

sujeto es degradado a ser un objeto, reducido a valor de intercambio.

C.M. y M.H.

ANOREXIA-BULIMIA: DESEO DE NADA  
EDIT. PAIDÓS.

FOTOCOPIADORA  
(31) G. E. H. C. E.  
31 F32  
160 OF -  
- OF 7

EMACIAR :

1. CLÍNICA DEL HACER -  
CLÍNICA DEL DECIR<sup>1</sup>  
(Acerca del abordaje)

Marcelo Hekier

*El dolor físico hace que el sujeto olvide sus otros infiernos.*

R. KIPLING

Es sabido que la cría humana al nacer se encuentra en un estado de desamparo inicial que hace que su supervivencia dependa exclusivamente de un otro. Un Otro a quien el niño deberá modular pedidos a través del llanto y del grito para obtener la satisfacción de sus necesidades. Pero ese Otro es un ser parlante, está inserto en un sistema simbólico y obligará al *infans* a expresar en significantes sus propias necesidades.

Exigencia de incorporación al código lingüístico

1. Este capítulo data de 1989 y es el resultado de los primeros años de investigación teórica y clínica. Fue escrito en colaboración con las licenciadas Cristina Califano y Rita Sánchez —en aquel momento integrantes del Área de Bulimia y Anorexia del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino”. Fue presentado en diferentes encuentros y editado en publicaciones especializadas.

En la revisión del material, en 1993, se han conservado e intercalado nuevas puntuaciones, que figuran al pie de página y que se desarrollan en los sucesivos capítulos.

para que, con los elementos de este código, ponga en palabras aquello que es del orden de las necesidades, que pida, que demande.

Orden biológico y orden simbólico no son homologables, no toda necesidad puede ser transformada en demanda.

En esta hiancia abierta entre demanda y necesidad se ubicará el deseo, margen de no satisfacción. Por este atravesamiento del orden significativo en la cría humana, las funciones biológicas se verán conmovidas.

Precisamente bulimia y anorexia<sup>2</sup> aparecen como paradigmas de la alteración de la función alimentaria por el atravesamiento del deseo.

*¿Cómo abordar a un paciente que trae a la consulta este cuerpo sufriente, sangrante, emaciado, destruido, al que alimenta o restringe más allá de la necesidad? Un cuerpo al que dice no soportar.*

Dolor, castigo, agresión vuelta sobre sí mismo y donde parece haberse imposibilitado abrirse interrogante alguno. Sujetos que bordean la muerte, ¿viven para sufrir, sufren para vivir...? Un acontecer que implica puro goce,<sup>3</sup> sufrimiento que mueve a la consulta a algunos, y en otros, el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, su decir.

Un paciente bulímico realiza su ritual en soledad y silencio. No hay testigo de su sufrimiento. Pero en algún momento la situación ya no se

2. Véase el "Apéndice" al final del presente capítulo.

3. Véase el capítulo 5.

sostiene, la culpa se acrecienta, la sensación de desesperación posingesta se vuelve intolerable. Con la creencia angustiante de mantener una relación anormal con la comida, el paciente decide quebrar su secreto con la convicción de que así no puede seguir viviendo.

Habitualmente, lo que se arriesga en este padecer es la vida misma y no solamente el vivir social, laboral y familiar. Las alteraciones que provocan la anorexia y la bulimia afectan el cuerpo biológico, la salud orgánica. Hay, así, un punto de urgencia clínico que no puede soslayarse.

Un paciente que consume basura o alimentos crudos, que se autoprovoque vómitos constantemente, que ha hecho de las anfetaminas, diuréticos y/o laxantes una ingesta habitual, que vive para la comida y por ella, que ha decidido no comer o que ha concluido que una salida posible es el suicidio, es un paciente de alto riesgo. Por eso la necesidad de una atención especializada, interdisciplinaria precisamente, por cuanto estos padecimientos conllevan complicaciones riesgosas.

Estas abarcan desde diarreas, pancreatitis y cólicos biliares como consecuencia del atracón, hasta gastritis, esofagitis, síndrome de Mallory Weiss, vómitos con sangre, erosión y pérdidas de las piezas dentarias, deformación de la glándula parótida como consecuencia de la autoprovocación de vómitos.

