA en tres categorías: conductuales, orgánicos y funcionales.

La clasificación dicotómica inicial en TA de causa orgánica y no orgánica, no deja claro el rol de los trastornos funcionales en la alimentación, por lo cual preferimos diferenciarlos en las tres categorías antes referidas. Recordemos sin embargo que la mayoría de los TA son mixtos (3).

## TRASTORNOS ORGÁNICOS

Incluye alteraciones estructurales que se relacionan con la alimentación como son los defectos anatómicos que comprometen labios, lengua, paladar, vía aérea alta, faringe y esófago: fisura labio-palatina, Pierre Robin, laringomalacia, parálisis en cuerdas vocales.

Alteraciones neurológicas como encefalopatía crónica no evolutiva, epilepsia, enfermedades neuromusculares y síndromes genéticos (como el Síndrome de Down).

Enfermedades respiratorias crónicas, bronquiodisplasia, obstrucciones de vía aérea alta secuelar, pacientes traqueostomizados, enfermedad pulmonar crónica.

Enfermedades Digestivas: Acalasia cricofaríngea, esofagitis péptica con estenosis esofágica, esofagitis eosinofílica, atresia esofágica.

## TRASTORNOS CONDUCTUALES

En los TA de causa conductual importan los trastornos vinculares, las destrezas de los padres o cuidadores al momento de la alimentación, la puesta de límites y las expectativas sobre cómo debe ser la alimentación/nutrición de un niño saludable.

## TRASTORNOS FUNCIONALES

Dentro de las causas funcionales se encuentra el Reflujo Gastroesofágico (RGE) y las alteraciones en la motilidad, frecuentes en los RN de pre término que se producen por inmadurez y llevan a incoordinaciones de la deglución/alimentación.

Los TD en la infancia deben diferenciarse de los del adulto. La deglución en el niño, implica un proceso evolutivo complejo, con cambios fisiológicos, estructurales y en sus conexiones con el sistema nervioso central (2,5).

## DEGLUCIÓN

La deglución es un mecanismo de coordinación neuromuscular complejo donde entran en juego estructuras orales, faríngeas, la laringe y el esófago, que permite el pasaje de secreciones endógenas, o de alimento, desde el exterior hasta el estómago, con interrupción del acto respiratorio.

## DESARROLLO MADURATIVO DE LA DEGLUCIÓN

Es fundamental el conocimiento del desarrollo y los cambios en la maduración de la deglución, desde el feto hasta el niño mayor. Al inicio es un proceso reflejo y va madurando a un mecanismo regulado corticalmente (con representación a nivel del Homúnculo de Penfield) que concuerda con el desarrollo del sistema nervioso central, el crecimiento del individuo y el desarrollo de las estructuras anatómicas involucradas en los procesos aero digestivos (4,5,6,7).

El recién nacido de término presenta los reflejos de succión, deglución, respiración junto con el de búsqueda (del pezón o tetina), que son indispensables para la supervivencia (11).

### I - PREPARATORIA ORAL

El alimento se introduce en la boca, los labios y las mandíbulas se cierran. El recién nacido debe tener un reflejo de búsqueda indemne. Se producen movimientos rotatorios y laterales del maxilar inferior y la lengua con abombamiento del paladar blando hacia delante ampliando el espacio bucofaríngeo y evitando el escurrimiento prematuro del alimento a la faringe. Como respuesta a la visión, olor y sabor de los alimentos se produce saliva y el alimento es saboreado.

### II - FASE ORAL

Implica la formación del bolo por medio de movimientos coordinados de la lengua y mezcla con la saliva. Una vez pronto, la lengua se eleva e impulsa el bolo hacia el istmo de las fauces momento en que se inicia la tercera fase.

### III - FASE FARÍNGEA O REFLEJA

Se desencadena cuando el bolo llega a la pared posterior de la faringe y los pilares amigdalinos. Es una fase muy rápida de aproximadamente un segundo de duración. Se produce el cierre velo faríngeo para evitar el ascenso del alimento a la rinofaringe. Las cuerdas vocales se cierran y se produce una inclinación hacia atrás de la epiglotis con el ascenso de la laringe todo lo cual evita la aspiración de alimentos, secreciones o saliva a la vía aérea.

### IV- FASE ESOFÁGICA

La fase esofágica comienza con la relajación del esfínter esofágico superior. Se produce una onda peristáltica que empuja el bolo alimenticio hacia abajo, al estómago pasando a través del cardias. Esta fase es también involuntaria y dura de 8 a 20 segundos.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es considerada un factor de riesgo en el desarrollo de los TA. La ERGE puede manifestarse por síntomas digestivos o extradigestivos (respiratorios, otorrinolaringológicos, ALTE, trastornos en el sueño, inapetencia, mal progreso ponderal).

La inapetencia y el rechazo del alimento pueden ser manifestaciones únicas del RGE patológico. El diagnóstico temprano de la ERGE y su tratamiento oportuno evita la aparición de aversiones (rechazo total del alimento) así como de trastornos en la deglución. Pacientes con RGE, pero con estructuras adecuadas del sistema estomatognático y buen crecimiento, desarrollan inadecuadamente las praxias bucolinguofaciales, no estableciendo una coordinación armónica entre forma y función.

Las intolerancias alimentarias influyen en el apetito de los niños y pueden ser causa de rechazo del alimento y finalmente aversión.

Es frecuente que el niño rechace espontáneamente el alimento que no tolera.

La Esofagitis Eosinofílica es una causa muy frecuente en otros países de TA y siempre debe sospecharse frente a un niño con TA que presenta síntomas compatibles con RGE pero no mejoran con el tratamiento médico convencional. Se ha demostrado por estudios manométricos que existen cambios en la motilidad esofágica en éstos pacientes.

El rechazo y la aversión pueden producirse como consecuencia de situaciones traumáticas en niños que han estado internados en unidades de cuidados intensivos. Estos presentan aversiones generalizadas y no permiten en ocasiones el acercamiento al rostro y a la boca como consecuencia de reiteradas maniobras invasivas (alimentación por sonda naso gástrica (SNG), sonda oro gástrica (SOG), ventilación asistida, traqueostomías, aspiración de secreciones frecuentes).

La aversión es la expresión más severa de un TA, y una vez instalada es de difícil manejo. Cuando se instala en el primer año de vida, la posibilidad que ese niño pueda alimentarse por vía oral es muy baja y hay que considerar vías alternativas de alimentación: SNG o gastrostomía (GEP).

## EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

### EVALUACIÓN CLÍNICA

Teniendo en cuenta que los problemas de alimentación en la infancia son complejos, su causa multifactorial y dado que no existen definiciones aceptadas universalmente ni sistemas de clasificación, los profesionales de la salud deben basarse en la evaluación clínica para determinar la presencia de tales problemas (8,9,10,12).

Una *evaluación clínica completa* incluye una anamnesis minuciosa que analice el inicio de la enfermedad y la po-

sible relación con eventos “traumáticos” para el niño o su familia (cambio de escuela, de vecindario, mudanza, enfermedad de alguien cercano). Los antecedentes alimentarios deben incluir el inicio de la lactancia, las posibles dificultades al introducir alimentos semisólidos, sólidos y el rechazo a implementos utilizados (tetinas, cuchara, biberón, vasito). Debemos orientar nuestro interrogatorio buscando elementos sugestivos de un trastorno deglutorio ya que muchas veces puede ser el origen de un TA. Estos niños pueden tener una incapacidad para proteger sus vías respiratoria lo cual puede derivar en una alimentación oral insegura y requerir una vía alternativa para su alimentación (SNG, SOG, GEP).

**La evaluación del crecimiento y desarrollo** en sus distintas áreas, los antecedentes patológicos personales, familiares (especialmente de TA y enfermedades psiquiátricas) y finalmente un examen físico exhaustivo son necesarios. La percepción de los padres con respecto a la alimentación de su hijo en cuanto a su comportamiento durante la comida, la calidad / volumen de las ingestas son importantes para completar nuestro diagnóstico.

La valoración de un niño con TA debe siempre finalizar con la **observación de una comida** que puede ayudar a identificar la presencia y gravedad del trastorno. Nos aporta datos muy significativos del comportamiento del niño y su interacción con los padres y el alimento, las destrezas orales, el comportamiento de los cuidadores frente al rechazo. Debemos tener presente que el relato de los padres es muchas veces diferente a lo observado. En ocasiones porque no detectan un problema de alimentación existente, minimizan los síntomas o vivencian problemas menores como de extrema gravedad.

Los trastornos en la alimentación y deglución deben ser evaluados y tratados por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales especializados (12).

**Cada niño es valorado clínicamente por un equipo interdisciplinario** constituido por: Gastroenterólogo, Pediatra, Nutricionista, Psicólogo y Fonoaudiólogo, inclu-

ye aspectos generales, estado nutricional (medidas antropométricas, evaluación de ingesta cuanti y cualitativa), área fonoaudiológica (secuencia succión-deglución-respiración/ masticación, praxias bucolinguofaciales, manejo de alimentos, postura) y psicológica (entrevistas, interacción madre-bebe, entrevistas de juego, observación metodológica a través de cámara Gessell).

Según la existencia de patologías de base (encefalopatía crónica, malformaciones cráneo faciales, RGE, bronquiodisplasia, estenosis esofágica, etc.) se realizan exámenes de confirmación diagnóstica: estudio dinámico de la deglución (EDD), pHmetría, Impedanciometría-pHmetría esofágica.

***El diagnóstico de un trastorno deglutorio es clínico***, la confirmación diagnóstica se realiza con un Estudio Dinámico de la Deglución (EDD), en caso de sospecha clínica de aspiración a vía aérea ya sea por síntomas/signos sutiles o sus complicaciones.

El EDD es fundamental al momento de decidir la suspensión prolongada o permanente de la vía oral y alimentación por vías alternativas, SNG/GEP.

#### EN OCASIONES DEBERÁN UTILIZARSE PRUEBAS ESPECIALIZADAS:

En casos de sospecha de aspiración pulmonar:

- Broncoscopía para confirmar aspiración a vías respiratorias bajas, confirmando la presencia de macrófagos con contenido lipídico en cepillado bronquial y/o inflamación bronquial crónica.

- Centellograma respiratorio.

Valoración de vía aérea alta: Fibrolaringoscopia.

- Valoración de estructuras anatómicas digestivas: Esofagogastroduodeno (estenosis esofágica, mal rotación, hernia hiatal, acalasia cricofaríngea).

Luego de una evaluación completa y realizado el diagnóstico, se diseña un plan de tratamiento individual para cada caso en particular, respetando los objetivos que se plantea la familia y el equipo tratante. Es fundamental tener claras las expectativas de los padres al momento de la consulta, ya que dependerá de la comprensión de la patología del niño y sus posibilidades reales de rehabilitación, el éxito que pueda tener el equipo tratante.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1-Rudolph CD et al. Feeding disorders in children and infants. *Pediatr* 1994; 12: S116-S124.
- 2-Winnicott DW. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis, Preocupación maternal primaria. Barcelona: Laia; 14: 410, 1979.
- 3-Armas D, Munyo A. Semiología Gastroenterológica-Deglución. En: Semiología Pediátrica; Montevideo; Editorial Oficina del libro-Fefmur; 24:477-487, 2010.
- 4-Thompson LD et al. Swallowing disorders in children. *Pediatric Otolaringol. Head Neck Surg.*1999; 7:6.
- 5-Derkay CS et al. Anatomy and physiology of pediatric swallowing disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America.*1998; 31:397
- 6- Logemman JA et al. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego, CA: Collage- Hill Press, 1983.
- 7-Juri S. Palabra, voz y deglución. Fundación Alberto Roemmers, Academia Nacional de Medicina. 1995.
- 8- Darrow DH et al. Evaluation of Swallowing disorders in children. *OtolaringolClinNorthAm.*1998;31:405.
- 9-Rudolph CD. American Speech-Language-Hearing Association. 2003.
- 10-Burklow KA,et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998 (2): 143.

- 11-Pritchard JA.Fetal swallowing and amniotic fluid volume. Obstetrics and Gynecology. 1966;28:606.
- 12-Lifschitz CH. In: Pediatric Gastroenterology and Nutrition in Clinical Practice: Feeding Disorders. Informa Health Care.2001.

## 3.2 ASPECTOS EMOCIONALES

Ps. Inés Pérez Puig

Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA) en los niños pueden ser generadores de elevados montos de angustia y ansiedad, tanto en el pequeño como en sus progenitores y personas que lo asisten a la hora de comer.

La alimentación trasciende los aspectos nutricionales, siendo una función cargada de sentido afectivo (*Trenchi 1998*).

Ocupa un lugar de "especial significación en las teorías del desarrollo psicológico, en donde se ligan experiencias de frustración y gratificación con implicancias a largo plazo en el desarrollo de la personalidad" (*Rutter 1985*).

Una derivación oportuna del médico tratante del niño habilitará a realizar una intervención adecuada por un equipo interdisciplinario, quien intentará evitar posibles complicaciones físicas y psicológicas que deben ser prevenidas y atendidas en su totalidad.

El equipo de la Unidad de Trastornos en la Alimentación (U.T.A) evaluará al paciente e implementará estrategias personalizadas para cada caso en particular dependiendo de los datos obtenidos durante la evaluación, el estado general del niño, la existencia de patologías asociadas o de base, la interacción familiar y los hábitos.

La comprensión de la demanda que presentan los padres en las primeras consultas y el grado de aceptación/negación de la problemática del niño nos marcará la forma de intervención de cada profesional, respetando los tiempos de la familia para lograr un buen rapport con el equipo.

El abordaje psicológico dependerá de la causa del trastorno, pudiendo ser éste debido a causas orgánicas, funcionales, conductuales o mixtas.

### TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

Se utilizan diferentes técnicas de acuerdo a la edad, patología y entorno del paciente.

- Entrevista con padres: se realiza la historia de alimentación del niño, funcionamiento en el resto de las áreas, antecedentes de TCA en padres y/o hermanos, etc.
- Entrevistas de juego: se realizan con el fin de obtener mayor comprensión de la problemática del niño.
- Alimentación en conjunto área de Fonoaudiología/ Psicología: posibilita el diagnóstico y tratamiento en simultáneo, asimismo la presencia de la madre habilita a que la misma se identifique y comprometa con el tratamiento observando actitudes educacionales y comportamientos lúdicos por parte de los terapeutas que ayudan a romper el círculo conflictivo sintomático (*Lebovici*).
- Observación Metodológica a través de Cámara Gessell: La observación durante la alimentación del niño nos aporta datos muy importantes y frecuentemente diferentes a los relatados por los cuidadores (discordancia entre el discurso de la madre y nuestra observación).

Se observará a la díada y sus interacciones reales y fantasmáticas, positivas y negativas, sentimientos que prevalecen, dificultad en la sincronización, etc.

## NIÑOS CON ENFERMEDAD ORGÁNICA:

El TCA en el bebe /niño con daños orgánicos/estructurales que afectan la capacidad para comer, no debe valorarse como diagnóstico primario sino secundario al trastorno de base.

La enfermedad del niño y la dificultad para alimentarse pueden constituir un potente estresor para la familia con eventuales factores de riesgo como ser la depresión, sobreprotección e incluso el divorcio de los padres.

En las primeras entrevistas con la familia se observará en qué situación emocional se encuentran transitando luego del nacimiento del bebé (shock, culpa, negación, etc.).

A través de las diferentes instancias se generará un espacio para poder elaborar las frustraciones y angustias que genera la dificultad para alimentar al niño. Es importante acompañar a los padres en el tránsito del tratamiento con escucha y contención. Se deberá tener especial atención al tipo de respuesta psicológica de la familia ya que existe un riesgo mayor cuando hay psicopatologías parentales que puedan dificultar la elaboración de la problemática de niño.

Los desordenes neurológicos afectan el normal desarrollo de la función alimentaria, pudiendo brindar oportunidades para que se instalen comportamientos mal adaptados en la díada madre/niño llegando en gran medida a la consulta con un largo camino de malas experiencias acumuladas.

Durante la evaluación del niño y su grupo familiar puede percibirse la dificultad que los padres puedan tener para aceptar lo que sucede con su hijo. La imposibilidad de seguir las indicaciones brindadas por el equipo, la necesidad de reiteradas consultas con otros profesionales y las inasistencias dejan evidencias de la negación, que puede conllevar a que el tratamiento sea complejo.

Por otra parte, los resultados son más favorables en aquellos padres que han elaborado la situación del niño



y se encuentran en una etapa de reorganización, siendo más permeables y flexibles, aceptando las indicaciones e interviniendo con sentido común en las estrategias diagramadas para el niño.

El equipo deberá trabajar sobre una buena calidad de comunicación. En primera instancia se verá qué expectativas tienen los padres respecto del tratamiento, valorando las posibilidades del pequeño de acuerdo a la discapacidad que presente.

La información brindada deberá ser clara, concisa y sin tecnicismos a efectos de no generar falsas ilusiones que dificulten la estrategia del tratamiento y los vínculos con el equipo.

Si el niño se encuentra con alimentación vía oral se tendrán los cuidados necesarios para su seguridad (posturas, texturas, tiempos, implementos etc.)

En caso de que el niño necesite una vía alternativa de alimentación (gastrostomía/sonda nasogástrica) se trabajarán las resistencias que puedan aparecer frente a la misma como por ejemplo: miedo a lo desconocido, saber intuitivo de la importancia de la oralidad en el desarrollo, aceptar la severidad de la patología, anular la única función que muchas veces permanece activa etc.

En ocasiones algunos padres han podido manifestar a través de la palabra sentimientos adversos que indican enojo y angustia frente a la situación, "prefiero que muera antes de que coma por un agujero o por un cañito".

Por tanto frente a una indicación de gastrostomía/sonda nasogástrica se deberá previamente preparar a los padres, explicar los riesgos de desnutrición, aspiraciones y atragantamientos que presenta la vía oral para su pequeño y los beneficios de la técnica alternativa.

El contacto con otros padres que ya transitaron la experiencia es de suma importancia para estimular y dar confianza frente al planteamiento de un cambio de vía.

Cabe destacar especial atención a los bebés pre-término en donde existe una compleja interacción entre su edad gestacional y su alimentación. La inmadurez neurológica es un elemento de riesgo primario para la alimentación cuyos efectos se pueden observar en la habilidad disminuida para succionar, tragar y respirar.

Los estresores del ambiente asociados al cuidado intensivo neonatal y la hospitalización muchas veces prolongada que requieren los prematuros, así como la tecnología médica específica para asegurar la sobrevivencia, representan obstáculos a tener en cuenta para una futura alimentación normal. Por esta razón es prioritaria la derivación rápida que permita intervenir adecuadamente para prevenir un trastorno en la función alimenticia.

## NIÑOS CON TRASTORNOS FUNCIONALES:

Los niños con TCA secundarios a trastornos funcionales (reflujo, trastornos deglutorios) son habituales en nuestra consulta.

Los padres acuden en gran medida desorientados por la inapetencia o selectividad del niño y no tienen clara la razón de la misma.

Una vez realizado el diagnóstico del trastorno se acude al tratamiento médico, fonoaudiológico (estimulación y rehabilitación de las funciones), así como también a la valoración nutricional (en ocasiones con bajo peso, variación de la fórmula y espesamiento).

Es común encontrarnos con padres muy angustiados que necesitan un espacio para poder transmitir sus incertidumbres y miedos que provoca la dificultad de alimentación de su hijo. En ocasiones el trastorno puede ser muy severo, necesitando una gran contención para tolerar el trayecto hacia la mejoría del paciente.

Los puntos críticos o generadores de mayor angustia refieren al atragantamiento y riesgo de vida, a las aspiraciones con complicaciones respiratorias y a todos los

aspectos de la vida social del niño y su familia que sienten acotados por este trastorno (vómitos, alimentación diferente a chicos de la misma edad, imposibilidad de dejarlos con cuidadores por temor etc.).

### NIÑOS CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS INADECUADAS, SIN ENFERMEDAD ORGÁNICA O FUNCIONAL:

Desde el momento del nacimiento, a través de la alimentación, la madre tiene la posibilidad de instaurar un vínculo adecuado que permita un desarrollo saludable del bebé.

Cuando se presentan dificultades en la alimentación del niño la alteración se clasificará de acuerdo a la dinámica emocional de la díada madre/bebé y su entorno.

Diferentes autores han señalado a las primeras experiencias del bebé con su madre como determinantes en la vida del niño.

El concepto Kleiniano de "pecho bueno/pecho malo" nos anticipa la importancia del significado del vínculo a través del alimento, en donde las experiencias durante el período de lactancia serán constructoras del psiquismo del infante.

A partir de las primeras experiencias el lactante se relaciona con un objeto parcial bueno, resultante de la proyección de la pulsión de vida "pecho bueno – gratificante" y con un objeto parcial malo, resultante de la proyección de la pulsión de muerte "pecho malo – frustrador".

"La introyección del pecho bueno constituye el núcleo del yo y del super yo". (Klein 1946)

Siguiendo el concepto de Winnicott de "madre suficientemente buena", ésta deberá atender las necesidades de su bebé –de las cuales la alimentación es primordial– actuando en función de las mismas. Estas necesidades que al principio son "corporales, paulatinamente pasan a ser

necesidades del yo a medida que la psicología va naciendo de la elaboración imaginativa de la experiencia física"

Asimismo como plantea Gérard Schmit, la alimentación "representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrentan las necesidades individuales del lactante con su participación activa, muy precoz y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño, percepción modulada por una problemática inconsciente que actúa sin que ella lo sepa."

Es así que a través de la alimentación la madre podrá tomar parte de un proceso para crear un vínculo armónico, ofreciendo una posibilidad emocional para facilitar las comunicaciones y respuestas que gradualmente se convertirán en una relación empática de adaptación y regulación mutua colmando las expectativas de ambas partes de la diada.

En la clínica se puede observar un abanico de posibilidades que va desde malos hábitos familiares hasta patologías psicológicas severas que afectan a la pareja alimenticia.

Las características de personalidad de la madre para poder sobrellevar algunas circunstancias ocasionales son importantes para evitar el trastorno en la alimentación.

Es importante comprender que el apetito en un niño no siempre es constante y que puede haber desencadenantes que lo dejen inapetente por un período de tiempo (vacunación, erupción dentaria, nacimiento de hermanos, mudanzas etc).

La tolerancia y comprensión de estos hechos así como también el no forzar al niño a la hora de comer será determinante para retomar posteriormente una alimentación adecuada.

Una madre insegura podrá forzar al niño a comer, generando un rechazo o por el contrario una aceptación forzada que pueda terminar en una obesidad (*Bruch 1975*).

El pequeño que es alimentado frente al primer llanto (sin poder la madre discriminar la causa del mismo), podrá en el futuro calmar cualquier malestar a través del alimento.

Las situaciones de anorexia simple o de oposición (*Kreisler*) 1990 revierten cuando se suprime el enfrentamiento, se orienta a la madre y se respetan los tiempos del niño.

La aversión es la expresión máxima del rechazo y puede observarse en niños que han sido amamantados por un largo período o en niños que han necesitado de una vía alternativa en tiempo prolongado para su alimentación.

Desandar el camino de la aversión es complejo y necesita de estrategias bien pautadas y coordinadas entre el equipo y la familia.

Las formas severas de anorexia no son el objetivo de tratamiento de la UTA, respondiendo a patologías psicóticas o depresivas que afectan profundamente el vínculo de la madre con su hijo.

La obesidad –habitual en nuestra consulta– es una patología multideterminada por factores: genéticos, metabólicos, psicológicos y culturales (hábitos).

Los componentes psicológicos que priman son las conductas impulsivas, la ansiedad y la angustia. El apetito voraz podrá responder a una defensa que protege al niño de una desorganización más importante.

El equipo deberá tener una doble función, por un lado apuntar a la reducción ponderal y por otro lado observar el funcionamiento global del paciente y el papel que juega el síntoma en las relaciones del niño con su entorno para lograr que el tratamiento sea eficaz.

Dar un buen ejemplo a la hora de comer es la mejor protección contra los trastornos alimentarios.

La UTA brinda un Programa Básico de Alimentación Infantil a cada familia con pautas a seguir que apuntan a lograr una alimentación adecuada.

Por último, el trabajo de equipo permite un diagnóstico del paciente en donde cada profesional desde su perspectiva, evalúa y da pautas de tratamiento que se integran y confluyen para definir una estrategia única de abordaje terapéutico para cada caso en particular.

