

## LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: UN CUESTIONAMIENTO PERMANENTE

Patricia de las Casas\*

Dentro de la multiplicidad de factores asociados a la etiología de la anorexia y la bulimia, diversos autores desde diferentes ópticas coinciden en destacar la presencia de una perturbación en el vínculo madre-hijo. Este trabajo se llevó a cabo con el fin de dar cuenta de dicha perturbación a partir del caso clínico de una paciente bulímica. Sin embargo durante su elaboración, la paciente trajo a sesión un material peculiar -tanto en el síntoma como en el contenido- que me condujo a cuestionar el enfoque teórico en base al cual venía comprendiendo el caso. Este trabajo, también dará cuenta de dicho cuestionamiento.

### **CASO CLINICO**

Clara llega a consulta a los 16 años. Procedía de una psicoterapia en la que había sido dada de alta. Sin embargo, su madre solicita ayuda porque nuevamente está vomitando. Es hija de un matrimonio bien avenido y la mayor de tres hermanos, los otros dos varones. Es una chica menuda y delgada (pesa entre 49 y 50 k.), viste de manera desaliñada y lleva el pelo desgreñado y sucio.

En la primera entrevista refiere: "Mi mamá es mi problema, es buena, pero se mete en todo, me vuelve loca, no me deja ni respirar. Mi papá es muy estricto, pero es mejor que mi mamá, aunque ella puede llegar a ponerlo en mi contra. ¿Sabes? yo creo que he sido educada para ser la hija perfecta y no lo soy." Clara, detesta el colegio y las tareas, y tiene dificultades para estudiar y concentrarse. Todo lo posterga y no está contenta con nada de lo que hace. Tiene pavor a la oscuridad por lo que no logra dormir. Considera que come mucho y de manera desordenada, especialmente "porquerías" (chizitos, papitas, etc.). Se siente fea, enana y gorda; con un cuerpo y una cara "horribles", además se cree bruta y tonta.

---

\* Miembro Asociado de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis.

En la entrevista con la madre esta señala: “Clara siempre fue muy pegada a mí, se llevó régio conmigo. Era una chica linda, buenísima. No sé qué le pasó, pero de pronto cambió a los 12 o 13 años. Ella era la más chiquita de su promoción y se sentía fea.” Debido a esta a preocupación, contando Clara con 13 años, la llevan a una endocrinóloga que da una dieta que termina por engordarla. La madre cree que en ese momento empieza a vomitar: “Encontré bolsitas con vómito, las dejaba en los cajones de una cómoda, ¡qué asco! También vomitaba en el water y no quería comer nada.”. Al preguntarle a la madre sobre su propia historia refiere: “Mi mamá murió de 47 años, de cáncer al seno, cuando yo tenía 13 años. Desde que empezó la enfermedad ya no pude conversar con ella. Nadie te quiere como te quiere una madre”. En cuanto a su padre señala que es un hombre maravilloso, pero que siempre “fue fanático de la flacura”.

Clara inicia un proceso de psicoterapia de tres veces por semana, en coordinación con un tratamiento psiquiátrico. Pese a que detestaba las clases, por satisfacer a sus padres, se inscribe en una academia preuniversitaria. Pone en evidencia cierta dificultad para elaborar intelectualmente, se le hacía difícil comprender y razonar, más bien parecía que sus pensamientos se basaban en una actitud de oposición. Mostraba una sobre expectativa en las actividades que emprendía; por ejemplo, si decidía pintar, hallaba que sus resultados eran despreciables, por lo que abandonaba dicha actividad. Dentro de los primeros meses del proceso recuperó cerca de 2 a 3 kilos, manteniendo ese peso estable; y tan solo de refirió al tema de la comida o la gordura de manera esporádica. Actualmente, cursa el primer año de letras en una universidad. Mantiene una buena relación con su enamorado, pese a que se siente menos inteligente y culta que él. Considera que su madre sigue siendo insoportablemente intrusiva e insinúa que es ella la que necesita un psicólogo. Se siente muy mala por hablar así de ella puesto que, paradójicamente, la considera una mujer muy buena. Esta crítica le crea intensa culpa, lo que la conduce guardar silencio en muchas de sus sesiones.