En la bulimia, la muerte puede producirse por ruptura gástrica (por dilatación que ejerce la gran cantidad de comida ingerida), por hemorragia

digestiva o incluso por ataque cardíaco; mientras que en la anorexia el índice de mortalidad —mayor que en la bulimia— tiene como principales causas la inanición e infección (véase la bibliografía complementaria).

Y aunque no siempre estas entidades clínicas presentan tal gravedad, de todas formas estos “desórdenes alimentarios” ponen en juego una modalidad comportamental muy peculiar que engloba toda la vida del paciente. Esta se halla totalmente alterada; las actividades que realiza suelen ser interrumpidas bruscamente por la emergencia de una crisis.

En ellas el fenómeno se sitúa en el propio nivel del pensamiento, que es sustituido por una actividad incoercible. Se manifiesta entonces una detención en el proceso asociativo.<sup>4</sup>

En plena crisis, cleptomanía y prostitución serían dos efectos posibles que denotarían la dificultad en el control de los impulsos.<sup>5</sup>

Comienzan a llevar una vida dual; por un lado, mantienen lazos sociales habituales y, por otro, viven su “adicción” —como suelen decir los pacientes— en secreto y en silencio porque sienten que establecen una relación morbosa con la comida que es necesario ocultar. Llevan a cabo la ingesta compulsiva exclusivamente cuando se hallan solos.

Mantienen un ritual, que desconocen los fami-

4. Esta puntuación está desarrollada en los capítulos 3 y 9.

5. Algunos pacientes han referido el hecho de haber robado dinero, vendido joyas e incluso ejercido la prostitución, con el fin de conseguir recursos para darse el “atacón”.

FOTOCOPIAS

G. E. H. C. E.

31 F32

SF

NF

liares con los que conviven o con su complicidad, y es como si de eso la familia nada supiera.

Están atrapados en una trama discursiva de la fantasmática familiar, y es en este punto donde se hallan aprisionados. Son palabras de mandato las que gobiernan su vida, y de ello nada saben.<sup>6</sup>

Así es como responden a una orden oracular, y al intentar alejarse de su articulación es cuando más la concretan.

El sujeto se niega a tener en cuenta el oráculo<sup>7</sup> pero es evidente que el inconsciente sí lo hace. El mito familiar es, por lo general, algo que el sujeto conoce: lo inconsciente es la identificación narcisista.

Clínicamente, estas familias muestran: negación (no ven lo evidente, por ejemplo, el cuerpo emaciado del paciente) o protección del síntoma (“Cuando madure se va a curar”).

Con su complicidad se sostiene el síntoma, ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar. El paciente, con su padecimiento, condensa una historia de varias generaciones, siendo depositario y centinela de su repetición.

Este padecimiento está implícita o explícitamente articulado en el discurso familiar. Sosteniendo la clínica del uno por uno, deberá evaluarse la conveniencia de incluirlo en el marco del abordaje. Conforman un discurso construido con significantes y códigos idiosincrásicos que sujetan al

6. Véase, en el capítulo 6, el concepto de “injuria”.

7. Véase en el capítulo 4 la referencia acerca de “relación estrago.”

paciente a un mito familiar, a un lenguaje de tres o más generaciones, que hace eclosión en él. Ello puede ser la expresión de lealtad hacia ese mito o bien la única manera de diferenciarse de él.

Freud en *El malestar en la cultura* sostiene:

Tal como nos ha sido impuesta la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla, no podemos pasarnos sin lenitivos (no se puede prescindir de las muletas, nos ha dicho Theodor Fontane).

Los hay quizá de tres especies:

- distracciones poderosas que nos hacen pequeña nuestra miseria;
- satisfacciones sustitutivas que nos la reducen;
- narcóticos que nos tornan insensibles a ella. (1)

Y esto lleva a preguntar si en estos pacientes darse el atracón o restringirse se constituyen en una *atenuante del dolor de existir*.

