

Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica

Patricia Cordella M.¹

Resumen

Se presenta un modelo en cinco fases que permiten comprender, evaluar, intervenir y tomar decisiones en los trastornos del comer. El proceso fisiopatológico que origina el grupo de las anorexias se articula durante el desarrollo, involucrando las dimensiones fisiológica, relacionales y psíquicas. ¿Cómo se va construyendo la configuración anoréctica, la cronificación, la recurrencia y la frecuente mortalidad?. El modelo propuesto funciona localizando riesgo, estrategias de intervención y necesidad de derivación a grupo especialista. Describe cinco fases sumadas en tiempo lineal. Fase uno: Bajando de peso se construye identidad, fase dos: Regulando autoestima a través del peso, fase tres: Oponiéndose a comer se busca individuación, fase cuatro: El cuerpo protesta, deja de funcionar normalmente, fase cinco: La protesta psíquica: el aparato mental se focaliza en un solo deseo delirante: bajar de peso. Factores precipitantes activarán la dinámica anoréctica, una oportuna intervención la desarma.

(**Palabras clave:** Anorexia, bulimia, trastorno de alimentación, apego, familia). Rev Chil Pediatr 73 (6); 566-575, 2002.

Creating a model to understand eating disorders

We propose a framework to understand, evaluate and to treat eating disorders. The pathophysiological process that leads to an eating disorder involves biological, psychological, cultural and social factors. But how do these factors interact to build an anorexic configuration, with its chronic course, its recurrence and frequent mortality? The proposed model identifies risk factors, forms strategies for treatment and when to seek a specialist. It describes 5 stages, 1) the loss of weight, 2) auto-esteem and weight, 3) starving behaviour, 4) physiological consequences, and 5) psychological consequences, the mind only focussing on weight loss. Precipitating factors activate the process and opportune diagnosis and treatment can begin the recovery phase.

(**Key words:** anorexia, bulimia, eating disorders, family attachment). Rev Chil Pediatr 73 (6); 566-575, 2002.

INTRODUCCIÓN

Entender cómo alguien decide cambiar sus hábitos alimentarios para restringir la ingesta o expulsar lo ingerido hasta quedar en riesgo vital, sólo es posible si incluimos en el análisis la participación del aparato mental, modulador e intermediario de nuestro

estar-en-el-mundo. El Manual de Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM IV) distingue dos grandes trastornos: la anorexia y la bulimia. La práctica clínica nos ha demostrado que éstas parecen ser dos caras de una misma moneda: el trastorno en la conducta alimentaría al que genéricamente hemos terminado llamando anorexia (restrictiva

1. Departamento de Pediatría y Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

o bulímica). Las pacientes presentan momentos restrictivos y momentos eméticos en el curso de esta opción (intento de solución) que se va convirtiendo con el tiempo en enfermedad, razón por la cual preferimos hablar de trastorno de la alimentación considerándola una unidad nosológica.

Los criterios diagnósticos aceptados desde DSM IV incluyen para la anorexia: amenorrea por más de tres ciclos, temor a subir de peso y un peso bajo el 85% esperado para su talla y edad. La bulimia en cambio, se caracterizará por presentar atracones de alimentos con una frecuencia de dos veces por semana por tres meses que son seguidos de purga y de una evaluación de sí mismo basada en la figura (y por tanto muy lábil). Dada la alta prevalencia de los trastornos de alimentación en la población femenina (1,1 a 4,2% en bulimia y 0,5 a 3,7% en anorexia)¹ y la mortalidad que alcanzan en el transcurso de la vida de estas pacientes (10 al 15%)¹. Los cuadros parciales, iniciales, recurrentes o similares requieren intervención a fin de prevenir el cuadro de estado que señalan las estadísticas.

Reconocer la paciente que está en riesgo supone comprender las razones por las cuales alguien podría decidir utilizar la "solución anoréctica" para alcanzar la individualidad. El desarrollo humano supone un largo período de cuidado parental. La evolución hacia la autovalencia (independencia) deberá suceder tanto en lo cognitivo, lo laboral, lo reproductivo y lo emocional. Un adolescente hará diversos intentos, probará de varias formas conciliar su necesidad de depender del sistema parental y su tarea: hacerse cargo de su libertad. Dependiendo de las características del desarrollo emocional-social-cognitivo podremos augurar un período adolescente complicado, normal o sobreadaptado. Tanto en el polo de la sobreadaptación a los deseos parentales como en el de evitación de los mismos el adolescente está en riesgo.