## **ENFOQUE TEÓRICO**

De las diversas aproximaciones al tema, tres resultan de particular interés. Winnicott (1948), describe un cuadro de hipocondría en niños y adolescentes, los que se caracterizan por mostrarse agradables, talentosos, buscando contagiar vivacidad y humor, pese a que en casa son irritables, desafiantes o francamente deprimidos. Propone que se ha generado una falsa reparación, la cual no es producto de la depresión del niño, sino que éste se encuentra atrapado en la defensa organizada por la madre con el fin de combatir su destructividad, culpabilidad y depresión inconscientes. Ello impide al hijo vivir y experimentar su propia agresividad y depresión, por lo que la reparación resulta falsa y obstaculiza el desarrollo de una auténtica capacidad personal de restitución.

La propuesta de Winnicott conduce a reflexionar acerca del afán de perfección de las pacientes anoréxicas y bulímicas, así como sobre su permanente deseo de agradar (de las Casas, 2000). Dicho afán, buscaría aliviar la depresión y dificultad de sus madres y tan solo puede ser alcanzado a expensas de ocultar y diluir sus auténticos sentimientos e impulsos, para lo que recurren a una disociación que se encarna el cuerpo. Esta presenta en un polo: lo bueno-perfecto-delgado, forma de sentirse apreciadas y queridas; y en el otro: lo malo-feo-gordo, que encubre el desprecio y rechazo, forma como realmente se sienten. Los impulsos agresivos se convierten en autoagresión (inanición, vómitos, laxantes, distorsión de la imagen corporal, etc.) y los sexuales se reprimen y niegan (desaparición de los caracteres sexuales secundarios, amenorrea, etc.).

La anorexia, desde otra aproximación es concebida como un intenso deseo de fusión de la hija con su madre y el profundo temor que tal deseo le suscita. Entendiéndose fusión como la ausencia de un espacio transicional que impide el desarrollo de una auténtica capacidad de simbolización. Señala Birksted-Been (1989): “En la anorexia, la comida no representa los cuidados que la madre prodiga: la comida se percibe como la madre misma” (pag. 242). Esta dificultad se origina antes de la adolescencia, cuando la niña fue incapaz de lograr la individuación, de ahí que sea un intento de la niña de poseer un cuerpo distinto que el de su madre y una identidad igualmente distinta, ya que verse crecer implica la posibilidad de convertirse en madre.

Una tercera aproximación considera, que dentro de los factores que determinan la anorexia, destaca un anhelo intenso (voraz) por mantener un vínculo estrecho con la madre, así como por los contenidos de su cuerpo. Este anhelo al no ser satisfecho debido a un “desengaño avasallador”, asociado a cierta predisposición constitucional, atrapa a la anoréxica en un conflicto entre el deseo de incorporar a la madre vía la identificación con su cuerpo y los intensos sentimientos de culpa por su actitud voraz, cruel y envidiosa (Tustin, 1987). El ajuste logrado por medio de los mecanismos obsesivos y compulsivos se quiebra dada la intensificación instintiva de la adolescencia, debido a que estos pacientes no llegaron a establecer afianzadamente la capacidad de integrar impulsos y tolerar la depresión.