「Existe entre el sujeto bulímico, el anoréxico y el alimento un vínculo de sujeción. Sujeción que es sometimiento. Sujeción que es esclavitud; como un lazo, un vínculo especial, intenso y exclusivo, amoroso y a la vez despótico entre el sujeto y aquel que él considera su objeto; objeto deseado y temido, idealizado y siniestro.」

Precisamente es en este punto donde ambas entidades convocan a ser pensadas como *adicciones*, y precisamente sobre esta base se sustentan ciertos abordajes terapéuticos.

Etimológicamente, "*adicto*" significa *esclavo*; también significa lo *no-dicho*, y es desde esta

última acepción que se sostiene teóricamente nuestra práctica analítica.

Centrar la clínica abordando anorexia y bulimia como "adicciones", necesariamente conlleva suponer que la temática está centrada en el objeto-comida. Desde nuestra óptica es la *dimensión del acto* lo determinante y, por ende, la articulación compulsión-impulsión, más precisamente las llamadas patologías del acto.

Lo no-dicho del sujeto se vincula al peculiar modo de presentación clínica: las crisis excluyen la dimensión discursiva y se resumen en una acción bien definida y separable del orden signifiante. Ahí donde impera el acto, en tanto pasaje, el sujeto queda entre paréntesis.

El discurso que prevalece puede ser rotulado como un decir que gira en torno al *apilamiento de las crisis*:<sup>8</sup> un suceder que puede ser pensado como un proceso incoercible y de origen inconsciente, a través del cual el sujeto se ubica en situaciones penosas, limitándose a repetir las sin recordarlas, con la convicción de que son plenamente motivadas por situaciones actuales.

Esto es lo que me lleva a pensar dicho apilamiento en el registro de la compulsión de repetición.

Re-petición: tentativa de re-ligar lo que no fue ligado en otro momento..., registro de la demanda

8. "Apilamiento de crisis" es un término mencionado por J. D. Nasio (comp.), en su libro: *En los límites de la transferencia* (2).

al Otro donde debería separarse de la necesidad del alimento.

La dimensión del acto (comúnmente llamado "atracción") inhibe la evocación de lo ausente por su presencia permanente.

Las crisis implican un lenguaje sin mediación de la palabra, en tanto lo rechazado de la palabra aparece en otro campo: ser en un objeto, realización en un objeto.

El sujeto se encuentra lanzado al objeto en el intento vano de ser, y en ese preciso pasaje al acto "fallido"<sup>9</sup> queda entre paréntesis.

Una paciente solía decir: "Por más que quiera no puedo parar de comer... Comer no me llena, pero no puedo dejar de vomitar... Incluso parece que comiera para hacerlo".

En cambio, en el síntoma encontramos el significativo en acción, o sea una escenificación simbólica sostenida por una fantasía.

Si la operación de "nombrar" falla, el sujeto buscará un movimiento para sustituirla, y es precisamente el pasaje al acto —en tanto pasión de ser— el que denotará la angustia en juego.

Planteado así, el paciente responde en el dominio de la necesidad; confunde el registro del deseo con el de la necesidad y bloquea —de este modo— la dialéctica del deseo.

Las crisis, en tanto iterativas, implican: "No pienso, sólo soy esa marca".

<sup>9</sup> Véase el capítulo 5.

SECRETARIA

G. E. H. C. E.

31 F32

SF

BF

Chantall Maillet enuncia una hipótesis de trabajo que propone que "al escuchar la bulimia como un síntoma neurótico nada parece desplazar-se en ella, por qué no desplazar entonces la referencia teórica y considerar a las crisis como una de las formaciones del objeto a". (2)

Concebir las crisis de bulimia o de anorexia como modalidades de presentación del objeto a me conduce a sostener que el deseo no buscaría su satisfacción con significantes sino con objetos. Aquí el cuerpo goza de otra manera que cuando se trata de un síntoma conversivo.

El sujeto caerá en un círculo de repeticiones mortíferas, sin voluntad propia, totalmente alienado en una relación que no puede quebrantar, como respondiendo a un mandato superyoico. La comida, las dietas, el cuerpo, el peso parecieran ser los ejes sobre los que se debate la vida del paciente. Sentirse bien o mal anímicamente estaría anudado a ello.