Utilizar la figura y/o el peso como avales de estima de sí, es uno de los modos de organizar la identidad (independencia emocional). Un modo de alto riesgo, claro. La necesidad de percibir la autonomía y la imposibilidad de lograrlo a través de un vínculo armonioso con las figuras de apego significativo, podría ser suficiente estímulo para buscar sensaciones de amplitud y libertad emergidas de conductas de riesgo. Entre los ensayos de autogestión están los en-

cuentros con acciones que pueden derivar a patología: el uso de sustancias psicoactivas, la sexualidad de riesgo, los actos antisociales, autoagredirse, autosacrificarse.

El cuerpo (escénico, erótico, fisiológico) es un tema a integrar durante la adolescencia en la imagen de sí mismo. La silueta (el cuerpo imagen) está ahí (aquí) para ser regulado a través de la ingesta y el ejercicio. Muchas adolescentes y pre púberes hacen dieta como parte de una indicación médica o como parte de una conducta grupal que busca construir identidad femenina, se encuentran con el ayuno y las sensaciones de "liviandad-libertad-felicidad" que éste provee al inicio; otras prueban el vómito, como una conducta prohibida que hay que ocultar de los reprobatorios ojos parentales, algunas piensan que obtienen espacios "libres" del sistema establecido y lo codifican como independencia, para luego descubrir cómo se va construyendo una vida estrecha entre márgenes de vida emocional, cognitiva y social de intereses. La restricción puede llegar a generalizarse expropiando vida social, capacidad de entendimiento propio, intereses, aceptación del cambio. Puede así, dificultar la posibilidad de integrarse al mundo que le corresponde participar. Cuando los síntomas se cronifican, sucede una especie de autoexclusión, ya que la paciente estará incapacitada de realizar las tareas vitales como sus pares. Sin embargo, la pregunta que surge de inmediato es ¿porqué sólo algunas de estas adolescentes se enferman, cuando tantas hacen dieta? ¿cómo puedo como pediatra reconocer los procesos de desarrollo que dejan en riesgo a estas niñas, considerando que la mortalidad de esta patología es tan alta y la calidad de vida tan mala?

Veremos un modelo que explica como se va entrando y como se va saliendo de un trastorno de alimentación. Además puntuaremos algunos aspectos de la semiología de la sobreinvolucración relacional, factor de riesgo, diagnosticable precozmente y que predispone a la construcción de un trastorno de alimentación u otras conductas de riesgo en la adolescencia.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hipócrates primero y Galeno después emplean la palabra *asitia* o *inedia* para definir

la abstinencia alimentaría. Son los griegos quienes utilizan el vocablo *anoerktoús* o *asitous*, el prefijo negativo es el grado cero de la negación y el verbo es: tocar, tender, ofrecer algo, desear a alguien. No hay mención dentro de esta palabra a la ingesta. Son anorécticas, por tanto, aquellas personas que no desean, que no tienden. La raíz del vocablo, evidentemente, sobrepasa las consecuencias nutricionales². La patología parece ser más fiel al origen de la palabra "anorexia" que al uso que el tiempo le ha asignado. En la historia hay múltiples alusiones a cuadros del tipo consunción por causas del espíritu o efectos de ayunos prolongados, los primeros relacionados con demonios y los segundos con santas, como Catalina de Siena³. El Renacimiento, tomado de la razón como verdad absoluta, ordenaría disociar cuerpo de espíritu y las descripciones de mujeres ayunantes están divididas entre estos territorios, describiéndose desde ya, el temor a engordar. En 1774 Djerine la señala como una patología mental y en 1789 Naudeau la relaciona con la histeria. Pinnel la clasifica como una neurosis de la digestión en 1798, mientras que otros la relacionan con la melancolía, relación que sigue hasta hoy⁴. El estudio pomemorizado lo realizará Lasegue en Francia y Gull en Inglaterra. El primero la denomina anorexia histérica y el segundo anorexia nerviosa, entrando así al concierto médico desde el morbo psíquico.

Bruch en 1965 habla de la experiencia distorsionada del cuerpo, Crisp en 1967 de fobia al peso, y Russell en 1970 de miedo patológico a subir de peso. Al parecer la anorexia es una enfermedad que incluye en su fisiopatología tramos discursivos de la sociedad en la cual se aloja, por lo cual es esperable que vaya evolucionando con ella. Lo esencial se ha mantenido⁵ hasta hoy: mujeres jóvenes con rechazo a la alimentación y adelgazamiento extremo que amenaza la vida, con tendencia a negar la enfermedad y a recuperarse.

El modelo de las cinco fases

El modelo inédito que a continuación presento es una integración realizada sobre la base que esta es una patología que integra lo cultural, lo familiar, lo biológico, lo individual y lo biográfico, configurando el cuadro clínico que hoy conocemos.

