

MOSAICOS

ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD

Gérard Apfeldorfer



MOSAICOS

Traducción de
MARÍA GUADALUPE BENÍTEZ TORIELLO

Gérard Apfeldorfer

ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD

Una explicación para comprender
Un ensayo para reflexionar

booksmedicos.org

siglo
veintiuno
editores

siglo xxi editores, s.a. de c.v.
CERRO DEL AGUA 248, DELEGACIÓN COYOACÁN, 04310, MÉXICO, D.F.

siglo xxi editores argentina, s.a.
TUCUMÁN 1621, 7 N, C1050AAG, BUENOS AIRES, ARGENTINA

portada y diseño de interiores: maría luisa martínez passarge

primera edición en español, 2004
© siglo xxi editores, s.a. de c.v.
ISBN 968-23-2518-8

primera edición en francés, 1995
© flammarion, parís
título original: *anorexie, boulimie, obésité*

derechos reservados conforme a la ley
impreso y hecho en méxico / printed and made in mexico

PRÓLOGO

El título de la presente obra amerita una explicación. En efecto, hoy en día apenas se acostumbra incluir en un mismo grupo la anorexia mental y la bulimia, problemas que se considera tienen causas psíquicas, y la obesidad, a la que de ordinario se clasifica como un problema de origen metabólico. Ciertamente, después de haber inquirido durante mucho tiempo por el origen primario de la anorexia mental en algún desarreglo neuroendócrino*, no ha habido más remedio que someterse a las pruebas y admitir que el problema es de origen psicológico. El anoréxico, que odia su carne, es presa de un intenso miedo de engordar y se niega a mantener un peso normal. Una jovencita llega a estar flaca y desnutrida debido a que se abstiene de comer, ayuna o limita su alimentación drásticamente. (En razón de que los anoréxicos y los bulímicos se reclutan sobre todo entre las jovencitas —nueve de ellas por cada muchacho—, nos referiremos a ellos en femenino y les pediremos a los chicos que tengan a bien disculparnos por ello; sin embargo, los sujetos masculinos no se verán totalmente excluidos y más adelante

* La primera vez que aparece un término importante de un vocabulario especializado, que se explica en el glosario, va seguido de un asterisco.

les dedicaremos algunas palabras; por lo que se refiere al obeso, emplearemos invariablemente el género masculino, toda vez que el sobrepeso es un problema que afecta por igual a ambos sexos.)

Desde los años ochenta del siglo pasado, la atención se ha dirigido sobre todo a la bulimia: los bulímicos son individuos que cometen excesos en el comer, pero que bien o mal logran compensar esos abusos por medio de artificios como son el ayuno, el vómito provocado, el ejercicio físico intenso o el abuso de diversos medicamentos con una finalidad que ya no responde a la original. Así pues, su peso es las más de las veces normal, aunque suele estar sujeto a considerables fluctuaciones. Nadie puede objetar con seriedad, dado el actual estado de la ciencia, que los bulímicos dependen prioritariamente de la atención psicoterapéutica.

Por lo que se refiere a la obesidad, numerosos trabajos recientes han puesto de manifiesto con toda claridad la importancia de los factores genéticos y familiares, así como el papel que desempeña la manera de alimentarse, en particular la abundancia de grasas. Así pues, somos obesos porque nuestros padres y nuestros abuelos lo eran, y porque comemos demasiadas grasas. Habitualmente se concede que numerosos obesos exhiben comportamientos completamente anormales respecto de los alimentos y, en algunas ocasiones, determinados problemas psicopatológicos, los que a menudo se consideran como la consecuencia de la discapacidad social que constituye la obesidad, o, más aún, como el efecto de estériles intentos de adelgazar.

Hace apenas poco tiempo, desde el inicio de los años noventa del siglo pasado, los investigadores se interesaron directamente en los problemas del comportamiento alimentario de los individuos obesos. Se impone reconocer que un tercio de ellos, y hasta la mitad de los sujetos con sobrepe-

so, observaban un comportamiento similar al de los bulímicos con peso normal, con la diferencia de que los primeros casi no recurrían a los métodos de anulación utilizados por los últimos para compensar sus excesos. Ese síndrome de hiperfagia incontrolada o *Binge eating disorder*, también llamado "compulsiones* alimentarias" o "antojos", es la causa de una considerable angustia y parece que compromete íntegramente los buenos resultados del enfoque exclusivamente médico de la obesidad. Nos parece que ese punto basta por sí mismo para justificar plenamente que hayamos incluido en un mismo grupo problemáticas que hoy se consideran independientes.

Veremos, asimismo, que los argumentos abundan, y que abogan por la unidad estructural de los diferentes trastornos de comportamiento alimentario y de los problemas del exceso de peso, a los que hoy en día nos sentimos muy inclinados a considerar como una modalidad aparte. Las formas intermedias, por lo demás, lejos están de constituir excepciones: por ejemplo, sólo una gran habilidad para provocarse el vómito es lo que, al parecer, distingue a una "anoréxica mental sujeta a crisis de bulimia" de otra de quien se afirma que es presa de la *Bulimia nervosa*. Un gran número de mujeres jóvenes sólo escapan de la anorexia mental para convertirse en bulímicas; así, su peso fluctuará de acuerdo con la frecuencia de las crisis, con la capacidad para provocarse el vómito, con el ayuno y con la restricción alimentaria. De manera tal, que serán obesas en ciertas etapas de su vida, o bien tendrán un peso normal, incluso tenderán hacia la anorexia.

Pero en el plano terapéutico es en donde más se resiente la necesidad de un modelo de comprensión global y, sobre todo, más operante. En este sentido hay que comprender el modelo de carácter fenomenológico que ofrecemos con el nombre de "posición hiperempática".

De un extremo al otro



Mujer dormida. *Escultura perteneciente al neolítico. A través de las edades, la representación de la mujer ha experimentado numerosas influencias. En la actualidad, un cuerpo obeso está destinado a las gemonías. Foto © E. Lessing/ Magnum.*

PUNTOS DE REFERENCIA

¿Existe algún campo en el que las investigaciones sean tan abundantes, diversas y contradictorias como en el que concierne a los trastornos de comportamiento alimentario y a las condiciones de sobrepeso? En primer lugar describiremos los diferentes síntomas a los que responde su clasificación, luego expondremos los enfoques terapéuticos que suelen proponerse.

El hecho de ayunar, o de restringirse en el plano alimentario, o incluso de comer rápidamente grandes cantidades de alimento, da lugar a particulares condiciones biológicas y psicológicas. Como es evidente, los efectos del ayuno, es decir, de privarse de todo alimento, resultan excepcionalmente visibles en la anoréxica; la alternancia de la restricción alimentaria y la hiperfagia son hechos que se verifican preferentemente en las bulímicas. Pero esas diferentes condiciones no les son desconocidas a la mayor parte de los obesos, quienes experimentan los efectos del ayuno y de la restricción alimentaria en los periodos en que procuran perder peso, y los efectos de la hiperfagia cuando renuncian a ello. El hecho de que esas condiciones sean observables en diverso grado en los diferentes trastornos del comporta-

miento alimentario, constituye un argumento bastante sólido como para considerar que forman parte de un *continuum* y no que son problemas independientes entre sí.

La regulación de las ingestas alimentarias

Antes de adentrarnos en los detalles de la patología, examinemos en qué forma se regula normalmente nuestra alimentación.

Los complejos mecanismos neuroquímicos cuyo pivote es el hipotálamo, centro nervioso que se localiza en la base del cerebro, por lo general se encargan de la conservación de un peso estable y regulan nuestro apetito en función de nuestras necesidades. Lo que constituye el objeto de esa regulación no es el peso en sí, sino el almacenamiento de grasa en el cuerpo. Una masa grasa óptima (la correspondiente a un peso óptimo) estaría programada de esa manera mediante un mecanismo de ponderostato*. Una alimentación sobreabundante tendría como resultado el incremento de la masa grasa del cuerpo, y también, correlativamente, el incremento de la secreción de insulina* del páncreas. El aumento de insulina sanguínea actúa en la región ventromediana del hipotálamo, de donde resulta una disminución del deseo de comer y un incremento paralelo de la utilización de las grasas previamente almacenadas. Y así es como se comienza a perder el exceso de grasas que se acumularon con anterioridad. Cuando la masa grasa disminuye por debajo de cierto umbral, se activa un mecanismo inverso: el apetito aumenta y las grasas se utilizan menos, hasta que se recupera la cantidad almacenada. Señalemos un hecho importante: cuando varía la cantidad de grasa almacenada, el tiempo de latencia que requiere la activación o la disminución del

apetito varía de un individuo a otro, en particular entre los adultos. Algunos de ellos rectificarán el exceso de aporte en un lapso de 24 horas, en tanto que para otros transcurrirán de tres a siete días antes de que una variación en la masa grasa ejerza cierta influencia en su apetito. Estos últimos, pues, no tendrán un peso perfectamente estable; antes bien, su peso fluctuará alrededor del peso promedio.

Hemos hablado de "el apetito". Por norma general, comemos cuando experimentamos la sensación de hambre, sensación compleja a la que la mayoría de los individuos describen como un vacío doloroso a la altura del estómago, o como sensaciones en la boca y en la faringe asociadas a sensaciones más generales de debilidad y nerviosismo. Las sensaciones de saciedad suelen ser menos precisas, y en la mayoría de las personas consisten en una sensación de plenitud y satisfacción. El valor hedonista de los alimentos, es decir, el placer que nos proporciona comerlos, también varía en función del estado de desnutrición: de esa manera, los alimentos con mucha azúcar serán los preferidos cuando nos encontremos en estado de desnutrición, y después lo serán cada vez menos a medida que nos hayamos saciado.

De hecho, la regulación de las ingestas alimentarias no es obra exclusiva de los mecanismos biológicos, sino que es en gran parte de naturaleza condicionada. Todo sucede como si nuestro organismo, a partir de anteriores experiencias, fuera capaz de prever el aporte energético del alimento que consumimos y regulara nuestro apetito en función de ese valor previsto. De esa manera, si a niños de cuatro años de edad se les da de manera repetida, 20 minutos antes de una comida hecha con toda libertad, una rebanada de pastel, ya sea rico en calorías y con sabor de vainilla, ya sea pobre en calorías y con sabor de chocolate, podremos comprobar que los niños no tardan en hacer una comida más abundante

cuando el pastel que se les ha dado es con sabor de chocolate. Si a continuación invertimos los sabores, resulta sin embargo que los niños siguen comiendo más después de haber ingerido el pastel de chocolate: han "aprendido", sin duda, que el sabor de chocolate es indicador de un pobre aporte calórico. No obstante, si no se modifica la inversión de los sabores, después de algunos ensayos los niños rectifican su aprendizaje y entonces comienzan a comer menos después de haber ingerido el pastel de chocolate.

¿En qué forma influyen en nuestras ingestas alimentarias esos diferentes factores? El primer medio de regulación, la correlación posprandial*, consiste en tener hambre más temprano después de haber hecho una comida cuyo aporte energético ha sido insuficiente, o, en el caso inverso, en sentirla mucho más tarde. Pero lo más frecuente es que comamos a horas fijas y no podamos tomar en cuenta nuestros apetitos: si no puede efectuarse la correlación posprandial, en su lugar se verifica un ajuste calórico*. De esa manera, un aporte energético muy pobre correspondiente a ingestas alimentarias anteriores, y una comida que ha debido retrasarse a pesar del hambre serán compensados por una comida más rica en valor calórico. De manera inversa, los excesos obligarán a comer menos en la siguiente comida, siempre que ésta no se haya retrasado.

Hasta aquí no hemos hecho sino esbozar las principales reglas de la regulación de nuestras ingestas alimentarias. De hecho, las cosas son infinitamente más complejas: para comenzar, todo cuanto hemos dicho sobre el hambre y la saciedad sólo es válido para la situación en la que sólo comemos un solo tipo de alimento, lo que rara vez es el caso. Cuando en una comida pasamos de un plato a otro, el apetito se renueva y acabamos comiendo cerca de 30% más que si nos hubiéramos limitado a un único alimento. Por otra parte,

tenemos apetitos específicos, que no son innatos sino adquiridos por condicionamiento, y apreciamos en un momento determinado los alimentos que le aportan al organismo aquello de lo que tiene necesidad. Por ejemplo, los sujetos humanos desnutridos a los que se les ofrece de manera aleatoria un potaje rico en proteínas y un potaje común, después de probar ambos en varias ocasiones manifestarán su preferencia por el potaje enriquecido.

Ayuno, restricción alimentaria, hiperfagia

Pero, ¿obedecemos siempre a nuestros apetitos? Evidentemente no. Por ejemplo, podemos decidir no hacerle caso a nuestra hambre, no comer y ponernos en ayuno. Trátese de ayuno involuntario, por falta de alimento, o de ayuno voluntario, en ambos casos se observan las mismas alteraciones biológicas y psicológicas. En el aspecto biológico, el metabolismo normal, que en gran parte se basa en la utilización de los azúcares, se interrumpe después de dos o tres días, a falta de carburante, y entonces las grasas de reserva son las que efectúan el aporte de energía. Esas modificaciones del metabolismo son las que hacen que el hambre, intensa y dolorosa durante los primeros días, acabe casi por desaparecer. A ello le sigue un estado de euforia y desinterés. La "embriaguez del ayuno" da lugar a una sensación de lucidez y de claridad mental; el interés se centra en las actividades intelectuales, en la espiritualidad. El cuerpo, que va debilitándose, se hace olvidar. Casi siempre se extingue el deseo sexual.

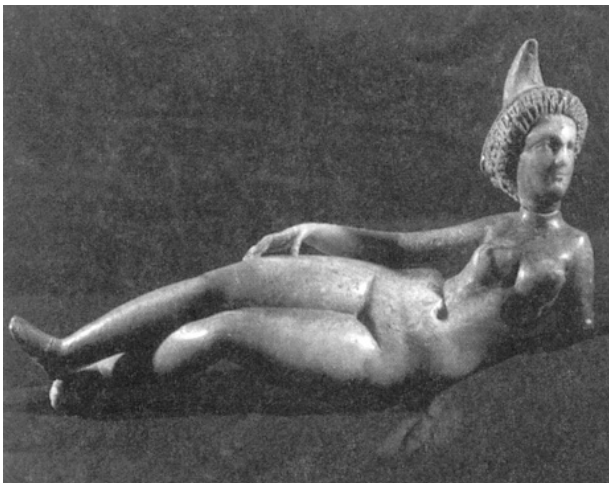
Así pues, no es de sorprender que la privación voluntaria de alimento haya sido utilizada en todos los tiempos como medio para emanciparse de la materialidad. Practican el ayuno los individuos que aspiran a establecer un contacto di-

recto, privilegiado, con una entidad trascendente. Buda, Jesús, los santos y los profetas, todos ellos ayunaron en un momento determinado de su búsqueda. La mayor parte de las sociedades llamadas primitivas imponen ayunos preiniciáticos destinados a preparar al individuo para comenzar una nueva fase de su existencia. En menor grado, los periodos de ayuno o restricción alimentaria forman parte de casi todas las tradiciones religiosas. Ejemplos de ello son el ramadán, el Yom Kippur y la cuaresma.

El ayuno también puede tener el significado de un arma. Así, en el Japón antiguo se "ayunaba en contra" de un enemigo para ultrajar su honor. En la India, un acreedor podía ayunar frente a la casa de su deudor hasta obtener su pago. De la misma manera, la moderna huelga de hambre tiene como objetivo hacer ceder al enemigo. Por ejemplo, en su lucha contra los ingleses, Gandhi utilizó el arma de la huelga de hambre "hasta la muerte" en 17 ocasiones.