Se torna evidente la imposibilidad de abstenerse de iniciar la ingesta o de detenerse una vez que ésta ya ha comenzado. "Necesito la compulsión", decía una paciente cuando llegaba a su casa y no sabía qué hacer. "Por lo menos cuando como soy comida, soy grasa", parafraseando "por lo menos soy eso", como si su propia identidad dependiera de ese impulso. Doble angustia: en principio, una sensación expectante del impulso por venir y luego del acto, la angustia generada por el reconocimiento de haber caído una vez más en el vínculo humillante. Así es como sobreviene la

desesperación posterior al raptó bulímico, al acto compulsivo (el "atración").

Las crisis obstaculizan la labor analítica, puesto que el paciente puede no querer saber nada de sí, ya que ha encontrado una salida en la comida. Esto genera un falso saber en tanto concentra, desvía e impide el discurrir del habla:

—... cuanto más como menos hablo...; cuanto menos como, más historia me hago, es como si el comer no me dejara pensar.

Y esto se vuelca en una pregunta insistente a quien hace de la escucha una práctica: ¿cómo abrir interrogantes a quien ha encontrado una respuesta que lo afirma?

*¿Cómo tratar a un sujeto que encuentra la solución a sus dilemas en un acto reiterado, logrando borrar cuanta pregunta se asoma?*

En lo referido al paciente con anorexia, la demanda gira en torno a la aspiración de que el cuerpo desaparezca, para que el deseo como tal subsista.

En la negativa a alimentarse —en su particular "huelga de hambre"— sostiene su deseo, defiende un derecho que férreamente insiste en pertenerle.

Por lo tanto, la anorexia —en este contexto— es el único modo que el paciente pesquisó para llegar a surgir como sujeto deseante fuera del deseo de la madre.

Esto evidencia que el desarrollo vital de estos

pacientes condensa la dimensión de un drama, por cuanto el malentendido en la relación con el Otro es radical.

Constituye una constante que el *decir* y el *actuar* ubique a la muerte como el significante que posibilita articular interrogarse acerca de su ser: "Necesito morir para saber; ¿quién soy? Después de muerto quiero ver qué pasa con ellos...". "Si pierdo mi enfermedad, no sé qué hago, ¿qué soy?".

El padecimiento surge, de este modo, como significativo del deseo.

En lo referente al abordaje psicoanalítico haré puntuaciones: la primera de ellas en lo atinente a la dirección de la cura, y la segunda y tercera referidas a ciertos *impasses* clínicos.

#### PRIMERA PUNTUACIÓN

En lo atinente a la dirección de la cura, es de fundamental importancia —a lo largo de las entrevistas preliminares— inferir la estructura psicopatológica del consultante, pero sin dejar de lado la sintomatología clínica que presenta.

Para que un análisis sea posible, tiene que existir el paciente.

Será el médico especialista en nutrición el que se hará cargo de abordar la sintomatología clínica, intentando encauzar al paciente en los parámetros vitales.

## SEGUNDA PUNTUACIÓN

Haré alusión al interrogante explicitado al comienzo del presente trabajo “—¿Viven para sufrir, sufren para vivir...?”—, al que correlacioné con “un acontecer que implica puro goce, sufrimiento que mueve a la consulta en algunos, y en otros el ser llevados por los familiares. Y ahí detienen su andar, detienen su decir”.

Retomo este párrafo a los fines de hacer referencia a ciertos *impasses* clínicos que suelen presentarse tanto en las entrevistas preliminares como en el transcurso del análisis.

Además de los acontecimientos significantes transferenciales, en la clínica notamos la presencia de otras manifestaciones que están más allá de la matriz del lenguaje (3). Para responder a esta matriz inferimos a partir de lapsus, asociaciones, sueños, etc..., pero, “¿cómo entender la transferencia cuando se presenta más allá del decir, más precisamente, en el hacer?”.