De acuerdo a las aproximaciones señaladas, es posible comprender que la depresión de la madre de Clara frente a la pérdida de su propia madre, pudo constituirse en un elemento patógeno para el desarrollo del self de Clara. La madre adopta una conducta de sobreprotección, intentando compensar sus propios vacíos en la medida que no logró elaborar un duelo, por lo que termina confundiendo sus necesidades con las de su hija. Esto es vivido por Clara como intromisión, sobrealimentación y angustia, lo que limita su espontaneidad y autonomía. Cabe concebir la historia infantil de esta paciente como una lucha constante por agradar y complacer a su madre: “Clara siempre fue muy pegada a mí, siempre se llevó regío conmigo. Ella era una chica linda, buenísima, no sé qué le pasó...” Puede plantearse que lo que le pasó a Clara,

fue que a los 13 años ya no pudo contener a su madre y halló en no comer y en vomitar -lo único que ella creía poder controlar- una vía de escape a sus auténticos sentimientos e impulsos.

## UN NUEVO CUESTIONAMIENTO

El material que presentaré a continuación fue traído a sesión hace pocos meses, luego de una etapa en la que la paciente solía quedarse dormida. Me sorprendió tanto lo peculiar de este material, como el hecho que a lo largo del proceso no hubiese aparecido indicio alguno de lo que ella comunicaría.

Clara inicia la sesión diciendo: “¿Sabes? Te quería contar. Yo no puedo comer ni huevo, ni pollo, ni pescado. Yo lo que imagino es la gallina empujando y como ha crecido el huevo en su barriga. Las células de la gallina que crean el huevo y eso me da asco; como cuando estaba en la barriga de mi mamá. Las cosas asquerosas que me dan nauseas. Me da nauseas pensar cómo me estaba formando. Con la carne igual, todas las tripas de la barriga del animal, como que se están formando, me dan asco. Pero también me dan pena, cuando veo las pieles y casacas de animales, me da pena. Por eso será que no como. Me imagino al animal, le cortan un pedacito cuadrado, se pone en la sartén y después se lo comen. La gente se equivoca, los animales son como nosotros, te imaginas como que cocine a mi mamá.”

A. Si te entiendo, comer esto te genera rechazo y también pena; y te hace pensar en el hecho de haber estado en la barriga de tu mamá.

“El haber estado en la barriga de mi mamá sí me da asco. Por eso yo hace tiempo que no como estas cosas. No entiendo como es que se forma la planta, pero esto no me da asco para nada. Lo peor, lo más desagradable, es el pescado cuando te lo traen con ojo. ¡Aj! ¿Y sabes? para mi es peor cuando lo preparan en mi casa, no sé por qué, ahí me da más asco, no lo soporto. Cuando hacen lomo saltado yo sólo como el arroz con jugo. ¡Es horrible! Cuántas veces me ha provocado una hamburguesa, pero cuando la veo, la tengo que dejar. Comienzo a verle las cositas, los puntitos, imagino las tripas mezcladas con las venas, me da asco. No sé, imagino la vaca, que ha estado viva, que se ha formado en la barriga; el huevo igual, como te dije, me da asco”

A. Da la impresión que no puedes comer nada que tenga mamá.

“Nunca lo había visto de esa manera; la verdad que así no se me había ocurrido pensarlo, pero si me lo haces ver, parece que tiene sentido. Pero no crees que mucha gente es así, que le da nauseas comer porque le da asco lo que come. ¿Sabes?, no quiero curarme, todo el mundo debe ser como yo.”

Clara no vuelve a mencionar este tema, sino dos meses después de la sesión anterior. En esta ocasión señala: “Ayer me quedé hasta tarde en la universidad. Te quería contar: a la hora de almuerzo me provocó comerme un sándwich de pollo en la cafetería; ¡los hacen buenazos!, ¡súper ricos! Era la tercera vez que comía uno, pero ya cuando lo iba a terminar vi que tenía como un puntito rojo y cuando lo mordí le sentí algo durito; parecía un nervio

y no pude aguantarme: me fui corriendo al baño y boté el bocado al water. Todavía hay cosas que me dan asco; ¿pero sabes? creo ya puedo comer algo; porque de que me gustan las cosas, me gustan. A mí me provoca comer cuando lo veo preparado: veo un pedazo de lomo doradito, ¡qué rico! pero cuando lo corto me imagino los nervios y los huesos. Pero a pesar de esto, el otro día le dije a mi empleada que me fría un bistec y me lo comí todo. Estaba rico, pero sólo es a veces.”