### 3.3 ASPECTOS PRÁCTICOS DEL MANEJO NUTRICIONAL

Lic. Nta Fabiana Peregalli

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en niños pequeños, requieren del abordaje interdisciplinario, como única opción para su enfoque integral.

La intervención nutricional es de suma importancia en la infancia, particularmente en los primeros años de vida, donde los niños transitan un período de elevada velocidad de crecimiento, por lo tanto, de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista nutricional.

En este período, se establecen además, las conductas alimentarias, que están fuertemente condicionadas por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida, edad en la que el niño adquiere el patrón de alimentación de los adultos de su grupo cultural.

Los TCA, se establecen habitualmente en etapas precoces de la infancia y pueden ser primarios o secundarios a patologías orgánicas y funcionales.

Pueden asociarse o no, con alteración en el crecimiento, aunque generalmente son percibidos como un problema mayor cuando lo afectan.

En la **alimentación infantil**, hay determinados **puntos críticos**, que se deben atender particularmente al analizar los TCA, los mismos son:

- Establecimiento de la lactancia materna
- Cambio de alimentación: transición entre la lactancia materna exclusiva hacia la alimentación artificial (o concomitancia de ambas).
- Introducción de alimentación sólida
- Autoalimentación con la mano – cuchara
- Suspensión de las mamaderas
- Cambio de consistencia de la papilla
- Incorporación a la mesa familiar
- Percepción de la alimentación infantil

Los puntos críticos mencionados, son los que se deberán investigar en profundidad al realizar la historia nutricional del niño.

Los ***problemas frecuentemente observados*** son:

- Lactancia materna prolongada como único alimento

A los seis meses, los lactantes deben iniciar la alimentación complementaria, no solamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, sino para estimular el desarrollo psicomotor. Si las habilidades para la alimentación, no se adquieren en períodos críticos del aprendizaje, se demora luego su adquisición.

- Reemplazo de la alimentación sólida por alimentación láctea

Una observación frecuente en lactantes y preescolares, es la mayor oferta de leche materna o fórmulas lácteas, cuando el niño no consume lo esperado por sus padres. Es común escuchar el siguiente planteo: *"si no come otra cosa, al menos la leche lo alimenta"*. Esta práctica, no permite al niño tener apetito, por sus ingestas lácteas frecuentes, sin respetar además los tiempos de vaciamiento gástrico.

- Alimentación complementaria incorrecta

Al respecto, se observan prácticas incorrectas en relación a la selección de alimentos, secuencia de su introducción

y la progresión en las texturas, lo que torna a la incorporación de alimentos como un punto crítico a observar.

Por un lado, la densidad calórica de las papillas de hortalizas y frutas (0.4 - 0.5 Kcal/g), es menor a la de la leche materna u otras fórmulas que se utilizan como sucedáneos de la leche materna (0.7 Kcal/ml). Para no disminuir el aporte calórico, se deben ofrecer comidas enriquecidas (con agregado de aceite a las papillas de hortalizas) y no descuidar la incorporación de "meriendas nutritivas" entre horas.

Por otro lado, el desfasaje temporal en la introducción de la alimentación complementaria, puede ser causa de rechazos a la alimentación.

Se ha comprobado que la introducción de alimentos sólidos "grumosos" luego de los diez meses, aumenta el riesgo de dificultades en la alimentación en el futuro, por lo que la progresión oportuna en la consistencia durante la alimentación complementaria, es un punto fundamental para la adquisición de destrezas masticatorias. (Northstone y col., 2001).

Al año, la mayoría de los niños ya pueden consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos. (Dewey y Brown, 2002).

Cuadro Nº 1 – Progresión en la consistencia de los alimentos durante el primer año de vida.

| Meses de vida | Consistencia                                                                                                                   |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6             | Purés y alimentos semisólidos                                                                                                  |
| 8             | Alimentos que se pueden comer con la mano                                                                                      |
| 12            | El mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, evitando aquellos que pueden causar atoramiento, por ej.: frutos secos. |

Una vez que el niño se incorpora a la mesa familiar, la consistencia y variedad de los alimentos deberá aumentar gradualmente adaptándose al crecimiento y habilidades desarrolladas. Se deberá permitir la independencia gradual en la alimentación, fomentando la autonomía del niño.

Cuadro Nº 2 – Progresión hacia la autonomía en la alimentación en la primera infancia.

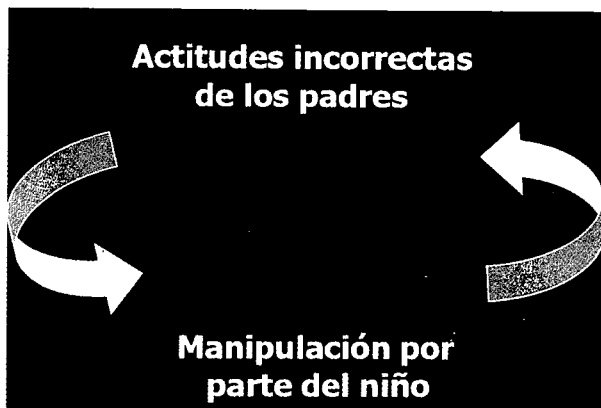
|               |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 meses      | Incorporación a la mesa familiar. Silla infantil, a la misma altura de la mesa, alimentado de frente, permitiendo comer con las manos, utilizando utensilios adecuados (mamadera, vaso, taza, platos y cuchara) |
| 1 año y medio | Utensilios adaptados (cucharas, tenedores)                                                                                                                                                                      |
| 3 años        | Normas de urbanidad en la mesa                                                                                                                                                                                  |

#### - Percepción de la alimentación infantil

El perfil de alimentación ideal del niño, estará acorde a las representaciones sobre la imagen corporal "ideal" del mismo. Por ejemplo, una madre obesa, que considera que su hijo normopeso es delgado, esperará que el niño "coma más", estimulando una mayor ingesta.

### CÍRCULO VICIOSO EN EL ESTABLECIMIENTO DE LOS TCA EN EL NIÑO

Frecuentemente, la percepción subjetiva de la alimentación infantil por parte de los adultos encargados de la alimentación (padres, familiares, cuidadores), los lleva a tomar actitudes incorrectas, que conducen a la manipulación por parte del niño, que a su vez refuerza sus conductas, tornando el momento de la **alimentación** como una **instancia de manejo afectivo**.



#### ACTITUDES ERRÓNEAS, FRECUENTEMENTE OBSERVADAS:

- Ofrecer leche u otros líquidos en reemplazo de sólidos, que otorgan saciedad, quitando el apetito para la siguiente comida.
- Esperar que la ingesta sea constante o mayor.
- Interpretación errónea de la neofobia, lo que conduce a la monotonía en la alimentación.
- Contemplar el apetito "caprichoso", lo que conduce a la selectividad.
- Utilizar el alimento como premio / castigo.
- Rigidez / irregularidad en los horarios de las comidas.
- Exigencia de buenos modales / prohibición de ensuciar.
- Forzar la alimentación, lo que puede desencadenar una aversión.

## LA PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE LA INAPETENCIA SE PUEDE LOGRAR BASÁNDOSE EN LA CORRECCIÓN DE LOS ERRORES FRECUENTEMENTE OBSERVADOS.

En primer lugar, el acto de comer debe ser natural y placentero. El niño asocia la comida, con sus experiencias a la hora de alimentarse.

La actitud de la/s persona/s encargadas de la alimentación, en el momento de la comida es fundamental, ya que deben ser facilitadores de los cambios, involucrándose activamente.

El cambio de actitudes y conductas relacionadas con la alimentación, debe incluir al núcleo familiar, que debe estar informado acerca de las **respuestas esperadas por parte del niño**, ya que su interpretación equivocada, reforzará los TCA.

## PREFERENCIAS Y RECHAZOS

Se debe tener presente, que salvo la aparente preferencia innata por los sabores dulces, todas las respuestas afectivas por la comida son adquiridas. El niño rechaza inicialmente los sabores amargos, ácidos, salados (asociados a la naturaleza de las toxinas) y todo alimento diferente a la leche materna cuando se ofrece por primera vez.

Una interpretación errónea de la naturaleza de las preferencias y los rechazos, puede llevar a dejar de ofrecer determinados alimentos, lo que resultará en una alimentación monótona o a forzar el consumo de dichos alimentos, lo que puede generar un rechazo mayor (aversión)

## NEOFOBIA

La respuesta neofóbica se observa desde los cuatro a seis meses. En esta etapa, se relaciona con el concepto de "seguridad aprendida": Cuando la ingesta de un nuevo alimento no es seguido de consecuencias gastrointesti-

nales negativas se reduce la respuesta neofóbica y a partir de nuevas exposiciones el alimento es gradualmente aceptado. (*Kalat y Rozin 1973*)

La neofobia tiene un rebrote más tarde, en la edad preescolar. En esta etapa, tendría que ver con un paso hacia la autonomía (control sobre la selección de alimentos).

Al contemplar la neofobia, se debe recordar que el consumo de alimentos nuevos se asocia a repetición de oportunidades: son necesarias ocho a diez exposiciones repetidas sin presiones para lograr una mayor aceptación de un alimento nuevo, proceso que es facilitado cuando el niño fue alimentado con leche materna previamente.

"Los niños entre cuatro a seis meses aceptan alimentos con vegetales luego de hasta diez veces de ofrecérselos, pero aquellos alimentados con leche materna previamente tenían una ingesta mayor que los alimentados con fórmulas". (*Sullivan y col.*)

## SENSIBILIDAD A LA DENSIDAD CALÓRICA

Los niños son sensibles a la densidad calórica, regulando su ingesta con su gasto energético, reduciendo el coeficiente de variación energético entre una comida y la otra (33 %), entre un día y otro (10 %) y entre una semana a otra (1 %).

"En ausencia de intervención adulta y ofreciendo opciones nutritivas, los niños son capaces de seleccionar una dieta adecuada". (*Davis 1939*)

## ALIMENTACIÓN FORZADA

Cuando la alimentación es forzada, se corta el proceso de auto-regulación de la ingesta. La ingesta forzada, responde a señales externas, perdiendo así la capacidad de ajuste de la densidad calórica.

Esto ocurre cuando los padres intentan tomar el control del apetito, con mensajes como: "*termina el plato*", cuando el niño manifiesta "estar lleno" o "*no es hora de comer*" cuando el niño dice "tengo hambre".

Otro aspecto a considerar, es la *inapetencia fisiológica* que atraviesa el niño alrededor de los dieciocho meses. Esto ocurre por desaceleración del crecimiento y disminución de las necesidades nutricionales, el apetito se torna irregular y no se debe esperar una ingesta constante.

### ALIMENTO COMO PREMIO / CASTIGO

Los niños aprenden a rechazar alimentos cuyo consumo premian los adultos (por ejemplo, vegetales) y a preferir los alimentos que los padres usan como recompensa. Frecuentemente, se utilizan para premiar alimentos cuyo consumo se pretende limitar luego - golosinas, alfajores, postres, entre otros - generando mensajes contradictorios.

### EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Ante la consulta, una preocupación común de los padres, es la repercusión de la *inapetencia* del niño en su *estado nutricional*, por lo tanto en el proceso de atención nutricional, su valoración, analizando la *ingesta* (cuali-cuantitativamente) y realizando la *evaluación antropométrica*, es el primer paso a seguir, para tranquilizar a los padres en caso de normalidad, o comenzar las acciones para su reparación, en caso de que sea deficitario.

Un punto no menos importante, es que se observan en la práctica, niños con TCA que presentan sobrepeso u obesidad.

#### - Evaluación de la ingesta

La evaluación objetiva de la ingesta, es un punto sumamente importante, ya que como se mencionó anterior-

mente, la percepción subjetiva de la alimentación infantil, muchas veces dista de la realidad.

Además de utilizar los *métodos de encuesta típicos* - recordatorio de 24 hs., modelo típico, frecuencia de consumo y diario de dieta -, se recurre a la *observación* de la alimentación durante la consulta, lo que proporciona información muy rica en cuanto a selección de alimentos, tamaño de porciones, habilidades y destrezas para la alimentación.

#### - Valoración antropométrica

Para la misma, se utilizan distintos *indicadores* (*peso, talla, circunferencias, pliegues cutáneos*). Cuando el trastorno de la conducta es secundario a trastornos orgánicos (niños con encefalopatías crónicas por ejemplo), se dificulta la toma de medidas antropométricas. En esos casos, en la práctica se utiliza la doble pesada para la obtención del peso y la medición de segmentos corporales con la posterior aplicación de ecuaciones para el cálculo de la talla, la más utilizada en la práctica en la UTA es la longitud rodilla-talón.

Al analizar las medidas antropométricas, determinadas situaciones clínicas (por las características de la población asistida en la UTA), requieren la utilización de patrones de referencia especiales, por ejemplo, en caso de encefalopatías crónicas o Síndrome Down, que cuentan con curvas propias para la valoración del estado nutricional.

### TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El tratamiento nutricional, contemplará como en otras situaciones, las necesidades de cada niño, en función de su edad, actividad física, estado nutricional, patologías presentes, pero particularmente, en la UTA, se valora la capacidad de succión, deglución y masticación, que condiciona la vía de alimentación (habitualmente se recurre a la colocación de sondas nasogástricas para la alimenta-



ción o a las gastrostomías cuando estima que la dependencia de una vía alternativa por mayor tiempo)

La dependencia prolongada a métodos alternativos de alimentación, se asocia con resistencia a la alimentación vía oral, por lo tanto en recién nacidos y lactantes, es imprescindible estimular la succión-deglución durante la alimentación alternativa, para posibilitar recuperar la vía oral posteriormente, cuando la evaluación clínica lo permite.

En el proceso de transición hacia la alimentación exclusiva por vía oral, es fundamental evaluar la ingesta. El objetivo en este caso, es cubrir al menos el 75 % del requerimiento a través de la vía oral, para poder prescindir de la vía alternativa de alimentación.

En función de todos los aspectos mencionados, se decide la selección de la fórmula de alimentación apropiada y la modificación de la consistencia de los alimentos de acuerdo a la presencia de trastornos deglutorios. Si se dificulta el manejo de los sólidos, habitualmente es necesario recomendar licuar o procesar los alimentos y en caso de dificultades en el manejo de los líquidos, se disponen de recursos para espesar fórmulas y otros alimentos:

- Espesantes comerciales y cereales infantiles (según etapa de la incorporación de alimentos): tienen la ventaja de no requerir cocción, pero son de más alto costo.
- Almidón de maíz: Requiere cocción pero es más económico y está disponible en la mayoría de los hogares.

Otros recursos potenciales, son la utilización de gelatinas que además permitir modificar la consistencia de las preparaciones, contribuye a incrementar el aporte hídrico (que frecuentemente se ve comprometido).



***Las decisiones respecto al tratamiento, se toman en conjunto, luego de la evaluación y aportes de cada integrante del equipo, ya que como se mencionó en el inicio, el correcto abordaje de los TCA, requiere el enfoque interdisciplinario.***

## CAPITULO 4

---

# EL PADECIMIENTO ALIMENTARIO, ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Dra. Aurora Polto

*El padecimiento alimentario  
pone de manifiesto su  
complejidad psicopatológica  
a través del propio cuerpo  
y de la distorsión de la  
percepción de la propia  
imagen corporal, que se  
vuelve en cada paciente un  
enigma central a descifrar.*

## UN PANTALLAZO HISTÓRICO

Las primeras descripciones clínicas de la patología en su forma de anorexia nerviosa (AN) son prácticamente simultáneas en Francia por Charles Lasègue en 1873 y en Inglaterra por William Gull en 1868, si bien al parecer había sido evocada algunos siglos antes por J. Reynolds, en 1669.

Durante gran parte de la historia, una mujer "rellena" era lo deseable, en tanto indicaba seguridad en provisión de alimentos y defensas frente a enfermedades endémicas, en particular en sociedad es pre-industrializadas. Es recién con el transcurrir de los últimos dos siglos y frente a una provisión abundante de comida y buena distribución en muchas naciones desarrolladas del mundo occidental, que por primera vez en la historia de la humanidad el estar delgada para la mujer se convierte en moda. Hace algo más de seis décadas que una mujer delgada implica en el pensamiento colectivo de nuestras sociedades ser atractiva, deseable, exitosa y auto-controladas, en otras palabras, "super-mujeres".

Siendo las anoréxicas de hoy exactamente comparables a las descritas por Lassègue en 1873, viven en una cultura que facilita la racionalización de éste comportamiento. Hoy en día, son cada vez más frecuentes las consultas por anorexias y bulimias, junto a otras tales como las adicciones, intentos de suicidio en jóvenes, depresiones polimorfas, neo-sexualidades, etc. Nuestras sociedades y en particular, la cultura de la imagen, son poderosos gatilladores de patologías como la anorexia y la bulimia, al anudar una estructuración psíquica con aspectos narcisísticos frágiles al despliegue de lo femenino.

Así como el poder social vinculó a la histeria con la represión de la sexualidad en el siglo pasado y el anterior, hoy vincula a la anorexia más que con un ideal de belleza con un desamparo primordial que transcurre entre constelaciones familiares frecuentemente distorsionadas.

Expertos afirman que los factores socioculturales explicaron el creciente aumento de casos diagnosticados del trastorno, HILDE BRUCH, en 1978 y GARNER Y GARFINKEL en 1980, señalaban que la marcada tendencia de la sociedad por preferir estéticamente la delgadez en la mujer, equiparando delgadez y belleza con éxito social, sexual, interpersonal y profesional, debía considerarse como un impacto tremendo sobre la mujer joven en general y sobre estas pacientes en particular.

Concomitantemente en los últimos 70 años con el comienzo del movimiento femenino, las mujeres han sido enfrentadas a roles altamente competitivos, pero a la vez con la exigencia de mantener roles propiamente femeninos.

Es frecuente ver el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes con este perfil de SUPERMUJERES, exitosas y competitivas, pero que experimenta a la vez, miedo y evitación al fracaso y un intenso miedo al éxito, especialmente a sus consecuencias negativas, tales como el rechazo o la desaprobación.

## LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Conceptos trabajados por Bernard Brusset, acerca de las prácticas alimentarias en la vida social, señalan que desde el nacimiento, entre los cuidados prodigados a un niño se halla la preocupación por la alimentación. Por su dependencia, el bebé debe ser alimentado y sólo a medida que logra progresiva autonomía, se nutrirá por sí mismo. Sin embargo, los adultos con frecuencia, no llegan a calmar esa preocupación, muchas veces sobrepasando la satisfacción de la necesidad para inscribir el reparto de

alimentos en una red imaginaria y simbólica. Los hábitos alimentarios son generados justamente en esta primera edad y determinarán un papel más decisivo aún que otros factores tales como la herencia, en la determinación de las necesidades cualitativas y cuantitativas de los alimentos.

La cultura refuerza o neutraliza el agrado o desagrado que pueden inspirar la forma, el olor o el origen, así como el sabor de ciertos alimentos. Y muchas veces en un mismo individuo el umbral entre el gusto y el desagrado es variable en función del contexto, el clima psicológico, el humor, etc. También las normas sociales conciernen igualmente al modo de comer, al ritmo, al horario en tanto se define lo que es un almuerzo o una cena y una celebración o una fiesta.

Como si fuera: el placer de comer no es sólo individual, sino colectivo, unido al intercambio y a la comunidad; de hecho, "es en la mesa hoy en día, donde se tratan negocios, se declaran ambiciones y se deciden matrimonios", dice Brusset.

En el niño de corta edad, dado el lugar inevitable que la alimentación ocupa en la instauración de las primeras relaciones con la madre, todo ocurre como si la satisfacción de la necesidad fuese para la madre la ocasión de enseñar el placer a su hijo, placer que es buscado y diversificado, por el niño, a medida que este crece. Las primeras experiencias de satisfacción-insatisfacción, placer-desagrado, esperanza-decepción, se producen en la relación alimentaria.

Sigo a P. Aulagnier en tanto se puede pensar que el apetito sirve en cierto modo como educador del deseo, en un interjuego tal que las respuestas dadas a uno (apetito o deseo), determinan las formas del otro, como una impronta en la personalidad del individuo. Aulagnier ha trabajado intensamente este encuentro iniciático, primer intercambio madre-infans, destacándolo como un encuentro del bebé con el cuerpo y con las producciones de la psique materna, erogenización primaria en ese cuerpo

a cuerpo en la cual siempre se ejerce para esta autora una violencia primaria de esa madre deseante sobre ese Yo corporal inicial.

Fallas o fracasos en la libidinización y narcisización por distorsión del vínculo madre-hija, son frecuentes en estas pacientes. Madres con disponibilidad afectiva men-  
guadas por pérdidas (muerte de otro hijo) o carencias y fallas en los vínculos con sus propias madres, y por otro lado bebes con extrema voracidad que exaltan las angustias maternas, determinan distorsiones de éste encuentro primario. "Algo fundamental no ocurrió", "nada" pasó" dice Aulagnier, el vacío se instaló. El acto alimentario guarda una estrecha relación a la vez, con fantasías sexuales y de destrucción, que pueden impregnar la conducta alimentaria, no sólo apuntando al alimento, sino también al cuerpo del sujeto

Se inscriben en la imagen corporal propia de estos pacientes, actitudes singulares respecto a la vida, la muerte y al propio ser, portadoras de profundos sentidos, testimonio de elecciones morales, adhesión a valores, o modelos y rechazos de otros. Sentidos que son utilizados por pacientes anoréxicos y bulímicos para racionalizar un comportamiento, cuyas razones son, como vemos, mucho más privadas y propias.

La preocupación por la delgadez en estas pacientes es también la preocupación por el efecto de su apariencia sobre los demás, porque hacen comunicables a través de su imagen, significaciones complejas y contradictorias, que a la vez, las dispensa de toda palabra y las preserva en su aislamiento de diosas sin necesidades.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Hay diversos modos de establecer criterios diagnósticos. Según el DSM -IV R, los criterios para diagnosticar una **ANOREXIA NERVIOSA** se establecen en base a parámetros fundamentalmente biológicos:

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

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

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

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

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

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

Otros expertos como Hilde Bruch prioriza los aspectos psicopatológicos para el diagnóstico de la A.N.:

- Imagen corporal distorsionada, con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo.
- Incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre, aunque también esa dificultad se extiende a otros estados emocionales.

- Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo sino de la demanda externa.

Según Bruch la madre cría a la niña que luego padecerá un trastorno alimentario, de acuerdo con sus propias necesidades más que con las de la niña, quien se experimenta a sí misma simplemente como una extensión de su madre. La niña no es percibida como un individuo separado, sino como prolongación de su madre. Así estas niñas despliegan comportamientos demasiado adaptados, son en general "buena niñas", llenando un vacío narcisístico de ambas en un vínculo muy indiscriminado. La confusión para detectar y reconocer las sensaciones, emociones y necesidades propias y del otro queda como núcleo central fallante. Mientras el vacío de lo propio queda convocando un permanente llenado siempre insuficiente, que relanza una y otra vez la búsqueda incesante de la repetición del vacío mismo. La bulimia nerviosa se instala así, como otro modo de expresión de este complejo entramado.

Frente a las presiones sociales y familiares para que coman, comienzan a mentir, a tirar o esconder la comida y algunas de ellas comienzan a inducirse el vómito después de las comidas o a usar laxantes cuando no pudieron evitar comer complaciendo a otros.

Así, gran número de anoréxicas alternan entre el no comer y el atracón, experimentando un intenso sentimiento de autocontrol mientras cumplen omnipotentemente sus dietas y una pérdida total de él, con vergüenza y auto-repugnancia cuando se vuelven voraces. Establecen una lucha contra el hambre, sensación que a veces buscan como tal, y que parece ser una fuente de satisfacción importante en estos pacientes.

Según el DSM-IV R, los criterios para diagnosticar una **BULIMIA NERVIOSA** son:

**A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad

superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

**B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

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

**D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. **E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

El ciclo atracón-vómito puede durar horas, reiterándose varias veces en un día, llegando a gastar sumas exageradas de dinero en abastecimiento de comida. En general se introducen sus dedos en la garganta aunque algunas veces usan emetizantes o aumentan la presión intragástrica por diferentes métodos mecánicos externos forzando el pasaje de alimentos al esófago y luego vomitándolos. Algunas pacientes desarrollan erosiones y callos en el dorso de sus manos por la repetida fricción contra sus incisivos en la autoprovocación del vómito y sufren una hipertrofia de las glándulas parotídeas, por la

hipersalivación durante los mismo que les determina un ensanchamiento del contorno facial.