El modelo ha sido pensado en el contexto

de las más de 100 pacientes atendidas y seguidas hasta por cuatro años en el grupo de trastornos de la alimentación que ha funcionado en los departamentos de Pediatría y Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica en conjunto con el grupo de terapia del Instituto Chileno de Terapia Familiar desde 1998 a la fecha, respondiendo a la necesidad de comprensión operativa del equipo conformado por nutriólogas, psiquiatras y terapeutas familiares que hacen uso de esta nomenclatura para asignar riesgo y definir intervenciones. Este modelo corresponde a una integración psicósomática evolutiva que incluye y articula áreas fisiológicas, relacionales, psíquicas y culturales como supracontexto psicopatológico. En este caso la fisiopatología es una psico-fisio-patología, es decir, una desviación de los procesos normales de individuación, que se dan siempre en el contexto de un vínculo con figuras de apego significativas, generalmente los padres, a tal punto de comprometer la fisiología y en algunos casos la vida.

"Comer" es una conducta que está ligada al cuidado materno desde el nacimiento. El primer amor parece tener sus bases en la lactancia y los primeros cuidados y la lactancia en el acoplamiento de ejes hipotálamicos en los diálogos hormonales, en las sincronías de ciclos (sueño, alimentación, esfínteres). El apego como conducta biológica reguladora de la angustia funciona a través de los sistemas enteroceptivos, propioceptivos, musculoesquelético, olfativo, gustativo. Las señales enviadas desde los diversos receptores se integrarán en el sistema límbico construyendo progresivamente los patrones matriciales de los sistemas de angustia y depresión. La estimulación de la mucosa gastrointestinal quedará ligada desde el inicio, a la modulación de la angustia y con ella las sensaciones de hambre y saciedad que serán moduladas en el hipotálamo¹⁷. En el desarrollo normal se va estableciendo una relación alimentos-cuidadores que integra los niveles fisiológicos más básicos como parte de ella. En la patología del comer estos niveles siguen juntos, sin lograr autonomía; y rechazar o recibir alimentos estará entonces asociado a la proto unidad alimento-cuidador. No es sólo el alimento lo que se rechaza o recibe, es también la sensación de ser cuidado.

Esta implicación de niveles nos permite entender la doble intención en la inicial baja

de peso: alcanzar parámetros idealizados de silueta (belleza) y vida (autonomía y éxito). La autoexigencia requerida en el sobrecontrol instintual es condición frecuente, pero no absoluta para alcanzar estos dobles objetivos.

Las cinco fases que proponemos aparecen dispuestas en una línea temporal. Una fase se va sumando otra (como cajas chinas) cuando el proceso se construye, y se van restando cuando el proceso se deshace, invierte. Un modo de entender para intervenir terapéuticamente, no necesariamente cierto, pero sí útil como lo ha ido demostrando nuestra práctica clínica (figura 1).

Las cinco fases son:

Fase 1: La baja de peso o construyendo identidad, fase 2: El re-conocimiento o buscando individuación, fase 3: La protesta en la relación familiar o la oposición a comer, fase 4: La protesta del cuerpo o minimización de la fisiología, y fase 5: La protesta psíquica o minimización del aparato mental.

Fase uno: La baja de peso Construyendo identidad

La población general femenina suele no estar satisfecha con su imagen corporal. Más del 90%⁶ quisiera bajar de peso o cambiarla. Por esta razón aprender a controlar el peso a través del ejercicio, la ingesta y los vómitos; forma parte de las habilidades culturales del homo sapiens.com (sedentario y de imaginario cinético). Las mujeres estamos más cerca de buscar a través de la imagen una solución al acontecer. (9:1 es la proporción mujeres-hombres de esta patología en la adolescencia).

La pregunta, sin embargo, es ¿por qué alguien en el peso adecuado, para la imagen deseada, sigue disminuyéndolo y deja de pertenecer al grupo fértil de la población femenina, hasta quedar en riesgo vital?. Recordemos que los trastornos de alimentación tienen el doble de mortalidad que cualquier otra patología psiquiátrica¹ y doce veces mayor mortalidad que la población femenina normal. Bajar de peso puede ser el resultado de una indicación médica o de un deseo. Se desea alcanzar un estado de salud una silueta o la pertenencia a un grupo, por lo cual seducir a través de la imagen, identificarse con los cuerpos socialmente idealizados y a través de ellos pertenecer a grupos con privilegios supone aprender la administración del balance calórico.