Lo propio del ayuno es que constituye una ruptura. Rechazar el alimento es romper un vínculo fundamental. Según el caso, de lo que se trata es de consagrar la ruptura con la materialidad y con el mundo profano, o bien, con el grupo social o familiar, e incluso con un individuo. Debido a que cada cual percibe intuitivamente la importancia de esa ruptura, el ayuno prolongado suscita una multitud de reacciones emocionales en el entorno.

Cuando la privación de alimento es incompleta y se consumen glúcidos así sea en pequeña cantidad, el hambre y la incomodidad persisten tanto en el plano físico como en el psíquico. Para el individuo en estado de restricción alimentaria, la comida adopta el carácter de una obsesión: en perpetua búsqueda de alimentos, sólo puede pensar en lo que podría comer, en lo que comió en el pasado. No tarda en tornarse irritable, ansioso, depresivo, y pierde todo el deseo



Mujer babilonia. *Esta escultura del siglo III a.C. encarna el equilibrio de las proporciones de la belleza clásica. Foto © E. Lessing/Magnum.*

sexual y toda capacidad de emocionarse. Si la restricción severa perdura, la agresividad y la búsqueda de alimento evolucionan hacia un estado de apatía, de desinterés general y de letargo, en el cual se esfuma la percepción del tiempo. Si en esas condiciones el individuo acaba por tener acceso al alimento, pierde todo control de sí mismo y se atraca con avidez, de modo bulímico.

Ese síndrome de restricción alimentaria ha sido objeto de estudios experimentales, de los cuales un modelo en su género es el llamado "de Minnesota", realizado en 1950. Algunos hombres jóvenes y en buen estado de salud se sometieron voluntariamente a un régimen de restricción alimentaria, hasta perder 25% de su peso. Entonces se tornaron irritables, ansiosos o depresivos, presentaron un estado de embotamiento emocional y se vieron sujetos a impulsos bulímicos.

Los *tests* psicológicos pusieron de manifiesto un aumento en los puntajes de depresión, hipocondría e histeria. Obsesionados por el alimento, almacenaban el poco con el que contaban y, a falta de éste, atesoraban diversos objetos inútiles. Ese comportamiento de almacenamiento también se puede observar en los animales, por ejemplo, en la rata privada de alimento, lo mismo, por lo demás, que en un número considerable de anoréxicas mentales.

Además de las situaciones de privación involuntaria, como es el caso cuando hay guerra o hambrunas, la restricción alimentaria existe también en el nivel cuasi experimental en ciertas capas de la población sometidas a una intensa competencia y que tienen la absoluta obligación de adelgazar. Tal es el caso de las bailarinas de ballet, a quienes se les exige que carezcan de formas redondeadas, que tengan caderas estrechas y pecho plano. Aquellas a quienes el comportamiento bulímico o hiperfagia aventaja al comportamiento anoréxico pierden por ello cualquier oportunidad de proseguir su carrera. De acuerdo con diversos estudios europeos y estadunidenses, de 15 a 30% de las futuras bailarinas exhiben un comportamiento alimentario idéntico al de las anoréxicas mentales o al de las bulímicas, ya que se provocan el vómito y utilizan laxantes y diuréticos a fin de controlar su peso. Otros estudios realizados en aspirantes a modelos, y también en *jockeys* profesionales, ponen de manifiesto los mismos comportamientos. En un estudio llevado a cabo en 1991 con los *jockeys* de Chantilly, sólo 12% de ellos afirmaron no tener problema alguno de exceso de peso, 53% confesaron que permanentemente restringían su alimentación, 6% se provocaban el vómito después de comer, 15% utilizaban diuréticos y 81% recurrían al baño sauna a fin de conservar un peso bajo.

Lo contrario del ayuno y de la restricción alimentaria es

la hiperfagia. De la misma manera en que podemos decidir ayunar o comer con parquedad, también podemos engordar a voluntad comiendo sistemáticamente en mayor medida que nuestra hambre. Por ejemplo, en los países del Magreb, en África negra, en Medio Oriente y en el Lejano Oriente, es tradicional que las jovencitas ganen peso antes de casarse; la gordura es asimismo un objetivo para los luchadores de sumo o, con fines de competición (los más gordos ganan), en algunas poblaciones africanas. Por último, de manera general, en los países en los que reina la carestía de manera endémica, los individuos muestran tendencia a la hiperfagia y a subir de peso en los periodos en que pueden disponer de suficiente alimento.

Si bien adelgazar por medio del ayuno y la restricción alimentaria obliga a luchar contra los procesos biológicos de regulación, lo que requiere una voluntad férrea y una atención constante, lo mismo sucede con la hiperfagia: ganar peso voluntariamente, más allá del peso equilibrado, resulta ser tan difícil, si no es que más, que perderlo, como lo atestiguan los esfuerzos, con frecuencia inútiles, que realizan por engordar los individuos delgados congénitos. En ambos casos, los resultados duran poco: quienes se obligan a adelgazar vuelven a engordar, en tanto que quienes se esfuerzan por engordar vuelven a adelgazar…

Los síndromes del ayuno y de la restricción alimentaria se observan con toda claridad en la anorexia mental y en la bulimia. Pero lo que es sorprendente es que la inestabilidad emocional, la irritabilidad, la ansiedad, la depresión, el embotamiento afectivo y sexual y la búsqueda obsesiva de alimento que caracterizan al estado de restricción alimentaria se puedan observar en el obeso. Ahora bien, tal es el caso, sin duda, para algunos. Con objeto de explicarlo, consideraremos en primer lugar una restricción alimentaria completamente

teórica, debida a una falla en el funcionamiento de los centros nerviosos reguladores. De esa manera, por ejemplo, una persona obesa de 100 kilos tendría su ponderostato regulado para un peso equilibrado de 150 kilos… Aunque los obesos comieran por lo menos tanto, o incluso más de lo que su metabolismo requiere, su organismo reaccionaría como si se encontrase en permanente estado de desnutrición, dándole prioridad a la síntesis de las grasas y exacerbando el apetito. Esa clase de obesos no podrían dejar de engordar a menos que restringieran su apetito espontáneo.

A juicio de Peter C. Herman y de Janet Polivy en 1975, muchos obesos y bulímicos delgados se restringen voluntariamente con objeto de no engordar o con la esperanza de adelgazar. Ese síndrome de restricción cognitiva se caracteriza por una manera de pensar dicotómica, por una actitud de *todo* o *nada*, la cual favorece la alternancia entre privaciones y excesos alimentarios: cualquier distanciamiento, así sea mínimo, de las severas normas que se ha impuesto el individuo, cualquier violación de la prohibición de la que son objeto determinados alimentos, entraña un fenómeno de inversión de la regulación alimentaria y desencadena una hiperfagia de carácter bulímico. Ese fenómeno de inversión se puede apreciar con toda claridad en el siguiente experimento: se les ofrece a dos voluntarios una comida completa, sin restricción alguna por lo que se refiere a la cantidad de alimentos a su disposición, y precedida por la ingestión de una o dos leches malteadas. Algunos voluntarios, después de haberse tomado una leche malteada, comen menos que el promedio, pero comen notablemente más que los otros cuando antes de la comida han ingerido dos leches malteadas: estas últimas los han hecho franquear el umbral a partir del cual dejan por completo de moderarse.

Sin embargo, ese efecto de umbral admite también ex-

plicaciones de tipo biológico: es concebible que la primera ingesta alimentaria desencadene diversos mecanismos hormonales que tengan como resultado la secreción de insulina, que de suyo es responsable del hambre bulímica. La restricción alimentaria, pues, tendría repercusiones en la condición fisiológica, la cual, a su vez, daría lugar a una alimentación de tipo bulímico, y así sucesivamente. Así, los mecanismos que se encuentran en el origen de la alternancia entre restricción alimentaria e hiperfagia bulímica aún son objeto de controversia.

Pero volvamos a las manifestaciones de la restricción cognitiva: con objeto de conseguir no comer, el individuo debe ignorar las señales de hambre que le envía su organismo; el control permanente que se ejerce sobre la alimentación es contrario, además, a las sensaciones de placer alimentario. La barrera que se opone a las percepciones que se originan en el cuerpo no puede limitarse al hambre y a la saciedad: de hecho, la mayor parte de las sensaciones físicas y emocionales se descuidan y se extinguen. Desligado de su propio cuerpo, el individuo se vería llevado por las circunstancias a focalizar entonces su atención en el mundo exterior. Y así es como nos topamos con el comportamiento externalista descrito por Stanley Schachter en 1974. Según este autor, algunos individuos, llamados "externalistas", son poco sensibles a las señales internas, provenientes de su organismo, y muy sensibles a las señales externas, provenientes de su entorno. Esos individuos no comen obedeciendo al impulso del hambre, que es una señal interna, sino al estímulo de la presencia de alimentos apetitosos y tentadores. Asimismo, las personas externalistas no paran de comer debido a que en ellas aparecen sensaciones de saciedad, sino porque llega a faltar el alimento, o bien, porque eligen moderarse voluntariamente. Así, esos individuos son extremadamente

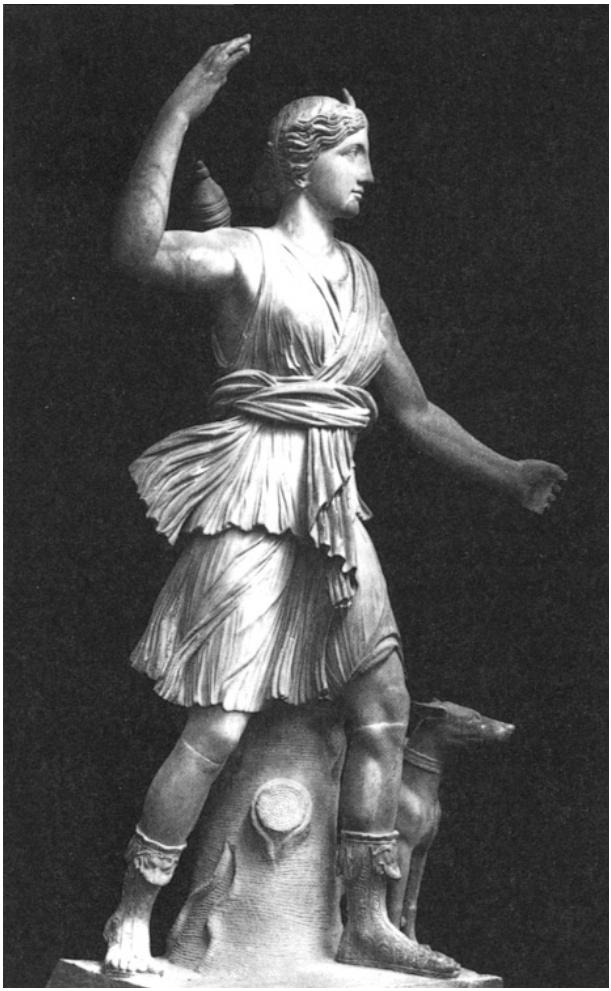
dependientes del medio en el que se desarrollan: un entorno abundante en alimentos sabrosos los obliga a comer más que el promedio, en tanto que, a la inversa, la ausencia de alimentos apetitosos los lleva a prescindir sin dificultad de una comida, sin mayor preocupación por las eventuales sensaciones de hambre. Debido a que es característico de nuestras sociedades ofrecer permanentemente una infinidad de alimentos tentadores y muy accesibles, los externalistas occidentales no pueden menos que ser hipérfagos y obesos.

Diversos experimentos de laboratorio pusieron de manifiesto el hecho de que, en los externalistas, la hipersensibilidad al mundo exterior y la escasa sensibilidad a las señales provenientes de su organismo van más allá de la esfera de la alimentación. De esa manera, el externalista manifiesta ser mucho más receptivo al mundo: demuestra poseer una capacidad de observación superior al promedio, y es capaz de memorizar mayor cantidad de información proveniente del medio en determinado tiempo. A la inversa, esa receptividad exacerbada perjudica su eficacia cuando los estímulos perturbadores logran distraerlo de su tarea: la baja en su desempeño es entonces más significativa que la del promedio. Por el contrario, puesto que presta menos atención a sus sensaciones internas, difícilmente evalúa no sólo las sensaciones de hambre y de saciedad, sino también el transcurso del tiempo, y se equivoca habitualmente en la apreciación subjetiva de la intensidad de las sensaciones dolorosas.

La teoría según la cual la obesidad se debería a una excesiva tendencia externalista es una de las más atractivas. Afirman tener parentesco con ella una considerable cantidad de tratamientos de la obesidad de orientación conductual, los que se ofrecen en múltiples programas de tratamiento y son pregonados por los médicos, las asociaciones de obesos o las sociedades privadas del tipo Weight Watchers, que hoy

en día siguen de moda y que preconizan el logro de una regulación alimentaria mediante el dominio sobre el entorno. De hecho, las pruebas experimentales resultaron ser sumamente decepcionantes: primeramente fue posible percatarse de que muchos hipérfagos obesos no eran precisamente externalistas. A continuación, una gran proporción de sujetos delgados apenas dieron muestras de "internalidad", toda vez que son incapaces de adaptar sus necesidades confiando únicamente en sus sensaciones internas de hambre y saciedad. Como hemos visto, los hábitos alimentarios y la anticipación condicionada del valor nutritivo de los alimentos desempeñan un importante papel en los procesos normales de regulación alimentaria. Por último, la división efectuada entre señales internas y señales externas no tardó en denunciarse como artificial en la medida en que esas señales son, en realidad, intrincadas. Por ejemplo, el ver un pastel de chocolate, señal externa, desencadena toda una serie de reacciones hormonales y neurohormonales cuya intensidad depende de la anticipación del placer que esperamos tener al comer el pastel. Pastelería de apetitoso aspecto nos hará salivar y secretar más insulina de lo que lo haría un pastel ordinario; esa insulina, al bajar nuestra tasa de glucosa en la sangre, exacerbará nuestra sensación de hambre, aun cuando las modificaciones de nuestro estado interno actuarán en respuesta sobre nuestra percepción. ¡Entre más insulina secretamos más apetitoso nos parece el pastel en cuestión!

Así pues, la teoría de la externalidad ha sido abandonada. Permanecen los hechos experimentales, los que pese a todo es preciso interpretar. Algunos investigadores consideran esa tendencia externalista, que con tanta frecuencia se presenta en muchos obesos, como algo que obedece a repetidos estados de angustia. El individuo que experimenta angustia emocional procuraría ignorar la conciencia de sí, particularmente



Artemisa. *El cuerpo longilíneo y musculoso, ideal de la belleza femenina para los atenienses, de nuevo se erige en el modelo de nuestros días. Foto © Fratelli Alinari/Giraudon.*

dolorosa, para centrarse en el mundo exterior, en especial en los aspectos concretos y tranquilizadores, como la buena comida. De manera general, se centrará preferentemente en el mundo exterior, en los demás, toda vez que la percepción que tiene de sí mismo le es sumamente penosa. Asimismo, resulta concebible, como veremos más adelante, que los individuos con una pobre imagen de sí mismos y particularmente insatisfechos con su aspecto corporal, ignoran éste y se centran en el mundo exterior.