Relatan sentimientos mixtos frente al vomitar:

- primero gran alivio de librarse de la comida manteniendo así su peso bajo
- pero con el vómito aumentan los episodios de voracidad y con ellos gran vergüenza por necesitar recurrir nuevamente al vómito

Se vuelven esclavas del vomitar. En general cuando vomitan más de tres veces diarias, con frecuencia ya no pueden detenerlo y pueden requerir hospitalización, dado los riesgos metabólicos consecuentes.

Inicialmente la sensación de hambre es normal, (en realidad estrictamente no se trata de una anorexia en el sentido clásico del término: "no apetito") pero sienten terror a transformarlo en el impulso de comer, por lo cual algunas pacientes se sobredosifican además con anoréxicos y otras ingieren grandes cantidades de líquidos por día.

Termina distorsionándose la percepción hambre-saciedad, así como la percepción de energía corporal, y ocurre como si la inanición les incrementara la aptitud para el ejercicio que realizan durante horas diariamente (atletas, bailarinas de ballet, son poblaciones de riesgo).

Del punto de vista psicopatológico, aparece concomitantemente el pensamiento obsesivo asediante sobre la comida y actividades ritualizadas vinculadas a ella. Se fijan un límite máximo de peso arbitrario, que no les permite una producción hormonal normal como vimos, no permitiendo la consecuente maduración biológica. Si no pesan eso, sienten que pueden llegar a pesar más del doble.

Así funciona todo el pensamiento de las anoréxicas, sin términos medios, y vive una lucha dicotómica, especialmente con todo lo que requiere autocontrol:

comer vs no comer  
ejercicio vs pasividad  
estudio vs recreación  
abstinencia sexual vs promiscuidad  
hipervaloración de sí vs desvalorización (incluye también al terapeuta)

Con frecuencia estrechan el campo de sus intereses, se retraen socialmente, dejan de frecuentar amigos (signo precoz), aparece el deterioro de las relaciones, en función a la variabilidad y cambios bruscos de su humor. La depresión es frecuente y con el paso del tiempo, se progresa hacia la emaciación.

Crisp postuló que la psicopatología subyacente, se despliega básicamente como: "una evitación para adquirir la madurez psicosexual, con dificultad para regular sus mundos internos y externos que se evidencia frente a desencadenantes tales como separaciones, muertes o eventos sexuales que las confronta a la madurez." Se niegan a crecer.

Para Bruch, la base psicopatológica sería una sensación general e invasiva de ineffectividad que originan un intento de conseguir autocontrol y efectividad en el ámbito del peso, a partir del cual creen extenderlo a las diferentes áreas de sus vidas.

Para complejizar aún más las cosas, debemos agregar que los trastornos de la conducta alimentaria asientan, sobre una población muy heterogénea que sufre diferentes tipos y grados de psicopatología, organización de la personalidad y nivel de funcionamiento del yo.

En relación a las familias de pacientes portadoras de trastornos alimentarios, se pueden destacar algunas características:

- Aglutinamiento con proximidad extrema de las relaciones familiares y escasa diferenciación interpersonal.

- Sobreprotección, con necesidad de amparo recíproco.
- Rigidez, dificultades para tolerar los cambios.
- Ausencia de resolución de conflictos, se niegan o se postergan.

## INCLUSIÓN A FUTURO

Quisiera agregar en último término, que próximamente el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades en su quinta versión (DSM V) a publicarse en 2013, incluirá como otro trastorno alimentario como específico: el trastorno por atracón o Binge Eating Disorders (BED) que en la versión cuarta revisada del manual, estaba aún en fase de investigación.

### TRASTORNO POR ATRACÓN (DSM-IV R) SE DEFINE POR:

1. Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

- a. Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
- b. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).

2. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- a. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
  - b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - c. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
  - d. Comer a solas para esconder su voracidad.
  - e. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
3. Profundo malestar al recordar los atracones.
4. Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.
5. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

## A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

La psiquiatría establece una diferenciación entre lo normal y lo patológico, y en ese sentido las clasificaciones apuntan a identificar y delimitar los diversos sufrimientos psíquicos. Pero adhiero a la idea de que no podemos dejar de lado el interrogarnos permanentemente acerca de cómo cada cultura incide y participa en la génesis y mantenimiento de esos sufrimientos humanos en lugar de meramente señalarlos. Los padecimientos alimentarios nos convocan intensamente a pensarlos desde lo individual, lo familiar, lo social, lo cultural y lo epocal. Dice M. Viñar que ningún trastorno psiquiátrico "deja de perder nunca la vinculación con lo íntimo y subjetivo de quien las padece, hay en cada paciente entonces un otro paciente que se desprende desgajándose de la entidad nosológica psiquiátrica. La posibilidad de la elaboración subjetiva de un síntoma de los que habitualmente buscamos

y encontramos en la clínica psiquiátrica... entramada en la propia historia y en la conflictividad psíquica de cada sujeto, es sin duda, la posibilidad de generar sentidos que le permitan comprensivamente la expansión de un espacio interior y propio que aunque igualmente implique sufrimiento permita una sustitución posible a través de la sublimación que lo aleje de la repetición desligante y en algunos casos destructiva".

## **CAPITULO 5**

---

# **ABORDAJE INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO DE PATOLOGIA ALIMENTARIA**

Equipo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.  
Hospital de Clínicas.

## **5.1 MODALIDAD DE ATENCIÓN, EXPERIENCIA DEL EQUIPO**

Ps. Helena Cantonnet

Lic. Carolina Carballido

En nuestra experiencia, en un Equipo de Abordaje Integral ambulatorio de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el marco hospitalario, el encuentro clínico con un paciente con un sufrimiento de tal dimensión, nos enfrenta permanentemente al reconocimiento de nuestros propios límites y el de nuestros saberes. Esta situación nos convoca a recurrir a diversas estrategias asistenciales que abarcan más de una sola disciplina, lo que nos plantea desde el inicio múltiples diagnósticos interrelacionados (médico, psiquiátrico, nutricional y psicológico). La interdisciplinariedad se enfoca, en la apertura de diferentes abordajes, a comprender una patología que compromete al ser humano en su totalidad, en un entramado biológico, psicológico y sociocultural.

Dicho complejo entramado, junto con la multiplicidad de interrogantes e incertidumbres que se nos plantean en la práctica clínica, da cuenta de la dificultad de construir un dispositivo interdisciplinario para el tratamiento adecuado, integrado por técnicos formados en profundidad en esta materia, tanto en el ámbito de Salud Pública como de la asistencia colectivizada y privada.

Dentro del Organigrama de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (Hospital de Clínicas), nuestro equi-

po se instala y se respalda en el marco institucional hospitalario. El cual ha permitido contener la complejidad de la patología alimentaria, oficiando como legalidad simbólica que propicia lo discriminatorio, en una patología en la cual se tiende al aglutinamiento y confusión entre lo psíquico y lo físico, lo externo y lo interno, lo individual y lo familiar.

Se privilegia la escucha psicoanalítica desde las diversas disciplinas. Escucha atenta que nos irá guiando a comprender los diversos sentidos de los procesos psíquicos de los pacientes y su entorno así como también los de los del Equipo mismo. Sentidos que irán siendo develados y contruídos poco a poco en un trabajo psíquico conjunto con el paciente en el ofrecimiento de gestos, palabras, pensamientos y actos, produciendo un entretejido fino, sutil y delicado pero firme y sostenedor a la vez.

Lo cual irá posibilitando acercarnos al sentimiento de vacío que remite a angustias muy primarias y que se manifiestan tanto en lo intrapsíquico como en lo intersubjetivo. Este es un punto en común en el continuum anorexia-bulimia-obesidad y sus formas combinadas. Vacío que en lo conductual se evidencia en el modo de relacionamiento con el alimento, tanto en el frenético intento de rellenar en la bulimia y en trastorno por atracón, como en el estricto control anoréxico del hambre y el peso. El vacío de lo propio queda convocando un permanente llenado siempre insuficiente, que relanza una y otra vez la búsqueda incesante de la repetición del vacío mismo quedando éste garantizado por la persistencia del hambre.

La preocupación en torno a lo alimentario, al peso y a la percepción propia de sus imágenes corporales, es también, para estos pacientes, la preocupación por el efecto de su existencia sobre los demás. Hacen comunicables a través de su imagen, significaciones complejas y contradictorias, que dan cuenta de lo más privado y propio de su padecimiento, logrando, a la vez, que esto los dispense de toda palabra y los preserve en su aislamiento.

Al decir de Brusset: Se hace necesario tener siempre presente *"la contradicción existente entre la palabra y la apariencia física, ya que por un lado asegura estar muy bien, delgada, no flaca, fingiéndose normal y activa; y por otro lado a nivel de la comunicación no verbal, exhibe un aspecto exagerado en un maquillaje que oculta y muestra el estado de destrucción"* (...) *"A través de su aspecto parece decir: "ayudadme", en tanto que por otro lado dice "no os permitiré que me ayudéis"*<sup>1</sup>. Nos encontramos frente a una situación paradójica que hace complejo y sumamente difícil el posicionamiento del técnico y/o del interlocutor en como pensar y actuar frente a dichos mensajes contradictorios. Contradicción que remite a un largo camino de desencuentros en una historia entre dos, donde las señales contradictorias emitidas por la madre desregulaban las interacciones madre-bebé.<sup>2</sup>

Nuestra tarea, nos requiere permanentemente una disposición psíquica y un posicionamiento particular en cada nueva situación, con cada paciente, desde el pensar del equipo en la interdisciplina. Es por ello que los pacientes son pensados por el equipo, como también nosotros nos pensamos a nosotros mismos trabajando con ellos.

La modalidad de asistencia que proponemos, ofrece semanalmente diversos abordajes dinámicos entre sí: psiquiátrico, nutricional, psicoterapéutico grupal e individual, abordaje familiar, abordaje lúdico-creativo y almuerzos terapéuticos.

Los pacientes que son derivados a consulta, son recibidos por el **Comité de Recepción** integrado por psiquiatra, psicólogo y nutricionista. Se realizan entrevistas para determinar la inclusión o no del paciente al equipo, y/o su correspondiente derivación. El abordaje de los conflictos psicodinámicos interpersonales se vuelven imprescindibles para comprender y tratar un TCA, lo que estará presente desde la primera entrevista de recepción, pa-

1 (Brusset, B. "La Anorexia" p, 37).

2 (Kreisle Fain y Soulé en Brusset B La Anorexia, p 89).

ralelo al diagnóstico clínico psiquiátrico. Ello implica una escucha dirigida a recepcionar la subjetividad del paciente, es decir, a la experiencia de su modo de vivenciar el trastorno, su goce extremo en lo restrictivo y/o voraz, su lucha contra el hambre, su malestar y/o desencuentro con la familia, su ocultarse permanente, percibirse invadido desde un lugar inconsciente en sus espacios, como también la intrusión de él mismo en los espacios de los otros con sus manejos desafiantes. Por esto mismo, se requiere propiciar un vínculo empático con un paciente que generalmente es traído a la consulta en contra de su voluntad, con dificultad para mantener un peso adecuado, con una distorsión de la percepción de la imagen corporal y negando firmemente la delgadez, el hambre y el cansancio. Es necesario un correcto diagnóstico del trastorno alimentario, así como de la eventual patología psiquiátrica comórbida, particularmente con los trastornos afectivos y de ansiedad, así como el abuso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, descartando también las alteraciones de la personalidad y la tendencia al suicidio. En la historia psiquiátrica se debe prestar atención a los abusos sexuales y físicos, así como a la historia sexual del paciente. Esto se realiza ya desde las entrevistas de recepción, iniciando el **abordaje psiquiátrico**, propiamente dicho.

En el caso de que el paciente ingrese, se le asigna un psiquiatra y un nutricionista que serán sus referentes durante todo el tiempo de tratamiento. Se lo incluye en los almuerzos terapéuticos y en la instancia terapéutica grupal o individual, según sea pertinente. Paralelamente, la familia y/o personas relacionadas al paciente deberán asistir a la instancia terapéutica familiar.

En el **abordaje nutricional**, el técnico desde un lugar cálido y cuidadoso ofrecerá un contacto que posibilite la apertura del paciente a mostrar sus conductas alimentarias patológicas, que con frecuencia exponen sus aspectos más oscuros y enfermos. Poco a poco empiezan a ser develados aspectos de la conducta alimentaria distorsionados o particularidades del comer propios del paciente

y del entorno familiar. En los **Almuerzos Terapéuticos**, que realizan conjuntamente pacientes y nutricionistas, se registra el modo de comer de cada paciente, así como las vivencias en relación al alimento y al interjuego en la comensalidad: *"Como seres humanos, se come siempre en la mesa del Otro, donde el comer no es simplemente aplacar el hambre, sino que es además y sobretudo la asunción de las reglas de la convivencia, del estar juntos, del gusto, de la tradición familiar y de la cultura"*.<sup>3</sup>

Respecto al **abordaje psicológico**, ofrecemos dos modalidades terapéuticas según sea pertinente: grupal o individual para los pacientes y grupal para las familias.

El abordaje individual, lo proponemos frente a determinadas situaciones de ingreso, donde la inclusión directa al grupo terapéutico no sería favorable, o bien como experiencia de transición del paciente en vías de egreso del Equipo. Son abordajes acotados en el tiempo, generalmente no mayor a un año.

El abordaje grupal a pacientes, a su vez, se divide en instancia de grupo terapéutico con TCA específicos (bulimia y anorexia) e instancia de grupo terapéutico con trastorno por atracón.

En el **Grupo Terapéutico**, nos servimos de los fenómenos que se despliegan entre las personas que lo constituyen. Vivencias de la conflictiva psíquica de estos pacientes se despliegan con intensidad en el vínculo con los otros, incluidos los técnicos. La labor del coordinador es posibilitar y sostener la grupalidad, al reconocer la pertenencia de todos, al mismo grupo, en primer lugar. Pero también el ir permitiendo desplegar el deseo de cada quien. Es desafío de cada sesión, ir ofreciendo palabras, afectos y construcciones, para dar lugar a que cada uno aporte a este movimiento un direccionamiento que irá pautando el devenir de todo el grupo.

A lo largo del tratamiento, se instala un proceso de sustitución en el cual la palabra es vehículo del vivenciar

3 Recalcati, M. "La última cena: Anorexia y Bulimia", pág. 51.

sintomático. De este modo, se va posibilitando una salida de la repetición mortífera de este padecimiento, hacia una producción en la cual comienza a gestarse el reconocimiento de sí mismos y de sus necesidades; diferenciándose progresivamente y dando lugar a los deseos propios. Es así que: qué comer, cómo y cuándo o cuándo no comerlo, aparece como metáfora del interrogarse acerca de qué vida podrían vivir en mayor concordancia consigo mismos.

En cuanto al trastorno por atracón iremos posibilitando y habilitando la posibilidad de pensar y reflexionar, que por momentos parece estar ausente en su psiquismo. Se trata de ir creando progresivamente una nueva construcción psíquica en un proceso que implica un pensar-se a sí mismo, e instalarlo en lugar de la salida voraz compulsiva en la repetición del comer y la frenética repetición de actitudes dietantes que lo llevan a un vínculo circular con lo alimentario inmerso en la vivencia de un vacío y llenado imposible.

Destacamos en el tratamiento del los TCA, el **abordaje familiar** que comprende el gran desafío de contener a las familias de los pacientes que llegan al equipo con frecuencia llenos de inseguridades y angustias. En el encuentro con los padres percibimos los sentimientos de rechazo, intolerancia y desprecio que se despliegan en el desencuentro con sus hijos. Llegan sorprendidos, enojados, resentidos, angustiados, desesperados, sin saber qué hacer con dichos sentimientos, salvo expresarlos, en algunas oportunidades, para liberarse de la angustia; y otras veces se muestran casi indiferentes, como anestesiadados frente a sus propios empujes violentos en las confrontaciones con sus hijos. En este espacio se posibilita que los padres comiencen a saber de sí mismos y del modo en que se encuentran involucrados en el vínculo, que hasta ahora, se expresaba en el acto alimentario patológico. Es importante tender entre las familias y el Equipo puentes de unión que permitan la comprensión de aspectos negados por todos, transformándolos en conductas y pensamientos más adecuados en base a nuevos

sentidos para los familiares y los propios pacientes. El Abordaje Familiar es abierto a la participación de todos los integrantes del equipo.

En el **abordaje lúdico-creativo** se promueve el despliegue de los aspectos más sanos, vitales y creativos de los pacientes, favoreciendo procesos que aportan a la comprensión y elaboración de la conflictiva psíquica. En este espacio, así como en los almuerzos terapéuticos, se privilegia la acción, ahora trófica, sobre la palabra.

Además del trabajo de coordinación y elaboración de los diversos abordajes en torno a cada paciente, permanentemente damos prioridad a la comunicación entre los técnicos integrantes de nuestro equipo. El trabajo de elaborar lo que estos pacientes convocan y promueven en nosotros, (lo transferencial y contratransferencial) concierne a lo complejo de sostener y cuidar tanto a ellos, como a nosotros mismos. El trabajo psíquico que implica el abordaje de esta patología con su tendencia a separar y escindir, estableciendo alianzas y complicidades cruzadas, se tramita efectuando **Reuniones de Equipo** con la asistencia obligatoria de todos los integrantes, de esta manera, se garantiza el cuidado del propio Equipo.

El trabajo en interdisciplina con estos pacientes exige una tarea delicada que implica una activa puesta de límites, ofreciendo al mismo tiempo contención y discriminación. Requiere de nosotros abstinencia y neutralidad suficiente para no ceder a los manejos frecuentes de los pacientes y su familia, manteniendo un posicionamiento que defienda la vida frente a una lucha encarnizada con la muerte psíquica y física.

Pensamos que este modo de tratamiento habilita a intentar desmontar un modo de funcionamiento psíquico profundamente invalidante con la consiguiente desarticulación de los síntomas hacia el reconocimiento y el alivio del sufrimiento psíquico. De este complejo entramado depende el éxito de la recuperación de los pacientes y su entorno afectivo.

## 5.2 ASPECTOS PRÁCTICOS DEL ABORDAJE NUTRICIONAL DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

Lic. Nta. Maryele Grosso

Trabajar con un paciente portador de patología alimentaria específica compromete al Licenciado en Nutrición a una escucha atenta, ética y profesional, al ser descubiertas particularidades del comer muy propias del paciente y su entorno familiar.

Durante cada encuentro se requiere un vínculo empático de respeto que permita al paciente la posibilidad del flujo de sus palabras y al técnico la amplitud de su mirada clínica hacia la búsqueda de la más adecuada intervención profesional.

La detección de sintomatología alimentaria expresada por la "imposibilidad de comer" o la "imposibilidad de parar de comer", da cuenta de un conflicto propio cuyo sentido deberá ser develado en el proceso terapéutico de un equipo interdisciplinario.

### ASPECTOS PRÁCTICOS

El primer gesto terapéutico es despistar Riesgo Nutricional con compromiso vital, ya sea dado por un peso corporal por debajo de límites mínimos y la negativa a comer, o por la alta frecuencia de vómitos autoinducidos varias veces al día posteriores a voraces atracones.

La Evaluación del Estado Nutricional, basado en el Índice de Masa Corporal (referencia OMS 2007 y OMS 1995) y paraclínica, y la Evaluación del Comportamiento Alimentario, determinado por un modo de ingesta restrictivo o compulsivo, permiten acercar un primer Diagnóstico Nutricional, base para establecer prioridades en el Tratamiento Nutricional.

Elementos presentes en el tiempo, tales como disconformidad con el cuerpo, inicio e instalación de síntomas alimentarios, métodos de purga, evolución del peso corporal, trastornos en el ciclo menstrual, patrón de tránsito intestinal, actitud al comer, vínculos primarios, hábitos alimentarios familiares, deberán ser profundizados y analizados para una mejor contextualización del padecer alimentario del paciente.

Con esta base se determinan Objetivos Nutricionales en el encuadre de un proceso terapéutico con gran compromiso de trabajo, los cuales deben individualizarse y reevaluarse continuamente.

## ANOREXIA NERVIOSA

### OBJETIVOS NUTRICIONALES

Corregir la malnutrición energético-proteica y sus consecuencias:

- Mejorar y mantener el Estado Nutricional
- Detener el proceso catabólico
- Lograr recuperación ponderal gradual
- Reiniciar el crecimiento y desarrollo físico en los adolescentes
- Contribuir a la reinstalación del ciclo menstrual
- Regularizar el patrón de tránsito intestinal

Normalizar los patrones alimentarios:

- Lograr mayor diversidad de alimentos
- Mejorar el tamaño de porción

En la modalidad de **Tratamiento Nutricional en Ambulatorio**, se estiman las necesidades energéticas (1), se determina un valor calórico inicial el cual se irá incrementando progresivamente hasta alcanzar los requerimientos de energía estimados para la ganancia ponderal planificada o acordada con el paciente.

Considerar un aporte proteico de 1,2 gr/kg por depleción de masa magra.

Evaluar la conveniencia del uso de complementos nutricionales y la necesidad de suplementar con micronutrientes.

Controlar aporte de líquidos y de fibra dietética por la sensación de plenitud postprandial.

Preferir preparaciones con volumen reducido y densidad energética aumentada.

Aumentar el fraccionamiento de ingestas al día.

En el **Tratamiento Nutricional en Internación**, se trabaja en conjunto con el Médico Internista. Se inicia la renutrición con 10-15 Kcal/kg/día y se aumenta cada 24-48 hs según evolución del paciente, hasta alcanzar el requerimiento de energía estimado. La progresión inicial debe ser lenta para evitar riesgo de síndrome de realimentación.

$\text{Ingesta real} + 200\text{-}300 \text{ Kcal./Harris Benedict (MB} \times 0,7) + 500 \text{ Kcal./30 Kcal / Peso Real}$

## BULIMIA NERVIOSA

### OBJETIVOS NUTRICIONALES

- Alivio de sintomatología
- Reducir o eliminar episodios de atracones y purgas
- Contribuir al logro de un balance hidroelectrolítico
- Mejorar y/o mantener el estado nutricional
- Normalizar la ingesta de alimentos.

En el **Tratamiento Nutricional**, las pautas nutricionales focalizadas en reorganizar y mejorar el patrón de ingestas desorganizado deben individualizarse. Es oportuno identificar los momentos diarios de mayor descontrol alimentario así como los alimentos que "gatillan" dicho descontrol.

El Peso Corporal, motivo habitual de preocupación para el paciente, se estabiliza una vez éste alivia su sintomatología alimentaria.

**El cuidado del Peso Corporal:** El registro del peso debe manejarse cuidadosamente con el paciente ya que su conocimiento puede resultar conflictivo y conducir al incumplimiento del plan alimentario indicado.

**El vínculo con el Alimento:** El valor simbólico del alimento como parte de nuestra historia familiar y personal, es el origen de muchas de nuestras actitudes hacia la comida y hacia el acto de comer.

El acto de comer en si mismo significa mucho más que nutrirse, es un acto de encuentro, de compartir y de sentir.

Los registros de alimentos y de las vivencias que surgen entorno al comer son una herramienta terapéutica de gran utilidad. Por un lado, muestran el despliegue o la restricción de la alimentación diaria o semanal y por otro, documentan los momentos claves en la evolución de la sintomatología alimentaria.

Acompañar o compartir una o sucesivas ingestas de alimentos con un paciente con Anorexia o Bulimia Nerviosa (**Ingestas Terapéuticas**), permite la recepción de información gestual y verbal necesaria para ampliar la comprensión del sufrimiento alimentario por el que transita. También permite el monitoreo del comportamiento alimentario y de los vínculos de comensalidad.

**Nunca es tarde.** Nunca es tarde para iniciar o re-iniciar actitudes positivas en relación a los alimentos y al momento de comer.

Comer acompañado, evitar pasar largas horas sin ingerir alimentos, hacerlo en forma pausada y en un ambiente familiar armónico, son sólo algunos de los principios básicos que posibilitan el disfrute de un buen comer.