El cuerpo, núcleo central de la identidad, asiento de la abstracción "sí mismo" o "yo", será integrado durante toda la vida acogiendo los cambios que la biografía personal traerá. ¿Soy un cuerpo? ¿tengo un cuerpo?. Mi cuerpo es parte del mundo y también el medio por el cual tomo parte en el mundo⁷. Mi fisiología y "yo" en mi propia voluntad ¿vamos juntos o nos disociaremos (separaremos)?. Y además está este cuerpo que veo, represento e imagino cuando estoy frente a mi espejo interno. Mi "objeto-cuerpo" hecho de tantas historias e imágenes que hemos recibido y representado en la propia imagen corporal⁸. Imagen asociada a la autoestima y por lo tanto a la sensación de bienestar. De ahí que algunos intenten controlar el bienestar a través de la imagen. Podemos pensar en tantos cuerpos: el fisiológico sano y silencioso; el tecnificado: medible, hecho para y por la medicina; el escénico dispuesto a "representar" el drama o la comedia de una imagen construida para la aceptación social; el erógeno de superficies placenteras cutáneo-mucosas⁹.

Pasar por esta fase parece ser parte del desarrollo que todos hacemos como seres sociales. Si la baja de peso logra su objetivo y el cambio de silueta es incluido como parte de los cambios propios de esa etapa de desarrollo, el asunto puede quedar aquí sin patologizarse, sin embargo, si la baja de peso significa ser re-conocida (vuelta a conocer ahora con más valor o atención) se puede seguir hasta la etapa siguiente en la búsqueda de regular la autoestima por esta vía.

Fase dos: El reconocimiento Dejando que la imagen regule la autoestima

El ayuno parcial o inicial provoca un alerta fisiológica con activación de mecanismos de stress¹⁰. Esta forma de funcionamiento es primitiva, sin elaboración cortical, prefrontalizada y se caracteriza por: a. Disminución de la necesidad de alimentos; b. Aumento de la necesidad de movimiento en una hiperactividad catecolaminérgica; c. Aumento del tono muscular; d. Aumento de la velocidad de procesamiento cognitivo; e. Aumento de la percepción y revisión del entorno, hiperalerta; f. Expulsión de la emocionalidad desde la conciencia o incremento procesos inhibitorios límbicos. Esta es la alexitimia propuesta por Sifneos en 1975 (incapacidad de unir el afecto a la palabra) que descorporizará



Figura 1. Esquema del proceso anoréctico.

el discurso¹¹, haciendo del discurso un conjunto de palabras sin afecto, vacías al interior de una comunicación ineficiente, puesto que no comunica sentir (vida). Un discurso de parloteo que no conecta a uno con otro¹², ni tampoco a quien lo construye con sí mismo. Un discurso de riesgo, si asumimos que son los afectos, las emociones quienes guiarán gran parte de nuestra conducta. El modo fisiológico del ayuno es uno de sobrevivencia pre-reproductiva donde la sexualidad genital es tachada. La motivación inicial de la fase uno va mutando y lo que antes se decía causa, pasa a ser circunstancia. Ya no la imagen, sino la autoestima es la solución intentada. En esta fase se ha logrado la imagen requerida y a través de ella el reconocimiento social buscado como regulador de autoestima y bienestar. ¿Qué hace que logrado este objetivo en algunas niñas continúe la restricción y/o aparezcan las purgas? ¿cómo se pasa a la fase tres?. Es decir ¿cuál es la diferencia entre portar una identidad normal y portar un trastorno de alimentación?.

La nueva administración del cuerpo (ingesta, ejercicios) realizada por la adolescente, a poco andar, es evaluada por los padres como riesgosa, los cuales empiezan a intentar convencer a su hija de consumir alimentos para no enfermar o morir. Preocu-

pados por un tipo de control que parece exagerado y autodestructivo los padres han intentado ya diversas formas de persuasión y han quedado en evidencia aspectos agresivos de la relación antes soterrados bajo "la normalidad" de una imagen consensuada, y a veces idealizada, "mi hija era tan obediente, condescendiente". Se instala un antes y después: antes ella era "fácil de llevar" ahora en cambio "está difícil", no se sabe cómo relacionarse con ella, dirán las madres (o la familia) ya entrando en la siguiente fase cuando se saben impotentes frente a esta voluntariosa hija.

Fase tres: La protesta relacional. Mantener la oposición a comer como forma de individuación.