## ENFOQUE TEORICO

Con el fin de esclarecer este material se consideraron dos ejes de reflexión. El primero corresponde a los síntomas y el segundo al contenido. Se encuentra que los síntomas -asco y repugnancia- no aparecen entre los indicadores diagnósticos actuales de la anorexia y la bulimia (DSM III, DSM IV, etc.). Interesante resultó, que al revisar los escritos tempranos de Freud, dichos síntomas se hallaban vinculados a la anorexia como parte del cuadro de histeria. Así, la repugnancia, el asco y los vómitos están asociados en casos de histeria a la represión de la sexualidad, y al rechazo de la pacientes a sus madres (1893, 1895). También dentro del cuadro histérico, se destaca las implicancias de la pubertad en la formación de estos síntomas histéricos (1896). Igualmente se encontró repugnancia en la latencia como dique moral a la satisfacción sexual (1905). Otra vinculación se halló entre la anorexia de las adolescentes y la melancolía como pérdida de libido (1895).

Esta última observación me condujo a profundizar la posible relación de la anorexia con la melancolía. Freud, en su trabajo *Duelo y Melancolía* (1915), propone que la diferencia entre el duelo y la melancolía está dada por la marcada disminución del amor propio. El yo se empobrece, mostrándose indigno de estimación y se dirige amargos reproches, esperando repulsa y castigo. Considera que estos reproches son en realidad hacia el objeto amado, ocasionados por un desengaño u ofensa. Se da una conmoción en la relación objetal, que vuelca la libido sobre el yo: "La sombra del objeto cayó así sobre el yo." (pag. 2095) ¿Podemos tomar esta premisa para comprender la anorexia y la bulimia? Pensamos que la marcada disminución del amor propio en estos trastornos, expresada como desvalorización, reproche, repulsa y castigo; no estarían dirigidas al yo en su totalidad, sino al aspecto primitivo y fundante del yo: el cuerpo. De ahí, que los reproches al objeto amado-primario en estas pacientes desencadenaría daño y agresión hacia su cuerpo, así como empobrecimiento y distorsión de su imagen corporal.

Freud señala, que la ambivalencia en este cuadro genera un odio sádico hacia el objeto que abandona, siendo el autocastigo la venganza al desengaño: "...suele el enfermo conseguir por el camino indirecto del autocastigo su venganza de los objetos primitivos y atormentar a los que ama por medio de la enfermedad, después de haberse refugiado en ésta para no tener que mostrarle directamente su hostilidad." (pag. 2096). Consideramos que dicha

ambivalencia, puede también ser identificada en el tipo de vínculo que entablan las pacientes anoréxicas y bulímicas. Finalmente, la búsqueda irrefrenable de delgadez del cuerpo, la voracidad incontrolable y la lucha por “alegrar” a sus madres; podría corresponder a una expresión de cierta transformación de la melancolía en manía.

El segundo eje de reflexión alude al contenido de las sesiones. Dicho contenido privilegia la repulsión de la paciente a su madre, a su propia gestación y a los alimentos de origen animal. De esta manera, Clara pone en evidencia lo intolerable que le resulta la idea el haberse formado dentro de su madre, a la vez que rechaza una fusión física con ella. Al no comer este tipo de alimentos, Clara intenta negar su voracidad y por ende el haber incorporado a su madre dentro de sí; esto como única forma de preservar su self y su identidad. Pero también este rechazo podría entenderse como una repulsa a la metamorfosis de la pubertad, momento en el cual Clara empieza a presentar estos síntomas (13 años). Su repugnancia y asco, rechazarían las transformaciones físicas hacia un cuerpo de mujer; expresando aversión a su emergente sexualidad genital, así como a la posibilidad de ser madre. Por último, este material podría representar una angustia compartida entre Clara y su madre: al referirse a las células, podría estar aludiendo a la degeneración celular producto de un cáncer. Es decir, Clara, al llegar a los 13 años, edad que tenía su madre cuando muere la abuela, se constituye en una amenaza de muerte para su propia madre. La sobreprotección que la madre de Clara le prodiga, sería un sobre-afecto, un anticipo de cariño ante la amenaza de su desaparición. Por su parte, Clara quisiera detener su desarrollo, con el fin de alejar a su madre toda posibilidad de muerte.