Nasio formula el siguiente interrogante: “¿Cómo se actualiza la transferencia cuando estamos frente a formaciones psíquicas más cercanas al hacer que al decir, a la pasión que al amor?” (3). A lo que yo agregaría: “Un hacer que puede acarrearle al paciente la pérdida de la vida misma”.

El decir del sujeto en análisis anuda al analista y al analizante, y así posibilita el deslizamiento significativo, suponiendo el Saber a un Sujeto. En cambio, el *hacer* del sujeto suelda la relación, y lo

J. E. H. O. E.

30

31 E32

EF

que emerge es la detención. No hay articulación posible; hay suspensión de la acción significativa.

En este hacer, la transferencia se resume y tanto analizante como analista quedan “suspendidos”.

Una parte del cuerpo actúa, padece, y el sujeto nada puede decir sobre este punto. Cuando lo que irrumpe en el análisis es una formación que no es significativa, todo parece subsumido, concentrado, encapsulado, enquistado en un solo foco.

Estamos entonces en la dimensión del hacer (del hacer-mención) y esto remite la transferencia a un hecho heterogéneo respecto de los significantes: las *formaciones del objeto a*.

Éstas, a diferencia de las del inconsciente, son terminales: el psicoanalista frente a ellas queda en suspenso. El modo de re-instalarse en el lugar del que fue desalojado —el del Sujeto Supuesto Saber— es transformar el silencio del objeto en un enigma y relanzar el trabajo asociativo.

El hacer de estos pacientes es una constante en ciertas etapas del tratamiento, y el *decir* hace referencia casi exclusiva —en las etapas iniciales— al cuerpo, la comida, el peso, las dietas, la balanza, etcétera.

Una forma de “hacer” en sesión es el hacer-silencio, que coincide con etapas de crisis (apilamiento de crisis) en las que el paciente muestra ante los ojos del otro —por ejemplo, el analista— su cuerpo deformado, sufriente, debilitado, llevado al límite del sufrimiento en el breve intervalo entre una sesión y otra.

31

4

Estos *impasses* clínicos me fueron dando la idea de incluir en la sesión el uso de ciertos materiales (sólo en determinados casos): papel, lápices de colores y pasta para modelar.

Sostengo teóricamente esta práctica desde los aportes de Françoise Dolto, quien aseveraba que “estas producciones —se refiere al dibujo o al modelado del paciente— son auténticos fantasmas representados, desde los cuales se pueden descifrar las estructuras del Inconsciente” (4).

Cuando las asociaciones se detienen y un gran montante de angustia impide el devenir del habla, el hacer del paciente en sesión (ya sea un dibujo con lápiz, pasteles de colores o modelar con arcilla) posibilita que a lo largo de la producción o al concluir, el sujeto articule un decir “soporte de sus fantasmas y fabulaciones en su relación de transferencia”.

Es precisamente la imagen del cuerpo la que se proyecta en toda representación, cualquiera que sea. “Es así como un dibujo o modelado de cosa, vegetal, animal o humano es a la par imagen de aquel que dibuja o modela e imagen de aquello a lo que dibuja o modela” (4).

La imagen del cuerpo no es precisamente la dibujada o modelada sino la que se revela en el diálogo analítico. La imagen del cuerpo es siempre una imagen potencial de comunicación en un fantasma.

No existe ninguna soledad humana que no esté acompañada por la memorización de un contacto

pasado con un otro antropomorfizado, ya que no real. Un niño solitario siempre está presente para sí mismo a través del fantasma de una relación pasada, real y narcisizante, entre él y otro (4).

Cuando en la sesión irrumpe el hacer-silencio, el sujeto se ha perdido a sí mismo y establece consigo un código de lenguaje delirante para los demás (por ejemplo, el paciente emaciado que habla de su gordura), mientras que para él este código presta sentido a lo que vive.

La imagen del cuerpo es lo que se proyecta en toda representación y está edificada en la relación de orden lingüístico con el Otro.

Estos abordajes posibilitan un movimiento: de la *clínica del hacer* a una *clínica del decir*.

