

Anorexia, la locura del cuerpo. Un enfoque psicoanalítico

Psicoanalista Eugenia Bárcena Sobrino*

RESUMEN

Los casos de anorexia y bulimia no se consideran problemas independientes, sino distintas manifestaciones de lo mismo. Hay perturbaciones tempranas que pueden ser responsables de alteraciones posteriores en el esquema corporal; suscitan el interés de grupos multidisciplinarios que abordan estos síntomas capaces de conducir a la muerte. Esta tarea requiere un enorme esfuerzo colectivo, dada la complejidad que reviste encontrar interrelaciones entre enfoques de la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis. La idea es reflexionar sobre el lugar que ocupa el *sujeto* en estas afecciones corporales, visto como una más, no la única, en la búsqueda de posibilidades que reivindiquen su lugar. En la sociedad actual de la "posmodernidad y la globalización" que nos uniforma peligrosamente, resulta más complejo que este sujeto aparezca. Se ve empujado a un aislamiento, donde se le sustituye por una racionalidad identificada con el discurso de la ciencia, que lo lleva a su destrucción, a la pérdida de su deseo, sin tomar en cuenta, que en ese individualismo está contenido el ser de toda la cultura.

Palabras clave: Anorexia, bulimia, aislamiento, individualismo, perturbaciones tempranas.

ABSTRACT

Anorexia and bulimia are not considered independent problems but different manifestations of the same problem. It is well known that early childhood deviations could be responsible for future bodily changes. Multidisciplinary groups are interested in dealing with these illnesses that may be fatal. This task requires a collective effort owing to the complexity of the interrelationship between medical, psychiatric and psychoanalytic approaches. The objective of this paper is to reflect upon the subject's place in these body afflictions seen as one but not the only version, in the search for broader possibilities that will vindicate its place. In the present post-modern and globalized society that dangerously uniforms us, it becomes much more complex that this subject appears. He (the subject) finds himself forced to isolation where he is substituted by rationality identified with science. This substitution leads to his(her) self destruction; to the inevitable loss of earthly desires without taking into account that in his individualism the entire being of culture is contained.

Key words: Anorexia, bulimia, isolation, individualism, childhood deviations.

La alimentación constituye el vínculo primordial madre-bebé. La función alimenticia es un organizador central del psiquismo. Al nacer la cría humana se encuentra en un estado de desamparo inicial, de manera tal que su supervivencia depende de otro; otro a quien el bebé deberá pedir a través del grito y el llanto

para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero ese otro es un ser hablante; está dentro de un sistema simbólico (palabras) y obligará al infante (sin lenguaje) a expresar en forma significativa sus propias necesidades.

Recordemos que el hambre es un fenómeno experimentado por todo ser humano y a pesar de ser universal, es percibido por cada individuo en forma diferente. El significado simbólico de la comida puede ser entre muchas otras, una forma de control; de llamar la atención o de desafío hacia los padres. La comida puede servir como defensa en el proceso de asumir la adultez y la responsabilidad. En ocasiones puede significar una solución a problemas emocionales. La propuesta psicoanalítica es sostener una clínica centrada en la escucha, con la posibilidad de pasar de una boca forzada a comer o a restringirse, a una boca que ponga en palabras su angustia como sujeto.

* Servicio de Salud Mental
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Psicoa. Eugenia Bárcena Sobrino. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: marzo, 2004. Aceptado: mayo, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

MARCO CONCEPTUAL

La anorexia y la bulimia son afecciones paradigmáticas en razón de su frecuencia estadística, que parece ir en continuo aumento en los últimos años. Estos desórdenes ocurren con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y en menor proporción en varones.

Los factores o criterios diagnósticos para la anorexia, según el Manual de Diagnóstico Estadístico III Revisión (Diagnostic Statistic Manual, DSM III, 1980) son los siguientes:

A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que pierde peso.

B. Alteración de la imagen corporal.

C. Pérdida al menos de un 25% del peso original. En menores de 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento para ver si entre los dos alcanzan el 25%.

D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo corporal, según edad y talla.

E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una clasificación cuya sigla es ICD 10 (Cuestionario sobre depresión e imagen corporal) que consta de cinco puntos:

1) Pérdida significativa de peso: en púberes que no pueden aumentar de peso, previo a la menstruación.

