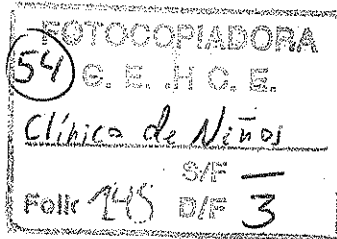


## Estudio 3. Mericismo

4. Anorexia y Vómitos



### 1. Generalidades clínicas. Un caso

KREISLER. Veamos ahora un caso que ilustra ese extraño trastorno digestivo funcional del infante que es el mericismo.

#### Caso nº 7. Mericismo complicado con depresión «anaclítica»

«Martine P., nacida el 24 de marzo de 1950, ingresó el 13 de febrero de 1951, a la edad de 10 meses y 15 días, en el Hôpital des Enfants Assistés; el motivo de la hospitalización fue su estado de severa desnutrición acompañado de vómitos, que comenzaron a los nueve meses. Pesa 7 kg, y ha perdido casi dos desde que surgieron sus trastornos. En el servicio donde la atendían se le practicaron exámenes completos y exhaustivos —cuyos detalles paso por alto—, los cuales no han indicado ninguna anomalía orgánica que justificara sus perturbaciones. Por el contrario, de la observación de Martine se desprende que se trata de mericismo.

»Cuando interrogamos a los padres para confeccionar la historia clínica, recogemos estos datos: Martine fue hija única y nació después de ocho años de matrimonio; la madre tenía entonces 29 años, y el padre, 31. La pareja vivía bastante aislada en una pequeña localidad donde el padre dirigía el departamento técnico de la filial de una empresa industrial. Ambos desearon intensamente el nacimiento de la niña, y no hubo problemas durante el embarazo y el parto. Martine fue alimentada a pecho un mes; al cabo de este período la destetaron sin que sobrevinieran dificultades. Si exceptuamos un leve retardo motor, el desarrollo fue normal, hasta que, hacia los nueve meses, surgieron los primeros vómitos. La madre no tarda en indicar que estos sobrevenían siempre cuando la niña estaba sola, y que se interrumpían si jugaban con ella o la acompañaban. Sin embargo, hay días en que son más frecuentes e intensos, y la niña empieza a perder peso. La madre, presa del pánico, nunca la deja sola, y pasa el día entero paseándola en brazos para hacerla dormir antes de que vomite. Al cabo de algunos días, el comportamiento de Martine comienza a cambiar. Alegre y juguetona hasta entonces, se vuelve indiferente e incluso hostil. Se niega a que la alcen, no juega, se muestra triste y no tiene apetito. En este punto, sus padres recurren al profesor Lelong, que la interna en el servicio que dirige.

»La observación de la niña permite constatar dos elementos esenciales. En primer lugar, se trata de vómitos provocados, y aun de mericismo. La pequeña deja que la alimenten, pero mantiene una actitud pasiva y no manifiesta interés alguno. Desde el momento en que termina de comer y la ponen en su cuna, hace esfuerzos evidentes que culminan en el rechazo de los alimentos; retiene en la boca cierta cantidad de comida, y la mastica largo rato. El segundo punto llamativo es el comportamiento que ya había inquietado a los padres, y que comenzó poco tiempo después de aparecer el síntoma. La apatía y la tristeza de Martine son realmente asombrosas. Podía permanecer largas horas prácticamente inmóvil, sin sonreír, sea que estuviera en su cuna o en la sillita donde solían ponerla. Sin embargo, se mantenía perfectamente lúcida. No menos asombrosa era la ausencia de llanto y de lágrimas; cuando le extrajeron muestras de sangre, gimió y se quejó débilmente, sin gritar ni llorar. Este comportamiento no podía ser interpretado como consecuencia de la desnutrición. En efecto, se había instalado mucho antes de que su adelgazamiento alcanzara un nivel alarmante, y persistió cuando recuperó peso en el hospital. Si nos atreviéramos a designar con un rótulo a un niño de tan corta edad, diríamos que este tenía todas las características de una depresión aguda. Por lo demás, este estado psíquico dio pie a las hipótesis más diversas y llevó a proseguir las investigaciones en ese sentido, en los planos neurológico y biológico.