## DISCUSIÓN

Este trabajo no pretende agotar el caso presentado, quedando aún múltiples interrogantes por resolver. Tampoco pretende responder a las implicancias teóricas y a las dificultades técnicas de la anorexia y la bulimia. Menos aún, considerar que solo el psicoanálisis brindaría las respuestas, dada la relevancia de otras disciplinas en el trabajo con estos pacientes. Tan solo se espera, que sirva para abrir un espacio de cuestionamiento, con el fin de continuar reflexionando acerca de la complejidad de estas patologías.

Buscando abrir este espacio de reflexión, traemos a discusión los siguientes puntos:

Se considera la perturbación en el vínculo madre-hijo como uno de los factores etiológicos a destacar en los casos de anorexia y bulimia. En la comprensión de este caso se dio prioridad a las aproximaciones de Birkested-Been, Tustin y Winnicott, las que resultaron de mucha utilidad.

También fue enriquecedor para la comprensión del material clínico, revisar los escritos tempranos de Freud que se ocupan del tema de la anorexia, así como de los síntomas de asco y repugnancia. De igual manera, cabe destacar

la importancia de la revisión del trabajo: “Duelo y Melancolía”, dado que brinda un enfoque que conduce al esclarecimiento y comprensión de los cuadros de anorexia y bulimia. Particularmente a la luz de la lectura: “La sombra del objeto cayó así sobre el [cuerpo] el yo.”,

Finalmente, se considera que en el trabajo clínico es fundamental no perder de vista aquellos aspectos que resulten extraños, salen de lo esperado y escapan a los lineamientos teóricos previstos. Se trata de estar atentos y en permanente cuestionamiento, intentando la búsqueda de nuevas respuestas.

## **Bibliografía**

- Baravalle, G., Vacarezaza J. y L. (1993) Anorexia. Teoría y Clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- Birksted-Been (1989) El trabajo con una paciente anoréxica. En: Libro anual de Psicoanálisis Lima: Monterrico, 1990, pp. 241-252.
- Caparros, N. Y Sanfeliú, I. (1997) La Anorexia: Una locura del cuerpo, Madrid, Biblioteca Nueva.
- De Goldman (2000) Anorexia y Bulimia. Un nuevo padecer. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De las Casas, P. (2001) Un intento de comprensión de la anorexia. ¿Podemos hallarla en Winnicott? En: Pre Publicaciones Xjornadas Winnicotianas Latinoamericas. pp. 182-186.
- Freud, S. (1892-1893) Un caso de curación hipnótica. Y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por <<Voluntad contraria>>. En: Obras Completas, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- (1895) Estudios Sobre la histeria. En: Obras Completas, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- (1896) La etiología de la histeria. En: Obras Completas, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- (1887-1902) Cartas a Wilhelm Fliess Manuscritos y Notas de los años 1887 a 1902. Manuscrito G. Melancolía, En: Obras Completas, Tomo IX. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- (1905) Tres ensayos para una Teoría Sexual. En: Obras Completas, Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- (1915) Duelo y Melancolia. En: Obras Completas, Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Tustin, F. (1987) Barreras autistas en pacientes neuróticos. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- Winnicott, D.W. (1948) Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia, 1981, pp.131-139.

**PATRICIA DE LAS CASAS**

Alberto Chabrier, 163 - 301D Lima 27  
Tel. 222-3238 E-mail: pat177@terra.com.pe