2) La pérdida de peso es autoinducida por la evitación de los alimentos más algunos de los siguientes ítems:

- Vómitos
- Laxantes
- Exceso de actividad física
- Diuréticos
- Uso de anorexígenos

Los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa DSMIV son:

A. Episodios recurrentes de voracidad

1) Comer en un corto período gran cantidad de alimentos.

2) Falta de control de la alimentación durante el episodio.

B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.

C. Autoevaluación "indebidamente" influida por la forma y el peso corporales.

D. Conducta compensatoria.

1) Vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos o ambos.

E. Formas clínicas.

• Purgativa: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, uso de diuréticos o todos estos métodos.

• No purgativa: ejercicio físico extenuante.

En la clínica médica Baravalle¹ se menciona que: "los síntomas aparecen como un fenómeno revelador de una enfermedad, para la que hay un tratamiento determinado, normalmente con medicamentos. Si esto no se complica, desaparecen los síntomas y la enfermedad". Podría pensarse que al desaparecer los síntomas de la anorexia, se terminaría el problema y los pacientes se salvarían de un estado de peligro y no es así. La desaparición del síntoma no significa eliminar la enfermedad, de la misma manera que el hecho de no presentar síntomas no es gozar de salud.

Queda claro que en el psicoanálisis el síntoma no tiene el mismo significado que para la medicina o la psiquiatría. No se trata del organismo, ni del cuerpo físico, sino del cuerpo SIMBÓLICO.

En el sufrimiento el individuo está implicado en forma absoluta. En opinión de Salamonovitz²: "donde el síntoma es un decir con el sufrimiento del cuerpo, lo que no se ha podido decir en palabras. El síntoma es la resolución de un conflicto de intereses entre dos instancias o sistemas del aparato psíquico. Por una parte, el inconsciente pugna por la realización de los deseos que de ahí emanan; por otra, el preconscious actúa defensivamente contra esos deseos".

Por esta razón debemos promover la prioridad a la escucha. Lacan³ asevera: "...aquello que el sujeto no puede decir, lo grita por todos los poros de su ser".

Es frecuente que el cuadro clínico sea considerado un cuadro más dentro de la psicopatología. El síntoma se utiliza para definir al sujeto, como si sólo fuera eso; que no es alguien que tiene problemas con los alimentos sino que es "anoréxica(o)". Lo cierto es que es una forma de situarse, denominarse; una forma de alojarse bajo un fenómeno signifiante que la representa; se borra al sujeto que tiene una historia y subjetividades relacionadas con las cuestiones orgánicas para expresar algo que hable de él.

Recordemos las palabras de David Le Breton ⁴, doctor en psicología: "El cuerpo no es un lugar de dominio para la clase médica o la ingeniería, cuyo fin último sería llevarlo a la perfección buscando la corrección de la ciencia".

En situaciones extremas, el peligro de muerte es evidente y aún así el paciente se niega a comer ¿Qué darle a alguien que no quiere nada? Surgen entonces los diferentes tratamientos.

El tratamiento de la anorexia exige una intervención múltiple, simultánea o el concurso sucesivo de diversos tratamientos. En primer lugar se requiere una información adecuada del estado físico de la paciente; la prescripción de dietas específicas; el apoyo psicológico y en ocasiones la conveniencia de intervenciones psiquiátricas con fármacos. La terapia familiar es uno de los sistemas que deben tenerse en cuenta en la intervención múltiple. "Si el individuo es y enferma en grupo, ha de sanar en grupo.....El familiar abre las puertas de lo cotidiano y al mismo tiempo de aquellos aspectos genéticos que siguen actuando de forma intemporal. Esto nos muestra una estructura en crisis, con líderes para cambio y líderes que se resisten al mismo" ⁵

Otra de las intervenciones terapéuticas es la Cura Psicoanalítica que se utilizó en el ejemplo del caso que se presenta más adelante. "Durante el tratamiento, las pacientes anoréxicas en la transferencia, demandan, manipulan y hostilizan en un intento de controlar y doblegar al terapeuta, tal como han sido doblegadas por sus padres controladores. Al mismo tiempo, al identificarse con sus propios aspectos débiles, los pacientes temen la represalia del terapeuta por su asertividad, como si esperaran una respuesta similar a la de los padres" ⁶

Los pacientes pasan por internamientos en clínicas con métodos de restricciones, de premios y castigos; suspensión de visitas, etc. Algunos de estos métodos han sido eficaces temporalmente. La desesperación, la depresión y el suicidio son algunas de las consecuencias obtenidas. Desde un punto de vista psicoanalítico, en lugar de darle al enfermo lo que necesita, lo invita a que "hable de ello". Para el paciente anoréxico hay deseo, pero el "otro" insiste en obstruir el deseo con la satisfacción de una necesidad.