»La conducta terapéutica adoptada fue la siguiente: pedimos que se suprimieran las visitas de los parientes y pusimos a Martine al cuidado de una enfermera, que en realidad fue la persona que la curó. Conocíamos muy bien sus condiciones profesionales y personales. No he visto qué hizo con ella, pero no es difícil conjeturar que adoptó instintivamente las actitudes de una madre buena.

»A partir de este momento, la evolución de Martine fue relativamente rápida. Comenzó a comer con placer al cabo de una semana; la rumiación persistió 15 días más. Al mismo tiempo, su comportamiento cambió: comenzó a sonreír, luego a interesarse por lo que la rodeaba. Según palabras de su enfermera, volvió a tomarle gusto a la vida. Salió de su inercia, volvió a jugar. Tres semanas después, autorizamos a los padres a visitarla. La hospitalización duró, en total, poco más de un mes.

»Durante la hospitalización, entrevistamos regularmente a los padres juntos y a la madre sola, lo cual nos permitió conocerla y saber qué ocurrió entre ella y su hija.

»Esta mujer, imbuida de los principios de puericultura en boga en esa época, había aplicado al bebé un sistema sumamente rígido de crianza: los horarios eran respetados cronométricamente, y la niña quedaba sola fuera de las horas asignadas al reposo y las comidas. En apariencia, Martine se adaptaba a este modo de vida, era perfectamente «lúcida». Sin embargo, a los ocho meses empezó a succionar su pulgar, conducta que fue reprimida enérgicamente por la madre, que le ató los brazos. Una aplicación tan estricta de los principios de crianza obedecía al carácter obsesivo de la madre.

El niño y su cuerpo  
Estudios sobre la clínica psicoanalítica de la infancia  
L. KREISLER, MICHEL FAIN, MICHEL SOULE

Meticulosa en exceso, fanática del orden y la limpieza, organizaba sus actividades cotidianas ajustándose a un programa casi ritualista. Parecía estar sinceramente encariñada con su hija, y su comportamiento con respecto a ella no aparentaba ser consecuencia de un sentimiento inconsciente de hostilidad o rechazo, sino una modalidad incorporada a su actitud caracterológica general.

»Después del egreso del hospital, madre e hija fueron objeto de un estudio de seguimiento que duró algunos meses. La succión del pulgar —retomada en el hospital— proseguía con intensidad y era tolerada por el medio. Hasta los 18 meses, Martine fue alegre y activa, pero no podía tolerar que la separaran de su madre, ni siquiera por corto tiempo. La seguía paso a paso por el departamento, y si por cualquier circunstancia aquella se encontraba en una habitación vecina, exigía oír su voz para estar segura de su presencia. Su desarrollo motor y verbal continuaba de manera normal».

En resumen, se trata de un caso de mericismo en una niña de nueve meses. Una vez instalado, el síndrome adquiere rápidamente un carácter repetitivo tan intenso que la niña vomita cuando la dejan sola, lo cual conduce a un estado de desnutrición importante. Al mericismo se asoció un estado singular para un niño de tan corta edad, estado que podríamos describir como un repliegue autista con tristeza, apatía y rechazo al contacto. También era asombrosa la relación establecida desde el principio entre la madre y la hija. Los contactos estaban limitados al mínimo: a las comidas y los cuidados corporales. Fuera de esto, la niña quedaba prácticamente abandonada en su cuna, cosa que parecía aceptar sin reaccionar de manera particular. No obstante, hacia los ocho meses y medio comenzó a succionar su pulgar, conducta que fue reprimida. Por último, debemos subrayar que la madre tenía carácter obsesivo.

Queremos mencionar ahora los rasgos principales del mericismo, limitando la descripción a la forma que adopta en el lactante. Comprobaremos que algunos de esos rasgos aparecen con mucha claridad en el caso descrito.