Es en esta fase que se inaugura la pregunta esencial ¿porqué dejar de comer a pesar del riesgo?, ¿porqué con tanta voluntad?. Sólo es posible entender esto si suponemos que la psiquis está aún más complicada y necesita que el cuerpo, y que hará un uso agresivo de éste para obtener sus objetivos, llevando la dicotomía cuerpo/mente a su máxima expresión disociativa. Sostener la imagen será entonces equivalente a sostener el equilibrio psíquico. ¿Qué ha sucedido en el desarrollo mental de este ser

humano que debe recurrir a medidas tan extremas?. Para comprender esto es necesario recurrir al concepto de apego definido por Bowlby desde la etiología en los años 50. La unidad madre-hijo supone que una fisiología adulta se acoplará al recién nacido para asegurarle la sobrevivencia²³, a esto se llama apego¹³ y requiere de una empatía sobreinvolucrada para asegurar la madurez fisiológica del niño. Resolver la autonomía supone desacoplarse de la fisiología adulta y adquirir la certeza de unidad separada, siendo éste el proceso de individuación¹⁵ que va construyendo el aparato mental de cada uno de nosotros. La biografía familiar puede entorpecer este proceso dejando a uno de sus miembros atrapado, sobreinvolucrado²⁴ con otro como si la vida de ambos dependiera de la existencia del otro. Esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone, especialmente durante la adolescencia¹⁶, a soluciones de autonomía fisiológica. Llamamos autonomía fisiológica a un cuerpo que puede sostener por sí mismo un equilibrio emocional satisfactorio que será leído psíquicamente como bienestar. La solución anoréctica es una de las alternativas patológicas disponibles. Intentaría encontrar la separación a través de una pseudoautonomía. Para sentir ese bienestar recurriría a conductas que llevan, en el mediano o largo plazo, a complicaciones mayores y aparición de comorbilidades psíquicas y somáticas.

La niña intentará hacerse autónoma, es decir, percibir, procesar, construir y equilibrar por sí misma, sin interferencias de sus cuidadores el mundo y las personas que lo habitan. Intentará vincularse de un modo diferente con su familia, habitar la fisiología de su cuerpo. Sólo así se podrá producir la conexión con "otro" y saldrá de la sensación de soledad propia de la adolescencia. Resolver el apego inicial que vuelve a reactivarse durante la adolescencia supondrá distinguir entre lo propio y lo próximo. Construir un criterio de realidad emocional que permita conjugar la primera y la segunda persona con claridad, creando conexión¹² y no sobreinvolucración en la relación.

Salir de la sobreempatía permanente, de la confusión de identidades. Esta es tarea de la adolescencia, tarea psicológica, relacional y del neurodesarrollo de los sistemas, que darán estabilidad al futuro adulto.

Tomar una decisión de administración del

sí mismo contraría al modo parental ha sido una conducta característica de los adolescentes de todos los tiempos y que no necesariamente conduce a patología. La enfermedad está en sostener con tenacidad la decisión de administrar el disconfort psíquico a través del control de la imagen y el peso llevando la fisiología a un desequilibrio de riesgo vital. La intervención familiar^{25,24} permite transitar en la nueva línea que separará el sí mismo del adolescente del sí mismo de cada uno de los padres. Esta intervención está considerada, especialmente en las etapas tempranas de la adolescencia, la intervención en trastornos de alimentación de mejor rendimiento a largo plazo¹. El vínculo, como relación nacida desde el apego y la historia en común, es el lugar donde se produce el desarrollo del aparato mental¹⁶. Si el vínculo falla, la angustia vital (estrés) y el ánimo⁹ lo harán y podremos asistir a esta u otras soluciones de pseudoindividuación (Ej. drogadicción) y se sumará la comorbilidad habitual. Entre el 50% y el 75% de las pacientes en solución anoréctica tienen antes, durante o después del cuadro síntomas depresivos (distimia, depresión) que requieren tratamiento y el 4-13% un trastorno bipolar. Los síntomas de ansiedad toman las formas de fobia social, trastornos obsesivos compasivos (sobre un 25%), el abuso de sustancias, como una forma de evadir estas sensaciones alcanza hasta el 30-37% en las bulímicas y 12-18% en las restrictivas¹.

Otras harán de estas sensaciones formas permanentes de estar y serán diagnosticados los trastornos de personalidad (se estiman entre 42 a 75%), siendo más frecuentes los trastornos de personalidad de tipo borderline y obsesivo¹. El ayuno, el control de la imagen, y el reconocimiento social son vividos como salidas de las desagradables sensaciones de vacío, confusión, angustia y depresión. La paciente desea no desear¹⁸ alimentos, y en vez de conectarse con las necesidades más básicas del organismo (hambre, cansancio, sexualidad, etc) lo hace con una representación del mismo¹⁹: lo mide, lo escucha, lo agrade, pero no lo lee, no lo escucha. Lo transforma en su mente en un objeto que se puede controlar. Un objeto que repudia y que la representa. Cuerpo y "yo" están también sobreinvolucrado, así cuando ella pesa el cuerpo, pesa su autoestima en una relación inversa. Si con-

sigo bajar de peso, valgo, si subo soy nada, nadie. El trastorno se estructura como tal en esta fase y se hace evidente en la siguiente, y en la fase tres la protesta se hace pública. En función de "hacerla comer" la familia toca ampliamente sus conflictos internos. Sin una patología tan grave al centro de la relación adolescente-padres, estos conflictos podrían haber pasado desapercibidos. Sin embargo, el cuidado parental queda en interdicción cuando el índice de masa corporal baja de 17,5 y parece que nadie logra que coma o deje de vomitar.