LOS DIFERENTES TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

En medicina, a menudo todo es cuestión de clasificación y nuestra suerte dependerá de la casilla en la que se haya clasificado nuestra forma de padecimiento. La anorexia mental o *Anorexia nervosa* es un trastorno del comportamiento alimentario reconocido desde hace mucho tiempo. De la bulimia nerviosa o *Bulimia nervosa* se empezó a hablar apenas en el decenio de los años ochenta del siglo pasado. El síndrome de la hiperfagia incontrolada, o *Binge eating disorder*, sólo llamó la atención de los investigadores a partir del decenio de los años noventa del siglo XX. Por último, numerosos comportamientos alimentarios aberrantes, más o menos bien definidos, como son el síndrome de hiperfagia nocturna, diferentes formas de antojos, el excesivo apetito hacia ciertos alimentos como el chocolate, y la anarquía alimentaria, sólo de manera episódica son objeto de atención especial.

La anorexia mental

Vimos anteriormente que ayunar constituye un medio privilegiado de ruptura con la materialidad, un modo de tener

acceso a la trascendencia. Quienes se entregaban al ayuno o a severas restricciones alimentarias, con frecuencia justificaban esas conductas aduciendo motivos religiosos o filosóficos. De esa manera, a finales de la Edad Media en Europa, muchas mujeres, a quienes se dio el nombre de "santas anoréxicas", practicaron el ayuno; algunas de ellas fueron canonizadas. Mencionemos a santa Catalina de Siena, en el siglo XIV, quien falleció a los 31 años y prácticamente había dejado de alimentarse, además de que se imponía un sinnúmero de privaciones y actos de contrición; a Catalina de Pazzi, quien también ayunaba de manera semipermanente y se provocaba el vómito, muerta a los 41 años. La madre Agnès de Jesús en el siglo XVII, Louise Lateau en el siglo XIX, Teresa Neumann y Marthe Robin en el siglo XX, a todas ellas se les puede considerar como santas o como mártires desde la óptica religiosa, o bien, como anoréxicas mentales desde el punto de vista psicopatológico.

Aun cuando Avicena, en el siglo XI, y Richard Morton, en el siglo XVII, ya habían descrito casos de anorexia mental, el enfoque médico de las conductas anoréxicas sólo se inició en realidad a partir de las descripciones clínicas del francés Charles Ernest Lasègue, en 1973, y del inglés sir William Witley Gull, en 1874. Si bien para esos autores la anorexia mental era claramente un problema psicopatológico, la medicina de principios del siglo XX la concibió sobre todo como una enfermedad de origen físico. En 1914, Simmonds puso de manifiesto una forma de debilitamiento generalizado del organismo, o caquexia, debido a la necrosis de la glándula hipófisis*. Los endocrinólogos que lo siguieron consideraron que la anorexia mental se debía a una insuficiencia global de la glándula hipófisis (panhipopituitarismo) y que, por consiguiente, en lo esencial dependería de un tratamiento endócrino. Fue sólo a partir de los años cincuenta del siglo

	Anorexia nervosa
Denominación corriente	Anorexia mental
Trastornos predominantes del comportamiento alimentario	Ayuno y restricción alimentaria. Crisis de hiperfagia (bulimias) compensadas por vómitos voluntarios u otros métodos de anulación
Estado del peso corporal	Delgadez patológica

XX cuando se comenzó a reconsiderar la idea del origen exclusivamente psicológico de la enfermedad. Hoy en día apenas cabe duda de que interrumpir la alimentación es lo que induce los diferentes trastornos endócrinos y neuroendócrinos, no a la inversa.

Los casos de anorexia mental van en aumento en el mundo occidental. Ello se comprueba en todos los países europeos, en Estados Unidos y en Canadá, en Japón, en las poblaciones blancas de África del Sur y en las clases socioeconómicas superiores de América Latina. Por ejemplo, en Suecia, la morbilidad de la anorexia mental, evaluada en 0.24 por cada cien mil habitantes antes de 1950, se elevó a 0.45 entre 1950 y 1960. En el estado de Nueva York casi se duplicó entre 1970 y 1980, al pasar de 0.35 a 0.64. De acuerdo con los estudios, la incidencia de la anorexia mental sería de un caso por cada 100 adolescentes en 1980, a un caso por cada 550 en 1970.

Por el contrario, casi no se encuentran casos de anorexia mental fuera de la esfera occidental, como lo ponen de manifiesto diversos estudios efectuados en Nueva Guinea, en

Bulimia nervosa	**Síndrome de hiperfagia incontrolada o *Binge eating disorder***
Bulimia	Obesidad hipérfaga
Crisis de hiperfagia (bulimias) compensadas por vómitos voluntarios u otros métodos de anulación	Crisis de hiperfagia (bulimias) que pueden o no alternar con periodos de restricción alimentaria
Peso fluctuante, a menudo normal	Obesidad, peso a menudo fluctuante

las poblaciones de esquimales de Alaska, o en la India, los cuales sólo arrojan un número insignificante de casos.

Las más de las veces, las anoréxicas son jovencitas que en su mayoría provienen de familias pertenecientes a las clases sociales alta y media alta, afectas a la promoción social y al éxito escolar, y con un agudo sentido de competencia. La joven anoréxica típica es una adolescente que obtiene buenas calificaciones escolares, cuyo coeficiente intelectual (CI) suele ser superior al promedio, o, si éste no es el caso, que compensa lo anterior mediante una sobrecarga de trabajo. Hasta aquí, ella es para sus padres objeto de constante satisfacción.

Lo más frecuente es que todo comience de manera banal e insidiosa: nuestra adolescente, al verse a sí misma demasiado redonda, inicia, como lo hacen tantas otras de su edad, un régimen para adelgazar; pero este último se desboca y termina por invadir toda su existencia. Sin que se sepa muy bien en qué momento las cosas dieron un vuelco, pasamos de lo que es un fenómeno de moda a una búsqueda de pureza, e incluso a un rechazo de toda corporeidad.

Anorexia nervosa o anorexia mental
(*Diagnostic and Statistical Manual*, DSM-IV, 1993)

A. Negativa a conservar un peso igual o superior al peso mínimo, habida cuenta de la edad y la estatura.
B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, incluso si se tiene un peso anormalmente bajo.
C. La forma y el peso del cuerpo se perciben de manera anormal, el juicio que se hace de sí mismo está indebidamente influido por la forma y el peso del cuerpo, o existe negación de las consecuencias del peso corporal bajo.
D. Amenorrea en las mujeres púberes, es decir, ausencia de reglas por lo menos durante tres ciclos consecutivos.

Se distinguen dos tipos de *Anorexia nervosa*:

Tipo bulimias/vómitos: la persona exhibe hiperfagias incontroladas acompañadas de comportamientos compensatorios para prevenir un aumento de peso, como son los vómitos provocados, ingestas abusivas de laxantes o de diuréticos.
Tipo restrictivo: la persona no exhibe ni episodios de hiperfagias incontroladas ni comportamientos compensatorios para prevenir el aumento de peso.

La anorexia mental no debe confundirse con la pérdida de apetito (anorexia) que se observa en los estados depresivos, en la mayor parte de las enfermedades que se vuelven crónicas, y en las enfermedades graves que afectan a órganos vitales.

No hay que creer que la anoréxica mental no está sujeta al hambre. De hecho el término *anorexia*, que significa "ausencia de apetito", fue una elección bastante desafortunada. La anoréxica lucha activamente contra sus apetitos. Algunas de ellas, a quienes se da el nombre de *anoréxicas mentales restrictivas*, consiguen hacerlo de manera continua; otras, a las que se denomina *anoréxicas mentales*

bulímicas-con vómito, en algunas ocasiones están sujetas a bulimias intensamente culpabilizadas y sólo alcanzan la delgadez que las caracteriza provocándose el vómito, ingiriendo medicamentos laxantes o diuréticos, a veces en muy grandes cantidades, e incluso entregándose a un exceso de ejercicios físicos.

La anoréxica vive con el terror de engordar y ve su cuerpo como si estuviera obeso, aun cuando su delgadez es anormal. El ideal sería un cuerpo sin sustancia, sin espesor, sin grasa y hasta sin músculos. Las formas femeninas, senos y caderas, se transforman en motivo de disgusto, se rechaza de manera general la sexualidad, y la interrupción de las reglas se presenta como un alivio.

No es raro que ese cuerpo odiado sea objeto de diversos malos tratos, tales como marchas forzadas, baños con agua helada, diversos actos de contrición. Esta búsqueda del sufrimiento, que por lo general se entiende como un comportamiento masoquista, es más bien considerada por la anoréxica como una gestión positiva, de naturaleza ascética, destinada a disciplinar el cuerpo, a dominarlo, a controlarlo para, en definitiva, liberarse de él.

Por último, la modalidad alimentaria de la anoréxica adopta con frecuencia sesgos extraños. Debido a que ve el alimento como una suciedad del interior de su cuerpo, de los intestinos, la anoréxica se alimenta habitualmente con pequeñas cantidades de lácteos, de frutos secos y de dulces, que a su juicio cuentan con la ventaja de ser alimentos que no dejan residuos. Las comidas normales están prohibidas. Cuando, sentada a la mesa, los padres o los médicos quieren forzar a comer a la anoréxica, ella, cuando no se resiste abiertamente, pone en práctica diversas artimañas: por ejemplo, maneja los cubiertos sin llevarse nada a la boca, o incluso escupe discretamente cada bocado en su servilleta. Cuando

los padres y los médicos insisten en el aumento de peso, la anoréxica bebe enormes cantidades de agua o llena sus bolsillos con objetos pesados a fin de provocar la ilusión de que ha subido de peso.

A pesar de los malos tratos y de la ausencia de alimento, la anoréxica se conserva extraordinariamente activa y dinámica durante mucho tiempo, lo que explica que pueda adelgazar considerablemente antes de que ello provoque inquietud en las personas que la rodean. Sin embargo, la insuficiencia nutricional acaba por repercutir en su organismo. La desaparición de las reglas es uno de los primeros síntomas, e incluso puede preceder a la pérdida de peso. La esbeltez se transforma en flacura y, luego, en estado de desnutrición. Si no se pone un remedio, los ojos se hunden en las órbitas, las mejillas se enjutan, el cabello se reseca y luego se cae, las uñas se estrían y se tornan quebradizas, y los dientes se aflojan.

La evolución es variable. En algunas ocasiones, de manera espontánea, gracias a un feliz encuentro, al reacomodo de las relaciones con sus padres, algunas anoréxicas vuelven a comer y recuperan un peso compatible con una vida normal. En 70 a 80% de los casos tratados, la evolución resulta globalmente favorable en el aspecto del peso y el comportamiento alimentario, aunque puede notarse la persistencia de problemas psicopatológicos, tales como las dificultades sexuales y relacionales, trastornos del carácter, fobias y anomalías en el comportamiento alimentario que requieren, todos ellos, un tratamiento psicoterapéutico.

Sin embargo, también es preciso señalar que la anorexia mental puede convertirse en una enfermedad mortal. Este resultado fatal tiene lugar en aproximadamente 5% de los casos, por lo general en la forma de un estado de debilitamiento de todo el organismo, o caquexia. Las causas de muer-

te pueden ser las siguientes: un desequilibrio en agua y sales minerales, o bien trastornos cardiacos o renales, e incluso una infección en este organismo vulnerable, hasta el estallamiento del estómago después de una bulimia o de una realimentación excesivamente brusca. En otros casos, la anoréxica no muere, pero su estado se hace crónico. Al cabo de algunos años, y después del fracaso de múltiples tratamientos, nos encontramos ante una persona cuyo cuerpo no tiene edad, como si estuviese momificado, en un estado físico lastimoso. Se habla entonces del cuadro de Kwashiorkor: la carencia de proteínas provoca edemas, hígado graso, lesiones cutáneas, pérdida de cabello y de vello, caries y pérdida de dientes, lesiones cardiacas y renales. El dinamismo de un principio cede su lugar a la languidez y al ensimismamiento. Sin embargo, la anoréxica no se considera enferma: según ella, se trata de una elección personal, filosófica o religiosa. En la práctica, empero, es perceptible que se encuentra aislada de los demás y fundamentalmente preocupada por su comportamiento alimentario, desarrollando a menudo ideas extrañas, mágicas, místicas, megalomaniacas.

Los innumerables clínicos que hicieron de la detención de las reglas un síntoma clave del diagnóstico de la anorexia mental, no pudieron menos que hacer a un lado ese criterio por lo que a los muchachos se refiere; en su caso, el rechazo al alimento se interpretó como la manifestación de una esquizofrenia* precoz. Pero este punto de vista se ha abandonado hoy en día, y el mundo médico reconoce la identidad de las anorexias mentales en ambos sexos. Actualmente se considera que la pérdida total de apetito sexual y la impotencia es el equivalente, en el muchacho, a la interrupción de las reglas y al rechazo de la sexualidad en la chica. El cuadro clínico, el grado de severidad y las modalidades de evolución son idénticos en ambos.

Pero si bien tanto los chicos como las jovencitas pueden ser anoréxicos mentales, queda todavía por explicar por qué nueve de cada diez anoréxicos son mujeres. Al respecto se han propuesto diversas explicaciones psicosociológicas, las cuales hacen hincapié en los diferentes modos de maduración sexual y en las diversas maneras en que cada cual experimenta las modificaciones de la pubertad, las particularidades psicológicas de los dos sexos, los papeles que se les asignan en la familia y en la sociedad, y, en fin, las diferencias en las relaciones que establecen con ambos progenitores. Ninguna de esas hipótesis se encuentra realmente respaldada por pruebas tangibles.

Bulimia nervosa

Si la anorexia mental despertó el interés de los médicos a partir del siglo XIX, a las conductas bulímicas se les ha considerado desde hace mucho tiempo no como tales, sino como nuevos síntomas de patologías más amplias. El término se deriva del griego *boulimia*, que quiere decir "hambre voraz", e inicialmente se utilizó para describir la avidez de alimento acompañada de sensaciones de debilidad. No se trataba, pues, en ese caso, de un hambre forzosamente patológica.

De hecho, las conductas bulímicas han sido objeto de un prolongado peregrinaje nosográfico* en el que se les ha relacionado, cada vez, con tal o cual patología. Para comenzar, Charles Lasègue vio en ellas un signo de neurosis histérica y, lo mismo que Sándor Ferenczi, Sigmund Freud las consideró unas veces manifestaciones histéricas, otras síntoma de "neurosis actual". Sin embargo, más tarde las conductas bulímicas dejan de ser consideradas parte del registro de la



Susana en el baño ***(el Tintoretto).*** *Los cuerpos rollizos y las formas redondeadas del siglo* XVI *han dejado de ser, hoy en día, motivo de orgullo. Foto © E. Lessing/Magnum.*

neurosis (la bulimia es la expresión simbólica de un conflicto psíquico, una forma de compromiso entre el deseo y la defensa), y se atribuyen a un trastorno más profundo de la personalidad. Pierre Janet ya había visto en ellas un signo de depresión severa, de tipo psicasténico*. A partir de los años veinte del siglo pasado, la corriente psicoanalítica estableció un parentesco entre la bulimia, el alcoholismo y las toxicomanías: así, se habla sucesivamente de "perversión oral", de "toxicomanía sin droga", de "adicción" y de "acto-síntoma", los cuales posibilitan una descarga emocional que deja de lado el trabajo psíquico.