En general, el mericismo sobreviene al comienzo del segundo semestre o en su trascurso, aunque se conocen casos en que apareció desde el cuarto mes de vida. Es más frecuente en el varón. Se trata de un vómito provocado, pero de índole muy particular. En efecto, la regurgitación no es producida por la aplicación de métodos artificiales —p. ej., la introducción de un dedo o un objeto que toca la faringe— sino por un esfuerzo que hace intervenir una serie de actividades complejas correspondientes a la faringe, la musculatura abdominotorácica y diafragmática, etc. Este esfuerzo puede ser manifiesto e intenso, o bien leve. El esquema funcional respectivo ha sido cuidadosamente estudiado desde el punto de vista radiológico. Otro aspecto singular reside en que ese vómito provocado culmina en una rumiación. El niño expulsa una porción más o menos importante de los alimentos, pero retiene cierta can-

tididad en la boca y la mastica durante largo rato, terminando por tragarla de nuevo. Por lo tanto, se comporta en realidad como un rumiante. En ocasiones, el efecto supera el fin y el desperdicio de alimento es importante, lo cual acarrea desnutrición y a veces deshidratación. Pero a menudo el niño consigue volver a traer el alimento a su boca para satisfacer su rumiación, y no vomita.

No menos particular es el comportamiento del lactante en el momento en que se entrega a esta rumiación. Parece enteramente absorbido por esta actividad, tiene la mirada vacía, aparenta ser ajeno al mundo externo. Permanece inmóvil y abandona cualquier otra actividad. Además, el mericismo sobreviene cuando el niño está solo, o cree que nadie lo acompaña. A esto se debe que no puede ser observado, a veces por largo tiempo e incluso en el contexto de un hospital. El niño interrumpe su actividad cuando se aproxima el médico o una enfermera.

El mericismo puede manifestarse aisladamente, pero también seguir a otras actividades repetitivas o alternar con ellas —p. ej., la succión del pulgar o los dedos, y, en niños más grandes, la manipulación de una parte del cuerpo, como el pelo, las orejas, los órganos genitales, etc.—. Debemos destacar que el niño conserva su apetito, y muchas veces es voraz.

Los autores señalan que el humor de estos niños es normal, y destacan su avidez por establecer contacto con el adulto; esta avidez se expresa en la agudeza y movilidad de su mirada. Todos concuerdan en poner énfasis en la personalidad de la madre o su sustituto, la cual produce una privación que algunos consideran de índole particular. Richmond encuentra en estas madres una agresividad encubierta por fantasías de muerte centradas en el niño o por cuidados de naturaleza obsesiva, e incluso falta de afectividad. Aubry<sup>14</sup> subraya que la madre no ha podido vivir, integrar y resolver la situación edípica en su relación con el propio padre. Por lo tanto, la privación no es masiva sino particular y específica. En el caso de Martine, estas circunstancias eran muy evidentes.

Añadamos que el mericismo es con frecuencia interpretado como una desviación del instinto oral ante la carencia de la madre (J. Aubry).

Antes de iniciar la discusión, será conveniente recordar ciertos hechos establecidos por la psicología y que conciernen al período del segundo semestre.

Con respecto a la esfera psicomotora, recordaremos un solo punto. Existe ya en esta edad una motilidad voluntaria, pero poco elaborada aún. Por ejemplo, un niño de 6 meses puede asir un objeto, y a los 7 u 8 meses es capaz de pasarlo de una mano a la otra. Señalemos también que la motricidad más perfeccionada desde el nacimiento, incluso a los 6 meses, concierne a la actividad alimentaria; el mericismo se organiza en este nivel precisamente. Sin embargo, debemos prestar atención al mecanismo motor complejo que interviene en él: no solo es un vómito provocado sin la utilización de instrumento alguno, sino también un vómito controlado,

puesto que el niño puede provocar el retorno a la boca de una fracción dosificada, por así decirlo, de alimento. En este sentido, la destreza de un niño tan pequeño no puede menos que asombrarnos. También es menester indicar que se trata de una organización práxica doblemente anormal: es patológica porque constituye un comportamiento sin duda aberrante, y porque es muy singular que a una edad tan temprana se elabore una actividad sumamente organizada. Podríamos decir, desde este punto de vista, que se trata de un hecho disarmónico en la medida en que es una organización muy precoz, tal como Fain lo ha destacado acertadamente.

Si volvemos ahora al aspecto psicomotor del desarrollo de un niño de 6 meses, debemos recordar estos hechos: el niño ha adquirido la noción de la existencia de los objetos externos. Si le mostramos un juguete, lo mira, se interesa por él y lo ase. Pero no tiene aún la noción de permanencia del objeto. Todo ocurre como si ese juguete dejara de existir para él cuando desaparece de su vista (Piaget). Este hecho, junto con los que ya conocemos, invalidan la idea de que la conducta del lactante mericista es intencional. Sería completamente erróneo creer que el bebé vuelve a traer a su boca el alimento con un propósito deliberado. Esto es lo que constituye los fundamentos clínicos esenciales sugeridos por el mericismo del lactante.