## 5.3 A PROPÓSITO DEL ABORDAJE FAMILIAR EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Ps. Helena Cantonet

El trabajo con padres en una pareja o en un grupo enmarcado en la interdisciplina en los denominados trastornos alimentarios, tiene su fundamento en que si bien el padecimiento alimentario se manifiesta en un/a joven que porta el síntoma anoréxico, y/o bulímico, es la familia en su totalidad quien se encuentra comprometida en algún lugar psíquico y/o afectivo. Qué significa psíquicamente y emocionalmente el padecimiento alimentario de una familia en esta situación y cómo intervenir en dicha complejidad? Es un espacio para comprender y reflexionar, sobre cómo se ha producido dicho engranaje patológico, e "introducir una figura, la del terapeuta, con su palabra, presencia cálida y contención, pero a la vez por momentos disponer de una actitud firme en la puesta de límites clara y precisa. Paulatinamente se posibilitará el desmantelamiento y la desarticulación de los vínculos que se encuentran distorsionados, para generar otras formas de involucramiento.

Nos remitimos al concepto de vínculo que según María Moliner vínculo del latín vinculum, derivado de vincre: atar, lazo o ligadura, algo que une una cosa a otra. Nos interrogamos sobre cómo las ataduras se encuentran distorsionadas en dichas familias.

Los lazos se encuentran entramados de una forma patológica, ya que se hallan rigidizados, endurecidos, silenciados, marcados por lo hostil-amenazante, la desconfianza, la mentira y el ocultamiento. Clínicamente los escuchamos y los percibimos ubicados en una actitud de control, vigilante e invasiva en lo que come o no come, o deja de comer su hija develando una intrusión en su espacio. Reclamos, reproches y sentimientos de culpa circulan en el cotidiano vivir desde los padres hacia los hijos y desde éstos a los padres.

En cuanto a la intervención ¿cuál es la adecuada? promover una disposición psíquica lo suficientemente abierta y ofrecida como para poder contener y a la vez propiciar pensamientos, sugerencias, que vayan habilitando entre otras cosas la posibilidad de irse pensando en sus modos de acercarse a su hijo/a, y de que modo están ellos ahí, con sus actitudes, sentires y vivencias que hacen a la relación con su hijos y con ellos mismos. Al decir de Maguillansky, R, Nussban,S. "¿Cómo pensamos y cómo sentimos cuando estamos incluidos en un vínculo?" En esta línea, en el espacio de pareja de padres propiciar el de pensarse e interrogarse en lo que sienten en relación a la "hija/o".

¿Qué sienten entre ellos como pareja en esta situación tan dolorosa? ¿Cómo se vincula cada uno con su hija en relación al síntoma alimentario? Frecuentemente observamos que los acercamientos o distanciamientos desde cada uno son disímiles. Habitualmente la madre tiene un modo de relacionamiento donde parece ubicarse en el lugar del saber cuales son las necesidades que ella interpreta son las que su hija precisa, un saber que se caracteriza por el estar pendiente de lo concreto del comer, de la necesidad nutricia, una mamá decía "no me come" otra decía "el otro día agarró la olla y el pan y se comió todo el estofado, agarraba el pan y lo metía en la olla, se chupaba los dedos, y casi se comió todo". El papá frecuentemente se ubica en un lugar más retirado, pasivo, y lo escuchamos decir "no sé lo que pasó, yo no me di cuenta de lo que sucedía".

Al hablar de vínculo debemos precisar que desde el otro lado del lazo está la joven portadora del síntoma, quien se encuentra también entramada en este patológico vínculo, ella también "hace algo" con ese síntoma, con ese no comer, o comer en exceso, invadiendo los espacios de los padres, buscando generar una respuesta de los mismos. Es por ello que tomaremos dicho acto dirigido a ellos papás, motivado en términos generales por una búsqueda de atención, de ser mirada, atendida, cuidada, tenida en cuenta pero expresada de una forma disfrazada, como forma de sujetarlos dejándolos pegados a su síntoma. Hacer hincapié en lo que ellos sienten con lo que su hija les hace sentir con eso que es vivido como muchas veces como invasivo y pensar en que hacen ellos con ese sentir; ayudarlos a pensar y tramitar un cambio en el vínculo y su ubicación en él. La joven no encuentra otra manera de ser y de estar con los otros más que con ese relacionamiento demandante restringiendo o devorando y o vomitando de un modo frenético y enajenado. También resultan ellos invasivos y o distantes para su hija. Así podemos observar una mamá que está pendiente de necesidades alimenticias y controlando las actitudes de su hija, también puede suceder que sea el padre quien se ubica en este lugar de control e invasión, persiguiendo e invadiendo espacios de su hija. Desde el otro lado la joven tomando y devorando al papá en demandas, excesos desmedidos, fallas en la delimitación de los espacios de cada uno, quedando uno adentro del otro, y en esta modalidad vincular la mamá es quien se encuentra alejada, a veces olvidando a su hija; sin registrarla psíquicamente.

En este desarrollo que vamos construyendo, vemos la necesidad de armar la historia de dichos vínculos familiares, e ir a los orígenes de cómo se gestaron dichos desencuentros y encontrar los modos de irlos ligando desde un lugar más vital. Brusset, alude a H. Bruch quien plantea que en las anoréxicas y las obesas no hubo apropiadas respuestas de los padres a los signos y señales mediante las cuales niñas expresaron sus necesidades psíquicas y

afectivas, resultando un inadecuado reconocimiento de sus sensaciones corporales y tensiones emocionales" Es entonces que la joven parece no poder reconocer el hambre, sed, ni nada sentido como propio. Se oscila entre un permanente desencuentro de demandas; opera un discordancia, un fracaso en el encuentro, remitiendo a J. Lacan, a la demanda de alimentarse le responde la demanda de dejarse alimentar; en la anoréxica es donde más se ilustra la discordancia del rechazo a dejarse alimentar (Lacan, J. 2006, pág. 228). Desencuentros de demandas, desencuentros de padres e hija, nos ayudamos de la contratransferencia, que nos guiará en nuestra implicación. Qué sentimos en el encuentro con los padres y que debemos tomar de ese encuentro, y explicitar. Cómo posicionarnos? Reflexionar y pensar, que hacemos y que tomamos de ese sentir y trabajarlo desde un lugar diferenciado atentos a no quedar también invadidos por estas modalidades vinculares, y si nos sucediera poder pensarlo. Generalmente nuestro sentir resulta de lo que ellos sienten que les hace sentir su hija con sus actos y nos lo hacen sentir, percibimos el rechazo, la frustración, la rabia, el no entendimiento. Los percibimos padeciendo como si no estuvieran incluidos en la problemática; desbordados, a veces enojados, angustiados, resentidos y en oportunidades distantes frente a las actitudes de sus hijos: rechazo, intolerancia, destrato, desprecio, son las expresiones afectivas habituales en el cotidiano vivir. Prevalece la no discriminación, la no autonomía. Según Laboucarié y Barrés, la dependencia exagerada ha sido producto de una actitud sobreprotectora excesiva/o la falla en la presencia afectiva de la figura materna y/o de la figura paterna (Brusset, B. La anorexia, pág. 204).

Dichas situaciones afectivas desplegadas en el grupo con padres, se toman y se piensan como aspectos en los cuales otros padres se pueden identificar y encontrarse en los otros verse a sí mismos en los manejos que sus hijas hacen con ellos y con el resto de los familiares. También ellos se pueden mirar en ese no encontrar en sí mismos más que con el enojo, la persecución, el control transfor-

mándose el diario vivir en un desenlace hostil permanente que se repite una y otra vez.

Sea con una pareja o con un grupo de padres se habilita a la reedición de una experiencia dolorosa y repetida a lo largo de toda una historia con la posibilidad de generar un cambio en sí mismos y en el vínculo con sus hijos.

Progresivamente en el proceso terapéutico iremos desmantelando vivencias, creencias, sentimientos, pensamientos proyectados, ubicados en el terapeuta lo que va a posibilitar el trabajo de elaboración trayendo la flexibilización de los vínculos, la disminución de la culpa, el alivio consiguiente. Los lazos familiares se comienzan a tornar distendidos, menos extremos, más discriminados.

En relación a como se presentan los conflictos familiares hago alusión a lo que dicen (Moguillansky R., Seiguer G., Campus Virtual, APDEBA).

"El conflicto es un invitado inevitable en la vida de un individuo, y también en la vida vincular, esta situación tiene como trasfondo la creencia o ilusión de que en algún momento no lo habría habido"

Haciendo referencia a dicho planteo y extensivo a estos núcleos familiares el conflicto se encuentra proyectado al quedar ubicado en sus hijos (son los hijos los que están enfermos no ellos), y además opera la creencia donde se presupone que en la medida que el y/o la hija mejore, las dificultades o los conflictos desaparecerían.

Vemos durante el proceso que si bien los padres se han aliviado y modificado en la forma de relacionarse con su hija, traen igualmente como aún hay aspectos y trasfondos psíquicos que siguen perdurando en el encuentro entre ellos y en cada uno individualmente.

Pensamos que tal vez parte del sufrimiento psíquico en el vínculo padres-hijo perdura expresado en la insatisfacción del desencuentro, manteniéndose la ilusión de que con la mejoría en algún momento dicho sentir desaparecerá.

## BIBLIOGRAFÍA

- Berenstein I. y Puget, J. "Lo Vincular, Clínica y Técnica Psicoanalítica".
- Brusset, B, 1985. "La anorexia, inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente", cap. 6, La Génesis de la Anorexia Mental
- Lacan, J. 2006, El seminario 8, La transferencia, Ed. Paidós, cap. XIV, pág. 232.
- Moguillansky R., Nussban, S. Campus virtual de APDEBA, Teoría y clínica Vincular. Julio 2011, Psicóloga Helena Cantonnet.

## **CAPÍTULO 6**

---

# **TRASTORNOS ALIMENTARIOS SEVEROS**

## **ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS**

**Perfil clínico, características psicopatológicas y  
etiopatogénicas y abordaje terapéutico**

Dra. Cristina Martínez Bagattini

---

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Alimentarios, junto con las adicciones y la depresión, se han convertido en verdaderas epidemias mundiales.

Lo social se expresa en formas de patología que se asocian con paradigmas que cada época impone. Así, la Histeria de principios del siglo pasado, asociada a la represión de la sexualidad. La Anorexia, hoy, asociada a "ideales de perfección" y a la denominada "era del vacío".

Sin embargo es importante señalar que este cuadro clínico fue descrito más de un siglo antes de que se impusiera un ideal de extrema delgadez.

Comencé mi trabajo con estas pacientes porque me encontré subyugada por las pacientes portadoras de cuadros anoréxicos graves, por el misterio que ellas parecían transmitir y el desafío que significaban<sup>(1)</sup>. A lo largo de estos casi 20 años se fueron agregando pacientes con cuadros de Bulimia y con cuadros mixtos.<sup>(6)</sup>

A medida que he ido avanzando en el manejo de los Trastornos Alimentarios, he confirmado que la Anorexia Nerviosa y la Bulimia (definidas en su perfil clínico en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales D.S.M. IV.) asienta en **estructuras psicopatológicas variadas** y que, como expresa P. Jeammet.<sup>(30)</sup> los trastornos alimentarios severos, luego de instalados, **arasan con toda la sintomatología psíquica previa** al desencadenamiento del cuadro.

Cuando aparece el cuadro clínico, todas se comportan de la misma manera, relatan lo mismo y su fenotipo es simi-

lar; por lo que no se puede conocer exactamente cómo es la personalidad de estas pacientes sin la enfermedad.

Las patologías psíquicas preexistentes así como las características de su grupo familiar, darán las singularidades a cada paciente y marcarán la evolución.<sup>(4,8,9,11)</sup>

Los primeros relatos de esta "misteriosa enfermedad" datan de la Edad Media. Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, se alimentaba con trocitos de manzana y de ostia. Santa Wilgefortis, hija del Rey de Portugal, ayunó y le pidió a Dios que le arrebatara su belleza y ahuyentara así la atención de los hombres sobre ella. Algunos países de Europa la adoptaron como la Santa Patrona por aquellas mujeres que querían liberarse de la atención masculina.

Todas, como las Anoréxicas actuales tenían como fin la anulación de todo deseo<sup>(26)</sup>

**En 1694** R. Morton, citado por Cecile Rausch<sup>(43)</sup>, las saca del ámbito de la religiosidad, hace la primera descripción clínica de lo que posteriormente se llamaría Anorexia Nerviosa. La paciente, de 18 años, muere a los tres meses de la descripción, negándose a recibir tratamiento.

**En 1874** William Gull<sup>(23)</sup> le da el nombre de Anorexia Nerviosa a lo que, en realidad, era (como actualmente) una dieta de hambre que se imponía la propia paciente. La primer paciente de Gull se recupera internada.

Los misteriosos factores psíquicos que provocan la Anorexia llevaron a muchos científicos a proponer sucesivas causas como etiología de la misma. A fin de siglo se impone la influencia del Neurólogo y Psiquiatra francés J. M. Charcot, que considera, como medida fundamental en el tratamiento, el aislarlas de su medio.

**En 1872** Lasègue<sup>(39)</sup> describió el cuadro como Anorexia Histérica y refiere perfectamente los síntomas, destacando las dificultades que tienen las pacientes para verse como realmente son. Describe la distorsión de la imagen corporal. La Anorexia entra, desde ese momento y en forma indiscutible, al campo de lo psíquico.

**En 1895**, Freud menciona la neurosis de las muchachas púberes que rechazan la sexualidad mediante la Anorexia.

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

Es de destacar, como señalan Rausch y Bay <sup>(44)</sup> que, aún hoy: "la naturaleza misma de estos trastornos, en el sentido de carecer de una etiología conocida con precisión, tiene el beneficio de desterrar el dogmatismo".

Actualmente se acepta luego de muchísimas publicaciones sobre conceptos clínicos, psicopatológicos, de tratamiento y seguimiento de estas pacientes entre los que se destacan los de Hilde Bruch<sup>(12,13,14,15,)</sup> y P. Jeammet<sup>(27,28,29,30,31,32,33,34)</sup>, que, **los trastornos alimentarios severos y sus manifestaciones clínicas son el resultado de la suma de múltiples factores** (los diferentes marcos teóricos pondrán el acento en distintos aspectos de estos múltiples factores); algunos de ellos predisponen al cuadro, y otros factores oprimen el gatillo que desencadena todos los síntomas.

## CLÍNICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Los síntomas por todos conocidos son: **adelgazamiento, abandono voluntario de la alimentación y amenorrea** (salvo que sea prepuberal, donde se tiene en cuenta la ausencia de la aparición de la menarca). **Estos síntomas son imprescindibles para el diagnóstico.**

**En la Anorexia** existen dos formas clínicas netamente divididas: **la restrictiva** (autocontrol del apetito) y la **no restrictiva** (falla el autocontrol y aparecen vómitos, uso de laxantes y diuréticos).

A veces, es difícil diferenciar una anorexia no restrictiva de una bulimia y no es infrecuente que una anorexia, en su proceso de recuperación, haga empujes bulímicos; aun-

que sí es difícil que una bulimia (que nunca tuvo el auto-control del apetito) pase a ser una anorexia restrictiva.

**La alimentación restringida** surge de la decisión autoimpuesta de limitar la ingesta con un objetivo manifiesto (el de bajar de peso), al poco tiempo perturba el código de señales que regulan el hambre y la saciedad.

**El miedo intenso a engordar**, que puede convertirse en pánico, es característico de esta enfermedad y permite todo tipo de diagnóstico diferencial.

**Alteración de la imagen corporal**; pues, a pesar de saber que están delgadas, no pueden evitar el sentirse gordas.

**Hiperactividad** (a veces van a más de un gimnasio por día o son capaces de saltar en medio de la noche si creen que aumentaron de peso; se toman medidas y según su resultado pueden no dormir haciendo ejercicio)

**Alteración de la vida social.** Socialmente pasan del **retraimiento al aislamiento**. Comienzan evitando reuniones con amigas en que se realicen ingestas. Luego aparece un desinterés evidente por actividades sociales; terminan ingiriendo lo poco que sea, a solas, evitando sentarse en la mesa familiar.

**La sintomatología somática asociada** es importante (aunque hoy en día son menos los casos extremos que llegan a la consulta, ya que se diagnostica mas precozmente en estadios menos graves)

Pueden presentar: anemia, hipotensión, bradicardia, astenia, trastornos metabólicos (sobre todo del potasio), lanugo a nivel corporal (vellosidad característica del recién nacido para mantener el calor debido a la hipotermia que sufren), pérdida de cabello, fecalomas (la materia se seca porque comen poco), edemas debida a trastornos metabólicos, aspecto envejecido, alteración en su sistema oseo (osteopenia, osteoporosis). Es importante solicitar una Densitometría ósea, dado la posibilidad de fracturas.

Hablan lento y presentan hipomimia; comienzan con un déficit cognitivo que las hace fallar a nivel educativo.

**En las formas graves típicas**, la presentación es una paciente extremadamente adelgazada, con una coloración muy pálida (a veces anaranjada en la piel, debida a hipercarotinemia) cubierta de un fino lanugo, con cabellos secos y escasos, siempre en amenorrea y, a veces, con hipotermia o bradicardia. En general, caminan lento, se visten con ropas holgadas y oscuras; se refugian en su silencio, dejando a sus padres hablar por ellas, y cuando se les plantea que debe aumentar de peso, aparece una reacción agresiva.

## SÍNTOMAS PSÍQUICOS ASOCIADOS

Comienzan intensos **trastornos del humor**, acompañados de **irritabilidad y/o tristeza**. La depresión la encubren con equivalentes depresivos como la **agresividad** verbal y, a veces, física.

En su lucha contra la comida, la paciente comienza a sentirse invadida por rituales y bizarrerías alimentarias, que convierte su vida y la de su familia en un infierno.

**La desnutrición altera el sistema hedónico** (centro y circuito del placer). El paciente desnutrido pierde la autorregulación en relación con el ambiente; pierde la toma de decisiones, la flexibilidad en su estructura y la capacidad de planificación y se da un aumento de la impulsividad. Todos éstos son síntomas psíquicos propios de la desnutrición; debemos diferenciarlos de los síntomas propios de los trastornos alimentarios.

El ambiente familiar se convierte en un verdadero campo de batalla. Comienzan las múltiples consultas, la búsqueda de soluciones que no encuentran; un peregrinar por médicos, psiquiatras, nutricionistas, etc. que van quedando en el camino. La anorexia puede tener un "cementerio de técnicos" en su historia clínica.

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS CONCOMITANTES Y/O PREEXISTENTES

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

Como lo expresa O. Kernberg <sup>(34)</sup>, la mayoría de los pacientes con trastornos severos de la alimentación, sufren también de **patología del carácter** importante y, para este autor: "el tipo y severidad de trastorno de personalidad es el factor pronóstico más importante para todos los tipos de tratamiento que se ha intentado en pacientes con severos trastornos de la alimentación."

L. Lázaro, J.Toro y col. <sup>(40)</sup> en un estudio de 108 pacientes de 15 años de edad promedio concluyen que la edad de comienzo, la duración del cuadro, el porcentaje de pérdida de peso y los cambios hormonales no parecen influir en la evolución, mientras que los cuadros afectivos previos a la sintomatología alimentaria tienden a predecir la misma. **Ellos señalan una frecuencia mayor de trastornos depresivos y obsesivo-compulsivos como comorbilidad psiquiátrica.**

Estoy de acuerdo que las patologías más frecuentes son los **síntomas obsesivos compulsivos y la depresión**. La fuerza de la patología obsesiva, si no era previa, aparece acompañando al trastorno alimentario, así como la impulsividad.

**La depresión** también puede ser previa o secundaria al cuadro, pero siempre está presente.

**Los síntomas "bizarros"**, a veces son confundidos con delirios o paranoias psicóticas. De cualquier forma no es la sintomatología de una psicosis lo que acompaña a este cuadro clínico. Las pacientes pueden hablar de "envenenamiento de los alimentos"; que "pueden engordar si otra persona que está comiendo se acerca a ellas y les tose", etc. Pero, a diferencia de los cuadros paranoicos, estos delirios se restringen a temas de la alimentación,

ya que tienen sentido común y opiniones totalmente normales acerca de otros temas.

Fue H. Bruch quien resaltó la importancia de la personalidad premórbida en los pacientes con trastornos alimentarios. Los trabajos de Hilde Bruch <sup>(12,13,14,15)</sup> (que se extendieron por mas de 30 años) señalaron también que no todas las formas de desnutrición pueden catalogarse de anorexia nerviosa, diferenciando las formas relacionadas a la Depresión, la Esquizofrenia, y ciertos procesos somáticos. Ella también puntualizó que el hambre genera cambios psicológicos y fisiológicos siendo así que gran parte de las conductas anoréxicas se deben a la inanición. Destaca **el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales de estas pacientes.**

Las experiencias hechas posteriormente por Keys y col. (Citados por Rausch)<sup>(43)</sup> en la Universidad de Minnessota, estudiando el **Síndrome de Inanición**, confirman lo que esta autora plantea.

Este Síndrome fue estudiado en con presos que se ofrecieron voluntariamente al estudio, donde se los sometió a un régimen de muy bajas calorías. Todos ellos desarrollaron irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, introversión social, preocupación por sí mismos (centrados en ellos), depresión y pensamientos obsesivos con conductas compulsivas. Estos síntomas se dan por el síndrome de inanición y no por el trastorno anoréxico, ya que una vez que se realimentó a los presos los síntomas desaparecieron.

El miedo ante la comida y el aumento de peso; la negativa furiosa de alimentarse; la hiperactividad voluntaria y la distorsión de la imagen corporal, así como la capacidad para controlar el hambre, son síntomas propios de la anorexia. Y, entre todos ellos, me animo a decir que es el **miedo** es el que más prevalece. Miedo a aumentar de peso, que es miedo al descontrol, o a la pérdida del poder que el control sobre el hambre les da. En las depresiones severas se ve la anorexia pero, la diferencia es que cuan-

do se les da alimentación complementaria, la ingieren y en la anorexia se niegan a ello.

Por lo tanto son síntomas propios de la Anorexia: **el miedo ante la comida y el peso, la negativa furiosa a alimentarse, la hiperactividad, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre.**

En los últimos 50 años, la Anorexia y la Bulimia adquirieron **características propias** en las que se incluyen los aspectos psicológicos y biológicos de la enfermedad.<sup>(16,17,18,19,20,21,25,26.)</sup> En los últimos 25 años he asistido en nuestro país a un aumento ostensible de estos trastornos.

¿Cuál es la importancia de los factores culturales, sociales y familiares en el desencadenamiento de este Síndrome? ¿La sociedad tiene el poder de enfermar de Anorexia y/o Bulimia a jóvenes normales? ¿Estas patologías se asocian con fallas precoces en el desarrollo del psiquismo o solo se asocian a un ideal femenino de delgadez?

***He llegado a la conclusión que sus manifestaciones clínicas son el resultado de la suma de múltiples factores. Algunos de ellos predisponen al cuadro; y otros factores oprimen el gatillo que desencadena todos los síntomas.***

## CLÍNICA DE LA BULIMIA NERVIOSA

### SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS CONCOMITANTES Y/O PREEXISTENTES

La **Bulimia**<sup>(16,23,52)</sup> presenta también **una preocupación excesiva por el cuerpo**, el peso y la comida; y aparecen **episodios recurrentes de voracidad compulsivos y/o planificados.**

Hay un **sentimiento de profundo vacío**, acompañado del sentimiento de **pérdida de control** (ausente en la anorexia) característico de esta enfermedad. Sienten que

en el momento del atracón no hay nada que las pueda frenar, y en estos atracones utilizan alimentos de alto contenido calórico.

Hay una conciencia clara de patrón alimentario anormal a diferencia de la anorexia donde las pacientes aseguran tener una mejor alimentación que el resto de las personas. Este hecho también sirve como diagnóstico diferencial. No tienen distorsión de la imagen corporal. Tienen miedo a no parar de comer y sus consecuencias, y el ocultamiento y las mentiras están más presentes que en la anorexia.

Se autoinducen el vómito y usan laxantes, diuréticos y ayunos. Renuevan torturadas un circuito incesante de atracones y vómitos.

El deseo se convierte en insaciable llegando a ingerir: "harina cruda, "milanesas sin cocinar" "restos de lo que sea". Quedan siempre insatisfechas y corren tras una sensación de plenitud que nunca alcanzan. La bulimia nos muestra una "locura erótica y destructiva" <sup>(16,17)</sup> similar al adicto a las drogas.

**Los síntomas somáticos asociados son:** las callosidades en las manos por provocarse el vómito, fisuras al costado de la boca, hinchazón de las parótidas que da un aspecto típico de la bulimia (**parotiditis** secundaria a los vómitos). Los trastornos iónicos (sobre todo del potasio) y los vómitos pueden conducir desde roturas esofágicas, y los trastornos Iónicos a arritmias cardíacas, y a la muerte por hipopotasemia.