Con estas afecciones, en especial en razón de lo dramático de su sufrimiento, donde aparece

constantemente la muerte, los pacientes no ceden al imperativo de la ciencia que tiende inevitablemente a eliminar toda subjetividad. Es preciso escuchar esta protesta, que en el fondo quiere recordar la existencia de la realidad psíquica del inconsciente.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 12 años, internada, con una estancia previa en otra institución. Su peso era de 30 kg. Hija única, no esperada; padre alcohólico con familia anterior y dos hijos. Ambos padres profesionales; la madre dejó de trabajar desde que nació la paciente.

Cursaba el sexto año en una escuela religiosa para niñas. Excelente aprovechamiento escolar, siempre primer lugar; rígida, competitiva, rechazada por sus compañeras; señalaba: "me tienen envidia. Por esa época vi una telenovela de una anoréxica; me gustó el personaje. Sus padres no la tomaban en cuenta, en mi caso es todo lo contrario".

"Comencé a obsesionarme por bajar de peso, con un gran temor a engordar, practicaba exhaustivos ejercicios diariamente. Al cuestionarme mis padres, les decía: me siento llena".

La relación con la madre era fría, distante, poco afectuosa, sólo estaba dedicada a la limpieza de la casa; nunca jugó con la paciente. Ésta desconfiaba de lo que le cocinaba; prefería comprar comida o comer fuera de casa con sus padres. Sobreprotegida, trataban de colmarla de todo lo que ellos no tuvieron. Han vivido para ella, dice la madre, que se encuentra devaluada ante los ojos de la paciente. Decía: "En esta casa sólo cuentan los hombres". La relación con el padre era más cercana; sus críticas eran por el alcohol y por haber engañado a la madre con otras mujeres, lo cual no parecía molestarle a la mamá.

La madre no se enteró del inicio de la menstruación de la paciente, suspendida hacía más de seis meses. Señaló la paciente: "No se lo dije porque lo comentaría con las mamás de mis compañeras. En la escuela te veían mal si iniciaste tu menstruación. Yo tampoco quería y menos aún crecer. Mis padres siempre han decidido por mí y me han dado todo".

Se le preguntó: ¿Nunca has deseado algo por tí? Respondió: No.

Estuvo internada tres meses con muchas restricciones, entre ellas el condicionamiento de visitas si no aumentaba de peso. Se trató de apartarla del discurso médico, sin hablarle de comida, sino de sus fantasías, de sus sentimientos; se sentía también culpable por el rechazo de sus compañeras: "Mi único interés era obtener el primer lugar en aprovechamiento". El cambio de la primaria a la secundaria le favoreció. Actualmente asiste a una escuela laica y mixta. Se mostró amigable; se interesó por los jóvenes. Comenzó a tomar sus propias decisiones, a separarse paulatinamente de los padres, que le daban todo sin dejarle que abriera la boca para pedir, haciéndose cargo de su deseo.

Después de un tiempo añadió: "Debí encontrar otra forma de control que no pusiera en peligro mi vida".

A través de un proceso lento, paulatino y extremadamente doloroso, empezó a mostrar interés por la vida, por sus estudios, por sus afectos. Su aspecto fantasmal comenzó a cambiar.

DISCUSIÓN DEL CASO

Para Freud ⁷ esta afección constituía un síntoma alarmante. En una carta a Fliess, el manuscrito G, afirma: "La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido simplemente porque no tenía apetito y nada más. Pérdida del apetito equivale, en términos sexuales a pérdida de la libido".

Este fue el verdadero parteaguas que creó Freud; buscar intencionalmente que el ser humano hablara de su historia de vida (historizar). La histeria fue el ejemplo de que puede haber dolor sin haber lesión y también lo contrario. Una parte de la cura es el hecho de recuperar la palabra del sujeto por encima de otros discursos.

Nuestra paciente no quería crecer; quería seguir siendo niña y presentaba conflictos en la identificación sexual. El bajo peso borra las curvas normales del cuerpo femenino, mostrando una sexualidad rudimentaria y pérdida de libido.