***Bulimia nervosa* o bulimia nerviosa**
(*Diagnostic and Statistical Manual*, DSM-IV, 1993)

A. Episodios recurrentes de hiperfagia incontrolada. Un episodio de hiperfagia incontrolada consiste en:
   1. Ingestas alimentarias, en un breve lapso de menos de dos horas, de una cantidad de comida considerablemente superior a la que la mayor parte de las personas ingeriría en el mismo tiempo y en iguales circunstancias.
   2. La impresión de no tener control sobre las cantidades que se ingieren, ni la posibilidad de detenerse.
B. El sujeto pone en práctica comportamientos compensatorios con objeto de evitar el aumento de peso (vómitos provocados, ingestas de laxantes o de diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo).
C. Los episodios de hiperfagia incontrolada y los comportamientos compensatorios para prevenir el aumento de peso tienen lugar, en promedio, dos veces a la semana durante por lo menos tres meses.
D. El juicio que hace de sí mismo se encuentra indebidamente influido por la forma y el peso del cuerpo.
E. El trastorno no se presenta en el transcurso de una anorexia mental.

Los autores que vinculan la bulimia con la obesidad ofrecen una perspectiva del todo diferente. A su juicio, esos comportamientos alimentarios se caracterizan por concernirles a sujetos cuya principal preocupación es el peso. Desde este punto de vista resultan interesantes el *Night eating syndrome* (el síndrome de alimentación nocturna, descrito en 1955), el *Binge eating syndrome* (síndrome de hiperfagia incontrolada, descrito en 1959), y el *Stuffing syndrome* (de *to stuff*, que significa "llenarse"). En 1970, Hilde Bruch, psiquiatra estadunidense, recalcó el estado de restricción alimentaria que caracteriza tanto a los anoréxicos y a los obesos como a determinadas personas cuyo peso es normal, pero que están sujetas a impulsos alimentarios incontrolados. Los puntos comunes a todos esos trastornos obligaron a diversos autores a describir un sinnúmero de formas de transición, desde la *Bulimiarexia*, en 1976, hasta el "caos alimentario", en 1979.

Mencionemos, por último, los múltiples trabajos que pretenden explicar biológicamente las bulimias: así, se ha hablado de *Carbohydrate craving*, en donde se hace intervenir a las variaciones de la tasa de serotonina*, sustancia química que desempeña un papel fundamental en el funcionamiento del cerebro, o bien, se ha querido ver en la bulimia una manifestación de enfermedad depresiva.

La bulimia quedó oficialmente reconocida en la nomenclatura psiquiátrica internacional a partir de los años ochenta. Por último, en 1987 se convino en reservar el diagnóstico de *Bulimia nervosa* sólo para los individuos bulímicos que conservan un peso aproximado al normal en virtud de comportamientos compensatorios, de los que el vómito provocado constituye el prototipo.

La bulimia nerviosa, en la que confluyen la bulimia y los vómitos provocados sin que exista una sobrecarga de peso

manifiesta, probablemente no es tan frecuente como se llegó a creer en un momento determinado. La prevalencia de la bulimia, que en un principio se evaluó en 2% de la población femenina en 1983, no tardó apenas en ajustarse a 0.9% en 1990. Y es que si bien una de cada tres mujeres se ve sujeta, de tiempo en tiempo, a antojos bulímicos, solamente 2.4% de ellas se provocan el vómito y 2.7% recurren a los laxantes. Las bulímicas se localizan fundamentalmente en la población estudiantil, así como entre las mujeres jóvenes exitosas y ambiciosas en el plano profesional. Al igual que en la anorexia mental, nueve de cada diez bulímicos pertenecen al sexo femenino.

La jovencita bulímica típica suele ser cuidadosa de su persona y da la impresión de estar segura de sí. Al contrario de lo que sucede con la anoréxica mental o con el obeso hipérfago, un peso cercano al normal le permite a la bulímica mostrar una apariencia normal. Pero detrás de esa fachada se oculta una persona que duda profundamente de sí misma, que no se ama, que no ama su cuerpo, y que pasa su tiempo procurando complacer a sus interlocutores, por temor a verse rechazada por ellos. Al resentir dolorosamente la oposición existente entre las apariencias y la realidad interna, la bulímica causa la impresión de vivir en una perpetua mentira. Incapaz de tomar decisiones, de comprometerse firmemente en alguna dirección, se encuentra sujeta a bruscos virajes en las elecciones de su vida. Se recluye en situaciones "provisionales" que acaban por eternizarse. Por lo general, sus únicas decisiones corresponden a impulsos violentos e irreflexivos que, las más de las veces, anula enseguida. Frente a los demás, la bulímica se encuentra a la vez sedienta de ellos, deseosa de devorarlos, y angustiada en las relaciones demasiado íntimas.

En otros casos, los trastornos de la personalidad parecen

más profundos, y la conciencia de sí y la capacidad de introspección son limitadas. Estas bulímicas están sujetas a pasar a actos impulsivos que no tienen que ver sólo con la esfera alimentaria. En algunas ocasiones son cleptómanas*, ninfómanas, toxicómanas, están expuestas a crisis de alcoholismo, intentos de suicidio y actos de violencia.

La crisis bulímica, a la que suele preceder un periodo febril, las más de las veces tiene lugar en un estado secundario, crepuscular, en el transcurso del cual el individuo se experimenta como desdoblado. Ese momento de pérdida de control, que escapa del todo a la voluntad, a menudo es a un tiempo temido y seguido de remordimientos y culpabilidad, aunque también representa un instante de placer y abandono.

Muchas bulímicas se provocan el vómito con mayor o menor rapidez, sea metiéndose los dedos en la boca y tocando su glotis para desencadenar el reflejo del vómito, sea por simple compresión del estómago. Otras incluso recurren al mango de una cuchara, al café o agua salados, o, más aún, a los vomitivos de venta en las farmacias.

En las bulímicas que no se provocan el vómito, a la crisis bulímica le sigue un periodo de plácido entorpecimiento, aunque breve, pues no tarda en verse perturbado por una digestión caótica a la que le siguen, cuando la conciencia se recupera, remordimientos y culpabilidad. La bulímica, reprochándose amargamente haber cedido una vez más a su demonio, en ocasiones se abandona a la depresión y a la desesperación, y luego se impone unas drásticas restricciones alimentarias, cuyo objetivo es tanto expiar la falta como evitar el aumento de peso.

Los laxantes a ultranza constituyen otro medio de provocar un cortocircuito en los procesos digestivos debido a las diarreas que provocan. El abuso de diuréticos parece ser

muy irracional, ya que sólo trae consigo la pérdida de agua y minerales. El ejercicio físico exagerado es un medio que también se utiliza con bastante frecuencia. De aquí que sea algo común la alternancia de periodos bulímicos y de periodos de hiperactividad física.

Los alimentos que se consumen durante las bulimias son, muy a menudo, alimentos "prohibidos", hipercalóricos, que pertenecen a la categoría proscrita el tiempo restante. Puede tratarse de pasteles, mermeladas, chocolate, pan, pizzas, pastas, embutidos, quesos. La distinción que alguna vez se hiciera entre "bulimias saladas" y "bulimias dulces" no parece ser pertinente, como lo veremos más adelante a propósito del *Carbohydrate craving*.

Las bulímicas que intentan resistir la crisis evitando tener en su hogar cualquier cosa que pudieran consumir, pueden, de improviso, engullir alimentos comiéndolos directamente del empaque, productos congelados casi tal cual, pastas apenas cocidas e incluso crudas, mayonesa o *catsup* en frasco, y alimentos rescatados del bote de basura.

Debido a que la persona bulímica funciona de acuerdo con el principio de "todo o nada", la más leve infracción alimentaria implica seguir adelante "hasta el final". El hecho de que el vómito se facilita gracias a que el vientre está a reventar, es también una de las motivaciones que lleva a la bulímica a tener una bulimia completa desde el momento en que ha comenzado a comer.

El valor calórico promedio de una bulimia ha sido calculado en 3 500 calorías, pero puede alcanzar 10 000 o más. La frecuencia de las bulimias es muy variable. Puede ir desde contadas bulimias espaciadas, esporádicas, hasta más de diez bulimias al día, lo que es posible en virtud de los vómitos sistemáticos. La persona bulímica también puede estar sujeta, durante varios días o varias semanas, a bulimias inten-

sas, y esos periodos están separados por intervalos más o menos prolongados, durante los cuales mantiene una restricción alimentaria estricta.

Cualquier perturbación, por mínima que sea, puede servir como detonador de la crisis. Puede tratarse del inicio de la regla o del momento de la ovulación, de un estado pasajero de fatiga, de estrés profesional o familiar, o de un acontecimiento cualquiera que implique un acceso emocional. Con frecuencia figuran en primer término las dificultades relacionales y sexuales, las decepciones amorosas, en fin, las "contrariedades", que es una palabra que al parecer permite designar toda perturbación, cualquiera que ésta sea. La bulimia también sobreviene en el tiempo muerto, el que se vive como "hastío", como un vacío intolerable. La culpabilidad, o un discurso interior en el sentido de la autodevaluación, también constituyen a veces el principal motor de las bulimias, y el ciclo bulimia-vómito adquiere entonces valor de castigo o de expiación. Pero, con frecuencia, el hambre generada por una privación alimentaria que ha durado mucho tiempo es lo que desencadena la bulimia. O bien, toda vez que el apetito se abre en cuanto se empieza a comer, una comida que comenzó siendo perfectamente normal degenerará poco a poco en bulimia.

Una considerable cantidad de bulímicas apenas hacen sus comidas en forma socializada, lo que altera profundamente su vida social: comer en restaurantes, asistir a cenas o comidas de festejo se convierten en fuentes de angustia y de tergiversaciones; así, cualquier invitación, cualquier reunión les plantea problemas insuperables. El individuo se margina, e incluso si no es más que ilusión suya, incluso si nadie a su alrededor adivina las congojas de las que es presa, no por eso deja de sentirse profundamente anormal y diferente de los demás.

A la larga, los vómitos provocados, el abuso de laxantes y de diuréticos provocan trastornos metabólicos que dan lugar a un estado de fatiga general, a la disminución del desempeño intelectual, a calambres musculares, a crisis nerviosas y a reglas irregulares. Las bulímicas también padecen lesiones irritantes en el estómago y en el esófago, problemas intestinales, sus dientes se aflojan y pierden el cabello. Las bruscas variaciones de peso a menudo provocan problemas cutáneos (estrías). La inflamación de las glándulas salivales (parotiditis) en ocasiones les da un semblante particular. El estado depresivo, frecuente en las bulímicas, se ve ciertamente favorecido por el debilitamiento físico.

El síndrome de hiperfagia incontrolada

La definición de la bulimia nerviosa como un trastorno que comporta bulimias y métodos compensatorios destinados a evitar el aumento de peso —cuyo prototipo es el vómito provocado—, de hecho obliga a reservar esa denominación para las personas sin sobrecarga de peso patente. De ello resulta una situación curiosa, en la que las personas sujetas a ingestas alimentarias incontrolables pero que no se provocan el vómito o no abusan de los laxantes, o no son fanáticas del deporte, y que por lo general son obesas, no corresponden a categoría alguna de los trastornos del comportamiento alimentario.

Para decirlo con toda claridad, esa situación no le resultaba desagradable a muchos médicos, ya que delimitaba sus territorios y definía sus competencias: en materia de anorexia mental y de bulimia, la prioridad estaba reservada para los psiquiatras y los psicólogos, en tanto que los nutriólogos y los endocrinólogos se reservaban los derechos en materia

Síndrome de hiperfagia incontrolada o *Binge eating disorder*
(criterios de diagnóstico de Spitzer *et al.*, 1993)

A. Episodios recurrentes de hiperfagia. Cada episodio consiste en la ingesta, en un breve lapso (menos de dos horas), de una cantidad de alimento que sobrepasa notablemente a la que comen la mayoría de las personas en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias. El individuo tiene la impresión de no poder controlar las cantidades ingeridas o de no poder detenerse.
B. Durante los episodios hipérfagos se encuentran presentes por lo menos tres de los siguientes criterios de falta de control:
   – ingesta alimentaria manifiestamente más rápida de lo normal;
   – el individuo come hasta que empieza a experimentar incómodas sensaciones de atiborramiento gástrico;
   – se ingieren enormes cantidades de alimento sin que exista la sensación física de hambre;
   – se realizan ingestas alimentarias a solas con la finalidad de ocultarle a los demás las cantidades ingeridas;
   – sensaciones de disgusto de sí, de depresión o de enorme culpabilidad después de haber comido.
C. Estado de gran angustia por lo que concierne a la hiperfagia involuntaria.
D. La hiperfagia sobreviene, en promedio, por lo menos dos veces a la semana en un periodo de seis meses.
E. El trastorno no responde a los criterios de diagnóstico de la *Bulimia nervosa* ni de la anorexia mental.

de sobrecarga de peso. Sin embargo, esa situación no podía eternizarse, y los comportamientos alimentarios aberrantes de una considerable cantidad de obesos comenzaron a reconocerse como tales.

Si analizamos a fondo la forma en que se concibe un pa-

decimiento, reconoceremos la importancia que tienen las palabras con las que se le designa. Así pues, veamos más de cerca el término anglosajón *binge*, al cual indudablemente le espera un gran porvenir en otras lenguas debido a las dificultades que ofrece su traducción. *Binge*, en inglés, tiene el sentido de placer sin límites y se emplea para significar un exceso, cualquiera que sea su naturaleza. *Binge eating* se refiere por lo común a una ingesta alimentaria que se juzga excesiva y que se caracteriza por la pérdida de control de la cantidad que se come. En ese sentido, una ingesta alimentaria mínima, como podría ser la ingestión de una barra de chocolate, puede calificarse perfectamente como *binge* en la medida en que es el resultado de un impulso incontrolable; por lo que se refiere al término *bulimia*, éste se utilizará para describir una ingesta alimentaria incontrolable y objetivamente cuantiosa. Sin embargo, la definición de *Binge eating disorder* que figura en la última versión del *Diagnostic and Statistical Manual*, obra ésta que desempeña óptimamente el papel de nomenclatura psiquiátrica internacional, no sólo se refiere a la sensación de pérdida de control, sino también a un exceso alimentario objetivo. Por nuestra parte, hemos preferido traducir esa nueva entidad nosográfica como "síndrome de hiperfagia incontrolada". Nos percataremos de que, en este sentido, un episodio bulímico es una variedad de *binge*. En consecuencia, están sujetos a hiperfagias incontroladas o *binges* algunos anoréxicos mentales, todos los bulímicos y algunos obesos.

De entre los sujetos con sobrepeso, conviene distinguir a los que comen normalmente de quienes presentan problemas de comportamiento alimentario. Pero ¿qué se entiende por "comer normalmente"? Se trata aquí de una definición comportamental: comen normalmente las personas que hacen sus comidas con regularidad, que no se privan de alimen-

to de manera irrazonable y que no son presa de impulsos alimentarios irresistibles.

El anterior punto de vista no invalida en absoluto el que corresponde a la nutrición: en efecto, es posible observar un comportamiento alimentario normal y, a la vez, comer mucho en términos de valor calórico, y viceversa. De hecho, algunos estudios recientes ponen de manifiesto que, en su mayoría, los sujetos con sobrepeso y en periodo de estabilidad en ese estado, en promedio comen más que los sujetos cuyo peso es normal y que comen más cuanto más obesos son; en efecto, sus requerimientos energéticos son superiores. Sólo los individuos obesos que, debido en particular a privaciones irrazonables o a regímenes mal observados, han perdido una cantidad anormal de tejido muscular (es decir, de masa magra), pero que conservan su masa grasa, tienen un metabolismo más lento y comen menos que el promedio.