Presentan como cuadro psiquiátrico predominante la **Depresión**. Esta se acompaña a diferencia de la anorexia **de sentimientos autodespreciativos**. La depresión y el autodesprecio pueden llevarlas a Intentos de Autoeliminación y al Suicidio.

Los síntomas del orden de lo obsesivo no alcanzan para tener el poder sobre sus impulsos y frenar sus atracones ni los vómitos. Estos terminan siendo **adictivos** (compran comida para poder vomitar) porque les provocan

sentimientos de alivio y de sentirse menos "sucias". Tienen conciencia de anormalidad, y un aparente deseo de cambio.

Pertenecen al orden de las "**patologías del exceso**". Su vida social no está comprometida, pero su sexualidad puede ser promiscua. Este exceso no está solamente presente en la alimentación sino también en otros ámbitos de la vida de estas pacientes.

Todas estas características, le dan una particularidad específica a este cuadro clínico.

## PSICOPATOLOGÍA: LA SOCIEDAD, EL CUERPO Y EL PSIQUISMO

¿Quiénes son estas enfermas actualmente? ¿Quiénes son las pacientes con trastornos graves de la alimentación? ¿Cuándo un trastorno alimentario evoluciona a la cronicidad?

El cuadro clínico sigue siendo paradigmático de la adolescencia pero, no toda adolescente que comienza una dieta o que desea ser delgada se convierte en una anoréxica y/o bulimia y no todos estos cuadros comienzan en la adolescencia. Hemos visto en los últimos años el comienzo aún más precoz del cuadro clínico.

La sociedad y la cultura de la imagen tienen el poder de hacer estallar, en forma de patologías, los aspectos mal constituidos de lo femenino. Este poder existe solo porque existen fallas precoces que generaron frágiles estructuras psíquicas; fundamentalmente, **frágiles estructuras narcisistas**. Poder social que se expresará en las formas de patología que se asocia con los paradigmas que cada época impone. Así, la Histeria de principios de siglo asociada a la represión de la sexualidad, como la Anorexia hoy, asociada a un ideal femenino de delgadez.

Existe una vulnerabilidad individual y factores que predisponen al cuadro: dificultades para el funcionamiento

autónomo, para establecer su identidad y para acceder a la separación.

Como **la adolescencia** nos enfrenta a cambios ineludibles en **el cuerpo**, también resulta ineludible no pensar en lo que representa el cuerpo en el psiquismo. <sup>(2,5,10)</sup>

**El "cuerpo"**, dentro de la teoría y la práctica del psicoanálisis, resulta indisociable de los múltiples conceptos y significados que engloban el término.

Sabemos que el cuerpo, en que el psiquiatra-psicoanalista centra su mirada y su escuchano es el mismo cuerpo que intriga al biólogo y al genetista; tampoco el cuerpo del arte, ya sea pintura, escultura o aquél que con sus movimientos expresa los sentimientos de una partitura.

Sin embargo, todos estos "cuerpos" no nos son ajenos y sus inscripciones nos convocan a la hora de nuestras teorizaciones y de nuestra práctica clínica. Pensamos que el "cuerpo" del cual pretendemos dar cuenta en psicoanálisis es aquel que se inscribe en el psiquismo; que se representa y forma parte de lo psíquico; que se construye en relación al deseo y al afecto, a las fantasías, ya sea con relación a nuestro propio cuerpo y/o al cuerpo de otro. <sup>(2,5,10,23)</sup>

En la Anorexia, la estructura de su psiquis gira en torno a un mecanismo defensivo, descrito por el psicoanálisis, llamado **"desmentida"** <sup>(5)</sup>

Desmienten padecer todos los síntomas. Mas allá de la distorsión de su imagen corporal reconocen ser flacas pero dicen no tener hambre; niegan el deseo de comer, la fatiga y el sueño.

Uno de los síntomas psíquicos de la anorexia es la **alexitimia**, o sea la dificultad de identificar y expresar sentimientos. Tienen una dificultad para distinguir los afectos de las sensaciones corporales; todo es descripto a nivel corporal y tienen escasa capacidad de simbolización.

Tienen pocas o nulas fantasías y actividad imaginaria. Incluso, los sueños tienen que ver con la comida (un sín-

toma de franca mejoría es cuando los sueños comienzan a relacionarse con otras cosas fuera de la alimentación).

Prefieren ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas: están atentas a lo que sus padres y hermanos hacen. Todo esto genera un sentimiento de profundo vacío, el cual describimos ya clínicamente.

La impulsividad de estas pacientes puede ser explicada en relación a la dificultad que tienen para pensar y expresar sus emociones.

Banalizan o tienen reacciones persecutorias ante todo intento de conexión con su mundo interno; tienen poca capacidad de recordar su infancia o verbalizar sueños.

Philippe Jeammet y Maurice Corcos<sup>(19)</sup>, psicoanalistas y profesores de la Cátedra de Psiquiatría de Adolescencia del Institut Mutualiste Montsouris en París, creen que el desarrollo psíquico del niño y del adolescente "puede tomar el ritmo y la forma de la evolución sociocultural, y que es influenciado por la naturaleza y la intensidad de la presión social." <sup>(19)</sup> Ya en la primera infancia se pueden ver los **daños que la presión social genera**; se transmite a través de los ideales de perfección que tienen los padres para sus hijos.

Ellos plantean también que los mecanismos de defensa que en el pasado eran efectivos (como negación, represión, desplazamiento, sublimación), hoy se sustituyen por otros que se veían en patologías más graves, como el clivaje o la desmentida.

Además, estos autores dicen que "**la afirmación narcisista**" de cada ser humano se hace problemática cuando no hay límites claros (por ejemplo, los límites generacionales que deberían existir entre abuela, madre e hija). Señalan también la carencia de sustancia preconciente lo suficientemente densa y auténtica.

En 1984, Chasseguet-Smirgel describió las **patologías de la idealidad**, en la misma época fueron descriptas, tanto en Estados Unidos como en Europa: las **patologías**

**del "self"; los estados límites; las patologías narcisistas** y surge también, el aumento masivo de las **conductas adictivas** a drogas. Todas estas patologías tienen elementos en común con los Trastornos Alimentarios.

En el Río de la Plata, he visto su eclosión en la década de los 90, sobre todo en las clases sociales medias y altas. Actualmente, se ve también en los sectores más pobres, aunque siempre en presencia de alimentos (no puede existir un trastorno alimentario si no hay acceso a los alimentos: es decir, ellas crean su propio "campo de concentración").

**Entre los factores predisponentes**, además de los psicosociales ya mencionados, se encuentra la familia. (20,41,42,43,49) Puede existir elementos de abuso sexual en la infancia, antecedentes de familiares con personalidades adictivas, con trastornos obsesivo-compulsivos, depresiones e ideales superficiales en las familias, que reflejan y duplican en eco el ideal social.

**Entre los factores desencadenantes** encontramos a la pubertad y su empuje hormonal (aunque hoy se ven casos en los que aparece el cuadro clínico previo a la pubertad). Se observan en los antecedentes inmediatos las pérdidas (separaciones, muertes), los primeros vínculos de pareja (referente a la sexualidad, pero también a la ruptura de un vínculo significativo).

**Durante la enfermedad**, se genera un círculo de violencia entre la paciente y su familia (porque la quieren alimentar, o la escuchan vomitar, etc.). Los padres suelen centralizar la culpa en la paciente y cada vez se sienten más impotentes con lo que ocurre.

Se observan **lazos o pactos tanáticos** entre la paciente y su familia, preexistentes al cuadro clínico y que persisten durante el mismo. En una investigación anterior <sup>(4)</sup> inferimos estos lazos tanáticos, expresados clínicamente durante el tratamiento, a través de:

**1. Transgresiones** que comete la familia a las indicaciones que el médico tratante les da.

**2. Complicidad** (a veces inconsciente) con las conductas de la anorexia.

**3. Actos fallidos**, (Ej: darle un medicamento para adelgazar que ingería la madre, confundido con un antidepresivo indicado a su hija)

**4. Falta de angustia manifiesta** ante la gravedad de su hija.

## FACTORES ETIOPATOGENÉTICOS

Empiezan desde el nacimiento. Desde antes del nacimiento, hay **diferentes proyecciones de los padres según el sexo del bebé**. Una vez que se sabe el sexo, comienzan a crearse las diferentes proyecciones si es niña o varón, que luego repercutirán sobre el funcionamiento del vínculo posterior. Hay conflictos que se ponen de manifiesto en el vínculo padre o madre-hija que no se manifestarían en el vínculo padre o madre-hijo y viceversa.

Según la pediatra neonatóloga francesa Annick Le Nestour<sup>(39)</sup> (2003) el sexo del bebé influye en las interacciones madre-hijo, comportamentales e imaginarias.

Esta pediatra observó que las **anorexias neonatales** se daban en niñas, acompañadas de conductas de oposición, a veces insidiosas y otras veces desafiantes. Hay una negativa a alimentarse paradigmática del trastorno del vínculo de la madre con su hija mujer, que comienza desde los primeros vínculos.

Según Winnicott <sup>(53)</sup>, las fallas graves en los primeros vínculos y las angustias que se producen en ese período son las que el adulto luego describirá como disociación con su cuerpo; son angustias primitivas que luego pueden reeditarse en patologías posteriores. Este autor, en un trabajo llamado "El temor al derrumbe" <sup>(54)</sup>, explica cómo el paciente teme la horrenda sensación de vacío y, para defenderse, organiza un vacío controlado inconsciente (se niega a comer, por ejemplo).

En mi experiencia, estas pacientes son hijas de madres que las tuvieron poco en brazos, que no las acariciaron, que no libidinizaron el cuerpo de la bebé.

Pido siempre que me traigan sus fotos, como forma de reconstruir una historia olvidada y sacarlas del registro de lo corporal y me he encontrado asombrada, con que casi no existen fotos de estas pacientes en brazos de su madre. **P. Jeammet** <sup>(30)</sup>, en una comunicación personal, fue quien me relacionó la carencia de fotos con el poco contacto corporal que tienen estas madres con sus hijas.

Una mamá sacaba a pasear a su bebé con la carita tapada en el cochecito, porque su hija le parecía fea, para que no la miraran. Otra, le había realizado corrección de orejas, nariz, y alisado del pelo antes de los 12 años.

Es importante conocer la historia familiar, ya que hay cosas como el vacío y la superficialidad que se transmiten de generación en generación. La adolescencia, además de los cambios hormonales, estructura y resignifica hechos ocurridos en el pasado.

Por ejemplo, un caso de una niña que sufrió abuso sexual en la infancia y, que en la edad en que sucedió no se le dio importancia, en la pubertad lo resignificó y terminó en un trastorno alimentario severo como factor desencadenante.

**Las relaciones de dependencia** <sup>(28)</sup>, acompañadas de negativismo y de oposicionismo y o de aislamiento son otros elementos psicopatológicos de la anorexia.

**Los estados de dependencia** tienen que ver con todas las patologías adictivas. Se caracterizan **por falta de autonomía y de áreas de confusión** entre uno mismo y otras personas.

**Entonces, el trastorno alimentario puede ser visto como un mecanismo defensivo**, una forma de diferenciarse del otro, una necesidad de mantener su equilibrio narcisista. La forma que la anoréxica encuentra para

evitar esta depresión es **no depender del otro, ni del alimento.**

Lo paradójico que la Anorexia termina en un vínculo muy estrecho y dependiente con la madre.

Según M. Corcos y P. Jeammet <sup>(19)</sup>, si la paciente se encuentra en una forma anaclítica de dependencia, se corre riesgo de una **Depresión Anaclítica**, que puede darse en cualquier etapa de la vida.

Es importante tener esto en cuenta en el tratamiento de estas pacientes, porque corremos el riesgo de provocarla cuando hay, además, una forma de identificación fusional, destructiva y arcaica con la madre.

Dicen M. Corcos y P. Jeammet <sup>(19)</sup> que la separación sería igual a la **destrucción del objeto, y en una imagen especular, a la destrucción del yo**, lo que puede llevar a una **solución psicótica o la muerte, a través de una desorganización psicosomática.**

Ante este conflicto, el otro se convierte en una imagen especular de ellas mismas, y he visto aparecer el odio como mecanismo defensivo para poder discriminarse y separarse.

Meltzer hablaba del mecanismo que llamó **identificación adhesiva**, en un espacio bidimensional (como dos papeles que se pegan y que al separase uno o ambos se rompen. Creo que esto es similar).

## DOS EJEMPLOS CLÍNICOS

### 1-Anorexia

Jimena de 12 años está desnutrida con un riesgo vital importante, consulta y se decide su **internación.**

Un día, entro a verla en la sala y se tapa el rostro con el pelo, abre dos orificios en el pelo que le cubre la cara y me mira a través de los mismos. **"no quiero que me veas con la cara de mi madre"**. Según ella, al engor-

dar durante la internación, había aumentado el tamaño de su rostro y esto la hacía "igual" a su madre.

Aparece un odio intenso hacia su madre, como intento de discriminarse.

Esta niña le dice a su madre con rabia: *"Tu decís que me querés; si tú decís que me querés, te tenés que matar, porque yo quiero que tú te mueras; no soporto tu cara, no soporto verte, parecerme a vos es lo que aborrezco"*.

Este es el odio irracional hacia ese otro, especular con el que esta fusionada. En esta indiscriminación que vive, la imagen de la madre se convierte en persecutoria; entonces, lo que siente es que, o vive la madre o vive ella, sin más alternativas en esta lógica delirante.

La madre entra un día al consultorio y dice "dígame la verdad Cristina, Jimena, ¿me puede matar?". Probablemente esta madre, entre las proyecciones sobre su niña, proyectó una hija capaz de poderla matar; o sea, que a esta mamá se le está pidiendo que cuide, quiera y contenga con firmeza y con amor a alguien que para ella puede ser su asesino. ¿Qué representa esta hija y a quién en la mente de esta madre?

Jimena es dada de alta de su internación luego de 1 mes. Sale de su desnutrición y abandona un canturreo permanente, que solo calmaba con masajes dados por enfermería.

**Dos años después del alta**, empieza a tener recuerdos con carácter de **lo siniestro**, que describe Freud como aquello que tendría que ser familiar, conocido, pero se convierte en algo no familiar, algo extraño, ajeno.

Jimena me relata: *"cuando yo tenía 6 o 7 años, no me quería parecer a mi mamá y todos me decían que era igual a ella; entonces, yo pensaba que ella usaba una careta para parecerse a mí. Había una muñeca de porcelana antigua; le tenía terror, no la podía mirar, me podía matar con la mirada, yo la escondía y ella (la madre) me la ponía a la vista"*. La careta y la muñeca son elementos muy siniestros en la vida de esta niña. Algo muy pre-

coz había alterado el proceso de subjetivación (es decir ¿quién soy? ¿cómo soy? ¿de dónde provengo?). Como dijimos antes una identificación fusional y destructiva con la madre surgía con fuerza persecutoria. Una problemática especular se despliega en fantasías bizarras (la careta, la muñeca) que sostienen lo siniestro de este recuerdo.

## 2-Bulimia

**Carla** de 16 años vomita 20 veces por día. En su casa; en baños de boliches; en los shoppings, en bolsas de plástico. Sus manos están muy lastimadas y llenas de callosidades.

**La hipertrofia parotidea es muy llamativa.** Ya no sabe si compra comida para vomitar o si vomita para comer. El **sentimiento de vacío**, lo insaciable de su deseo y el pánico acompañan el pensamiento de que, **es imposible dejar de vomitar**: porque es imposible, de acuerdo a lo que se ha transformado su "deseo", no transformarse en una bola informe sin límites corporales.

La intensidad de sus vómitos es tal que ha podido a diferencia de otras bulimias estar extremadamente delgada. Tiene osteopenia y ya lleva una fractura de omóplato **en su haber**. Ella misma no sabe cuándo miente o cuándo dice alguna verdad. Su vida es una monótona repetición de llenados y vaciados; de ocultamientos; de controles y descontroles. Vive para esta locura y lo demás es todo una pantalla, estudio, múltiples parejas a las que abandona luego de "ingerirlas". Llego a hacer dejar a un joven su país de origen; sus estudios y su familia, para venir a radicarse a Montevideo, para luego "expulsarlo" bruscamente.

La idea de la muerte como única posibilidad de salida, empieza a provocarle algún sentimiento de alivio.

Lejos está del "período rosa" en el que creía haber descubierto el secreto del placer positivo: comer hasta hartarse y nunca engordar; sentirse en forma; disfrutar de la alegría de vivir; agradar a sus amigos y a sus padres. Período en que su "deseo", "cada vez más irrefrenable", no se mar-

caba en su cuerpo, pero.... Poco a poco el sentimiento de vacío aparecía cada vez más próximo del anterior vómito y debía, compulsivamente, volver a ingerir para volver a vomitar.

En su libro *El Placer y el Mal. La filosofía de la droga* - Giulia Sissa <sup>(46)</sup> expone conceptos que podemos transpolar al tipo de funcionamiento mental de la Bulimia.

Como el adicto a cualquier otra droga "pesada", Carla no sabe cómo llegó de los atracones y vómitos de fin de semana a la situación actual. Dice esta autora que el adicto: ***"descubre que su placer se ha vuelto negativo, que sirve para compensar un vacío y no para crear un sentimiento de placer suplementario"***

La comida y los vómitos han pasado ha serlo todo, porque una discontinuidad provoca ahora una ansiedad intolerable. La vida familiar se ha hecho un infierno.

**El deseo** aparece desenmascarado **como necesidad; se hace imperioso, doloroso y continuo**. Zukerfeld <sup>(52)</sup> lo denomina **"modelo adictivo"**.

Ella piensa a cada instante cuál será su próxima ingesta; como va a engañar a los que la rodean; en que lugar o en que sitio va a dejar su vómito. Carla llegó a ingerir en los momentos más terribles cualquier cosa que encontrara, hasta en la basura: harina directa de la bolsa; milanesas crudas; basura que justificaba nuevamente el vómito deseado y expiatorio, para volver a empezar.

## EL ABORDAJE TERAPÉUTICO EN NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

### AMBULATORIO-INTERNACIÓN

La Anorexia y la Bulimia constituyen un buen ejemplo de la importancia esencial del trabajo en equipo y de la alianza terapéutica entre todos los que intervienen.

La primera etapa (a corto plazo) de todo tratamiento tuvo como objetivo la rápida estabilización de las pacientes.

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

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

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

El lugar fue siempre el mismo marco institucional (CLÍNICA UNO), que operó de continente-sostén, de figura de fondo que impuso un límite que se había perdido en los hogares de estas pacientes.

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

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

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

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

## LA ACTITUD DEL EQUIPO

**Dentro de la Clínica o a nivel hospitalario**, toda actividad junto a la paciente tiene un fin terapéutico. Las pacientes provocan en oportunidades **"desafíos"**, expresando que permanecerían sin comer, a pesar de todo lo que se hiciera para cambiar su situación. En esta primera etapa, se trataron de **lograr acuerdos** que fueron, a veces, difíciles. La aceptación de estos acuerdos marcó la posibilidad de trabajar con cada caso. Como lo expresa P. Jeammet <sup>(34)</sup> fue imprescindible evitar reforzar el conflicto de poderes entre la paciente y su entorno: "ya que la cura puede convertirse en combate y el equipo puede caer en el mismo terreno de la paciente: su lucha contra la comida."

Muchas veces fue de suma importancia admitir que comían **"contra su deseo" y "contra su voluntad"**; de esta manera, disminuía el odio y la culpa que les provocaba lo que ellas sentían como una claudicación ante el equipo y la familia. **No olvidemos que en el síntoma está sostenida su identidad.**

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

## A-LAS ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS - DINÁMICAS

### 1- Recabamos los datos de la anamnesis.

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

## **2- Informamos a las pacientes y sus familias de la realidad y riesgos de cada caso.**

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

## **3- Establecemos un plan de tratamiento para cada caso,** dependiendo de la clínica, la edad, la estructura psicopatológica y la familia.

## **4- Evaluamos la necesidad de la medicación y/o la consulta con médicos especialistas.** (Por fuera del equipo, internista, endocrinólogo, ginecólogo)

## **5 -Indicamos la oportunidad de la intervención de la Nutricionista.**

Tratamos siempre primero de realizar un **abordaje nutricional ambulatorio**, salvo excepciones de extrema gravedad. Se le dice a la paciente y sus padres la posibilidad de **una internación** desde el principio. Para realizar el tratamiento nutricional tenemos muy presente las características del núcleo familiar y de la madre en particular. Se instrumenta en base a estas características, con qué miembro del grupo, además de la paciente, se lograría un adecuado trabajo.

## 6- Establecemos el contrato de peso en conjunto con la Nutricionista tratante.

**Este contrato** nos permite actuar concretamente sobre los miedos del paciente a alimentarse y separándola de las fantasías de su imagen corporal.

El **peso corporal y el índice de masa corporal (IMC)**, pasa a ser algo **objetivo y no subjetivo** como lo es la imagen que ella tiene de su cuerpo. Se establece durante el tratamiento ambulatorio o antes de la internación, de acuerdo con el paciente y los padres.

Una vez negociado y aceptado, no puede variar y es independiente de los deseos de cada uno. Debe ser respetado por todos (técnicos y familia.)

Al comenzar el aumento de peso, tanto ambulatoriamente como durante una internación, se va a producir un **momento de intensa angustia con negativa a seguir alimentándose**, en el que se hace evidente la **distorsión de la imagen corporal** que tiene la paciente.

Cuando la paciente está internada debe tener claro que el alta está en sus manos: **alcanzar el peso requerido por el contrato**.

*Jimena me decía: "tu eres muy mala; soy una niña y me tenés acá, sola, separada de mis padres". Le respondí que esa situación me preocupaba a mi también pero que, el encuentro con sus padres estaba en sus manos: alcanzar el peso pactado".* Lo aceptó, entendiendo que lo inamovible, estaba también fuera de mis manos.

Por lo tanto, el contrato de peso, una vez establecido (de acuerdo con la nutricionista) permaneció en todo momento como telón de fondo, respetado por todos, Como dice C. Girard <sup>(22)</sup>: **"Este carácter intangible es la condición de su eficacia porque una vez que es negociado y aceptado, no puede variar y es independiente de los deseos de cada uno"**.

## **7- Abordamos los puntos de urgencia o anudamientos tanáticos (Situación de enlace mortífero inconsciente entre familia y paciente).**

### **Con la paciente.**

Para esto, verbalicé en todos los casos la posibilidad de la muerte y sus causas, así como se señalé las acciones inconscientes que sostienen la gravedad de los síntomas.

**Elas se dan cuenta de los errores que cometen sus padres; no los perdonan, y tampoco perdonarán los nuestros.**

Se sabe que la paciente concurre a la consulta con un "cuerpo" que es símbolo de otra cosa, que ella ignora, y que hay que tratar de empezar a descifrar. Muchas veces, el significado de "engordarlas" no podía ser diferenciado del de "devorarlas" (Yo era la bruja de "Hansel y Gretel", cuento de los hermanos Green con el que trabajamos mucho: *"Hansel y Gretel empezaron a comer pero lo que no sabían era que esta casita de golosinas era la trampa de una vieja bruja para encerrarlos y luego comérselos. Todas las mañanas la bruja hacía que Hansel sacara el dedo por entre los barrotes del establo para comprobar que había engordado, pero este la engañaba sacando un hueso que había recogido del piso"*) Hacerlas menstruar no podía separarse del significado de "desangrarlas", fantasías ambas que, cerca de la conciencia, sostenían el pánico a los cambios. Cuando Elina viene a una consulta con su primer ciclo recuperado me dice con cara de pánico: *"No ves Cristina? No ves? Me estoy desangrando"*

Traté de salir del relato de **"eventos"** (hechos sueltos que no pueden constituir ningún relato) a la creación de **"acontecimientos"** que dieron algún sentido, coherencia y significado histórico a los acontecimientos familiares y personales.