Lacan ³ señala que la anorexia es un síntoma de deseo, de un deseo particular que es un "Deseo de

Nada". Una negación consciente a comer. Pero "hacer nada es una manera de hacer". En esta negativa hay una verdad en juego; una relación constante entre lo vacío y lo lleno. El "Deseo de Nada" puede deberse al rechazo a una demanda materna devoradora, que reduce el deseo a tener una necesidad. Un niño de pecho puede quedar satisfecho desde el punto de vista del hambre, pero desde el punto de vista de su deseo, puede permanecer insatisfecho.

En nuestro caso a la pregunta si la paciente había deseado algo por ella misma, respondió: "mis padres siempre han decidido por mí y me han dado todo". Ahí está el deseo de nada; no se ha hecho cargo de su deseo; se lo deja a sus padres. La réplica de los padres en este punto es: "Pero ¿cómo?, si no le hicimos falta en nada". Tiene de todo... de lo que necesita. Pero de lo que realmente se trata es articular la necesidad, demanda y deseo. Esta es una confusión habitual, a nivel individual, familiar y cultural. En el paso de un cuerpo orgánico, de necesidades de ser alimentado, a un cuerpo significativo atravesado, marcado por el lenguaje.

Por parte del analista, no se le sugirió que comiera, ni que incrementara su peso, sino que hablara, ya que el deseo sólo puede surgir deslizándose en las fallas de la articulación significativa. La paciente sentía que no tenía derecho a ser feliz; se culpaba por menospreciar a la madre. Ese era un sentimiento que tenía que pagar, por lo que se castigaba dejando de comer. "Tengo que ser diferente a mamá". No le agradaba ese ideal de mujer, decía: "Tengo que ser diferente, mamá casi le da permiso a papá para tener otras mujeres".

CONCLUSIONES

El psicoanálisis nace de la clínica, de una escucha diferente del sufrimiento humano ¹. Esta escucha en su origen fue la escucha de la neurosis, específicamente de la neurosis histérica. En la clínica médica se escucha la "descripción fenomenológica" de la enfermedad; se escuchan los síntomas que aparecen como reveladores de una enfermedad para la que hay un tratamiento medicamentoso. Si no se complica, con el tiempo desaparecerán los síntomas y la enfermedad.

Por el contrario, los síntomas psíquicos cumplen una función de ocultamiento y en ocasiones de evitación de un sufrimiento mayor. Es decir, el dolor del síntoma, cumple la función de evitar el reconocimiento de un deseo inaceptable.

La parte del tratamiento a cargo del Servicio de Salud Mental fue a través del psicoanálisis, que nace de una escucha diferente de lo humano, que busca construir el sentido de la aparente falta de sentido de las afecciones somáticas e inscribirlas en una historia en la que el sujeto se encuentra a sí mismo. El resultado fue favorable. Se ha seguido de cerca a la adolescente; no ha tenido recaídas y manifiesta optimismo a la vida y al estudio.

Kekier señala: "debemos profundizar en ciertos particulares posicionamientos subjetivos, a los que la clínica nos convoca actualmente. No para hacer de ellos una categoría clínica, sino para continuar indagando en la teoría. Una teoría que no está conquistada; hacer

de su práctica un movimiento siempre abierto al cuestionamiento y a la reflexión" ⁸.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baravalle GCH, Vaccarezza LE. Anorexia. Teoría y Clínica Psicoanalítica. Ed. Paidós, Barcelona 1998
2. Salamonovitz A. Del Silencio a la Palabra. Tesis de Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Intercontinental. Facultad de Psicología. México 1997
3. Lacan J. Conferencia de Ginebra sobre el Síntoma. Intervenciones y Textos. Ed. Manantial. Buenos Aires, Argentina 1991
4. Lebreton D. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. Rev Española de Invest Sociológicas 1994
5. Caparrós N. La Anorexia. Biblioteca Nueva. Madrid, España 1997
6. Wilson C, Hogan CH, Mintz I. Psychodynamic technique in the treatment of the eating disorders. New Jersey. Jason Aronson 1992
7. Freud S. Obras Completas. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina 1988
8. Hekier M, Miller C. Anorexia-bulimia: Deseo de Nada. Ed. Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México 1996

SUSCRIPCIÓN

ACTA PEDIÁTRICA DE MÉXICO

Suscripción anual (6 números): \$350.00 (trescientos cincuenta pesos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Estado: _____

Código postal: _____ País: _____

Teléfono: _____

Depósito en la cuenta 65501191397 del Banco Serfín.

Enviar ficha de depósito a: Publicaciones Médicas. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C, Col. Insurgentes Cuicuilco, México, DF 04530. Te.: 1084-0900 ext. 1112 y 1489.