En los momentos en que reconocieron la inminencia de una crisis (sensación de aura), sugerí que “hicieran algo” con elementos que tuvieran a mano y después escribieran acerca de lo que fueron asociando. Esta indicación surtió el efecto de evitar, aminorar o distanciar las crisis que se sucedían intermitentemente. Modelar y/o escribir respondía —en todos los casos— al uno por uno.

En el paciente con anorexia, la indicación era que, de ser necesario, escribiera entre sesión y sesión acerca de lo que le sucedía. No se le sugería que modelara (fuera de sesión), por cuanto lo hacía precisamente para evitar alimentarse. Lo erigía como una forma “de lucha” contra la sensación de hambre. En cambio, escribir le posibilitaba poner en palabras su padecimiento psíquico.



Ambas modalidades de intervención facilitaron que paulatinamente cediera la dificultad de poner en palabras las crisis en sí, logrando entrar en el dispositivo y así pasar de la pura mudez pulsional al discurrir discursivo: pasaje de la acción al significativo.

Dolto sostiene que "las palabras, para cobrar sentido, ante todo deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen del cuerpo relacional". Esto me llevó a pensar que tanto los pacientes con bulimia como con anorexia precisamente evitan metabolizar no sólo los alimentos sino las palabras.

Actúan con las palabras de la misma manera como con el alimento: devoran sin degustar así como escuchan sin oír —se restringen, mastican, vomitan, evacuan alimentos, así como palabras.

### TERCERA PUNTUACIÓN

La referimos a la trama discursiva de la fantasmática familiar en la que estos pacientes están atrapados, y de la que podemos inferir que su desarrollo vital tiene la dimensión de un drama, por cuanto el malentendido en su relación con el Otro es radical.

El padecimiento mismo es vivido como un mandato mudo y el develamiento de lo no-sabido sólo puede hacerse en el curso de la relación analítica. Esto hace que el abordaje de estas patologías —ateniéndose a la clínica del uno por uno— deba

incluir la terapéutica familiar y/o vincular ensamblada al tratamiento individual.

Sólo así podrá reaparecer en el discurso lo que hasta entonces permanecía sustraído a toda articulación simbólica.

La estrategia de la dirección de la cura en el historial de Sandra servirá de ejemplo de cómo se articularon entrevistas vinculares en el marco de las entrevistas preliminares, y sus sucesivas transformaciones permutativas que luego desembocaron en la entrada en análisis.

El narcisismo como articulador es capaz de promover tanto vida como muerte y, en el nivel del grupo primario se expresa en mitos, ideales, nombres propios, etcétera.

Su correlato es la estructura familiar inconsciente y, como tal, puede constituirse en una apertura que implique discriminación, desarrollo, crecimiento y, por ende, la exogamia.

Algunos pacientes están confrontados a un narcisismo-callejón sin salida que los conduce, como única alternativa familiar —en el sentido de *Unheimlich*, o sea alienación, indiscriminación y sujeción— a un mandato de aniquilación. En otras palabras, en una trampa mortal, ya que sus vidas son comandadas y nada pueden hacer "contra eso".

Una paciente solía decir: "En el momento del ataque es como que soy otra, me siento manejada a hacer lo que no quiero".

De lo que se trata es que la mostración, la puesta en escena, la actuación compulsiva ceda su lugar a la palabra. Sólo así podrá posibilitarse el

STOCOMASORA

O. E. H. C. E.

31 F52

SF

SF

curso asociativo y el despliegue de una demanda de tratamiento analítico.

Al corresponder estos síntomas clínicos con una cierta cancelación del discurso en el que se pierde la dimensión interrogativa, nos encontramos ante un estrechamiento del registro simbólico y que —por ende— se manifiesta en un estrechamiento del campo del discurso en beneficio de la presencia del organismo, ya no del cuerpo en su articulación significativa.

Intentando el reencuentro con el objeto imposible, el paciente vuelve a lo mismo sin variantes. Acude siempre a la misma cita. Va al encuentro de un objeto al que supone la posibilidad de colmarlo.

Vano encuentro... seguro desencuentro —se trata de lo imposible—. El sujeto deja de estar cautivado por el objeto, deja de estar anclado en él.