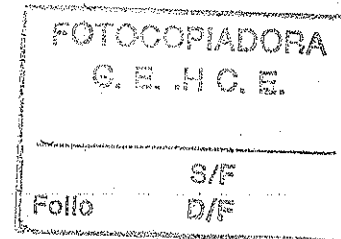
## 2. *Discusión*

### *El comportamiento aberrante*

FAIN. El mericismo entra en la categoría de los trastornos del comportamiento: hacia los 6 u 8 meses aparece todo un comportamiento de rumiación constituido por vómitos provocados, masculleo, etc. Secundariamente a estas actitudes pueden aparecer trastornos generales. Incluso en este caso se ha admitido que tal comportamiento alimentario desviado es de naturaleza reaccional.

Estamos frente a un *modo desviado de satisfacción autoerótica*, inhabitual en el sentido de que por lo común se limita a la succión del pulgar o de un objeto cualquiera; este modo de satisfacción se establece después de la organización precoz de un comportamiento que encierra al niño en un circuito cerrado. Vienen a nuestra mente las ideas de psicosis o de perversión, según que pongamos el acento en el comportamiento o en la satisfacción. Esta clase de trastorno confirma la hipótesis de Fain y Marty, de que el desarrollo de las incitaciones autoeróticas está destinado a compensar cierto déficit de suministro narcisista, cuya fuente principal es el instinto materno. Cuando el déficit es muy grande, el desarrollo en circuito cerrado de los comportamientos que expresan directamente ese autoerotismo sienta las bases de las psicosis infantiles. Sin embargo, el mericismo, debido a que implica trastornos somá-

ticos secundarios, también se clasifica en una categoría definida por Otto Fenichel: la de los trastornos somáticos producidos por un mal hábito.



II: Vómitos

3. Conclusiones. Un caso de anorexia mental grave del segundo semestre

Veamos, para terminar, un caso en que se suceden una *anorexia grave del segundo semestre* y *vómitos psicógenos* complicados al cabo de algunos meses por una *desorganización dramática en los planos somático y mental*. Este caso ilustrará apropiadamente nuestro estudio y no requerirá comentario.

«Chloé, una niña de 10 meses, es internada con carácter de urgencia en el hospital Saint-Vincent-de-Paul, pues presenta un estado sumamente grave de deshidratación aguda. Ha perdido 2 kg en los últimos días, o sea, la cuarta parte de su peso. Es rehidratada por vía endovenosa. Queda fuera de peligro al cabo de dos o tres días, y nuestros colegas nos consultan a raíz de su estado mental particular y de los hechos que configuran su historia.

»Estos son los antecedentes consignados en el servicio: Chloé nació a término después de un embarazo y un parto algo dificultosos pero desprovistos de características patológicas; pesó 2,700 kg al nacer. Es hija primogénita, y sobre la base de los resultados de varios exámenes, realizados a pedido de su preocupada madre durante las primeras semanas, fue considerada normal.

»La *anorexia* comenzó a manifestarse hacia los 5 meses y medio, mientras que la introducción de un régimen alimentario diversificado databa de mucho tiempo antes. Chloé pesaba 7,400 kg en esta época. La anorexia fue progresiva y durante largo tiempo la niña toleró sin problemas la leche. Su madre afirma que nunca empleó métodos coactivos.

»A los 8 meses, Chloé solo aceptaba la leche. Simultáneamente aparecieron *vómitos* provocados en forma voluntaria. Sus deposiciones eran normales, y la niña se mantenía alegre, sonriente, simpática, sin tener dificultad alguna para establecer contacto con los demás. La anorexia se vinculaba específicamente con la madre, y solía ocurrir que la niña vomitaba cuando su madre se acercaba a ella.

»A los 8 meses y medio tuvo una rinfaringitis; Chloé rechazaba cualquier alimento, y perdió 600 g en tres días. No obstante, su comportamiento no cambió.