Esto tuvo el objetivo de **sacarlas del discurso sobre el cuerpo y las calorías, y reconstruir fantasías o recuerdos de fantasías, eliminados desde el inicio del cuadro.** <sup>(2)</sup>

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

La subjetivación en estas pacientes está perdida y esto me impidió, muchas veces el trabajo terapéutico, teniendo que resignarme a un trabajo "concreto" por largos períodos de tiempo, hasta surgir en ellas un momento de "analizabilidad". Por lo tanto, utilicé **intervenciones y señalamientos** (sobre la base de un entendimiento dinámico) pero que sólo se realizaron en forma concreta y directa, o con la utilización de historias como lo narrado. El tiempo era, en las pacientes más graves, un presente sin pasado y sin proyección de futuro. Un tiempo vacío y vaciado que se significa en el cuerpo de la delgadez o de los vómitos. Evité realizar interpretaciones que caerían en el vacío, o serían también "engullidas" y "vomitadas".

**Sea ambulatoriamente o durante una intervención,** las pacientes sintieron que los técnicos invadían y manipulaban sus cuerpos. Se trató de lograr disminuir los aspectos persecutorios del vínculo dado que, sin este abordaje, el trabajo de la nutricionista se haría imposible. Pero ellas reconocen que les estamos salvando la vida. Al final de la primera internación de mi primera paciente grave, (la paciente de 17 años había ingresado con 29Kg y egreso con 40kg), me dijo -luego de un mes y diez días de internación: ***"hiciste lo que tenías que hacer; gracias"***.

### **Con la madre y/o el padre.**

Avisamos a las madres del compromiso con la enfermedad de sus hijas desde el comienzo, y aceptan progresivamente que realizan actos destructivos (siempre que nosotros mantengamos con ellas "la fantasía" de que es algo "diabólico" (la enfermedad) de sus hijas que las impulsa a esto. A veces esto está cercano a la realidad. Si algo, a veces inconsciente, hicieron mal las madres, su "castigo" es luchar contra estas hijas.

La familia pudo modificar conductas en relación a la enfermedad de sus hijas y al vínculo con las mismas. Saben que ellas deben "entregar" a su hija, a la cual han tratado con esfuerzo de alimentar y han fracasado. Los conflictos inconscientes de estas madres volcados hacia los técnicos, se convierten en algo positivo cuando revierten en una situación de competencia: *"Ud. no me la va a engordar; va a fracasar como yo"* a: *"yo la voy a mantener bien alimentada para demostrarle que no soy esa madre que Ud. cree que soy"*. Y es así que en la competencia con el terapeuta, se libidiniza el vínculo con la hija, posibilitando que no conspire en contra del trabajo que, paralelamente, se hace con la paciente.

Evitamos los desafíos que, ya sea con la paciente y/o su familia, son el riesgo mayor de la atención de estas pacientes. <sup>(30)</sup> Mantener un lugar de terceridad desde el inicio, diferenciando nuestro deseo del de ellas. El lugar del límite, de protección de la identidad, disminuye el miedo a la fusión y a la dependencia.

También es necesario trabajar con las madres las propias angustias persecutorias que el tratamiento de sus hijas genera. Se tuvo siempre presente que la mayoría de estas madres habían cursado, a su vez, infancias difíciles.

## **8- Evaluamos e indicamos la oportunidad de la segunda etapa de abordaje terapéutico, que incluye el pasaje a una psicoterapia a largo plazo.**

### **B-Las Entrevistas con la Nutricionista**

Se indicaron a los efectos de:

- Realizar la evaluación nutricional
- Recabar la historia de las costumbres alimentarias de la paciente y de la familia.
- Realizar y diseñar, junto con la paciente, un correcto plan de alimentación. Se anota día a día, con posibilidades de sustitución mínimas de alimentos, una vez establecido con ellas el plan de alimentación. Los

padres pueden así refugiarse "en lo que está indicado" ante el intento de manipulación de las hijas.

- Informar de todo lo referente a las necesidades somáticas de la paciente, así como de las necesidades correspondientes a su edad

Estas necesidades no son solo calóricas; de vitaminas o minerales, sino realizar el seguimiento de: peso; alimentación; introducción progresiva de los alimentos temidos; actuar sobre las ritualizaciones y bizarrearías alimentarias, independientemente del sentido de las mismas.

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

### **Los criterios de Internación fueron:**

- **La desnutrición somática con negativa mantenida a alimentarse.** La imposibilidad de reestructurar las conductas alimentarias patológicas ambulatoriamente.
- **La detención del crecimiento pondo-estatural.** Luego de una leve mejoría, ocurre a veces, que se estacionen "jugando a 1Kg para arriba y 1Kg para abajo", con el riesgo de una cronificación de la anorexia. Manteniendo un peso y una alimentación mínimos, logran manipular el ambiente familiar y a los técnicos, de una forma imposible de manejar
- **La imposibilidad de plantearse un tratamiento ambulatorio exitoso** por la patología y la violencia del grupo familiar.

## El objetivo de la internación:

- Alcanzar el contrato de peso.
- Introducir alimentos de modo programado
- Trabajar terapéuticamente en un **ambiente seguro y confiable** mientras se va alcanzando el peso del contrato.

Una internación que tenga como fin compensar un trastorno agudo (ej: hidroelectrolítico); no actuará en ningún otro aspecto del cuadro clínico con el riesgo de internaciones múltiples, crónicamente repetidas

## CONDICIONES DE LA INTERNACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO HOSPITALARIO

La familia, sobre todo los padres, se han convertido en el "caldo de cultivo" que mantiene la enfermedad de sus hijas. **El aislamiento de los padres se hace, entonces, fundamental.** Charcot encontró que, como método de tratamiento, para estas pacientes era efectivo alejarlas de su medio. Creo que no existe otra posibilidad en los casos graves. Los padres no pueden visitar a las pacientes durante la internación; pueden hacerlo otros familiares.

En mi experiencia personal, cuando están separadas de los padres comienzan a realimentarse vía oral.

La separación permite romper los nudos tanáticos que existen entre la madre, el padre y la hija.

Al final de cada jornada, se informa a los padres sobre lo que está sucediendo; se trabaja con ellos la angustia que la internación de su hija les provoca.

Se les explicita, en todo momento, cada detalle de la internación, así como del cuidado de su hija. Recordar que son menores o jóvenes adolescentes a nuestro cargo y que esto implica **responsabilidades médicas, éticas y legales.**

*Este abordaje provocó en mi, (como médico, como psiquiatra, como psicoanalista), un impacto emocional importante, al desempeñar tareas múltiples: con la paciente; con los miembros de la familia; con el equipo de enfermería y la nutricionista, no acostumbrados a enfermedades de este tipo.*

**Fue importante un ambiente sanatorial no psiquiátrico.** "El cuerpo" de estas pacientes está en riesgo. El Hospital opera de figura de fondo, que impone un límite. Es el marco institucional que se constituye en continente y en sostén, no solo de la paciente, sino para todo el equipo también.

La paciente y los padres se enfrentan a la **gravedad de la enfermedad y al riesgo de vida**. La familia que había desmentido hasta ese momento la posibilidad de la muerte, lo ve como posible. La paciente deja de estar solo "loca" o "maniática".

Tenemos que estar seguros que no nos pedirán la cama de la paciente hasta no lograr el contrato de peso.

No se realizaron internaciones que no aseguraran el cumplimiento de estos requisitos, porque hubieran estado destinadas al fracaso.

Lo mismo que exigimos para el tratamiento ambulatorio, sucedió cuando el marco de las entrevistas se transformó en el lugar de internación.

Se logró con el personal hospitalario: enfermeras, (que estaban permanentemente al lado de la paciente), médico internista de piso o de una Unidad de cuidados especiales, nurses y, hasta con el personal que servía la comida, un entendimiento de la situación que permitió el **trabajo en común**. El entrenamiento y la selección del personal de enfermería que iba a estar al cuidado de las pacientes, fueron realizados por mí.

La nutrición lenta y progresiva en pacientes con ayunos prolongados evita el "síndrome de realimentación". En estos casos la alimentación debe ser realizada por un internista. <sup>(47)</sup>

## EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

### **Las enfermeras ejercieron la tarea de acompañantes terapéuticos.**

Permanecieron permanentemente al lado del paciente. Se necesita una enfermera por turno (en lo posible siempre la misma en cada turno). El personal de enfermería bien entrenado **se constituye en el puntal de toda internación exitosa**. Se realizaban tareas de entretenimiento, de acuerdo a las actitudes y motivaciones de las pacientes. Desde juegos de cartas hasta creaciones artísticas (pintura de cerámicas, la cual ellas pintaban; de cuadros; flores en papel, etc.) Estas actividades dependieron de la creatividad de cada enfermera a cargo y del humor de las pacientes que iban mejorando.

Se les explicó lo que significa contener con "afecto y firmeza" a estas pacientes, muy angustiadas en las horas de la alimentación. Sostener el deseo, la culpa y la rabia que les genera comer, así como también la necesidad de no dejarse seducir ni aceptar pactos con ellas. Los pactos solo se establecen en el Equipo. Son importantes las características personales de las enfermeras, ya que son ellas las que deben contribuir a crear un clima vincular cálido y firme. Tienen que tratar de eludir temas en donde la paciente la conduzca a su objetivo: no comer, no subir de peso. Para evitar angustiarse o dejarse manipular, llevan, en un cuaderno, notas, relatos de lo acontecido, que oficiarán de "tercero", entre ella y la paciente. Queda un protocolo escrito por mí en enfermería, al que recurren cuando tienen dudas sobre algún punto.

Realizo reuniones con las otras enfermeras, donde poder discutir e intercambiar dudas e incertidumbres que el caso les genera.

Por supuesto, no todo es fácil durante la internación. Es habitual que los pacientes provoquen reacciones de rechazo o seducción, extremos -ambos- contraproducentes. Buscan desvalorizar y atacar a alguno de los integrantes del equipo de enfermería, para lograr mantener el sínto-



ma, a través de eliminar a las enfermeras que la vigilan, creando rivalidades entre ellas.

Debemos evitar que las enfermeras se sientan culpabilizadas por engaños exitosos, en los que estas pacientes son expertas, o por técnicos que no entienden lo que nosotros hacemos. Por ej: durante la internación de una niña de 13 años, sentíamos un intenso olor a podrido que no lográbamos averiguar de donde provenía. El personal de limpieza no lograba entenderlo, se revisó el placard buscando comida en mal estado. Por último descubrimos que lo que sucedía era que la paciente "escupía el complemento alimentario", en los instantes de distracción de una enfermera, en la tierra de una planta que le habían regalado. Es decir "la regaba con Complemento".

En otra oportunidad, una paciente solicitaba permanentemente masajes como forma de contención corporal, y lo realizaba enfermería. Una noche, la pacientita (12 años) se desnuda en una "situación oniroide" bastante confusa. Una las enfermeras fue "amonestada" por la pediatra de piso, acusándola de "erotizar" a la paciente. La enfermera, tremendamente angustiada, se negaba a seguir trabajando, siendo una de las que mejor comprendía la situación de desamparo de la niña.

## LAS VISITAS

**Durante la internación (8 pacientes en total)** he realizado siempre de dos a tres **visitas** diarias, todos los días de la semana. Al final del día, se agrega una entrevista con los padres, que esperan en el Hospital que les relate la marcha del tratamiento.

Cada visita tenía la duración de unos 40 minutos o más.

**Simultáneamente, la nutricionista** concurre y realiza entrevistas prolongadas porque el seguimiento de peso provoca, comúnmente reacciones hostiles. Es la única que realiza el control de peso. En oportunidades, cuando

las cosas se ponían difíciles, era acompañada por mí. Las pesábamos siempre en la misma balanza.

La nutricionista, de forma similar a lo ambulatorio, indicaba un plan de alimentación con introducción progresiva de alimentos, adecuado a cada caso en particular. Este plan de alimentación la paciente se lo lleva con ella, encarpeta, al darle el alta, para que los padres sepan como continuar la alimentación, y para que ellas sientan seguridad con la ingesta.

La nutricionista tiene la difícil tarea de la introducción de los alimentos temidos por la paciente. Al ingresar le damos a elegir 5 alimentos que puede decidir que no estén en su realimentación. Una paciente nos dijo "no quiero ni harinas, ni azúcares, ni proteínas, ni fritos, ni...."

La nutricionista ayuda a la paciente en las ritualizaciones y bizarrerías alimentarias, que comienzan a incrementarse al empezar a subir de peso.

## CRITERIOS DE ALTA

Nuestro promedio de internación fue de 30 días. Es fundamental (no siempre se logró) no sentirnos presionados por el Sistema de Salud, que nos exija dejar la cama libre.

**El alta es dependiente del contrato de peso.** El alta, además, **debería** de estar supeditada no solo al peso, sino a **un cambio en su estructura psíquica**. También a la seguridad de que no abandonarán la alimentación con el retorno a su hogar. **Esto no es posible en Uruguay.** En el Institut Mutualiste Montsouris de París, en el Servicio de Trastornos Alimentarios de la Adolescencia, perteneciente a la Cátedra de Psiquiatría, actualmente bajo la dirección del Prof. Dr. M. Corcos, **las internaciones son prolongadas**, las pacientes conviven con múltiples actividades terapéuticas: psicoterapia individual, psicodrama, actividades artísticas y culturales. Pueden, cuando su

estado se lo permite, salir a estudiar y volver al hospital. Realizan una verdadera reestructuración psíquica.

## EVOLUCIÓN

Existen múltiples trabajos de seguimiento de muchos años <sup>(27,36,38,44,45)</sup> realizado por múltiples autores, que nos permiten preguntarnos:

### ¿EXISTE UNA "RESTITUCIÓN INTEGRAL" EN ESTAS PACIENTES?

Luego de la remisión sintomática, en la mayor parte de estas pacientes se mantienen por tiempos prolongados: el miedo; la preocupación excesiva por la imagen corporal; relaciones sociales no acordes a la edad; mantenimiento de una actitud infantil y dependiente; incapacidad de conectarse con aspectos de su mundo interno; desvalorizaciones narcisistas y patologías en torno a la sexualidad, que hacen fundamental que las pacientes mantengan un tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

Muchas de estas pacientes encuentran formas de mantenerse en el nivel más bajo de peso posible, lo que implica una lucha inconsciente permanente con el deseo, que influirá en todos los ámbitos de su vida.

### EJEMPLOS CLÍNICOS DE EVOLUCIONES ACEPTABLES

**Beatriz** cena desde hace años (luego de varios empujes de anorexia y de haber pasado un período "casi normal") con un yogur y una manzana. Desayuna y almuerza metódicamente con el mismo tipo de alimentos. (Tostadas, tartas que mide cuidadosamente). Esto se convierte en una rutina inamovible que influye, obviamente, en su vida social. Si esta sentada mirando la televisión hace musculación. Actualmente, es una profesional independiente, vive en pareja; y desea tener hijos; no corre riesgos de dejar

nuevamente de alimentarse. Por ahora todo parece estar bajo un excesivo control. Nos preguntamos: **¿cuál es el costo futuro de esta situación? ¿se puede vivir sin pagar algún día un precio muy alto con un control tan tirano?.**

**María de los Ángeles**, (Algunos años después de la recuperación de una internación en la que ingresa muy grave), luego de pasar por un período bulímico al que temía volver, había convertido su vida en una aburrida y monótona rutina constituida por una dieta bastante estricta semanal, acompañada de gimnasia diaria y una carrera universitaria que cursaba con éxito. Esperaba los fines de semana en que se permitía disfrutar de sus alimentos preferidos en abundancia. Mantenía su peso siempre en el mínimo "por las dudas". Se encontraba en tratamiento psicoanalítico. Los primeros años de análisis fueron de un trabajo arduo en relación a una estructura donde predominaba un intenso sadismo arcaico, en un vínculo fusional con su madre. Cercano a los tres años de análisis se producen **movimientos psíquicos importantes y continuos en aspectos significativos de su estructura psíquica** (comienzan a cambiar los sueños y sus asociaciones). Acepta tener un peso más alto para un correcto funcionamiento endócrino metabólico, cambia su deseo de "estar flaca" a "estar linda". Comienza a sentir interés por los hombres y se enamora. Los fines de semana son esperados ahora para verlo a él. Nuevamente, ante el deseo, aparece el pánico. El deseo, ahora puesto en la sexualidad, puede dominarla, controlarla, doblegar su voluntad o conducirla a algo terrible. Trae un sueño en que ambas, ella y su madre tienen cáncer y van a morir. **Su madre le pide que lo deje a él, pues igual ellas se van a morir de cáncer.** El juego se repite entre el deseo, la felicidad y la angustia. Tuvimos temor que, al igual que en el pasado, se convirtiera en destructivo. Pero esta vez, con la ayuda de él, y transferencia mediante <sup>(50)</sup>, se anima a separarse. Actualmente se encuentra asintomática.

**Otras pacientes han evolucionado favorablemente, no diferenciándose de personas que no padecieron trastornos alimentarios.**

## EJEMPLOS CLÍNICOS DE EVOLUCIONES INSATISFACTORIAS (LAS PACIENTES GRAVES PRESENTADAS ANTERIORMENTE EN EJEMPLOS CLÍNICOS)

### **1-Anorexia**

#### **Jimena**

Jimena pasa muy bien durante unos años, manteniendo una sintomatología obsesiva en torno a las comidas, que le permitía el despliegue de todos los aspectos de su vida: social, como estudiante, con su sexualidad, manteniendo un noviazgo con el que estaba feliz.

Inesperadamente, este año realiza un segundo empuje (23 años) en donde vuelve a tener un peso de riesgo (36kg) expresando deseos de matarse. Pide ayuda. Vuelve a iniciar un abordaje de Equipo, logrando aumentar su peso. Pero esta vez, la presencia de un **Trastorno Obsesivo Compulsivo grave**, que inunda todas las áreas de su vida, no remite fácilmente. La vida se le ha convertido en una tortura. Esta llena de rituales interminables, a tal punto que solo piensa en **la muerte** como solución. Esta vez, le dice a la madre, manteniendo, ante nuestro asombro, lo siniestro del vínculo de su niñez: *"No puedo vivir más así, mi vida es una tortura, **me tenés que matar** porque yo lo haría con un hijo mío que sufriera como yo"*. El sadismo, la ambivalencia y la duda, todos síntomas obsesivos se agregan ahora a la psicopatología del pasado.

Ha retomado todos los tratamientos: psicoterapia, nutricionista, acude a un psiquiatra para el abordaje de la patología obsesiva y la depresión. También ha iniciado un tratamiento cognitivo-conductual para sus rituales. Se siente esperanzada, luchando otra vez para recuperarse.

***Quiero resaltar que existe una estructura grave, arcaica, siempre amenazante, que debe mantenernos alertas ante todo caso grave que se presenta como un trastorno alimentario en la niñez.***

## **2-Bulimia**

### **Carla**

Carla pasa bastantes años en tratamientos múltiples. Logra una evolución favorable, llegando a vomitar solo en algunas oportunidades. Logra mantener una estructura alimentaria que la mantiene en su delgadez.

Se radica dos años en el exterior, realizando un Máster. Se conectaba por mail esporádicamente y, nos comunicaba que todo, al parecer, marchaba bien.

Cuando vuelve, nos enteramos por la madre, que se casaba. La madre estaba preocupada por el Diagnóstico en Carla, de una enfermedad autoinmune importante denominada Síndrome de Sjögren, que le "provocaba una terrible inflamación y dolor en las parótidas". Por esta enfermedad había sido medicada con corticoides y con un medicamento inmunosupresor con muchas reacciones adversas, que incluso impediría un embarazo en Carla. Le digo a la madre, que creo que Carla esta vomitando nuevamente; que no pienso que sea otra cosa lo de las parótidas. Ella me llama, me niega los vómitos y no acepta venir a una consulta.

Meses después, luego de una serie de vicisitudes; de llamados y relatos de preocupación de los padres, (que no son motivo de esta publicación), concurren los padres y la traen a ella a una consulta conjunta. Relatan el abandono del esposo a los 10 meses de casarse. Carla llora en estado de terrible angustia. La abandona al descubrir que ella le miente. Carla nos muestra que nunca ingirió los medicamentos recetados por el médico, sabía que no tenía la enfermedad diagnosticada. Solo quiere que su esposo la perdone y, con el mismo discurso del pasado nos dice que "hizo un clic" y que no va a volver a vomitar".

Al ser descubierta y, desmantelada toda su vida sostenida en mentiras y ocultamientos; al no lograr remitir la situación de abandono de su esposo, Carla entra en un cuadro de profunda Depresión y, a pesar de haberla derivado a tratamientos, realiza un derrumbe narcisista con un cuadro melancólico que la lleva a un Intento de Autoeliminación, de la que es "encontrada" a tiempo.

***Creo importante señalar que, por lo general, en etapas agudas (tanto en la bulimia como en la anorexia) no presentan conductas de autoeliminación, pero coincidiendo con la literatura mundial, se ve en la evolución y con la cronicidad de la enfermedad. Muchas de las muertes en las malas evoluciones de estas pacientes se deben a suicidios.***

## BIBLIOGRAFÍA

1. BAGATTINI, C. (1994) María de Los Ángeles. Sobre un caso de Anorexia Nerviosa. Presentación al Prof. O. Kernberg. Jornadas de APU, 11-12 Noviembre, (comunicación personal)
2. BAGATTINI, C (1995) *Tiempo, cuerpo y recuerdos en la Anorexia Nerviosa. En: Lo Arcaico, Temporalidad e Historización, APU IX Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay*
3. BAGATTINI, C. (1996) La paciente Anoréxica en riesgo de vida. Perspectivas Terapéuticas en los Trastornos de la Alimentación. Jornadas Científicas de APPIA con la Dra. Katherine Halmi, Octubre, 1996.
4. BAGATTINI, C (1997) Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso. En: Rev.Uruguaya de psicoanálisis APU 84-85
5. BAGATTINI, C. (1997) El cuerpo y lo femenino. Revista de la APPIA Montevideo, mayo 1997: p. 63-68
6. BAGATTINI, C. (1997) Trastornos severos de la alimentación anorexia-bulimia; perfil clínico y abordaje terapéutico de primera etapa del tratamiento En: Temas de Psicoanálisis

- tratamiento. Ed. Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1996. n. 23: p. 61-87.
7. BAGATTINI, C.: (1998) Trastornos severos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa y Bulimia. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. V62, N 2.Octubre 1998
  8. BAGATTINI, C. (2000): Duelo por algo que nunca existió. Angustias narcisistas en la niña y su posterior evolución. Congreso APU Los Duelos y sus Destinos.
  9. BAGATTINI, C. (2002): El Proceso de Enfermar en la Anorexia nerviosa. En: Diálogos con la biología y la Cultura. Congreso de APU 2002.
  10. BAGATTINI, C. (2002) *Lo indisociable del cuerpo en psicoanálisis Asociación Psicoanalítica del Uruguay. APU Congreso Uruguayo de Psicoanálisis: El cuerpo en psicoanálisis: diálogos con la biología y la cultura*
  11. BAGATTINI, C. (2004) El poder de lo sociocultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. APU Revista Uruguaya de Psicoanálisis Montevideo, 2004. n. 99: p. 69-83
  12. Bruch H (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person will*, Nueva York, Basic Book 1993.
  13. BRUCH H (1978) *The golden cape: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge (Mass): Harvard University Press
  14. BRUCH H (1982) Anorexia Nervosa: therapy and theory, *Am J Psychiatry* 139, 1531-1538
  15. BRUCH H (1979) L' enigme de l' anorexie. En: *La cage dorée*, Paris, PUF
  16. BRUSSET B (1992) Psicología y Metapsicología de la adicción bulímica. En: *La Boulimie- Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, PUF
  17. BRUSSET B (1969) L' anorexie mentale des adolescents. *Contributions a l' étude de ses significations psychopathologiques*, Thèse, Paris, 116 p
  18. CHABERT C (1994) La bulimia: perversión o melancolía? En: *Anorexia, Violencia, Holocausto*, N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes-BsAs)