Es en esta fase cuando podemos modular las relaciones triangulares necesarias para crecer. Se requiere una madre y un padre presentes (o al menos sus funciones) para que sucedan los pasos necesarios hacia la adultez. Dosis de contener/soltar; creación del espacio mental propio; distancia de las figuras de apego (a veces se invierten los roles y el hijo es la figura de apego de los padres, lo que lo deja en riesgo de patología mental, ya que no puede completar sus propios hitos del desarrollo), se negociarán mientras sucede la estabilización neurofisiológica de los sistemas reguladores de ritmos, tranquilidad, ánimo, energía²¹.

El ayuno, la baja de peso, los desequilibrios hidroelectrolíticos provocados por los vómitos o el uso de laxantes desregulan los ejes endocrinos. Especial interés han despertado los estudios que relacionan las historias de desapego materno con vulnerabilidad fenotípica al estrés¹⁷ y la depresión.

Entre los factores de riesgo posibles de evidenciar en adolescentes que pasarán a la fase cuatro se encuentran: baja brusca de peso; excesiva preocupación por la apariencia, el peso, la imagen personal; irregularidades menstruales; sensibilidad al frío; fatiga frecuente; cambios de ánimo e irritabilidad; aislamiento social; ansiedad y depresión permanente por más de dos semanas; interés en preparar alimentos para otros; dividir mentalmente los alimentos en prohibidos y permitidos; tener rituales con la comida: en ciertos lugares, ciertas comidas, ciertos días en ciertos platos; cambio en la ropa, usarla suelta, esconder el cuerpo; cambio en el patrón de ejercicios; excusas frecuentes para no comer; comer muy lento o muy rápido; revolver el plato para no comer; ir al baño siempre después de comer y sensación de perder el control después de comer.

Fase cuatro: La protesta del cuerpo.

La fisiología decide disminuir toda actividad

Esta es la fase sintomática somática. La paciente al insistir en su baja de peso se encuentra con un cuerpo que dice detener su crecimiento y sus oscilaciones. En esta fase se presenta la clásica anorexia descrita por el DSM IV, se han alterado los ejes hipotálamo-hipófisis-gonadal, hipotálamo-hipofisis-adrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroideo, hipotálamo-hipófisis-hormona del crecimiento, sistema inmune, el metabolismo basal, el sistema digestivo se ha enlentecido y en caso de vómitos se ha inflamado, el sistema cardíaco se ha enlentecido hasta hacer bradicardias, arritmias o paros, la presión arterial baja y hay hipotermia. El pelo y los fanereos se quiebran. Los músculos se vacían provocando fatiga, los huesos se vacían de calcio produciendo osteoporosis. La fisiología es ahora quien hace una protesta formal. La hospitalización en esta fase tienen como objetivo recuperar un organismo funcionando para una persona disfuncionante.

Fase cinco: La protesta psíquica.

El aparato mental focaliza un solo deseo delirante.

La única certeza que resta es un deseo: bajar de peso; un pensamiento: bajar de peso; una frase: bajar de peso. Estas pacientes pueden manifestarse como verdaderas psicóticas, tanto que hay autores que las califican como tal y le restan importancia a los síntomas restrictivos. Las pacientes que llegan a este estado suelen tener comprometido el ánimo y el criterio y juicio de realidad, pareciendo que todo su yo girara en función del tema de la comida. Es una poda del ser en tanto fisiología, psiquis y relación. Es el fin de la intersubjetividad¹⁴. Cesa la capacidad de relacionarse con otro, función básica y fundamental para la integridad psíquica. Sin individuo no hay inter (espacio para la conexión) posible.

Uso del modelo de las cinco fases

Uso diagnóstico:

F1: Adolescente sana que desea administrar su cuerpo.

F2: Adolescente sana reconociendo que la imagen es un factor importante para la interacción social. Sólo si sobre esto se suman factores de riesgo y eventos precipitantes (ver más adelante) se pasa a la fase 3.

- F3: Adolescente de alto riesgo de trastorno de alimentación.
F4: Cuadro de estado.
F5: Cuadro grave con co-morbilidad psiquiátrica.

Uso en decisiones de intervención.