»Se resolvió confiar a la niña a una puericultora y evitar todo contacto con la madre; Chloé tenía 9 meses en este momento. No sabemos cómo se comportó la puericultora, pero oíamos gritar a la niña en el momento de las comidas. Seguramente trataron de

obligarle a comer. El comportamiento de Chloé se modificó tres días después de ser atendida por esta mujer: se volvió triste, abatida, dejó de sonreír e incluso de llorar. Su madre diría más adelante: "Cuando me permitieron volver a verla, tres días después de la hospitalización, me miró largo rato; ella estaba pálida, completamente abatida". Y añadió: "¡Tenía la impresión de que estaba rindiendo examen!". La anorexia era casi absoluta y se acompañaba de vómitos. A los 9 meses y medio, y dado que la situación adquiría un cariz inquietante, la niña fue confiada a sus abuelos. Pocos días después le sobrevino una diarrea intensa y la deshidratación que motivó su internación.

»Cuando Chloé ingresó en el hospital no aceptaba ningún tipo de alimento. Era prácticamente imposible alimentarla, y durante cuatro días fue mantenida la perfusión. La anorexia y los vómitos comenzaron a ceder paulatinamente, pero la niña solo aceptaba que la alimentara su enfermera favorita. Ambos trastornos persistieron durante los primeros días de hospitalización; progresivamente se insinuó una mejoría caracterizada por la remisión de la anorexia, la desaparición de los vómitos y el restablecimiento de contactos, limitados durante mucho tiempo a la enfermera que la atendía.

»En los primeros diez días, su *estado mental* se asemejaba al descrito por la familia. Chloé se encontraba sumida en un estado de apatía e inercia, y carecía prácticamente de expresividad gestual; pálida e indiferente, parecía no ver ni oír. Su indiferencia y hostilidad persistieron largo tiempo. Solo diez días después de su ingreso sonrió por primera vez y aceptó un juguete ofrecido por la enfermera. La mejoría prosiguió a partir de este momento, pero durante 12 días más solo estableció una auténtica relación con la enfermera que la atendía. Debemos señalar que esta mujer tenía especial aptitud para tratar con los niños, y que su actitud hacia Chloé fue particularmente instintiva y apropiada.

»La niña pudo ser visitada al cabo de un mes, y reanudó progresivamente su contacto con los padres. Una semana después de la primera visita, se autorizó a la madre a darle de comer, al principio en presencia de la enfermera. Chloé abandonó el hospital después de casi dos meses de internación.

»Durante todo ese período estuve en contacto con las personas que cuidaban a la niña, sus médicos y sus padres; al principio hablé casi todos los días con la madre, y luego tres veces por semana. Al padre lo entrevisté cuatro o cinco veces en total.

Hemos pensado que sería más conveniente relatar dos entrevistas con la madre en vez de describir su neurosis; la primera de ellas tuvo lugar poco después de la hospitalización de Chloé, y la segunda siguió inmediatamente a la primera visita.

1. *Primera entrevista*. La señora X. se aboca a la tarea de describir en forma detallada y día por día, por así decirlo, la enfermedad de Chloé.

Chloé nació al cabo de siete años de matrimonio; este embarazo era deseado desde 3 años atrás. La señora X., convencida finalmente de que era estéril, siguió un tratamiento ginecológico que —según ella— le permitió concebir. Inmediatamente después de quedar encinta, se sintió invadida por el temor angustiante de dar a luz un niño anormal, y por esta razón evitó tomar medicamentos. Sin embargo, debió ser tratada con antibióticos en oportunidad de haber contraído una infección en los párpados; a partir de este momento, su temor se convirtió en la convicción de que su hijo nacería con una malformación. Según ella el parto fue muy difícil, pero ocurrió todo lo contrario en realidad. Desde el momento del parto, tuvo la certeza de que su hija moriría. Vivía al acecho, esperando descubrir el síntoma que anunciaría la enfermedad que le arrebataría a su hija. Ningún reaseguramiento podía calmarla, aunque proviniera de las más altas autoridades en materia de pediatría; en efecto, recurrió sucesivamente a varios médicos, a los que fue dejando de lado con el pretexto de que examinaban a su niña en forma muy superficial o de que eran incapaces de descubrir lo que para ella constituía algo evidente: una leucemia o, más a menudo, una enfermedad cerebral, como un tumor o una encefalopatía. Ella percibía muy bien la índole patológica de estas ideas.