Del objeto-comida no se trata, entonces el sujeto puede abrir su discurso a otros dilemas, remitirse a otras escenas que hasta entonces dejó en suspenso añorando encontrarse con lo que nunca tuvo, con lo que nunca existió.

Evidentemente, se trata de un amor que no pudo ser.

DICIEMBRE DE 1988  
REVISIÓN DEL TEXTO, 1993

A continuación se transcriben del *DSM IV* (próximo a publicarse) los parámetros en los que se basa la medicina para diagnosticar bulimia y anorexia. Desde el año 1980 a la fecha la clínica se centró en los criterios del *DSM III* y *DSM III-R*.

La inexistencia del sujeto del inconsciente es la marca de la psiquiatría, y su más claro exponente es el *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*, editado por la Psychiatric American Association. Conociendo su existencia y estandarizados sus criterios, sugiero estar al tanto de ellos... *sin hacerlos el eje de nuestra clínica*.

#### *Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa - DSM IV*

A. Episodios recurrentes de voracidad [*binge eating*].

- 1) Comer en un corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
- 2) Falta de control de la alimentación durante el episodio.

B. Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante 3 meses.

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

D. Conducta compensatoria.

Opción 1: Vómitos autoinducidos, laxantes y/o diuréticos.

E. *Formas clínicas:*

- Purgativa (opción 1)
- No purgativa (opción 2).

*Criterios diagnósticos para los trastornos en la alimentación [binge eating disorders (BED)], propuestos para su inclusión en el DSM-IV*

A Episodios repetidos de "ataques de comer" caracterizados por:

- 1) Comer una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo.
- 2) Sentir falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

B. Durante la mayoría de los episodios de voracidad:

— se encuentran presentes por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de falta de control:

- 1) desagradable sensación de plenitud;
- 2) comidas abundantes "sin hambre";
- 3) comidas abundantes fuera de los horarios habituales;
- 4) comer a solas.

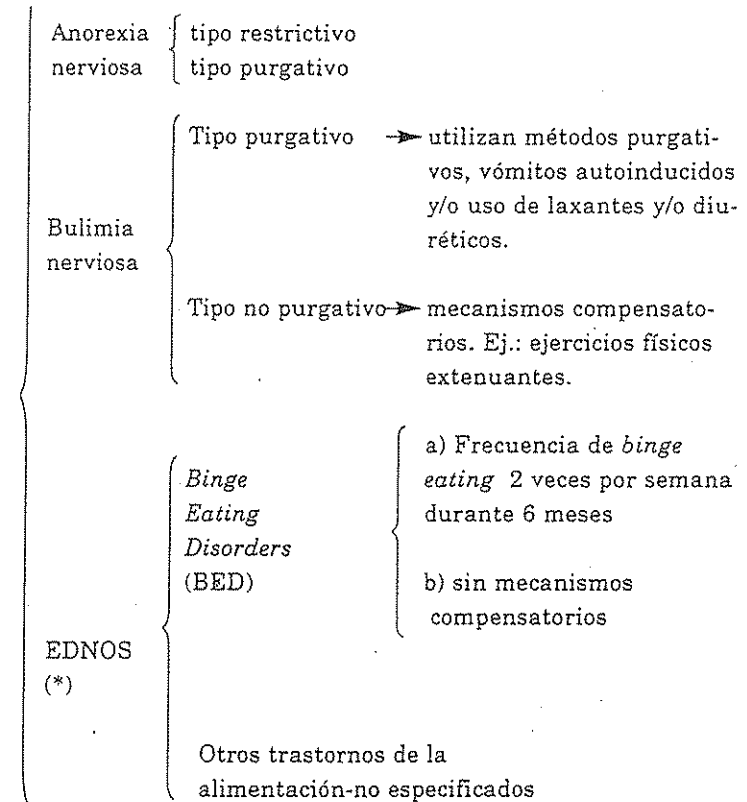
C. La voracidad se acompaña con marcado malestar.

D. Estos episodios ocurren en promedio por lo menos dos veces por semana, durante 6 meses.

E. No reúne los criterios diagnósticos de la

bulimia nerviosa, ya que estos pacientes no tienen conductas purgativas.