- F1: Abrir otros horizontes además de la imagen como reguladores de autoestima a nivel cultural: programas educativos, apoyo de medios de comunicación.
F2: Apoyar actividades que conecten a la adolescente con la sensación de capacidad y autovalor (Talleres, grupos organizados juveniles, hobbies, etc).
F3: Evaluar posibilidad de derivación a grupo de especialistas para determinar grado de riesgo desde evaluación vincular realizada por pediatra en control o consulta de morbilidad.
F4: Derivación inmediata a grupo de trastornos de alimentación quien considerará hospitalización.
F5: Derivación urgente a Grupo de Trastorno de alimentación quien considerará hospitalización psiquiátrica.

La intervención realizada antes de un año de evolución de síntomas auguran mejores resultados terapéuticos elevando la probabilidad de recuperación a un 44% *versus* conductas más laxas en¹ que no auguraban más de un 30% de cura.

Marcadores de riesgo de trastornos de la alimentación

a. Del sí mismo:

- i. Perfeccionismo; autoexigencia, crítica, autodevaluación, funcionamiento polar (bueno/malo; limpio/sucio; adentro/afuera; control/descontrol); dificultad para expresar necesidades; analfabetismo emocional; dificultad para ser asertivos rasgos de dependencia o evitación en la personalidad; baja autoestima; necesidad de aprobación; antecedentes de abuso sexual (en cualquier de sus formas).
- ii. Patologías que supone dietas especiales: diabetes, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca.
- iii. Historia de trastornos de la conducta alimentaria: antecedentes de problemas de alimentación desde el primer año de vida: lactantes rechazantes del pecho materno o de ciertos alimentos; lactantes vomitadores; preescolares que rechazan alimentos o se oponen a comer con al-

guno de los padres; escolares que comen lento escarban el plato y dejan alimentos y aparecen como inapetentes o «mañosos».

- b. *De la familia:* sobreinvolucración, evitación de conflicto, falta resolución de problemas, criticismo, aglutinación emocional, preocupación familiar por la delgadez, evitación del dolor y los duelos de pérdidas; orden desde los logros y la apariencia; patología mental de los padres: depresión, crisis de pánico, abuso de alcohol o drogas, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastorno de alimentación. Duelos no resueltos.
- c. Del grupo de pares: exigencia en la apariencia, el éxito; otros pares con trastorno de alimentación; suicidio o depresión.
- d. Del fenotipo: historia de respuesta exagerada al estrés como rasgo temperamental²².
- e. De la historia: experiencia de muerte de padre a temprana edad: separaciones de figuras de apego a temprana edad (lactante, preescolar) de las conductas.
- f. En las comidas: hurgar el plato, revolverlo, sentir asco frente a las comidas, perder el control de la ingesta especialmente con dulces; preparar alimentos para otros; tener rituales en las comidas (sólo ciertos alimentos en ciertos recipientes por ejemplo); comer muy lento o muy rápido; desaparición de ciertos alimentos; correr al baño después de almorzar.
- g. Ejercicios: hacer más de la cuenta, después de comer o a escondidas.

Marcadores de sobreinvolucración

Llamaremos sobreinvolucración a un vínculo más estrecho que lo esperado para la edad y etapa de desarrollo del niño con su madre o cuidador.

El padre, como el necesario tercero en esta diada, no ha participado inaugurando el necesario triángulo donde el niño o niña aprenderá de distancias, exclusiones, rechazos, alianzas transitorias. "Se necesitan tres para ser uno". Cuando la diada no ha iniciado el conflicto que terminará por separarlas, se ven los siguientes signos en una consulta pediátrica, los que se van sucediendo a medida que transcurre la consulta:

En el uso del espacio.

- a. Cercanía corporal: los cuerpos de madre e hija/o están muy cerca. Se conectan

durante la entrevista, a través de las manos, piernas, pelo, cara u otros.

- b. Complementariedad de la postura: Ambas se tornan una sola figura. Calzan las convexidades con las concavidades los ejes de rotación de caderas, tronco, cabeza.
- c. Espacialidad común: una o la otra usan el espacio por ambas definido como propio y común a la vez.
- d. Uso del regazo materno o del hombro de la hija.
- e. Exclusión del padre: activa por parte de la madre y la hija, pasiva desde el padre.

En el uso del lenguaje.

- a. Sobretraducción materna a las vivencias de la hija (la madre narrará todo lo que la hija piensa, siente, espera, estando la hija presente).
- b. Uso de palabras que definen el mundo como un lugar peligroso, más allá de lo realmente posible de manejar en otras chicas de esa edad y ese nivel social y la familia como muy unida. Las palabras cuidado, peligro, unión, cercanía, necesidad amor o las inversas, distancia, odio, rabia para hablar de otros¹⁹.
- c. La hija busca la aprobación materna antes de hablar o de emitir alguna opinión, incluso sobre sí misma.