Nos informó que su estado de ansiedad se remontaba a la edad de 6 años, época en que arrestaron a su padre; corría el año 1944. Rompía a llorar cuando se refería a este hecho, y pedía que no le hicieran hablar más de ello; cada vez que tocaba este tema estallaba en sollozos, sin poder completar su relato. Pudo hacerlo de manera relativamente fácil en entrevistas posteriores. Cuando tenía 6 años vivió durante varios días una serie de peripecias extraordinariamente dramáticas. El padre militaba en la Resistencia, y el resto de la familia vivía en la clandestinidad, refugiada en un pueblito. Fue denunciado y arrestado, y cuando su esposa e hija volvieron a verlo —varios días después— estaba completamente desfigurado. A punto de ser fusilado, salvó su vida gracias a una intervención de último momento de su esposa.

Estas peripecias surgen con nitidez en su mente cuando se encuentra en una situación de cierta intensidad emocional. Por ejemplo, si tiene un altercado con su madre se siente presa de remordimientos: «He cometido un error —piensa—, pues ha sido ella y no yo quien le salvó la vida a mi padre». Sus crisis de llanto se desencadenan cuando recuerda con precisión la escena, sobre todo el momento en que volvió a ver a su padre, al que «solo puede reconocer por sus ropas».

Esta mujer refinada e inteligente analiza en forma admirable su estado, y lo vincula con las circunstancias traumatizantes que le tocó vivir y que culminaron en una relación exageradamente estrecha con sus padres. Le resultó imposible abandonarlos un solo minuto hasta la edad de 15 años. (Más adelante, averiguamos que su propia madre fue víctima de una neurosis fóbico-histérica aguda.) Tuvo un episodio depresivo intenso cuando tenía 19 años;

ingresó en la Facultad de Medicina un año después. Estudió tres años, y luego trabajó en el departamento de documentación de un laboratorio; el conocimiento allí adquirido acerca de las embriopatías medicamentosas alimentó su angustia.

2. *Segunda entrevista.* Esta entrevista tuvo lugar el día siguiente de la primera visita que hizo a su hija, un mes después de haber sido separada de ella.

Describe de este modo su primera visita: durante largo rato tuvo la impresión de que no reconocía a su hija, y pensó que se había equivocado de sala. «No eran su rostro ni su voz —declara—; si la hubiera encontrado en la calle, no la habría reconocido. Tuve que analizar cada uno de sus rasgos para reconocerla». Según ella, la expresión de la niña era rara: «Tenía el aspecto de alguien que estuvo en un bombardeo». Pensó luego que su hija parecía una niña abandonada. Por último, fue invadida por la convicción —experimentada muchas veces ya— de que la nena era anormal. «Sus llantos —dice— me hacen pensar en el llanto de los enfermos seudobulbares». Al término de su visita habló con las enfermeras, que trataron inútilmente de devolverle la confianza. Durante todo el día estuvo aguijonada por la idea de que Chloé era retardada; por la noche sufrió una intensa crisis de desesperación y llanto.

Veamos esta misma visita relatada por quienes la presenciaron (el médico y las enfermeras):

«La madre, muy angustiada, llega trayendo un juguete. Se arroja varias veces junto a la cuna de su hija, y es necesario pedirle que se levante. La niña empieza a gritar cuando percibe a su madre, pese a que la enfermera está presente. Tomada en brazos por esta, se calma poco a poco. Ambas mujeres se sientan junto a Chloé, y la madre le entrega el juguete que ha traído. La niña lo toma, deshace el paquete y mira el oso de juguete. Luego, la madre intenta hacerla jugar con su brazaletes, la estimula una y otra vez, canta y la toquetea de manera exagerada y poco natural. Chloé mira el rostro de su madre al final de la entrevista, que duró 45 minutos y en cuyo trascurso la niña permaneció triste, sin sonreír. Acto seguido, la señora X. se dirigió a la enfermera y habló con ella; tensa y ansiosa durante más de una hora, no dejaba de repetir que estaba segura de que su hija era retardada.