19. Corcos, M. Flament, Ph. Jeammet (2003) Les conduite de dépendance.. Dimensions psychopathologiques communes. Paris: Ed Masson S.A.S.,
20. DEUTSHC N (1994) *Anorexia nerviosa. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes-BsAs)*
21. FURNHAM A (1992) Lay theories of anorexia nervosa, J. Clin. Psychol. 48,1: 20-36
22. GIRARD C (1978) Hospitalisation et psychothérapie de l'Anorexie Mentale. Psychiatrie de l'enfant, XXI, 2
23. GREEN, A. (1992) *Tiempo y memoria. Psicoanálisis 14:3*
24. GULL W. (1874) *Anorexia Nervosa. Trans, Clin. Soc, London 7: 22-28*
25. HEBERT P (1991) The ethics of partial feeding in anorexia. (Comments) Can Med Assoc J 144,2: 141-4
26. HEKIER M, MILLER C (1994) Anorexia, Bulimia, Deseo de nada. BsAs: Ed. Paidós
27. JEAMMET P, BRECHON G (1991) Le devenir de l' anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évaluées au moins 4 ans après leur première admission. Psychiatrie de l' enfant, XXXIV, 2: 381-442
28. JEAMMET P (1989) Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l' adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. En: Confrontations Psychiatriques, 31
29. JEAMMET P (1992) Le défi thérapeutique de l'anorexie mentale. Schweiz, Med, Wochenschr, 122,4: 94-101
30. JEAMMET P (1992) Anorexia Nerviosa. Conferencia dictada en la Cátedra de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Facultad de Medicina. Hospital Pereira Rossell, Noviembre Montevideo. (comunicación personal)
31. JEAMMET P (1994) Anorexia y Bulimia. En: Zona Erogena 18(Bs.As)
32. JEAMMET P (1994) El abordaje psicoanalítico. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes- Bs.As)

33. JEAMMET P (1992) Las conductas bulímicas como modalidad de acomodamiento de las disregulaciones narcisistas y objetales. N/A Psicoanálisis con niños y adolescentes 5:44-63.
34. JEAMMET, P- *Le defi thérapeutique de l'anorexie mentale. Service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Hospital international de l' Université de Paris, Schweiz Med Wochenschr (Switzerland), Jan 25, 1992, 122 (4), p. 94-101.*
35. KERNBERG O (1994) Abordaje técnico de los Trastornos Alimentarios en pacientes con personalidad fronteriza. Presentado en Simposio "Acerca de Los Trastornos Alimentarios". Sociedad Psicoanalítica de Chicago, 12-13 Marzo, 1994.
36. LANZI G, BALATTIN V, NEGEI G(1992) The long-term prognosis of anorexia nervosa: the evaluation of hospital treatment. Minerva Ped 44,6: 263-9
37. LASÈGUE C. (1873) *L'Anorexie hystérique. Arch Gen Med 21:385-403*
38. LAZARO L, TORO J, CANALDA G, CASTRO J, MARTINEZ E, PUIG J (1996) Clinical, psychological and biological variables in group of 108 adolescent patients with Anorexia Nervosa, Med. Clin (Barc) 107: 5 169-74
39. Le Nestour A. Quelques réflexions sur les relations entre mère et bébé fille (2003) En: Jacques André: Mères et filles. Les menaces de L'identique. Presses
40. LIPPE D (1994) Trastornos de las conductas alimentarias e ideal. En: Anorexia, Violencia, Holocausto. N/A 6 (Rev. de Psic. de Ninos y Adolescentes- Bs. As)
41. MINUCHIN, S; ROSMAN, B. L., BAKER, L. (1978) Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context, Cambridge (Mass): Harvard University Press.
42. RAIMBAULT G, ELIACHEFF C (1991) Las indomables figuras de la Anorexia. Nueva Vision
43. RAUSHC HERSCOVICI C, BAY L (1993) Anorexia Nervosa y Bulimia, Amenazas a la autonomía. BsAs: Ed. Paidos

44. RATNASURIYA RH, EISLER F (1991) Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psych* 158: 495-502
45. RATNASURIYA RH (1986) Prognostic factors and outcome after 20 years in anorexia nervosa. M Phil Thesis, University of London, London.
46. SISSA G. (2000) El placer y el mal: filosofía de la droga/ edición española). Barcelona: Ed Península; 290 pp.
47. TORO J, NICOLAU R, CERVERA M, CASTRO J, BLECUA MJ, ZARAGOZA M, TORO A. (1995) A clinical and phenomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 4:3 165-74
48. VAISMAN N, ROSSI MF (1991) Effect of refeeding on the energy metabolism of adolescent girls who have anorexia nervosa. *Eur J Clin Nutr* 45,11: 527-37
49. VANDEREYCKEN W, CASTRO J, VANDERLINDEN J (1991) Anorexia y Bulimia, La familia en su génesis y tratamiento. Ed Martinez Roca
50. VENISSE JL, SAUCHES M, CARDENAS M (1992) Anorexia nerviosa, *Rev Practicien* 42, 2: 253-257
51. ZERBE K (1991) Management of contratransference with eating disordered patients. *Psychodynamic letter* 1,9: 4-6
52. ZUKERFELD R. (1996) Acto Bulímico, cuerpo y tercera topica. Bs. As. Ed. Paidós.
53. WINNICOTT, W. "La agresión en relación con el desarrollo emocional" 1950-1955) En. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia, 1978.
54. WINNICOTT, D.: (1974). El temor al derrumbe. En: *I.R.P.A. V.1, Parts.1-2*, 103-107.

## CAPÍTULO 7

---

# ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA: ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS Y SU TRATAMIENTO

Dra. Rosa Labanca (Argentina)

*"En el tratamiento de estas  
pacientes, difícil arte en el cual el  
vínculo humano suele sellar, aún  
mediante pequeños detalles, el  
destino de un paciente y donde  
la relación cotidiana suele estar  
signada, ya desde el comienzo,  
por el doble estigma de la difícil  
comunicación y la fragilidad".*

Tomaremos como ejemplo de abordaje clínico de los desórdenes alimentarios (DA) a la anorexia y a la bulimia nerviosas (AN y BN), reconociendo la existencia de otros DA como el binge eating disorder, el síndrome del comer nocturno y trastornos no especificados que no serán considerados.

Los síntomas característicos de los DA son:

- alteración de la conducta alimentaria,
- distorsión de la imagen corporal y
- conductas disfóricas.

La etiología de los DA es desconocida aunque multifactorial. Es indudable la interacción entre genética, herencia cultural y factores sociales, psicológicos y alimentarios.

Ningún factor aislado es su causa única y actuando e interactuando sobre complejas circunstancias que determinan el grado de vulnerabilidad, se dispara la enfermedad.

Entre los numerosos factores a que se atribuye el desarrollo de los DA se cuentan

- Adversidad en la infancia (abuso físico y sexual).
- Familia disfuncional.
- Desatención en la crianza.
- Padres emocionalmente "alejados" (y separados).
- Idealización de la delgadez (factor socio-cultural).
- Obesidad infantil.
- Dietar (en la joven y en su familia).
- Alcoholismo en la familia.



Son de especial influencia las dietas restrictivas (o pensar obsesivamente en ellas) y estados psicológicos como estrés; depresión y crisis adolescente.

Algunos o todos estos factores pueden encontrarse en el comienzo del desarrollo de los trastornos alimentarios en un grado de superposición que hacen imposible distinguir si son causa o consecuencia.

Es ejemplo la AN en la que una vez comenzada la pérdida de peso prosigue como una espiral sintomática que hace posteriormente base en la malnutrición. Este estado físico pasa a ser importante en el sostenimiento y perpetuación de la pérdida de peso a través de la creación de condiciones para la intensificación de la restricción alimentaria.

Debido a que el sistema hedonista (centro y circuitos del placer) se autorregula en relación íntima con el ambiente, la *"mala alimentación"* daña la autorregulación con alteración de la capacidad para la toma de decisiones, de la flexibilidad de los conceptos y de la capacidad de planificación.

El mal estado de nutrición se asocia con un inadecuado funcionamiento de los circuitos que intervienen en la inhibición de comportamientos automáticos, lo que contribuye a un aumento de la impulsividad o compulsividad.

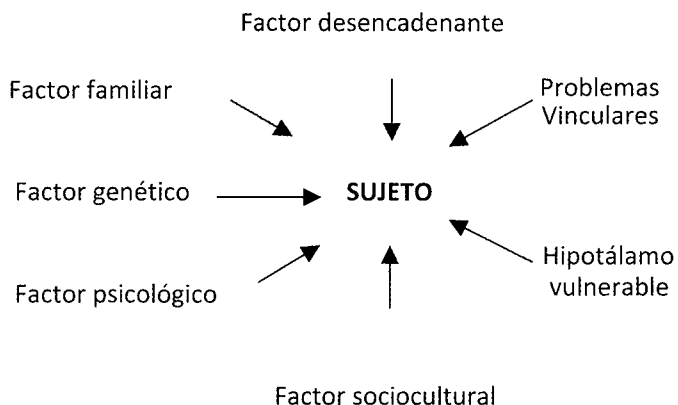
El área del cerebro más relacionada con los DA es la corteza prefrontal, destacándose en la BN la actividad prefrontal lateral y en la AN la hiperactividad del sistema dopaminérgico en el cuerpo estriado ventral.

La restricción alimentaria se vuelve una condición y una recompensa al mismo tiempo que se ha vinculado con la actividad *mu* del sistema opioide. Este receptor intermedia la señalización del sistema de gratificación, cuyo umbral puede estar descendido por la restricción alimentaria.

La heredabilidad de la AN es del 50 al 70% y existe consenso acerca de su origen multigénico. Esta vulnerabilidad genética determinaría rasgos de personalidad como

---

el perfeccionismo, la evitación del daño y el neuroticismo temprano.



Factores intervinientes en el desarrollo de desórdenes alimentarios

## ANOREXIA NERVIOSA

### Ideas, comportamiento y actitudes

La clínica de la AN se origina en un conjunto de ideas y actitudes que subyacen a la intención de la paciente y comportamiento de la paciente. No comer es lo que le da el principal sentido a su vida.

Buscan tener *un cuerpo sin materia*, que parece tener relación con un fuerte rechazo a la llegada de la pubertad y al crecimiento y a las consecuencias que esto implica.

La pretensión de una existencia "*sin cuerpo material*" lleva a transitar un camino hasta un cuerpo sin formas.

Rechazan la figura que pueda despertar el deseo del otro y evitan todo contacto con el sexo opuesto, que parecen no poder tolerar y cuyo deseo y manifestación deben reprimir. El cuerpo adelgazado representa y garantiza una existencia disociada de la vida afectiva en respuesta a las demandas de un ideal de sí misma que no logra integrar con los deseos de una persona en ese periodo de la vida.

Comer se transforma en un acto displacentero que se lleva a cabo en solitario y que tiende a aislarlas. Curiosamente estas pacientes pueden cocinar con excelente arte para otros, desafiando la tentación de comer, con lo que se va reforzando su comportamiento de restricción y control.

## **Presentación en la consulta**

### **Antecedentes inmediatos**

La paciente suele ser traída a la consulta por un familiar, en general su madre, ya que no es consciente de su enfermedad.

El cuadro suele comenzar con la práctica de una dieta con la finalidad de perder peso que progresivamente se va haciendo más estricta a pesar del peso perdido y de la delgadez exagerada, debido a una particular distorsión de su imagen corporal, patognomónico de la enfermedad.

Integran el cuadro clínico una progresiva irritabilidad, insomnio y aislamiento, tanto social como familiar.

También suele observarse cierta obsesión por la preparación de los alimentos, así como un llamativo conocimiento acerca de sus características, su valor energético, etc. similar al que suelen presentar las personas sometidas a inanición.

Los conocimientos sobre alimentos y alimentación son utilizados por la paciente para justificar su actitud hacia la comida. Uno de los primeros alimentos que dejan de comer son las carnes rojas, argumentando que no son saludables por su contenido en grasa y en colesterol.

A medida que transcurre la enfermedad van incorporando otros alimentos al grupo de los excluidos justificándolo por intolerancia digestiva (pesadez, distensión, molestias indefinidas, constipación).

Tienden a suprimir las comidas elaboradas prefiriendo las "*naturales*" y poco condimentadas. Suelen consumir vegetales, algunas frutas, lácteos descremados, gelatinas y alimentos dietéticos cuidadosamente seleccionados.

Si bien el volumen de sus comidas es escaso, sus distorsiones perceptivas hace que las refieran como excesivas.

Tienden a masticar y a deglutir muy lentamente y a separar los componentes que integran las comidas, lo que afecta la microestructura alimentaria en la que se destaca su preferencia a comer en soledad.

Desarrollan amenorrea, que suele ser consecuencia de la alteración de la composición corporal (pérdidas en los tres compartimientos corporales principales: graso, muscular y óseo).

No obstante, la amenorrea puede ser secundaria a estrés emocional, como sucede en aquellos casos en que prece-  
de a la desnutrición.

La gravedad inmediata de la AN depende del grado de desnutrición y de alteración del medio interno.

## **Mortalidad**

Suele estar aumentada. Sus principales causas son taquiarritmias ventriculares (debidas a disturbios electrolíticos, principalmente hipokalemia e hipofosfatemia). Más raramente por la realimentación inadecuada (síndrome de realimentación) y por infecciones debido al compromiso de la inmunocompetencia.

## **EXAMEN CLÍNICO - SIGNOS Y SÍNTOMAS GENERALES**

A la inspección se presenta lúcida, muy adelgazada, con aspecto aninado, coloración pálido-amarillenta de la piel (especialmente en palmas y plantas de los pies), que también se percibe seca.

El cabello es seco, ralo y desvitalizado. Frecuentemente presenta lanugo en tronco y extremidades y las uñas son quebradizas.

La masa muscular está disminuida y el tejido adiposo subcutáneo está consumido traduciéndose en hipotro-

fia mamaria y abdomen aplanado. En ocasiones existe acrocianosis.

El siguiente cuadro resume signos y síntomas

| <b>SIGNOS</b>              | <b>SÍNTOMAS</b>                         |
|----------------------------|-----------------------------------------|
| Bajo peso                  | Agitación - irritabilidad<br>- insomnio |
| Inanición                  | Amenorrea                               |
| Piel seca, amarillenta     | Constipación                            |
| Caída de cabello, lanugo   | Intolerancia al frío                    |
| Erosión del esmalte dental | Fatiga                                  |
| Edemas                     |                                         |
| Hipotensión                |                                         |
| Bradicardia                |                                         |
| Hipotermia                 |                                         |
| Acrocianosis               |                                         |
| Hipotrofia mamaria         |                                         |

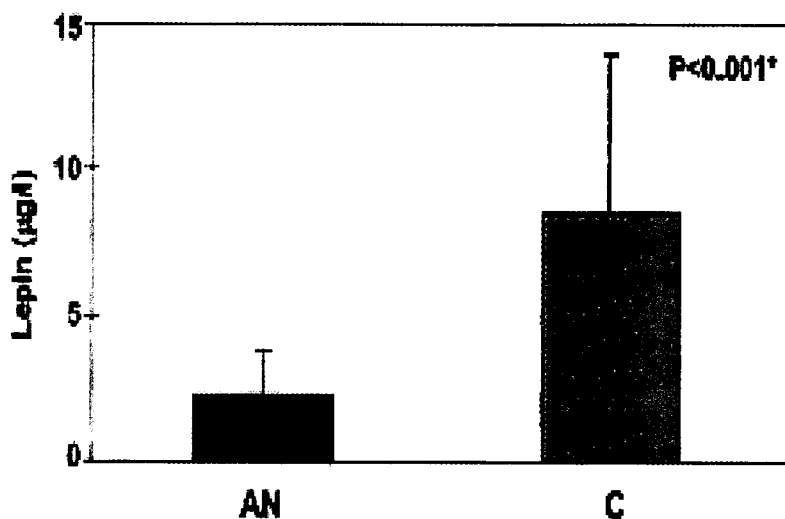
Debido a que el daño sufrido por los aparatos y sistemas del organismo son abordados en otros capítulos sólo se describirán algunos aspectos de especial importancia.

### **Aspectos endocrinológicos**

La ausencia de menstruación suele suceder a la pérdida de peso aunque en algunos casos la precede y en otros persiste a pesar de la recuperación ponderal.

La amenorrea se atribuye al bajo porcentaje de grasa, a que el consumo inadecuado de grasas impide la producción de las hormonas sexuales y al estrés hipotalámico.

La leptina (producida en los adipositos) intervendría en la regulación de las funciones reproductivas ya que se encuentra disminuida acompañando a la reducción de la masa grasa (figura siguiente).



## Reproducción

Las pacientes con amenorrea presentan infertilidad aunque eventualmente pueden llegar a embarazarse. El riesgo de abortos es mayor.

## Sistema musculoesquelético y metabolismo mineral óseo

La pérdida de masa ósea es una de las complicaciones más serias y frecuentes de la AN, presentándose en un 50% de los casos una densidad mineral ósea de dos desvíos estándar por debajo de lo normal. Se nota alteración tanto del hueso cortical como de la trama trabecular.

La pérdida de masa ósea puede presentarse aún después de un período breve (6 meses) de manifestación clínica de la enfermedad y puede persistir después de la recuperación del peso, haciendo a estas mujeres más expuestas al riesgo de fracturas.

La pérdida de masa ósea se atribuye a la falta de estrógenos, a deficiencias vitamínicas y de macronutrientes, a hipercortisolemia, a hipoestrogenismo, caída hasta del 50% del factor IGF-1 (trófico del hueso) y al efecto in-

hibidor de la desnutrición sobre la formación de hueso (función osteoblástica). Todos estos factores suelen afectar al pico de masa ósea, con la producción de osteopenia, eventualmente severa.

La debilidad e hipotonía muscular a causa del bajo peso, con marcada atrofia de fibras musculares tipo I y II y de miopatía proximal, se pone de manifiesto por la imposibilidad de subir escaleras y/o peinarse y contribuye a la desmineralización ósea.

La paciente es incapaz de incorporarse sin ayuda a partir de la posición de cuclillas.

La pérdida de peso reduce el efecto mecánico trófico sobre el hueso lo que explica la fuerte correlación entre el índice de masa corporal y la densidad mineral ósea.

### **Metabolismo**

La tendencia a una glucemia más baja y a la hipoglucemia son hallazgos frecuentes aunque suelen ser asintomáticas.

Como consecuencia de ayunos prolongados disminuye la tolerancia a la glucosa y se produce un aumento de los ácidos grasos libres y de los cuerpos cetónicos circulantes.

Frecuentemente se observan hipercarotinemia y deficiencia de zinc aparentemente sin relevancia clínica.

### **Sistema nervioso**

Puede comprobarse hipotrofia cerebral en estudios de resonancia magnética nuclear.

Funcionalmente lo más importante es el cambio en la neurotransmisión caracterizado por

- Aumento de CRH.
- Disminución de beta endorfina.
- Aumento de vasopresina.

- Disminución de oxitocina.
- Aumento de NPY.
- Disminución de leptina.
- Aumento de adiponectina.
- Cambios en serotonina; dopamina; catecolaminas (fracción beta); neurotensina colecistoquinina y glucagon.

## Determinaciones de laboratorio

Se debe solicitar como mínimo una rutina completa; colesterol total, HDL y LDL; trigliceridemia; glucemia; cortisolemia, T3 - T4 y TSH; proteinograma; ionograma plasmático (Na<sup>+</sup> y K<sup>+</sup>); LHRH-FSH-LH y estrógenos; electro y ecocardiograma y densitometría para determinar masas grasa y magra.

## BULIMIA NERVIOSA (B.N)

Es notable la preocupación por el peso y la forma corporal aunque en general el peso es normal. Afecta al 3 % de la población joven siendo rara en la adultez

La BN suele mantenerse en secreto por largo tiempo indicando una '*semiconciencia*' de la enfermedad.

La falta de control sobre la alimentación es un punto muy angustiante para la paciente.

La BN ha manifestado un aspecto "*contagioso*" social. Cuando en Inglaterra tomó estado público que afectaba a Lady Di, aumentó su frecuencia para disminuir después de su muerte.

En general las pacientes suelen presentar disminución de la autoestima y disconformidad por la forma y el peso corporal. Pretenden mejorarlas con la aplicación de dietas estrictas que van llevando al desarrollo de atracones (binges) instalándose en consecuencia una alimentación caótica con sucesión de ciclos de restricción alternando

con los atracones. Estos suelen ser compensados con la práctica de conductas compensatorias, cuyo exponente más frecuente es el vómito autoinducido.

Se diagnostica por episodios de atracones (binge eating) ocurridos en los últimos tres meses con una frecuencia de dos veces por semana seguidos de conductas compensatorias (purgatorias) que constituyen el signo distintivo con el BED (Binge Eating Disorder, o síndrome de atracón sin conducta compensatoria).

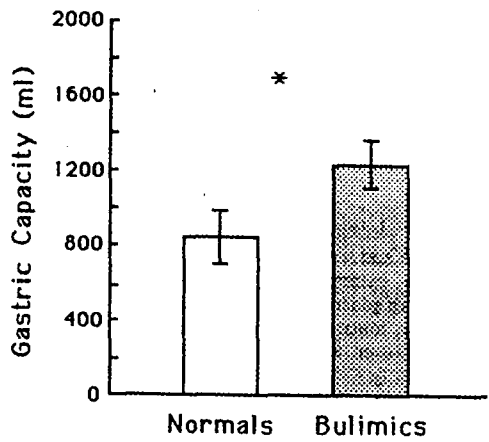
Las conductas purgatorias son: vómito autoinducido, periodos de ayuno, toma de laxantes y/o diuréticos y ejercicio compulsivo.

Los alimentos que integran el '*binge*' suelen ser elevados en

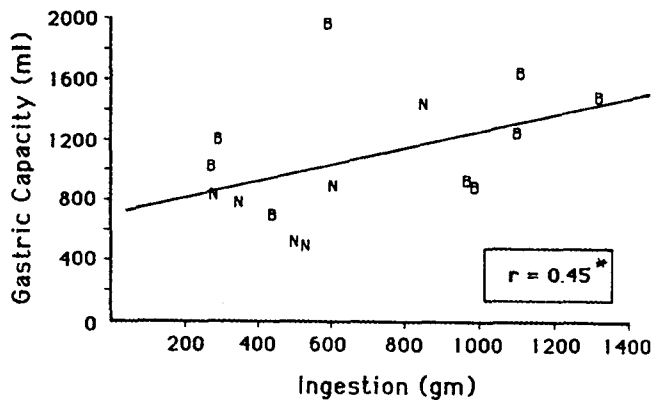
- densidad energética
- grasas
- hidratos de carbono.

El estómago suele estar aumentado de tamaño y disminuida la colecistoquinina (un polipéptido saciante segregado por el duodeno con efectos sobre el vaciado gástrico) y la regulación hipotalámica del hambre.

Entre las hormonas relacionadas con los atracones se ha destacado a la insulina, ya que interviene en la saciedad a nivel central ya sea por reprimir la síntesis del péptido orexígeno NPY como por aumentar la sensibilidad a la colecistoquinina.



**FIGURE 1.** Gastric capacity was significantly larger in bulimics than normal subjects ( $t = 2.1$ ;  $p < 0.05$ ).



**FIGURE 2.** Amount of test meal ingested was significantly correlated ( $r = 0.45$ ;  $p < 0.05$ ) with gastric capacity in normal (N) and bulimic (B) subjects.

Capacidad gástrica  
aumentada en la bulimia  
nerviosa

SEROTONINA Y BN

Se hipotetiza la relación entre hipofunción serotoninérgica y los episodios de binge y depresión. El binge aumentaría el tono serotoninérgico lo cual tiende a detener la ingesta por su efecto sobre el hambre, el apetito y la depresión.

## TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES ALIMENTARIOS

El tratamiento de las pacientes con DA debe ser abarcativo y contemplar:

- que el profesional sea flexible psicológicamente y que presente buena disposición y genuina preocupación por la paciente y su evolución.
- que tanto la paciente, las personas de su entorno familiar participen activamente en el tratamiento.

### Objetivos del tratamiento

1. estabilización de los parámetros nutricionales y médicos.
2. restablecimiento de un patrón alimentario saludable
3. disminución o supresión de los atracones y purgas para la bulimia.
4. reconocimiento y discriminación de los estados afectivos.
5. mejoría de las distorsiones cognitivas.
6. mejoría de la autoestima, la autoimagen y de los sentimientos de sí misma.
7. desarrollo de la autonomía para la anorexia nerviosa.
8. identificación y resolución de los factores precipitantes psicosociales.
9. lograr una imagen corporal positiva y realista.
10. separar la autovaloración, del peso y la figura corporal.

Es preciso vencer el rechazo que estas pacientes suelen sentir por el tratamiento, explicativo de los abandonos y recaídas.

Los pacientes con DA parecieran poco predispuestos a colaborar y a participar de su tratamiento por lo que el profesional debe obtener información atendiendo a todos

los síntomas y signos que pudieran presentarse, manteniendo una actitud abierta, empática y no enjuiciadora, sobre las actitudes que la perturbación psiquiátrica produce en estas pacientes.