De acuerdo con las primeras estimaciones que se hicieron utilizando los criterios de diagnóstico antes mencionados, de 20 a 50% de los individuos con sobrepeso que acuden a consulta con la finalidad de adelgazar estarían sujetos a trastornos del comportamiento alimentario. Debido a que esos criterios son singularmente rigurosos —por lo que también debe tenerse en cuenta el hecho de que la mayor parte de esos individuos con sobrecarga de peso se avergüenzan de "caer voluntariamente" y de no confesarlo con facilidad, o incluso no son conscientes de sus excesos—, es probable que la mayoría de los obesos se encuentre sujeta a hiperfagias incontroladas.

De diferente importancia en relación con la anorexia mental y con la *Bulimia nervosa*, ese trastorno del comportamiento alimentario sería claramente menos privativo de las mujeres, y quizá su frecuencia incluso fuese semejante en los dos sexos.

Los obesos hipérfagos incontrolados al parecer se distinguen de los obesos cuyo comportamiento alimentario es normal en varios puntos. A los primeros los atormentaría más el alimento, siempre estarían empeñados en restringirse sin lograrlo, su peso los afligiría más y se mostrarían más insatisfechos con su físico. También estarían más alterados psíquicamente: en ellos podrían observarse más depresiones, más ataques de pánico y más manifestaciones fóbicas. Por último, tendrían más trastornos de la personalidad, con preponderancia de la "personalidad limítrofe" (que se caracteriza por la impulsividad, la inestabilidad emocional y en sus relaciones con los demás, la incapacidad para soportar la soledad, sentimientos frecuentes de hastío o de vacío, la incertidumbre de su propia identidad) y de la "personalidad evitante" (que se caracteriza por evitar cualquier apego íntimo, por la hipersensibilidad al rechazo, por la reticencia para relacionarse con los demás a menos que se esté seguro de ser aceptado sin asomo de crítica, al tiempo que se busca permanentemente la aprobación y el amor, y su autoestima es pobre).

Desde el punto de vista de la eficacia de los métodos para adelgazar, los obesos hipérfagos incontrolados se entusiasman con mayor facilidad, adelgazan sin problema al principio, pero también reinciden más rápidamente. Por esta razón, su peso sería más inestable, pues consistiría en ciclos de continuas pérdidas y ganancias del mismo.

Es claro que de lo que se trata es de saber si la obesidad puede deberse a los comportamientos alimentarios aberrantes, o si, por el contrario, el síndrome de hiperfagia incontrolada es el resultado de los esfuerzos de restricción por parte de los obesos que tienen dificultades para adelgazar. La cuestión está lejos de haberse zanjado: si bien algunos autores observan que los trastornos del comportamiento ali-

mentario preceden al sobrepeso en dos terceras partes de los casos, otros hacen ver que el síndrome de hiperfagia incontrolada es más frecuente en los individuos que fueron obesos en su infancia o cuyos padres también son obesos.

Otros trastornos del comportamiento alimentario

Pueden concebirse, hasta el infinito, mil y una maneras anormales de comer. Nos limitaremos a describir brevemente algunos de los comportamientos que han despertado el interés al respecto por uno u otro motivo.

El síndrome de alimentación nocturna, descrito en 1955 por el psiquiatra estadunidense Albert Stunkard con el nombre de *Night eating syndrome*, consiste en un imperioso deseo de comer en el transcurso de la noche. El sujeto se despierta por lo regular a media noche, y no puede volver a dormirse sino después de haber hecho una copiosa colación, la que a menudo ingurgita estando semidormido. A la mañana siguiente, sólo conserva recuerdos imprecisos de lo que consumió durante el episodio nocturno.

Los antojos de dulce o *Carbohydrate craving* (craving se puede traducir como "deseo irresistible") fueron descritos en 1981 por R. y J. Wurtman. De acuerdo con estos autores, los individuos febriles y ansiosos se ven asaltados con regularidad por imperiosos antojos de alimentos exclusivamente dulces, que son los únicos que logran apaciguarlos. Esos antojos estarían emparentados con una toxicomanía y dependerían de un mecanismo químico: la sacarosa ingerida tendría como resultado el incremento de un neurotransmisor cerebral*, a saber, la serotonina. De hecho, algunos estudios complementarios han hecho ver que los bulímicos y otros hipérfagos incontrolados muy rara vez experimentan

avidez exclusivamente de dulces. Tanto en los hipérfagos obesos como en los bulímicos con peso normal, las grasas se consumen en mayor proporción que los glúcidos. Recordemos que los pasteles, las galletas y los productos de chocolate son más ricos en grasas que en azúcares.

Los antojos de dulce también se han considerado en relación con la depresión estacional, la cual consiste en estados depresivos que por lo regular se inician en el otoño y desaparecen en la primavera, y que se manifiestan en una lentitud psíquica, fatiga, incremento del tiempo de sueño, antojos de dulce y aumento de peso.

La chocolatomanía afectaría a los sujetos que suelen ser deportistas, centrados en su vida profesional, más o menos sociables y con tendencia a interiorizar los conflictos. Muy particularmente, el chocolatómano cedería a su compulsión en condiciones de estrés o conflicto interno. También en este caso se señala, en relación con esa apetencia, el efecto del azúcar en la tasa de serotonina cerebral; aunque también se alude a la presencia de feniletilamina, que es el precursor de la serotonina, o bien, a los efectos bienhechores del magnesio, que el chocolate contiene en abundancia.

La alimentación por "roedura", a la que todavía se le llama "caos alimentario" o anarquía alimentaria, consiste en un abandono parcial o total de las comidas socializadas, las cuales son remplazadas por ingestas alimentarias que se realizan en pequeñas cantidades y a intervalos irregulares. Los alimentos que requieren cocinarse se sustituyen con mucha frecuencia por alimentos que es posible consumir sin prepararlos. El individuo deja de comer sentado a la mesa y con cubiertos, y empieza a hacerlo directamente con los dedos, en los sitios más diversos, de pie, caminando a veces, e incluso acostado. Ese tipo de alimentación puede o no traducirse en un peso anormal, y es característico tanto de las

anoréxicas como de algunos obesos, e incluso de individuos cuyo peso es normal. No vemos en ello un trastorno psicopatológico, sino un hecho de civilización —la soledad y el repliegue en sí mismo del individuo en el mundo occidental—, e incluso una regresión al vagabundeo alimentario, que es un modo arcaico de alimentación.

Los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de exceso de peso han dado lugar a numerosos enfoques terapéuticos que se refieren a diferentes modelos de comprensión. Sin embargo, en la práctica rara vez basta uno solo de esos enfoques, por lo que, dependiendo de las necesidades del momento, se recurre, ya sea sucesiva o paralelamente, a uno u otro enfoque.

La atención hospitalaria

Cuando la desnutrición de la anoréxica acaba por hacer peligrar su vida, lo que se impone indiscutiblemente es la hospitalización. Pero la increíble tolerancia de muchas anoréxicas mentales a la falta de alimento, así como su negativa a dejarse atender, muy a menudo obligan a las personas que las rodean a esperar a que las cosas alcancen su límite extremo para imponer la hospitalización; así, no es raro que entonces haya que recurrir a la realimentación por vía intravenosa y sonda gástrica.

Debido a que la anorexia mental requiere un tratamiento específico, la hospitalización deberá tener lugar preferente-

mente en un servicio hospitalario (servicio de nutrición o de psiquiatría) que acostumbre hacerse cargo de ese tipo de patología.

El aislamiento y la separación de la familia se practican desde tiempos de Charles Lasègue y Jean Martin Charcot. Más tarde se prescindiría de esas medidas progresivamente, con base en un contrato. En efecto, por medio de un convenio claramente definido y negociado es como el médico procura establecer una relación con la anoréxica. A cambio de que acepte comer y aumentar de peso, el terapeuta le ofrece a su paciente las modalidades de las visitas de los miembros de su familia, la concesión de permisos y, por último, salir del hospital. De esa manera es posible negociar el acceso a diversos objetos personales, a determinadas comodidades que ofrece el establecimiento, y la participación en las diversas actividades que ahí se desarrollan. Así, cada vez que se verifica un aumento de peso se accede a nuevos derechos; a la paciente no se le autoriza para abandonar el hospital antes de que haya recuperado el peso convenido. Esta manera de proceder ha sido planteada teóricamente por la terapia conductual, y lo que logra hacer es lo que se denomina un *condicionamiento operante por reforzamiento positivo*. Las más de las veces es puesta en práctica por terapeutas que no se enmarcan en las teorías del condicionamiento y que la utilizan de manera empírica.

Paralelamente, o en un segundo momento, se propone a la anoréxica su participación en grupos de discusión, o en diversas actividades manuales y físicas, o bien, en sesiones individuales de psicoterapia, todo ello con miras a romper su aislamiento.

La hospitalización es un periodo doloroso para la anoréxica, pero sus padres también atraviesan por una dura prueba. En primer lugar, la prohibición de las visitas y, luego, las

eventuales propuestas de sesiones de terapia familiar y los consejos para que inicien una psicoterapia para ellos mismos, constituyen para los padres una experiencia en la que todo se interpreta como culpabilidad. Más adelante, en los casos en los que la anoréxica atraviesa por una etapa de rechazo y oposición, los padres —que esperan que su hija vuelva a ser la niña sensata y aplicada que solía ser— acaban por concluir que los médicos no hacen sino jugar al aprendiz de brujo. Por lo tanto, es indispensable que tenga lugar con regularidad un diálogo con el equipo médico a fin de disipar esos malentendidos.

A los bulímicos rara vez se les hospitaliza. Se procede a hacerlo en caso de depresión grave, o cuando se considera el proyecto de romper ciclos de bulimia y vómito, y poner en práctica un programa terapéutico.

Cuando los obesos sujetos a hiperfagias incontroladas ingresan al hospital, ello obedece por regla general a que su sobrepeso ha llegado a repercutir de manera nefasta en su salud y se proponen adelgazar. En la mayor parte de los casos resulta que los tratamientos dietéticos tienen efectos poco duraderos si no se toman medidas en relación con las hiperfagias incontroladas y los problemas psicológicos.

Los medicamentos

Los medicamentos para estimular el apetito, que son los que los médicos suelen prescribir a una persona que no deja de adelgazar, en realidad no son de utilidad alguna para la anoréxica mental, pues en ella el apetito, lejos de haber desaparecido, es intenso, y por ello no deja de luchar contra el deseo de comer. Por lo general se prescriben diversos complementos alimenticios con objeto de paliar las carencias:

vitaminas, sales minerales, preparados proteínicos. En la mayor parte de los casos también se utilizan medicamentos psicotrópicos* (neurolépticos*, antidepresivos*, ansiolíticos*).

Por el contrario, aquellos a quienes les inquieta engordar, es decir, los bulímicos y los hipérfagos incontrolados, con frecuencia recurren a todo género de medicamentos para adelgazar o para no engordar. Hagamos una breve relación de los medicamentos más comunes.

Los *extractos tiroideos** aceleran el metabolismo básico y, efectivamente, hacen perder peso. Pero una buena parte del peso perdido es de masa magra, en particular en los músculos; los requerimientos energéticos del organismo disminuyen, lo que hace casi inevitable que vuelva a ganarse peso una vez suspendido el tratamiento. Los extractos tiroideos pueden tener como consecuencia bochornos, sudoración, palpitaciones y trastornos psíquicos, así como alteraciones cardiacas que en ciertos casos pueden resultar mortales. Algunos médicos poco escrupulosos prescriben píldoras y cremas a base de hormonas tiroideas, que por lo general se disimulan entre otras prescripciones a las que abusivamente se etiqueta como "homeopáticas".

Los *diuréticos* gozan de la preferencia de ciertos bulímicos y obesos. Pero perder agua no es lo mismo que perder grasa. El peso que se pierde por deshidratación vuelve a ganarse en cuanto se suspende la ingesta de diuréticos. En ese jueguito se corre el riesgo de experimentar bajas de presión y fatiga, vértigos y síncopes. La pérdida de potasio en la orina puede provocar problemas, a veces mortales, en el ritmo cardiaco.

De la misma manera, los *laxantes* que se ingieren en dosis elevadas impiden la absorción de los nutrientes debido a las diarreas que provocan. También en este caso, la pérdida de agua y de sales minerales, en particular de potasio, implican bajas de presión, fatiga, vértigos y síncopes, así como

problemas cardiacos que en algunas ocasiones pueden ser mortales. Cuando se ingieren en dosis razonables, los laxantes no tienen efecto alguno en el peso.

Los *inhibidores del peso anfetamínicos** retardan la presencia del hambre y reducen la cantidad de las comidas. Pero también tienen como consecuencia una excitación física e intelectual, a la que sigue un periodo depresivo que requiere una nueva ingesta de anfetamina, dando lugar con ello a la dependencia. A la larga, se manifiestan estados depresivos y trastornos psiquiátricos severos.

Los *nuevos inhibidores del apetito*, como es la fenfluramina*, no tienen como efecto excitar el sistema nervioso y no provocan dependencia. El efecto anorexígeno se ejerce particularmente en los alimentos ricos en glúcidos que se consumen entre comidas, si bien en algunas ocasiones esos inhibidores se proponen como tratamiento para los antojos y las bulimias de dulces.

Por último, algunos medicamentos que pertenecen a la categoría de los *antidepresivos*, como son la imipramina* o la fluvoxamina*, al parecer ejercen una reacción favorable en las bulimias y en otras hiperfagias incontroladas. Sin embargo, parece que ese efecto es pasajero. Ninguno de esos medicamentos permite, sin que con ello se atente a la salud, regular las ingestas alimentarias y el peso de otra manera que no sea poco a poco.

Principales consignas para el control del comportamiento alimentario

INGESTAS ALIMENTARIAS

- Comer sentado, con cubiertos y plato.
- No hacer otra cosa cuando se está comiendo (TV, lectura, radio).
- Soltar los cubiertos cada tres bocados.

- Masticar completamente antes de tragar.
- Hacer una pausa a la mitad de cada platillo.
- Dejar un poco de comida en el plato.
- Dejar la mesa inmediatamente después de la comida.

ORGANIZACIÓN DE LAS COMIDAS Y LOS REFRIGERIOS

- Planificar las ingestas alimentarias, incluidos los refrigerios, por semana (no por día).
- Reducir el consumo de cada uno de los alimentos sin suprimir los alimentos preferidos.
- Rechazar los alimentos "imprevistos", como pueden ser, por ejemplo, los que alguien nos ofrezca.
- Disponer de un momento de descanso y de relajamiento antes de cada ingesta alimentaria.
- Utilizar recipientes y platos pequeños.
- Evitar servir en la mesa.
- No dejar el platillo en la mesa.
- Tirar las sobras de inmediato.

LAS COMPRAS

- Hacer las compras DESPUÉS de las comidas.
- Hacer las compras a partir de un listado.
- Evitar los alimentos cuyo consumo no requiere preparación.
- No llevar consigo más dinero que el necesario para comprar lo que figura en la lista.

EL ACOMODO

- Recoger los alimentos diseminados por la casa.
- Arrojar al bote de basura los alimentos "peligrosos".
- Reunir los alimentos en un solo lugar.
- No permitir que los alimentos estén a la vista.

VACACIONES Y CONVITES

- Prever lo que se comerá ANTES de que tenga lugar el convite.
- Comer un refrigerio bajo en calorías ANTES del convite.