*Clasificación actualizada de los trastornos de la alimentación*



\* EDNOS: Desórdenes alimentarios no especificados.

RECOPILADOR  
R.E.H.C.E.  
31 E 32  
37



### *Epidemiología de la bulimia nerviosa*

- 1) Relación hombre-mujer: 1/10.
- 2) Comienzo entre los 17 y 20 años.
- 3) Mayor incidencia en las clases medias y altas, aunque en la actualidad se extiende a las clases bajas.
- 4) Su aparición es más frecuente en países occidentales.
- 5) Presencia en la familia de casos de depresión, alcoholismo y desórdenes de la alimentación.
- 6) Aumento de la frecuencia en ciertos grupos especiales (azafatas, modelos, deportistas, bailarinas, etc.).

En las *estadísticas actualizadas* se observa:

- a) un marcado aumento de prevalencia de la bulimia con respecto a la anorexia;
- b) del 5 al 10 % de adolescentes recurren a diferentes estrategias para reducir su peso, sin constituir patologías alimentarias.
- c) 4 % de las mujeres jóvenes han tenido algún desorden en la alimentación.

### *Clasificación de Russell (1970)*

Russell propone tres criterios para las bulimias:

1. Poderosos y no dominables impulsos a comer por atracones.
2. Evitación exagerada de los alimentos que consideran engordantes, induciendo vómitos o

tomando purgantes para expulsarlos, o recurriendo a ambos mecanismos.

3. Miedos enfermizos a engordar.

*Nota.* Si bien la clasificación de Russell podría considerarse como comprimida en relación con la anterior, es la que contiene los criterios típicos para el diagnóstico:

- a) deseos irrefrenables de comer
- b) desesperada búsqueda de delgadez
- c) estrategias para bajar de peso.

Según la medicina, actualmente no habría que esperar un descenso acentuado de peso (límite con la caquexia) para hacer el diagnóstico.

No obstante, como psicoanalista sostengo que lo central a tener en cuenta es la *connotación subjetiva* que le imprime el paciente al acto de comer y a la búsqueda de un cuerpo ideal.

### *Criterios diagnósticos para la anorexia*

Los criterios para el diagnóstico de anorexia (según el *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 de al menos un 25 % del peso original. En los menores de 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspon-

dería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan el 25 %.<sup>10</sup>

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.

A partir de la clasificación de Russell (1970), con posterioridad surgen los criterios del *DSM III*, *DSM III-R* y el *DSM-IV*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una clasificación cuya sigla es ICD 10 (Cuestionario sobre depresión e imagen corporal) que consta de 5 puntos:

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

II) La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de los alimentos más algunos de los siguientes ítemes:

- vómitos
- laxantes
- exceso de actividad física
- diuréticos
- uso de anorexígenos.

10. En la actualización que de este criterio se realizó no se toma en cuenta la pérdida del 25 % de peso total sino el BMI (Body Mass Index), fórmula de la que se deduce un valor que aporta criterios diagnósticos. Se determina calculando el peso sobre la talla al cuadrado. Los valores de 17,5 % y 13,5 % o menos para las anorexias graves, hoy se consideran de riesgo médico.

III) Hay una psicopatología específica según la cual persiste una idea sobrevalorada e intrusiva de horror a la gordura y/o flaccidez.

IV) Trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta clínicamente como amenorrea.

V) Si la aparición es prepuberal, se retrasa o detiene la secuencia de acontecimientos (falta del desarrollo de los pechos, falta de la menarca, amenorrea primaria. En los varones, genitales sin desarrollo).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud, Sigmund: *El malestar en la cultura*, tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-8.
2. Nasio, J. D. (comp.): *En los límites de la transferencia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1987.
3. Nasio, Juan David: *Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
4. Dolto, Françoise: *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós, 1988.

#### *Bibliografía complementaria*

- Feinstein, S. y Sorosky, A.: *Trastornos en la alimentación*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.
- Düker, M. y Slade, R.: *Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado*, México, Limusa. Grupo Noriega Editores, 1992.

FOTOCOPIADORA

G. E. H. C. E.

31 F32

S/F

N/F