La gravedad del cuadro clínico, ya sea por la desnutrición autoinducida o por las conductas compensatorias, marca la naturaleza del tratamiento inicial a seguir.

La dificultad para el abordaje integral de estas pacientes reside en parte en las fracturas del conocimiento existente ya que estas patologías pueden ser entendidas desde lo neuroquímico hasta lo socio - histórico cultural.

Es un desafío poder integrar y aplicar los conocimientos teóricos a la práctica clínica.

El abordaje de los DA puede ser individual o grupal, con terapia o información permanente a los padres, de acuerdo a la edad y estado de la paciente.

## **El compromiso de la paciente y de su familia como colaboradores**

Una vez establecido el diagnóstico del DA, el equipo debe explicar claramente el propósito del tratamiento. Es importante que los familiares puedan comprenderlo recurriendo a entrevistas cuya frecuencia dependerán de la necesidad.

Subyacen al síndrome alimentario severas dificultades en la estructuración de la personalidad.

En las entrevistas iniciales se esclarecerán los aspectos centrales de la enfermedad y se responderán las preguntas pertinentes.

En este sentido, es contundente el hecho, señalado por distintos autores, de que con el tratamiento adecuado, la mayoría de las enfermas se recupera.

Ya desde el primer contacto con la paciente comienza a determinarse el vínculo terapéutico y, por lo tanto, la adhesión de la joven al tratamiento; por esto es

necesario mantener una actitud contenedora, cálida y comprensiva.

Es esencial investigar la actitud anoréxica o la conducta compulsiva con la comida y los rasgos de la personalidad de base, y tener en cuenta estos datos como elementos de primer orden que permitirán arribar a un diagnóstico presuntivo debidamente fundamentado.

A partir de una historia clínica sistematizada realizamos el estudio de dos ejes: uno transversal, que permite hacer una detallada descripción del cuadro sintomatológico actual y otro longitudinal, minuciosa descripción biográfica destinada a comprender cada uno de los elementos que participaron y generaron la eclosión de la enfermedad.

Incluir a la familia es muy útil aunque tal vez no desde los primeros momentos. Conviene primero conocer el perfil de la familia y si pueden colaborar, ya que esto proporciona elementos terapéuticos más allá de lo estrictamente nutricional y comportamental.

Asesorar a los padres ha resultado de gran utilidad ya que la dificultad en la comunicación intrafamiliar aumenta las actitudes y los comportamientos de no comprensión de la enferma.

Ser demasiado intrusivos en la vida de la paciente y observar en demasía su alimentación es tensionarte para ella, al igual que el exceso de consejos respecto del comer.

Cuando este tipo de entrevistas se realizan en forma grupal la oportunidad de hablar y compartir con otros padres las preocupaciones y frustraciones se torna en una herramienta terapéutica de gran ayuda.

Estas reuniones brindan excelente oportunidad de ayudar a los padres a colaborar con la paciente. Acompañar y comprender al hijo en esta situación es lo mejor que pueden hacer ya que frustrados o desilusionados por el curso de la enfermedad pueden actuar de forma incorrecta.

La intención es compartir con los padres el tratamiento en la medida que lo puedan ir comprendiendo, generán-

doles así una actitud sostenedora y no enjuiciadora ni autoritaria.

## **Psicoeducación**

La psicoeducación es la transmisión de conocimientos con el fin de cambiar actitudes o y comportamientos. Es parte del tratamiento cognitivo conductual que se basa en la corrección de falsas creencias que tienen las personas con DA, debidas a falta de información o a datos erróneos.

Con este tipo de abordaje se transmite a la paciente el sentimiento de que es respetada y valorada buscando la colaboración con el profesional.

Otro de los objetivos es hacer hincapié en las consecuencias negativas de las técnicas no saludables de bajar de peso.

Debe informarsele sobre los diferentes aspectos de la enfermedad, facilitando otro tipo de intervenciones y hacer sentir a la paciente que es participante activa en el proceso terapéutico. La psicoeducación puede ser implementada de manera individual y/o familiar y/o grupal.

Incluye los siguientes tópicos a trabajar:

1. etiología multifactorial de los trastornos alimentarios.
2. contexto sociocultural de los trastornos alimentarios.
3. complicaciones médicas de los vómitos y del abuso de laxantes y diuréticos.
4. complicaciones físicas de la auto-inanición.
5. noción del peso saludable.
6. información nutricional básica.
7. estrategias cognitivo-conductuales.
8. prevención de recaídas.

## LA INTERDISCIPLINA: BUSCANDO LA INTEGRACIÓN

El abordaje interdisciplinario de los trastornos alimentarios se basa en la constitución de una fuerza cohesiva que surge de compartir un criterio básico común, es decir una filosofía que implica que los integrantes del equipo:

1. Compartan,
  - una misma postura teórica en cuanto al origen,
  - características y evolución de estas patologías y de su abordaje terapéutico.
2. Tengan una actitud integradora.
3. Posean conocimientos provenientes de otras disciplinas.

La ínterdisciplina puede ser implementada tanto de manera simultánea o de acuerdo a la necesidad.

De acuerdo con la situación clínica, el tratamiento se realizará:

- en forma ambulatoria.
- bajo la modalidad de hospital de día.

Puede requerir internación formal para corregir los parámetros clínicos, desnutrición, descenso de potasio, deshidratación, etc.

El hospital de día es una alternativa que puede ser útil en situaciones intermedias de acuerdo a la gravedad del cuadro y debe ser manejada por un equipo psicobiológico.

Las pacientes generalmente concurren 5 veces por semana y realizan una o más comidas diarias con supervisión.

Es de gran importancia el apoyo dado por los pares así como del personal entrenado. Se trabaja también con los familiares y amigos para generar un ámbito adecuado de ayuda a la paciente.

Durante el curso de la internación se realizan reuniones familiares, asesoría a padres, trabajo corporal, reunio-

nes psicoeducacionales y tareas lúdicas que son de gran utilidad.

El hospital de día se constituye en una alternativa intermedia entre el tratamiento ambulatorio y la internación.

### **Actitud del profesional**

El tratamiento de un DA implica una interacción tan intensa y prolongada entre paciente y profesional que las condiciones de éste influyen de manera fundamental sobre el desarrollo del tratamiento.

Debe conocer y ser capaz de enfrentar la frustración ante los sentimientos de desesperanza que estas pacientes generan.

No debe avanzar hasta que las condiciones psicológicas y nutricionales lo permitan, transmitir empatía y tolerancia hacia las emociones dolorosas, sosteniendo los desafíos que implica el tratamiento con sentimientos encontrados.

Debe existir absoluta sinceridad con la paciente y su familia, explicando detalladamente el tratamiento a seguir.

Se debe poner atención a la actitud sobre el deseo de delgadez ya que un exceso de preocupación por ese punto puede ser un obstáculo. Tampoco la crítica -como resulta obvio- resultará de utilidad.

Es preciso una alianza terapéutica efectiva y la transmisión de la seguridad de la recuperación, proponiendo un clima de mutua colaboración.

Esto implica trabajar *junto* al paciente, buscando su participación, sin dejar de guiarlo. No es conveniente una actitud controladora (que puede ser contraproducente) sino más bien persuasiva, apoyándose en que la delgadez es posible sólo si es saludable.

No se debe intentar el aumento de peso si no se produce una aceptación previa del mismo.

Teniendo en cuenta la ambivalencia que muestran estos pacientes frente a la motivación para el cambio, la naturaleza egosintónica del trastorno y la tendencia resistencial frente al tratamiento, resulta de gran ayuda trabajar con elementos de terapia motivacional, generando una relación adecuada entre paciente y profesional.

La claridad de objetivos y la priorización de lo que la paciente dice que le sucede, facilita y fortalece la alianza terapéutica.

En este tipo de abordaje se debe evitar la confrontación, resolver la ambivalencia y minimizar la resistencia.

Basándose en las etapas descritas por Prochaska (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída), se adapta el tratamiento según la etapa motivacional en la que se encuentre el paciente, sabiendo que la evolución no es lineal y que un mismo paciente puede pasar varias veces por el mismo estadio.

El abordaje psicoeducacional resulta de gran utilidad ya que permite al paciente analizar las ventajas y las desventajas de cambiar.

En términos de Prochaska, decimos que las pacientes resistentes al tratamiento se encuentran en estado de "precontemplación", mientras que sus padres están en estado "de acción" razón por la cual es casi inevitable un enfrentamiento de posiciones.

Debido a esto no es conveniente aconsejar ni discutir con quien no escucha ni se muestra dispuesto a colaborar.

### **Criterios de recuperación en trastornos de la alimentación:**

Entre los criterios de recuperación se cuentan la disminución de la gravedad de los síntomas, cambios de comportamiento y disminución de la frecuencia de recidivas; y cambios a nivel psíquico como ser el desarrollo de proyectos, modificaciones vinculares significativas y cambio de valores.

Al respecto es fundamental disminuir las expectativas del paciente y su familia y también las de los profesionales tratantes.

## **Anorexia nerviosa, aspectos terapéuticos particulares**

El tratamiento de esta enfermedad es difícil y trabajoso requiere experiencia y dedicación al paciente.

Representa una especie de terapia intensiva por el peligro para vida, tanto por motivos biológicos como psicológicos.

El profesional debe estar dispuesto a contener a la paciente y a brindar una gran disponibilidad psicológica y un intenso deseo de trabajar, sin claudicar frente a las dificultades.

Estas pacientes despiertan en el profesional tratante diferentes respuestas emocionales que pueden ir desde sentimiento de impotencia y frustración hasta la angustia y que a veces no son fáciles de sobrellevar.

Ante esta situación se debe ser paciente aguardando la mejoría psicológica para seguir avanzando.

El tratamiento comprende dos fases

- 1) recuperación del peso en la A.N. –recuperar un patrón alimentario normal–.
- 2) prevención de recaídas

Sin bien la mayoría de las pacientes refiere deseo de cambiar, buscan ser tratadas en sus propios términos (con tratamientos dirigidos por ellas mismas) pretendiendo una recuperación de peso mínima o aún inexistente. La cronicidad y el comienzo en la adultez son signos asociados con peor pronóstico.

El éxito del tratamiento consiste en superar la restricción de la alimentación.

La AN está impulsada por una idea *sobrevalorada* centrada en el miedo a engordar y que se sostiene más allá de los límites de la razón. La paciente llega a excluirse de actividades sociales y de otras necesarias para el desarrollo personal (tomando las características de "*una pasión que consume*").

La elección de la forma de tratamiento se realiza de acuerdo al estado físico y psicológico de la paciente.

La atención debe ser, preferentemente, de tipo ambulatorio, reservando la internación (domiciliaria o institucional) solamente para aquellos casos que así lo exijan.

El objetivo del tratamiento, en lo referente a la situación somática es, específicamente, la recuperación ponderal y la resolución de las complicaciones médicas asociadas.

La realimentación debe ser progresiva, apoyada en el tratamiento psicológico y nutricional simultáneo.

Es especialmente importante obtener una buena relación con la paciente, tratando de fomentar en ella la intención de mejorar que puede basarse en la estrategia de pactar un peso saludable siendo éste el que coincida con la recuperación de las menstruaciones; un punto de referencia generalmente aceptado por ellas.

Es muy importante el compromiso del profesional de que el objetivo no es engordar, sino recuperar la salud perdida, para no generar alarma en la paciente.

Es de utilidad la redacción de un autorregistro alimentario. En base a sus datos se debe tratar de hacer retomar un patrón horario regular de comidas, aumentando progresivamente el valor calórico total de acuerdo a las posibilidades de la paciente.

Se debe ser prudente con la recuperación del peso. Es preferible esperar al avance en otros aspectos de su vida para luego poder mejorar el peso corporal de forma muy gradual, dando la posibilidad de acostumbrarse a mínimos aumentos de peso, brindando acompañamiento y

comprensión ante las consecuencias de este proceso, que suele ser de muy difícil aceptación en los comienzos.

Como se puede apreciar, el rol del nutricionista no consiste solamente en la prescripción de una dieta de mayor contenido energético.

No se debe amenazar a la paciente para conseguir la ingesta o la ganancia de peso sino conseguirlo mediante una cabal comprensión de las características de su enfermedad. Es esta la mejor forma de colaborar con el psicoterapeuta en la facilitación de su tarea.

Indagar sobre sentimientos de displacer, hambre, aburrimiento, gordura, hinchazón o algún particular estado emocional, consigue eventualmente acceder a situaciones emocionales más profundas. Así se consigue aumentar el grado de conexión interna y trabajar en la organización de las comidas y de la vida en general.

Es necesaria la psicoterapia especializada *al mismo tiempo* que el tratamiento nutricional, ya que un adecuado estado de nutrición es condición requerida para el éxito de la asistencia psicológica.

La mejoría de estos cuadros es, en la casi totalidad de los casos, lenta y nunca está exenta de un considerable grado de dificultad.

*Se debe "ir llevando" a la enferma pacientemente a motivarse por su recuperación, siendo cálido y tranquilo, habiéndole con suavidad, en voz de tono bajo, guiándola sin dirigirla.*

*Se buscará que sienta que estamos colaborando "entre pares", no que uno es "el poderoso que invade su vida". Esperar la producción del cambio alimentario, que suele irse dando de manera gradual.*

*En todo momento intentaremos ser empáticos para llegar a lo emocional. Seremos seguros y no ansiosos*

Dar apoyo para la entrega al tratamiento. Solicitarle que relate sus emociones con el mayor detalle posible, señalándoselo con adjetivos "positivos".

Hacerles notar su rigidez, sin ser críticos y demostrarle también sus mecanismos cognitivos y su motivación para cambiar (cuando no la tenga, también se lo señalaremos).

Ante la internación se debe trabajar intensamente con la familia tratando de modificar la forma de comunicación intrafamiliar.

- Generando un vínculo fuerte y seguro.
- Comprendiendo las dificultades para comer.
- Explicando las consecuencias de la enfermedad
- Esperando el momento adecuado para ir agregando alimentos.
- Acompañando y comprendiendo.
- Soportando la angustia.
- Es importante que los padres puedan comprender la enfermedad.
- Enseñarles que no todo lo importante es el comer.
- Transmitirles seguridad con el tratamiento.
- Haciéndoles respetar las indicaciones que el profesional acuerda con la paciente.
- Los padres deben ser informados de la evolución del tratamiento.

### **Instancias en el tratamiento en la AN**

- Restaurar un peso saludable o lograr una ganancia de peso que prevenga las complicaciones físicas de la enfermedad. Estabilizar el peso en un valor no asociado con los cambios hormonales que se asocian con la menstruación, debe descartarse como meta terapéutica.
- Trabajar los rasgos de personalidad que aumenten el riesgo de sufrir la enfermedad (perfeccionismo, baja autoestima, etc.).
- En este aspecto gran parte del trabajo terapéutico se realiza para deslindar el concepto y las referencias

de autoestima de lo que es la imagen corporal, esta última ligada al cumplimiento del ideal que la cultura propone relacionada con el autocontrol, la expresión de los afectos, el manejo de los impulsos y la forma de relacionarse con los demás.

Generar el deseo de cambio, estimular la relación terapéutica y aceptar su 'no motivación para cambiar', si bien muchas llegan a la consulta conscientes de su fragilidad física y de que su estado emocional las ha privado de una vida normal.

La ayuda ofrecida tiene que ser aceptable para la paciente.

## ANOREXIA NERVIOSA CRÓNICA

La anorexia nerviosa crónica puede traer aparejada graves desventajas y riesgos físicos como fracturas por osteoporosis y problemas neurológicos. A nivel psicológico: depresión, impulsividad y aislamiento social.

El objetivo terapéutico en estas pacientes consiste fundamentalmente en la mejoría de la calidad de vida.

## BULIMIA NERVIOSA, ASPECTOS TERAPÉUTICOS PARTICULARES

Se fundamenta en que la extrema preocupación por el peso y la figura corporal actuaría tanto como causa y como factor perpetuador, a través de una cascada de interrelaciones que se constituyen en un círculo vicioso.

El tratamiento cognitivo conductual (CBT) se considera la primera línea de tratamiento para la BN.

Esta modalidad terapéutica tiende a tratar los comportamientos y las distorsiones cognitivas propias de esta patología en que se destacan la sobre-preocupación por el peso y la figura y sentimientos de ineficacia y de autovaloración negativa.

En un porcentaje de pacientes el atracón no es precedido de una dieta restrictiva y más bien se comporta, lo mismo que el vomitar, como respuesta al estrés. Esto se debería a que ante la incapacidad del aparato psíquico para resolver situaciones complejas, se convierten un mecanismo de descarga de la tensión endosomática. En estos casos, el CBT, que prioriza la intervención sobre el ciclo dieta-atracón-purga, no resultaría del todo efectivo.

El abordaje terapéutico debe centrarse en la reconstrucción de un Yo carenciado que tiende al acto bulímico inefable que es el atracón y/o la purga, ajeno a las series hambre-ansiedad, placer-displacer.

Dada la tendencia a mantener oculta esta patología, el abordaje grupal se constituye en una herramienta valiosa ya que el encuentro con otros pacientes con similares características en un contexto terapéutico, les permite afrontar su problema con menos culpa y vergüenza social.

Aquellos pacientes con historia de abuso (físico, emocional, abandono o desatención) o con multi-impulsividad requieren de un abordaje especial.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Davis r., mc vey g., Heinmaa n., Rockert w. Kennedy s. Sequencing of cognitive-behavioral treatments for bulimia nervosa. *international journal of eating disorders*, 1999; 25: 361-374.
- Garner d., vitousek k. Et pike kathleen. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In garner d. Et garfinkel p. (eds). *Handbook of treatment for eating disorders* (94-144). New york: guilford press, 1997.
- Garner d.m. psychoeducational principles in treatment. In garner d. Et garfinkel p. (eds). *Handbook of treatment for eating disorders* (pp 145-174). New york: guilford press, 1997.

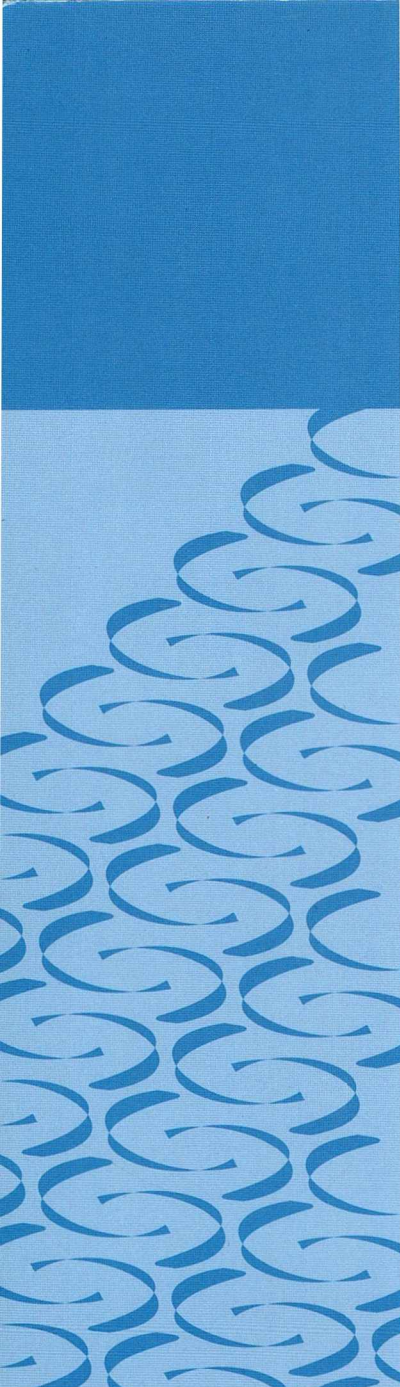
- Katzman m. Treatment, introduction. In treasure j.l. et katzman m.a. (eds). Neurobiology in the treatment of eating disorders. (313-314). Chichester: john wiley et sons, 1998.
- Van furth e.f. the treatment of anorexia nerviosa. In treasure j.l. et katzman m.a. (eds). Neurobiology in the treatment of eating disorders. (315-330) chichester: john wiley et sons, 1998.
- Prochaska j.o., norcross j.c. et di clemente c.c. changing for good. New york: avon books, inc. 1994.
- Olmsted m.p., kaplan a.s. psychoeducation in the treatment of eating disorders. In Brownell k. Et fairburn c. (eds). Eating disorders and obesity (pp. 299-305). New york: guilford press, 1995.
- Piran n. Et kaplan a.s. (eds) a day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa. New york: brunner/mazel, 1990.
- Schmidt u. Treatment of bulimia.in treasure j.l et katzman m.a. (eds). Neurobiology in the treatment of eating disorders. (331-361) chichester: john wiley et sons, 1998.
- Treasure j., todd g. Et szmuker g. The impatient treatment of anorexia nervosa. In szmukler g. Dare c. Et treasure j. (eds). Handbook of eating disorders (pp.275-291). Chichester: john wiley et sons, 1995.
- Wolff g. Et serpell l. A cognitive model and treatment strategies of anorexia nervosa. In treasure j.l. et katzman m.a. (eds.) Neurobiology in the treatment of eating disorders. (407-429) chichester: john wiley et sons, 1998.
- Yalom i. The theory and practice of group psychotherapy. New york: basic books, 1995.
- Zuckerfeld r. Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos aires: ed. Paidós, 1996.
- Chinchilla moreno a. Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: ed. Masson, 1995.
- Duke m y slade r. Anorexia nerviosa. Un tratamiento integrado. México: ed. Limusa, 1992.

- Kelly a., gendall p., sullivan p. Et al. The nutrient intake of woman with bulimia nervosa en *inter journ of eatind disorders*. 1997; 21: 115-127.
- Rees j. En krause, nutrición y dietoterapia cap. 18 (pp. 339-344). México: ed. Nueva editorial interamericana, 1995.
- Labanca r. Clínica de los trastornos alimentarios. En labanca-lofrano, anorexias y bulimias (pp. 459-465). Buenos aires: fundalip, 1995.
- Ops, conocimientos actuales de nutrición, 1991
- Reiff d., reiff k. Eating disorders. Nutrition therapy in the recovery process. Washington: ed. Life enterprises, 1997.
- Schimdt u. Et treasure j. Aprender a comer. Barcelona: martinez roca, 1996.
- Nice. National clinical practice guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. London uk.: national institute for clinical excellence, 2004
- A.p.a. treatment of patients with eating disorders. In *apa practice guidelines: apa*, 2006
- Lock jd, le grange d, agras ws, et al. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New york: guilford press, 2001.
- Treasure j & schmidt u. Motivational interviewing in the management of eating disorders. In: *motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (eds h arkowitz, h westra, w miller, et al). New york guilford press, 2008: pp 194-224
- Le grange d & lock jd. Treating bulimia in adolescents: a family-based approach. New york guilford press, 2009
- Le grange d & eisler i. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child adolesc psychiatr clin n am*, 2008, 18: 159-173
- Treasure j, Murphy t, Szmukler g, et al. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2001; 36: 343-347

- Treasure j, smith gd & crane am. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorders: hampshire: routledge; taylor and francis group, 2007
- Treasure j, sepulveda ar, whitaker w, et al. Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focused on interpersonal maintaining factors. European eating disorders review, 2007; 15: 15-24
- Chandler e, Rovira b. El abordaje interdisciplinario de los trastornos en la conducta alimentaria: un modelo de tratamiento institucional integrado. Revista de la asociación médica argentina, 2001; 114 número 1.



Noviembre, 2013. Depósito Legal Nº. 363-214 / 13  
[www.tradinco.com.uy](http://www.tradinco.com.uy)



Esta publicación es una recopilación de contenidos de los Cursos de Conductas y Trastornos Alimentarios, organizados por el Centro de Posgrado de la Escuela de Nutrición en tres ediciones.

Han participado docentes de la Universidad de la República y destacados profesionales integrantes de equipos especializados en trastornos alimentarios de adultos y niños.

Brinda cimientos para comprender la etiología de los comportamientos alimentarios y permite identificar aspectos clínicos de los trastornos alimentarios más frecuentes.

El libro permitirá a profesionales de diferentes disciplinas del área salud, encontrar una visión general pero integral de la temática. El aporte de médicos de diferentes especialidades y de licenciados en psicología y en nutrición, garantiza una mirada transdisciplinaria del problema.

Esperamos que el lector reconozca en estos relatos que el manejo oportuno de estos pacientes debe estar en manos expertas.

CO-EDITORES Y AUSPICIANTES DE LA PUBLICACIÓN



**SD**

**ÁREA SALUD**