»El padre llegó una hora después, aproximadamente, y encontró a Chloé sentada en un sillón de la sala. Ella lo miró mientras se acercaba acompañado por la enfermera, lo examinó detenidamente. El le habló, le hizo muecas, y muy pronto la niña sonrió y pareció estar a punto de estallar en risas. No tardó en aceptar que su padre la tocara y la alzara; jugó activamente con él, y reaccionó con una expresión de grato asombro cuando aquel la llamó por su nombre, le sopló en la nuca y le acarició las mejillas, como solía hacerlo siempre».

FOTOCOPIADORA

S/E  
D/F

FOTOCOPIADORA  
C.E.H.C.E.

Los testimonios son muy llamativos porque marcan el contraste entre la acogida dispensada por Chloé a cada uno de sus progenitores.

El padre es un hombre inteligente y práctico. Ejerce una profesión liberal y se desempeña en un nivel muy importante. Describe en forma pertinente y comprensiva la neurosis de su esposa, y se refiere sin animosidad a todo lo que debe sufrir por ello —p. ej., llamarla por teléfono varias veces al día para convencerla de que no ha muerto en un accidente—. Mantiene un contacto estrecho con su hija y se ocupa adecuadamente de ella. Por consiguiente, contribuyó mucho a que la situación se normalizara.

La pareja es muy unida, y, de acuerdo con lo descrito por sus integrantes, las relaciones sexuales son satisfactorias para ambos.

### *Evolución*

Terminado el período de hospitalización, la madre y la hija fueron seguidas por consultorios externos.

En las semanas ulteriores, y con la ayuda del psiquiatra que atendía a la señora X., pudimos convencerla de que emprendiera un tratamiento psicoterapéutico que no tardó en convertirse en psicoanalítico.

Esta mujer fue objeto de un estudio de seguimiento que duró algunos años y permitió comprobar que había cambiado. Pudo desligarse de sus preocupaciones fóbicas. No está curada, por cierto, pero vive feliz; ha empezado a cursar estudios para dedicarse a una profesión paramédica. En el interin, ha dado a luz a otra niña, que no presenta problema alguno.

Chloé tiene en la actualidad cerca de 6 años, y su adaptación familiar y escolar es óptima. Tiene algunas particularidades en la esfera del comportamiento, pero no descubrimos en ella ningún elemento realmente patológico.

### *Resumen*

1. *Con respecto a la niña*, este caso se caracteriza por la sucesión de los hechos que describimos a continuación.

Un período inicial de cuatro a cinco meses desprovisto de particularidades dignas de mención.

Una anorexia aguda declarada a los 5 meses y medio; tiene al principio un carácter específico representado por el retorno a la alimentación líquida (leche), y adquiere luego una modalidad global, caracterizándose cada vez más por cierto retardo de la curva ponderal. Muy pronto la anorexia se complica con vómitos psicógenos. Fuera de estos síntomas, el comportamiento de Chloé no cambia en forma significativa.

A los 9 meses ocurre una serie de acontecimientos decisivos. La niña, separada de su madre, queda a cargo de una puericultora.

Esta mujer emplea un sistema de alimentación represivo, y a partir del tercer día la niña cae en un estado mental grave, de tonalidad depresiva, bastante parecido al del niño mericista cuyo caso hemos descrito.

La anorexia se agudiza y, una semana después de haber sido confiada a la puericultora, Chloé queda en manos de sus abuelos maternos. Su estado mental y su comportamiento no cambian; por el contrario, el *drama somático estalla* bruscamente, en 48 horas, en oportunidad de un episodio corriente.

El estado depresivo duró entre seis y ocho semanas, y comenzó a ceder 15 días después de la hospitalización. Chloé no sonrió durante 45 días.

2. *Con respecto a la madre*, tiene una neurosis fóbica aguda, similar a una neurosis traumática, que evolucionó desde la infancia. Podría decirse mucho sobre el particular; pero nos limitaremos a mencionar los elementos que configuran lo vivido por esta madre en relación con su hija: la idea de muerte que surgió en ella desde que se enteró de su embarazo; la proyección constante de la escena traumática y, muy particularmente, su consecuencia: confundir la cabeza y el rostro de la niña con la imagen desfigurada del padre.

Este caso permite captar la diferencia existente entre la anorexia compleja y la anorexia común del lactante, encontrada cotidianamente en la práctica.