En la anamnesis:

- a. Necesidad de cercanía mutua: dormir juntas, llamarse frecuentemente durante el día y sensación de angustia en caso de retrasos, viajes, separaciones transitorias;
- b. Ideas de enfermedad, muerte o temor por la integridad física de una por la otra.
- c. Temor a la desintegración de la familia en cualquiera de sus formas (separaciones parentales, conflictos domésticos, disensos en opiniones, etc).
- d. Episodios de intensa rabia mutua que pueden no estar libres de maltrato emocional o físico.
- e. Deseo de agradarse mutuamente.

CONCLUSIÓN

Se presenta un modelo de comprensión e intervención en el grupo de patologías denominadas trastornos de alimentación. En la consulta pediátrica es posible reconocer

marcadores de riesgo desde la historia de desarrollo de la paciente, como de los signos vinculares observables antes que el cuadro de estado se instale y permee las estructuras psíquicas y somáticas.

La derivación a especialista en la fase 3 haría posible evaluar el riesgo mental y la necesidad de intervención, antes que la configuración anoréctica se consolide y altere completamente la fisiología.

Criterios diagnósticos anorexia (DSM IV)

- 1) Temor a subir de peso
- 2) Alteración de la imagen corporal
- 3) Baja de peso < 85% según peso/talla
- 4) Amenorrea 3 ciclos.

Criterios diagnóstico bulimia (DSM IV)

- 1) Atracciones recurrentes (2 veces x semana x 3 meses)
- 2) Purga laxantes, vómitos
- 3) Autoevaluación basada en la figura y el peso.

REFERENCIAS

1. *Yager, J:* Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J of Psy 157: 1 January 2000 Supplement.
2. *Baravalle G, Jorge CH:* Anorexia: teoría y clínica. Paidós Psicología profunda Buenos Aires 1996.
3. *Raimbault G Rliacheff C:* Las indomables figuras de la anorexia. Nueva visión. Buenos Aires 1989.
4. *Caparrós N, Sanfeliú I:* La Anorexia: Una locura del cuerpo. Biblioteca Nueva Madrid 1997.
5. *Morandé P:* Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Ediciones temas de hoy España 1995.
6. *Abraham S, Llewrllyn-Jones D:* Eating disorders Oxford University press 1997.
7. *F. Lolás Stepke:* Más allá del cuerpo. Ed Universitaria 1998.
8. *Dolto F:* La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós 1997.
9. *Lecman TP:* Cuerpo y símbolo. Lugae Editorial. Buenos Aires 1998.
10. *Vargas Fernández L:* Factores psicológicos en la génesis y mantención de las enfermedades físicas. Terapia Psicológica 1985; 4: 39-47.
11. *Nasio D:* Los gritos del cuerpo Argentina Paidós 1996.
12. *Stierlin:* Que hay detrás de la puerta de la familia cap Las familias de anorecticos. Gedisa 1995.

13. *Bowlby J*: Vínculos efectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid Ed Morata 1976.
14. *Bleichmar E*: Julio 2001: Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo. Metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque modular-transformacional. /WINDOWS/Escritorio/Hugo/Aperturas6/aperlog2gif (con acceso al 8 abril 2002 < [Boletín electrónico on line] Disponible desde Internet en:www.aperturas.org
15. *Mahaler M*: El nacimiento del infante humano. Buenos Aires. Ed Marymar 1975.
16. *Blos P*: La transición adolescente Ed. Amorrortu Argentina 1996.
17. Nemeroff 2000 Update in neurobiology of depression <http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/TreatmentUpdate/2000/tuO3/public/toc-tuO3.html> con acceso julio 2000 en www.medscape.com nemeroff Scientific American Junio 1998.
18. *Buzzatti G, Salvo A*: Il corpo Parola delle donne Raffaello Cortina Editori Milano 1998.
19. *Cordella P*: Reflexiones acerca del trastorno de ansiedad por separación. Sistema Familiares Julio 2000.
20. *Lecman TP*: Cuerpo. Lugae Editorial. Buenos Aires 1998.
21. Stress Forth GenerationHuda A Aquil and M Inés Morano <http://www.acnp.org/G4/GN401000073/Default.htm> disponible desde internet en www.acpn.org a marzo 2002.
22. *Thomas A, Chess S*: Temperament and Development. New York, Brunner/Mazzel 1977.
23. *Stern D*: La constelación maternal. 1997. Buenos Aires. Ed Paidos 1977.
24. *Selvini M*: Ragazze Anoressiche e bulimiche Raffaello Cortina editori Milano 1998.
25. *Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J*: Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Martínez Roca Barcelona 1991.

AVISO A LOS AUTORES

La Revista Chilena de Pediatría puede ser visitada a texto completo en la página web: www.scielo.cl en un aporte de Conicyt a las publicaciones científicas nacionales.