- Evitar cualquier aperitivo o digestivo alcohólico o dulce.
- ¡Cuidado con el vino de mesa!
- Alejar la canastilla del pan.
- Rechazar diplomáticamente una ración adicional.
- Aceptar alguna infracción con filosofía, sin desesperar.

Tomado de Apfeldorfer, G., *Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*, Payot, 1991.

Las terapias cognitivo-conductuales

El enfoque cognitivo-conductual, una de las principales corrientes psicoterapéuticas en los países anglosajones, se ha desarrollado rápidamente en los países latinos desde hace aproximadamente 15 años. Ese enfoque pondera un trabajo directo con el comportamiento alimentario y las causas que contribuyen a que el trastorno perdure. En la práctica propone aceptar un contrato terapéutico en el que el individuo se compromete a observar el programa del tratamiento, sea en un grupo reducido, sea individualmente. Esbozaremos aquí un panorama de las técnicas empleadas, tomando nuestros ejemplos del campo de la bulimia y la obesidad.

Las *técnicas de control del comportamiento alimentario* tienen como objetivo restablecer una alimentación socializada, que tenga lugar en un horario normal y con alimentos cocinados. La bulímica, y algunas veces también el obeso hipérfago, han perdido esas costumbres. Por esa razón se incorporan en la mayor parte de los tratamientos conductuales una ayuda de tipo dietético y consejos nutricionales. Llevar un "carnet alimentario", en el que el sujeto anota lo que come, dónde, cuándo y en qué circunstancias, puede constituir una oportunidad para trabajar en la toma de con-

ciencia de los factores que influyen en las ingestas alimentarias: factores del ambiente (vista, olores, presencia de alimentos apetitosos, ingestas alimentarias en la mesa, en la alacena y en el refrigerador, al preparar la comida, etc.), factores relacionales (dificultad para rechazar los alimentos que se nos ofrecen, para no ceder, alimentación compulsiva con fines de provocación o de desafío en el marco de un conflicto de poder), reacciones emocionales (vida interior, ansiedad, cólera, tristeza, alegría).

El *control del estímulo* mediante diversas consignas comportamentales apunta a regularizar el comportamiento alimentario, a reducir la influencia del ambiente en este último, y, en definitiva, a permitirle al sujeto que tome distancia respecto del alimento. Cada semana se le pide que formule una consigna, la cual viene a sumarse a las de las semanas precedentes. Como es por demás evidente, ciertas consignas serán singularmente interesantes y otras no tendrán razón de ser, lo que depende del comportamiento alimentario de cada cual.

En las *terapias cognitivas*, las hiperfagias se consideran como respuestas inadaptadas que se ven favorecidas por diversas distorsiones cognitivas. La mayor parte del tiempo el sujeto tiene una visión irreal y dramática del mundo, lo que lo induce a amplificar los fracasos y a minimizar los éxitos, a imponerse obligaciones tiránicas, a dirigirse discursos culpabilizantes. Se analizan las falsas creencias (por ejemplo, que es posible engordar sin comer cuando se sufre el impacto de contrariedades o de emociones fuertes, o bien, que es posible adelgazar comiendo grandes cantidades de alimento siempre que éste sea "bueno"), así como la necesidad de una vida perfecta, de un peso idealmente bajo. La terapia ayuda a someter a crítica el discurso interior, a moderar las ambiciones, a proponerse objetivos realistas. En ella se cuestiona la presión social que se ejerce a favor de una extrema esbeltez.

La *exposición a los alimentos ansiógenos* se aplica a un número considerable de bulímicas y de obesos hipérfagos que clasifican los alimentos de acuerdo con criterios morales: por ejemplo, los azúcares y las grasas, e incluso las carnes, se satanizan, en tanto que las frutas, las legumbres frescas y los lácteos se alaban hasta el cielo. Semejante división entre alimentos angélicos y alimentos diabólicos se somete a revisión, y se alienta al sujeto a consumir los alimentos que acostumbra prohibirse cuando no se verifican las bulimias y las hiperfagias incontroladas. En forma paralela, el terapeuta le pide al paciente que se percate del discurso interior que sostiene en esas ocasiones, y que lo anote. Las más de las veces se trata de temores o de pánico a engordar, así como de pensamientos de devaluación vinculados a la idea de falta y de pecado. Para los bulímicos que vomitan se ha propuesto una *técnica de exposición con prevención de la respuesta de vómito*, que consiste en sesiones en las que el sujeto come en cantidad los alimentos que consume habitualmente de modo bulímico; después, contrariamente a lo que acostumbra, no vomita. Se le pide que se relaje, que verbalice las sensaciones, con mucha frecuencia penosas, que lo asaltan en ese momento, así como el discurso interior que se dirige. Los pensamientos más frecuentes son los siguientes: "Mi interior ha sido mancillado por los alimentos", "Voy a engordar, a ponerme deforme", "Puesto que he sucumbido, no valgo nada". Entre una y otra sesión se alienta al paciente para que consuma los alimentos "prohibidos".

En las *estrategias de ajuste*, las ingestas alimentarias incontroladas se consideran como comportamientos de evasión de problemas que el individuo no consigue superar. La dificultad alimentaria suplanta a las demás dificultades de la vida y permite hacerlas a un lado temporalmente. Además, esa incapacidad lleva al sujeto a devaluarse y a deprimirse.

Así, el terapeuta ayudará al sujeto a desarrollar estrategias de ajuste (*coping process*) que le permitan enfrentarse al mundo y al estrés a fin de que deje de ser necesaria la fuga en la hiperfagia. Los métodos que para ello se aplican son numerosos. Las *técnicas de relajamiento o de concentración en una imagen mental* o en una letanía, utilizadas en la ocasión oportuna, deben permitir, por ejemplo, hacerle frente a la angustia sin recurrir a la bulimia. El desarrollo de *comportamientos incompatibles con la ingesta alimentaria* debe dar como resultado, dependiendo de las circunstancias, el remplazo de las ingestas alimentarias por actividades físicas, relaciones sociales, cuidados corporales, e incluso actividades que obliguen a mover ambas manos (costura, manipulación de objetos moldeables). Las *técnicas de solución de problemas* persiguen enseñarle al individuo soluciones para los problemas que suelen desembocar en ingestas alimentarias. De lo que se trata es de desarrollar comportamientos alternativos a la bulimia, pero también de que el sujeto aprenda a administrar su tiempo, su dinero, sus relaciones afectivas y sus problemas familiares y sexuales. La *afirmación de sí* consiste en enseñarle a ofrecer resistencia a presiones más o menos amistosas que lo empujan a comer; a que sepa hacerle frente a las críticas que se refieren a su morfología, y a las dificultades relacionales, conyugales, familiares o profesionales que, tarde o temprano, conducen a ingestas alimentarias. Cuando es la pareja o sólo un miembro de la familia quien ejerce presión para que coma, o, a la inversa, para que adelgace, o incluso para que deje de tener bulimias, entonces se trata de conflictos de poder. Las presiones que se ejercen de esa manera a menudo tienen efectos paradójicos y llevan a comer todavía más. En esos casos, la afirmación de sí puede consistir en elaborar diversas respuestas y estrategias para utilizarlas con las personas supuestamente "bienintencionadas".

El *trabajo sobre la evasión fóbica del cuerpo* se aplica tanto a las anoréxicas mentales como a las bulímicas y a los obesos, en quienes están presentes los trastornos de la imagen corporal. Los cuidados corporales, el trabajo a partir de fotografías, de videos, del espejo, el ejercicio físico frente a éste, la terapia cognitiva y la afirmación de sí constituyen diferentes enfoques que deben posibilitar la reconciliación con la imagen y las sensaciones corporales, así como una reducción del discurso interior de autodevaluación.

El tratamiento cognitivo-conductual de las anoréxicas mentales apenas difiere del de las bulímicas y los obesos. Debido a que las anoréxicas no persiguen ganar peso, hay que trabajar en primer lugar, utilizando estrategias de ajuste, las distorsiones cognitivas que se efectúan sobre la imagen corporal. Desde el punto de vista del comportamiento alimentario, lo que se persigue es reincorporar progresivamente los alimentos que suelen evitarse, así como explorar los factores que apuntalan y que conducen a los comportamientos alimentarios.

Las psicoterapias de orientación psicoanalítica

En la medida en que la mayor parte de los psicoanalistas consideran que los problemas del comportamiento alimentario son más de naturaleza pre-edípica que de índole neurótica (véase más adelante), resulta entonces que esos problemas dependen de enfoques más concretos que el de la clásica cura psicoanalítica (en la que el paciente se tiende en un diván, ante un psicoanalista neutro y distante). Algo digno de señalarse es que, en la mayoría de los casos, el psicoanálisis clásico posibilita realizar progresos en todas las esferas, profundizar en lo vivido y cobrar conciencia de sus efectos,

mejorar la vida relacional y amorosa y también la profesional… pero no lo hace así, para sorpresa nuestra, con los problemas del comportamiento alimentario y del peso. Así, lo que predomina es la tendencia a una psicoterapia frente a frente que posibilite el diálogo y una relación más cálida, con sesiones semanales o plurisemanales, que a menudo se prolongan durante años. Los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de peso se consideran como síntomas de un trastorno más profundo y no constituyen el objeto de la atención del terapeuta. Para este último, de lo que se trata por regla general es de ayudar al paciente a tomar conciencia de su vivencia interior y sus efectos, de reforzar su confianza en sí mismo. Como sucede en todos los enfoques psicoterapéuticos, existe el riesgo de que el paciente se vuelva demasiado dependiente de un terapeuta al que percibe como omnipotente, que dedique su tiempo a procurar complacerlo y, en definitiva, que tenga la impresión de que los progresos que realiza no le pertenecen, o bien, que temeroso de que el terapeuta se posesione de él o lo manipule, se recluya en una conducta de oposición sistemática.

Mil y una psicoterapias

Los métodos psicoterapéuticos son incontables y es imposible hacer una enumeración completa de ellos. El problema se complica todavía más cuando nos enteramos de que muchos terapeutas tienen enfoques eclécticos y recurren a diferentes teorías y metodologías. Así, pues, sólo podremos ofrecer aquí algunos indicios.

Las "terapias humanistas", como son la bioenergía, la terapia de la Gestalt, el análisis transaccional, el grito primal, para mencionar sólo las más conocidas, combinan los apor-

tes freudianos con las metodologías concretas, centradas en "el aquí y ahora". Esas terapias no proponen un tratamiento específico de los problemas del comportamiento alimentario. Sin embargo, gozan de cierto éxito, sobre todo entre pacientes bulímicos, pues responden a su demanda de "algo fuerte que les llegue a las tripas". La idea general es que el sujeto vive de pretextos y disfraza sus emociones. Se trata de que las exprese, de que cobre conciencia de lo que siente, de que deje de querer complacer siempre a otro. Los problemas del comportamiento alimentario se consideran como síntomas que deberían desaparecer una vez que el sujeto hubiera adquirido la suficiente madurez. Se trata de terapias intensivas, a menudo de grupo, que ponen el acento en la expresión, por parte del sujeto, de sus propios sentimientos y emociones. El terapeuta alienta la exteriorización de los sentimientos de cólera, de odio, de amor, ya sea verbalmente o por medio de actos concretos, gritos, lágrimas, contactos físicos con los demás participantes o con el terapeuta. Se utiliza la representación de papeles para recrear situaciones dramáticamente, y en esas ocasiones se invita al sujeto a decir o a gritar lo que nunca antes ha osado decir, incluso a sí mismo.

La "psicoterapia interpersonal" (*Interpersonal Psychotherapy*) consiste en trabajar con las reacciones emocionales. Se trata de cobrar conciencia de las propias reacciones aquí y ahora, de compararlas con las que se han tenido en el pasado. Los problemas del comportamiento alimentario no se abordan directamente. El trabajo se realiza fundamentalmente con las dificultades interpersonales; la anorexia, las bulimias o las hiperfagias, y el manejo que se hace del peso se entienden como formas de evadir los problemas de comunicación, e incluso como un medio de afectar o controlar al otro, trátese de los padres o del terapeuta.

La terapia familiar requiere la participación activa de to-

dos los miembros de la familia y pone en movimiento a varios terapeutas altamente calificados. Se utiliza fundamentalmente en la anorexia mental, y excepcionalmente en la bulimia u obesidad hipérfaga en el niño o en el adolescente. Los terapeutas se esfuerzan por poner en claro las relaciones familiares y por poner de manifiesto los diferentes conflictos en los que el "paciente designado" es lo que está de por medio. En la anorexia mental, algunos terapeutas, siguiendo a Salvadore Minuchin (véase pp. 85-87), proponen la organización de varias sesiones durante la comida en el marco familiar, punto geométrico de todos los conflictos. Por lo general se preconizan diversas consignas y prescripciones para unos y otros, de tal manera que cada miembro pueda tener la impresión de que contribuye eficazmente a mejorar las relaciones familiares.

Las terapias de grupo congregan a pacientes que presentan la misma sintomatología o dificultades similares. Esas terapias se proponen sobre todo para los problemas de bulimia o de hiperfagia, y más raramente en el marco de la anorexia mental. De hecho, la denominación de "terapia de grupo" no se refiere a nada específico y todo depende del modelo psicoterapéutico propuesto. Puede tratarse de grupos de discusión informal y dirigidos por profesionales de la salud o por personas que han padecido problemas del comportamiento alimentario; el principal objetivo de esos grupos es el intercambio entre los participantes con fines de mutuo apoyo. En algunos casos, los organizadores proporcionan diversas informaciones y responden a las preguntas que se les plantean. También puede tratarse de grupos de terapia cognitivo-conductual, los cuales proponen un programa preestablecido a lo largo de algunas sesiones predeterminadas, de grupos de inspiración psicoanalítica, e incluso de un grupo de terapia humanista.

Los resultados de los tratamientos de los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad

Por lo que se refiere a la anorexia mental, la combinación de un tratamiento médico y psicológico posibilita una evolución global favorable en la mayoría de los casos. El peso se normaliza en 50% de los casos después de dos años, y en 70% de los casos al cabo de cinco años. En 80% de los casos, las reglas reaparecen en los dos años siguientes al aumento de peso. Pero no exageremos nuestro optimismo: no es raro que la antigua anoréxica llegue a ser bulímica, que siga poniendo en práctica la restricción alimentaria, los vómitos provocados o el empleo de laxantes. En dos terceras partes de los casos, a la anoréxica le sigue preocupando todo lo relacionado con la alimentación y no deja de angustiarle la idea de engordar. Las recaídas tienen lugar en 10 a 50% de los casos, según los autores, en particular después del matrimonio o de haber dado a luz por primera vez. A largo plazo, el desempeño profesional de las antiguas anoréxicas suele ser bueno, aunque resulta inferior al que hubiera podido esperarse de los brillantes resultados escolares del principio. Suele ser la vida afectiva y sexual la que resulta decepcionante si no se recurre a la psicoterapia.

Por lo que se refiere a la *Bulimia nervosa*, sólo disponemos de resultados estadísticos confiables a partir de las terapias cognitivo-conductuales y de las terapias breves centradas en las dificultades relacionales ("psicoterapia interpersonal", *Supportive expressive therapy*). Esos dos enfoques, uno que aborda directamente los comportamientos alimentarios y el otro que los considera como formas de evadir las dificultades para relacionarse, arrojan resultados aparentemente idénticos y garantizan el éxito de uno de cada dos casos. Pero es muy probable que esos resultados globales oculten

grandes discrepancias. En tanto que dos tercios de las enfermas abandonan con relativa facilidad sus conductas bulímicas, el tercio restante, con frecuencia quienes padecen trastornos de la personalidad considerables, que consumen alcohol o drogas o que presentan un severo estado depresivo, e incluso quienes han centrado la totalidad de su existencia en el comportamiento bulímico, responden menos bien a las psicoterapias breves y requieren una psicoterapia de larga duración.

Por último, en el caso de la obesidad, afirmar que los tratamientos resultan decepcionantes a largo plazo es poco decir. Hoy puede verse con toda claridad que la obesidad no se puede reducir a un simple problema dietético. En efecto, si bien es cierto que muchos obesos adelgazan con un método u otro, lo más frecuente es que recuperen su peso. La terapia cognitivo-conductual es reconocida hoy en día como uno de los mejores tratamientos de la obesidad, y, comparada con los tratamientos dietéticos, con los tratamientos de inhibición del apetito, o con los tratamientos de incremento del ejercicio físico, esa terapia es sin duda la más eficaz si se le da un seguimiento de uno a dos años. Sin embargo, si se considera una duración más prolongada, del orden de cinco años, todos esos tratamientos resultan ser ineficaces. Mencionemos por ejemplo el estudio de Thomas Wadden, Albert Stunkard y Liebschultz, de 1988, quienes calculan 10% de estabilización del peso tres años después de un tratamiento en el que se observó una dieta rigurosa asociada a un tratamiento de terapia cognitivo-conductual, o incluso el estudio de Kenneth Goodrick y John Foreyt, de 1991, quienes estiman en 5% el porcentaje del peso estabilizado a la baja cinco años después de un tratamiento para adelgazar por medio de terapia cognitivo-conductual. Acabamos por preguntarnos si los individuos cuyo tratamiento está en manos del

cuerpo médico o de los psicólogos y psiquiatras no obtienen peores resultados que quienes adelgazan por sí mismos. La explicación más plausible de ello es que quienes recurren a un profesional son también quienes han fracasado en sus intentos de adelgazar por sus propios medios. Éstos se encontrarían con mayor frecuencia en estado de angustia psicológica.

Hasta aquí no hemos establecido ninguna diferencia entre la evolución de los individuos con sobrepeso que tienen un comportamiento alimentario normal y la de los individuos que tienen un síndrome de hiperfagia incontrolada. Todo permite pensar que, entre estos últimos, los métodos meramente dietéticos están destinados al fracaso si no están precedidos o son complementados por un tratamiento específico de los trastornos del comportamiento alimentario y de las demás dificultades psicológicas.

Comprender los trastornos de las conductas alimentarias



Grupo de modelos. *Para sentirse bien en un cuerpo que no se conforma a los cánones actuales de belleza, una mujer necesita tener una confianza en sí misma fuera de lo común. Foto © D. Simon/Gamma.*

Los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de exceso de peso, hoy en día se definen como síndromes distintos para los que se proponen diferentes tratamientos terapéuticos.

Sus mecanismos íntimos aún no se han elucidado del todo, lo que da lugar a una eflorescencia teórica poco común.

EN BUSCA DE LAS CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y LOS PROBLEMAS DE EXCESO DE PESO

El aumento en la frecuencia de los trastornos del comportamiento alimentario, aunado a los insatisfactorios resultados de los actuales métodos terapéuticos, hace que se agudice la necesidad de comprender mejor sus mecanismos. En primer lugar pasaremos revista a los diferentes enfoques, tanto biológicos como psicológicos, y después nos esforzaremos por extraer su esencia en la forma de un enfoque fenomenológico original.

¿Es debido a que las causas últimas de los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de exceso de peso son mal conocidos por lo que se considera que su origen es plurifactorial? Esas causas requieren que hoy en día se les aborde desde distintos ángulos: biológico, social y cultural, familiar, psicoanalítico y cognitivo-conductual. De hecho, las teorías pululan y ningún consenso despunta en la actualidad.

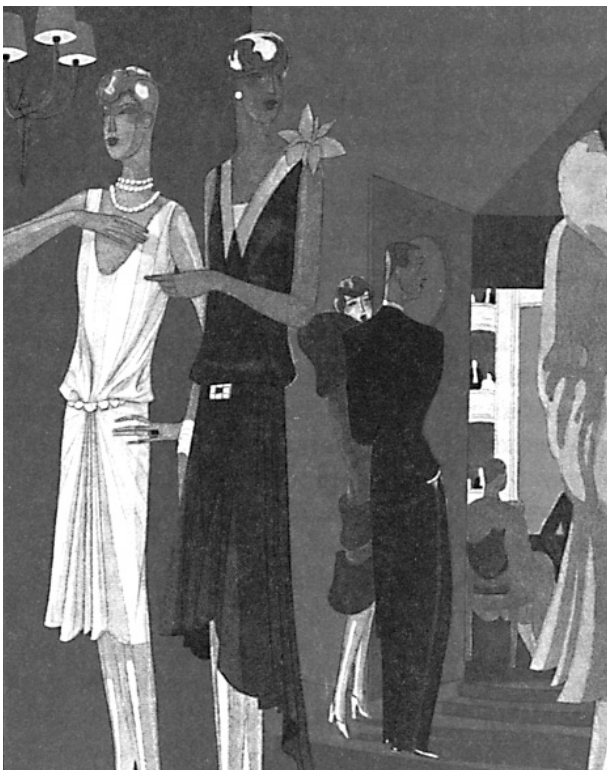
Biología y psicología: hermanas enemigas

Debido a que en las anoréxicas mentales se detectan numerosas alteraciones en las glándulas endócrinas y el metabo-

lismo, desde hace tiempo se ha querido ver en ello la causa propiamente dicha de la enfermedad. También, puesto que se ha comprobado que ciertas familias son más propensas a verse afectadas, y comparando la anorexia mental con el síndrome de Turner, que es otro problema endócrino cuyo origen genético ha podido comprobarse, se ha emprendido la búsqueda de una anomalía hereditaria transmisible. Como quiera que la disputa entre fisiólogos y partidarios del origen psíquico de la enfermedad lejos está de haberse agotado, en la actualidad es la corriente psicológica la que al parecer lleva ventaja: hoy en día, la mayoría se adhiere a la idea de que el punto de partida de los problemas debe buscarse en la psique. Los centros nerviosos superiores ejercerían su influencia en el hipotálamo* y, después, en cascada, en la hipófisis y en las demás glándulas endócrinas. La desnutrición que de ello se siguiese repercutiría a su vez en la mecánica neurohormonal.

A propósito de la bulimia, encontramos la misma oposición entre "psiquistas" y "biologistas". Una primera corriente de investigación parte de la hipótesis de que las bulimias no son sino un síntoma de depresión. En efecto, un estado depresivo con tendencias suicidas es común en las bulímicas, en la mitad o en 75% de los casos, de acuerdo con los estudios. En la mitad de los casos también se encuentran antecedentes de depresión, alcoholismo y ataques de pánico en los parientes de primer grado. Además, determinados medicamentos antidepresivos permiten erradicar parcial o totalmente las bulimias en 20 a 60% de los casos. Pero algunos estudios factoriales recientes hacen ver que, de hecho, los problemas depresivos y la bulimia constituyen dos desórdenes distintos. Cada vez en mayor medida, tanto por parte de los partidarios de la hipótesis biológica como por parte de numerosos psicoanalistas, se considera la bulimia como una

"conducta adictiva" toxicomaniaca y se han emprendido diversas investigaciones que pretenden comparar los mecanismos neurohormonales que intervienen en ella con los del alcoholismo y otras toxicomanías.



La garçonne. *Un cuerpo femenino andrógino fue lo que se impuso como ideal de belleza en los años veinte del siglo pasado, y más tarde en los años sesenta-setenta, dos periodos de lucha por la emancipación de la mujer. Foto © J.-L. Charmet.*

Por lo que se refiere a los trastornos del comportamiento alimentario de los que son presa ciertos obesos, se ha visto que han sido objeto de descuido, toda vez que el interés del mundo médico se ha centrado fundamentalmente en los aspectos genéticos, metabólicos y nutricionales del sobrepeso, entonces las conductas alimentarias anormales aparecen como el efecto de los disfuncionamientos de los comandos nerviosos y neurohormonales de la ingesta alimentaria. Desde ese ángulo, actualmente se realizan muchas investigaciones sobre los diferentes centros nerviosos y las múltiples hormonas y neurohormonas que intervienen en esa regulación.

Las causas sociales y culturales

En el mundo occidental de nuestros días, el sobrepeso se encuentra claramente identificado con la fealdad. Ahora bien, un estereotipo cultural occidental muy arraigado parece ser el siguiente: "Lo que es bello es bueno, lo que es feo es malo." Las personas de hermoso aspecto, tanto hombres como mujeres, son objeto de prejuicios favorables por parte de sus congéneres: se les trata mejor, se les considera más, se les ve *a priori* como más amables y mejor dotados. También resulta que la belleza parece ser del todo un aspecto imprescindible de la femineidad: ha sido posible demostrar que a las mujeres hermosas y delgadas se les juzga más femeninas, en tanto que las que son gordas y comen inmoderadamente son consideradas más masculinas. La femineidad —y, por ende, la esbeltez— no sólo resultan ser preciosos galardones para la mujer, tanto en sus relaciones profesionales como en sus relaciones privadas, sino también un elemento esencial de su sentido de identidad, la imagen que se forja de sí misma.

Así pues, perseguir el ideal de la esbeltez es algo que a los

ojos de la mujer aparece como un medio de afirmarse, de desarrollar su identidad. Debido a que el peso que dictan los cánones de la belleza está, para la mayoría, muy por debajo del peso que, habida cuenta de nuestro modo de vida, nos sería "natural" y en el que el cuerpo tendería a estabilizarse espontáneamente, la mayor parte de los individuos logran mantenerse en el peso anhelado sólo al precio de una restricción alimentaria permanente. Esta restricción alimentaria es por demás ardua y estresante, principalmente en las personas que por razones genéticas o metabólicas son propensas a la obesidad.

La corriente feminista estadunidense impugnó la imagen social de la mujer como la causa principal de los trastornos del comportamiento alimentario, en particular de la anorexia mental y de la bulimia. De esa manera se atacó la obligación social que se le impone a la mujer de ser esbelta artificialmente; a los medios de comunicación, los cuales contribuyen a la fetichización y glorificación de un cuerpo femenino anormalmente esbelto; a la necesidad que se les señala a las mujeres de ser a la vez buenas esposas, trabajadoras dinámicas y amantes "sexy"; en fin, de ser de alguna manera *superwomen*.

Hay quienes llevan aún más lejos la crítica social y cargan a la cuenta del modelo cultural preconizado por Occidente el actual incremento de los trastornos del comportamiento alimentario. Nuestra civilización, que está centrada en el individuo, induce a éste a preferir las actividades que le permiten centrarse en sí mismo y en sus sensaciones, todo ello con la finalidad de reforzar su sentimiento de existir. La afirmación a ultranza de los valores individuales desemboca en una relación falseada con su propio cuerpo, el cual ha dejado de ser una fuente de placer para transformarse en un instrumento de poder. Desde esta perspectiva, el cuerpo debe ser mo-

delado, dominado, controlado. El éxito en las actividades físicas individuales —correr, hacer gimnasia, hacer pesas, los deportes de invierno, los deportes aéreos, el alpinismo—, que hacen alarde de cierto grado de destreza, da cuenta de semejante evolución. La "civilización del *self*", que privilegia la competencia al alimentar el deseo de promoción social y éxito escolar, constituiría el caldo de cultivo para la anorexia mental. Como ya dijimos, en las clases sociales altas y medias altas es en donde ese efecto resulta particularmente perceptible, en donde es más frecuente la anorexia mental. El aumento de casos de anorexia mental en las poblaciones blanca y asiática también podría parangonarse con su cuasi ausencia en la población negra, sea ésta africana o americana, lo que de acuerdo con quienes sostienen esta tesis se explicaría por el modo de vida menos centrado en la competencia individual, por un mayor espíritu comunitario y por la preponderancia de intercambios afectivos en esas poblaciones.

Las causas biopsicológicas

Pero, ¿cómo se pasa de la desenfrenada carrera hacia la esbeltez a problemas tan organizados como son la anorexia mental, la bulimia o la obesidad hipérfaga? Apenas existe consenso sobre este punto, y un sinnúmero de teorías intentan explicarlo, nosotros no podremos desarrollar todas ellas aquí.

Vimos anteriormente que para ciertas personas el deseo de adelgazar las obliga a una restricción alimentaria crónica, que es la causa de una inestabilidad emocional, de atracción reforzada hacia los alimentos hipercalóricos, de bulimias y otros comportamientos hipérfagos. Serían los individuos frágiles y depresivos, que tienen poca autoestima, los que se-

rían especialmente sensibles a la presión social que se ejerce a favor de la esbeltez y que harían el intento de afirmarse mediante la práctica de un régimen alimenticio.

Sin embargo, para otros autores, las bulimias y las hiperfagias son, por el contrario, medios que utilizan algunos individuos para reorganizarse en el plano psíquico cuando se sienten amenazados de desintegración por la angustia o cuando deben hacerle frente a una experiencia depresiva penosa. De ese modo, las hiperfagias serían ni más ni menos que un modo de gestión del estrés, y que en particular permitirían diferir las dificultades que el sujeto considera insuperables. Así, por ejemplo, una persona que se siente incapaz de enfrentar un conflicto o una relación afectiva, colocaría esa dificultad entre paréntesis y se refugiaría en la bulimia y en la culpabilidad que la acompaña, problemas éstos dolorosos de suyo, pero que cuentan con el mérito de serle familiares y estar como domesticados.

Mencionemos por último el punto de vista de los psicólogos estadunidenses Todd Heatherton y Roy Baumeister (1991), para quienes el elemento motor en el desarrollo de los trastornos alimentarios radicaría en la tentativa de escapar a la conciencia de sí, a la propia realidad, a los elevados estándares que el individuo se ha propuesto pero que no logra alcanzar, a los juicios supuestamente negativos de los demás y a la experiencia depresiva que de ello resulta, todo lo cual se vive como algo singularmente doloroso. Al experimentar la vida de una manera tan lacerante, el individuo intentaría escapar de ella temporalmente centrando su atención en el presente inmediato. Ese "angostamiento cognitivo", ese retorno a un modo de funcionamiento mental de más bajo nivel de conciencia, tendría como resultado la aparición de esquemas de pensamiento y creencias irracionales, así como un alza de las inhibiciones.

Psicoanálisis y trastornos del comportamiento alimentario

Las primeras explicaciones psicoanalíticas de los trastornos del comportamiento alimentario pusieron el acento fundamentalmente en la fijación-regresión oral. Los trastornos se presentarían en la pubertad, cuando la niña se transforma en jovencita y debe asumir los atributos y el papel de la mujer. Al sentirse incapaz de ello, retornaría entonces al erotismo de los anteriores estadios de desarrollo, a saber: los estadios oral y anal.

El individuo oral, como lo es el lactante, se encuentra dominado por un intenso deseo de incorporación y de engullimiento. El funcionamiento mental correspondiente se caracteriza por la avidez, la incapacidad para esperar, los comportamientos excesivos, las reacciones de modalidad binaria y la gran versatilidad de los sentimientos: alegría, tristeza, angustia o cólera alternan sin transición. Al no acertar a separar el yo del no-yo, el individuo oral vive cualquier clase de relación de manera fusional, pasiva y dependiente del otro, alternando la avidez afectiva y el rechazo brutal.

En tanto que los bulímicos y los obesos hipérfagos sucumben a sus pulsiones orales devoradoras, la anoréxica consigue oponerse con éxito a su surgimiento. Para ello, a menudo recurre a mecanismos de defensa característicos del estadio anal: dominio, control, rituales, verificaciones. El cuerpo es "fecalizado" en tanto que se idealiza el intelecto. En el plano fantasmático dominan los fantasmas inconscientes de fecundación oral y de incorporación oral del pene paterno: el acto de comer adquiere para ella un angustiante poder fecundador y la obesidad se transforma en el equivalente a un alumbramiento incestuoso. De lo anterior

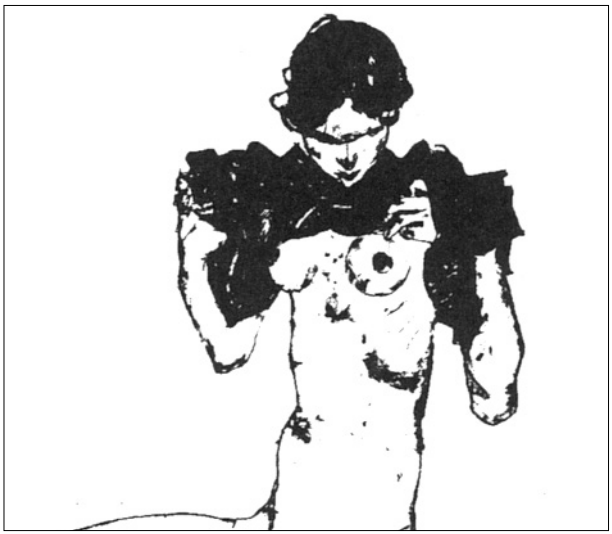
se derivaría la frecuencia con la que estas pacientes reportan relatos de incestos (véase la p. 85).

Pero esa manera de interpretar los trastornos del comportamiento alimentario como simples síntomas remite a una problemática de índole edípica y que figura en el registro de la histeria*. Esta concepción se puso en entredicho sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX. Los trastornos de la personalidad de la anoréxica o del obeso se ven como algo más profundo, de naturaleza preedípica. Mencionemos como ejemplo el punto de vista de Jean y Evelyne Kestemberg y de Simone Decobert (1972), para quienes una "falla en la constitución precoz del objeto interno" entrañaría una enorme dependencia respecto de los objetos externos. La vida fantasmática de la anoréxica sería pobre, sus relaciones objetales se conformarían a la manera arcaica preedípica, e irían acompañadas de un violento deseo de incorporación del objeto de investidura. El intenso movimiento regresivo que se apodera de las anoréxicas las arrastra a replegarse en un sí mismo primitivo, lo que conduciría a una megalomanía cuidadosamente mantenida en secreto. Un masoquismo erógeno primario por medio del cual la no satisfacción de una necesidad vital se erotiza, las conduce, en el límite extremo, al "orgasmo del hambre". La actitud de rechazo de la anoréxica y el placer que ello le provoca le sirven para adquirir autonomía respecto del mundo exterior y de quienes le rodean y, por lo tanto, para reforzar un sentimiento irreal de existencia.

En 1973, Hilde Bruch insistió muy particularmente en la vivencia corporal. Para ella, la alteración fundamental consiste en una incorrecta discriminación entre diferentes sensaciones físicas, necesidades corporales y emociones, hambre, saciedad, angustia o cólera, que permanecen amalgamadas. Esas perturbaciones serían la consecuencia de un incorrec-

to aprendizaje durante la infancia, debido a una madre que le impone a su hija sus propias sensaciones y necesidades, impidiéndole así individualizarse. Esa confusión de sensaciones y emociones, los trastornos de la percepción de la imagen corporal, la dependencia respecto de la madre y la fragilidad de la identidad, constituyen para Hilde Bruch la matriz generadora de los diferentes trastornos del comportamiento alimentario. Las hiperfagias de los obesos y de las bulímicas se consideran otras tantas confusiones entre el hambre y otras emociones y sensaciones. El sujeto comería en lugar de experimentar y expresar sentimientos, sean éstos negativos o positivos. En la misma perspectiva, la anorexia mental constituye una tentativa de autonomización y control de un cuerpo que se escapa. De esa manera, el dominio del cuerpo y de sus necesidades le permite a la anoréxica afirmar su existencia tanto ante los demás como ante sí misma.

En los decenios de los años ochenta y noventa del siglo pasado, el psiquiatra Philippe Jeammet hizo hincapié en la problemática de la identidad y en la importancia del conflicto dependencia/autonomía. Como sucede en las conductas adictivas, el sujeto, al no lograr introducir a un tercero que le permita romper la relación fusional que lo une a la madre, "sustituye una necesidad cuyo objeto es controlable, por un deseo cuya representación implica necesariamente la aceptación de una separación". El alimento, lo mismo que la droga, no tiene valor de símbolo maternal, pero es sobre todo un "sucedáneo de la madre" y permite ahorrarse una separación imposible. Así pues, en la anoréxica coexisten la dependencia respecto de la madre y el rechazo absoluto a esta dependencia, si bien el dilema existencial decisivo de la anoréxica mental es el siguiente: "Cómo mantener lo más alejado posible de sí misma aquello de lo que no se puede



Muchacha *(Egon Schiele). La relación que el individuo mantiene con su cuerpo es compleja. Ella determina parcialmente el comportamiento ante el alimento. Foto © Bildarchiv Preussischer Kulturbesitz.*

prescindir." Después de la primera infancia, la anoréxica se encuentra primeramente en una relación de dependencia y complementariedad respecto de los objetos de investidura. El periodo de anorexia responde a una tentativa de anular esa dependencia. En un tercer momento, el fracaso para adquirir la independencia se traduce en la instauración de una relación predominantemente sadomasoquista de tipo manipulador. El rechazo del alimento constituiría una estructura defensiva contra el peligro de derrumbe de los cimientos narcisistas del sujeto.

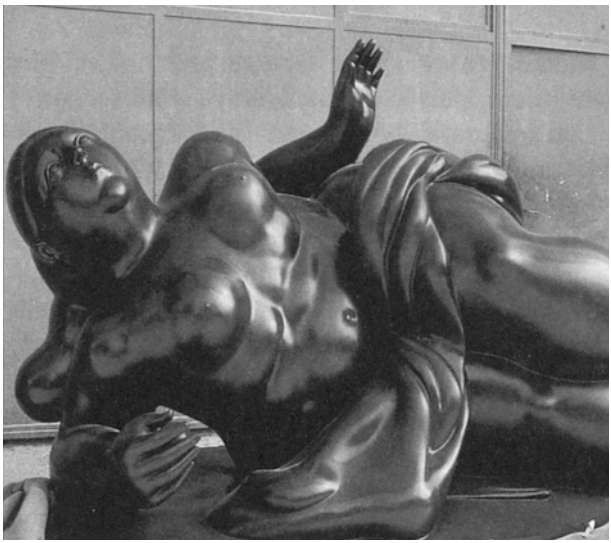
La interpretación de las conductas bulímicas apenas difiere de lo anterior: las bulimias servirían de "paraexcitación",

de cortocircuito emocional, permitiéndole descargar las emociones violentas a un sujeto que es incapaz de resolver sus conflictos mentalizándolos. La gestión sería equivalente a la del toxicómano o a la del alcohólico, y se trataría entonces de una "toxicomanía sin droga", como la denomina la psicoanalista Joyce McDougall. La impulsividad fundamental, característica de las personalidades limítrofes, se manifestaría a través de diferentes "pasajes al acto": bulimias, cleptomanía, conductas sexuales irreflexivas, conductas autodestructivas o actos de violencia. En el plano relacional, toda vez que la dependencia respecto de los demás es a la vez necesaria e insoportable, el individuo no dejaría de oscilar entre dos posiciones igualmente insostenibles de vacío y de excesiva plenitud afectiva.

La concepción de la anorexia mental y de la bulimia como enfermedades psicosomáticas ha dado lugar a descripciones semejantes: retomando los conceptos de la escuela psicosomática francesa de Pierre Marty, Michel de M'Uzan y de Christian David (1963), diversos autores describen a los individuos que son víctimas de trastornos del comportamiento alimentario como poseedores de un pensamiento operatorio, es decir, que privilegia a la acción y a lo concreto, y que padecen de una carencia fantasmática y simbólica. J.-C. Nemiah y P. E. Sifneos, autores estadunidenses, desarrollaron en 1970 la misma idea y dieron el nombre de "alexitimia" a la incapacidad que tienen estos individuos para cobrar conciencia de sus estados emocionales y mentalizar los conflictos. Así, el comportamiento hipérfago tendría carácter de pasaje al acto al permitir la liberación de la energía pulsional. De manera general, la carencia de elaboración mental haría que esas personas fuesen particularmente intolerantes a la frustración y dependientes de su entorno por lo que se refiere a la satisfacción de sus necesidades.

Familia y trastornos del comportamiento alimentario

Es la madre quien alimenta a su hijo, y si las cosas dejan de ir bien… Numerosas teorías psicoanalíticas se edificaron en un principio en torno a la idea de una "mala madre". De esa manera, la madre de la anoréxica o de la bulímica fueron descritas como poco cálidas, guiadas por el cumplimiento del deber, renuentes a tener contacto físico con su hija y a las demostraciones de afecto. Angustiadas por la idea de no ser buenas madres, se esforzarían demasiado por serlo y llegarían a ser decididamente abusivas. De hecho, se trataría de mujeres frágiles, ansiosas, insatisfechas, autodevaluadas y con ten-



Los cuerpos de Botero. *La obra de este artista es intrigante: los cuerpos son incuestionablemente bellos aun cuando se encuentran en las antípodas del ideal de nuestro tiempo. Foto © J. C. Francolon/Gamma.*

dencia a la depresión. Utilizarían decididamente a su hija como una muleta, como un objeto narcisista. La belleza y los éxitos escolares de la niña serían para esas madres un punto a favor de su propia autoestima. En un primer momento, la criatura respondería a las expectativas de la madre, y las dificultades no aparecerían sino hasta la adolescencia, cuando la hija se esforzará por alcanzar su autonomía. De hecho, 75% de las madres de anoréxicas han tenido una depresión, han recurrido al alcoholismo o han sido cleptómanas en el año anterior a la anorexia de su hija.

Las madres de criaturas obesas han sido caracterizadas de manera similar. En los años treinta del siglo pasado, fueron sumariamente descritas ante todo como madres abusivas, "sobreprotectoras", amantes y asfixiantes, que impiden al niño realizar sus propias experiencias y ser autónomo. En los años setenta del siglo XX, Hilde Bruch las consideró poco intuitivas, rígidas, con ideas hechas, con tendencia a decidir lo que el niño "debe sentir" por lógica en un momento determinado, dictándole sus sentimientos y emociones. Esas madres, incapaces de percibir intuitivamente las necesidades de la criatura, responden sistemáticamente a cualquier petición ofreciéndole alimento.

Diversos autores han intentado establecer diferencias entre las familias de las niñas anoréxicas, de las bulímicas y de los obesos. Las familias de las anoréxicas serían más rígidas, más moralizantes y más exigentes. El éxito escolar sería para ellas un imperativo. Los padres de las adolescentes bulímicas serían más endebles, menos estructurados e incluso depresivos. Pero el hecho de que en el seno de la misma familia se encuentren a menudo hermanos y hermanas que padecen de diversos trastornos del comportamiento alimentario lleva a dudar de la correcta fundamentación de semejante tipología.

El papel del padre ha sido descuidado durante mucho tiempo. Se le describe, en primer lugar, adjudicándole un carácter indefinido, sin autoridad, e incluso como un padre física y moralmente ausente, absorto, por ejemplo, en su trabajo, o bien, desaparecido o fallecido. En 1980, Philippe Jeammet recalcó que en los padres de las anoréxicas ha tenido lugar un incremento en la frecuencia de trastornos psiquiátricos: depresión, tendencia a replegarse en sí mismos, y también episodios psicóticos en su juventud. De cara a su hija, el padre se mostraría sumamente crítico y muy exigente por lo que se refiere a su éxito socioprofesional. En el plano afectivo, en algunas ocasiones tendería a hacerla a un lado, o bien, no asumiría su papel paternal y se comportaría como una segunda madre, o incluso no consideraría a su hija como tal e intentaría seducirla. A partir de 1985, aproximadamente, diversos autores insistieron en la frecuencia con la que en estas familias se dan las relaciones incestuosas. La mitad de las anoréxicas y 75% de las bulímicas que fueron interrogadas al respecto fueron objeto de abuso sexual durante su infancia. Pero es precisamente el número sorprendentemente elevado de esas cifras lo que permite ponerlas en duda: ¿tuvieron lugar en la realidad esas sevicias sexuales, o bien la jovencita se ha representado fantasmáticamente la consumación del incesto a partir de una relación ambigua? En la actualidad, los juicios al respecto se encuentran divididos.

Más que interesarse en la patología individual de los padres, la terapia familiar, a la que todavía se conoce con el nombre de terapia sistémica, pone el acento en las relaciones intrafamiliares. La "familia psicosomática", descrita por Salvadore Minuchin, especialista en terapia familiar, sería de esa manera, entre otras cosas, un vivero de anorexia mental, de bulimia o de obesidad hipérfaga. Esa "familia psicosomática" se caracteriza por la confusión relacional que impera

en los miembros de la familia, entre individuos y entre generaciones, por su proximidad excesiva y por la desproporcionada intensidad de las interacciones, así como por la sobreprotección de unos a otros, la rigidez, la falta de adaptabilidad tanto en el interior del universo familiar como respecto del mundo exterior, la incapacidad para hacerle frente a las crisis y, por último, la intolerancia a los conflictos, su evasión y su falta de solución. Vista desde el exterior, esta familia parece funcionar en circuito cerrado, es conformista, se encuentra firmemente apuntalada en una aparente normalidad con objeto de provocar la impresión de armonía, felicidad y unión perfecta entre sus miembros. Pero en este círculo no se puede expresar crítica alguna, y no es siquiera concebible la idea de que exista un conflicto entre sus miembros. Los padres, incapaces de superar sus dificultades conyugales, las transformarían en dificultades parentales, comprometiendo en ellas a sus hijos e intentando convertirlos en sus aliados en coaliciones más o menos estables. Desde el punto de vista del grupo familiar, la anomalía de uno de sus miembros concentra en él la mayoría de las tensiones intrafamiliares y lo coloca en situación de chivo expiatorio, lo que permite reforzar la cohesión familiar que está en peligro. A su vez, ese papel de chivo expiatorio favorece, debido al estado de estrés que genera, los trastornos del comportamiento alimentario.

Algunos autores describen otros tipos de organizaciones familiares: por ejemplo, para W. Kinston, el elemento motor de las familias en las que hay un niño obeso lo constituye la preservación de las apariencias sociales. Se trata de una familia modelo, pero sólo en lo que concierne a las apariencias. Los padres, que son endebles, contradictorios, volubles e incapaces de dar afecto a sus hijos, se sirven de un lenguaje íntegramente ilusorio. En un contexto semejante, la obesi-

dad de un hijo se considera una tara inaceptable, aunque manifiesta, que trae consigo el rechazo. Las "familias caóticas", que son versátiles y en las que imperan la discordia, el autoritarismo y la permisividad, serían asimismo terreno propicio para la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario.

El punto en común a todas esas familias sería la falta de cualidades empáticas en uno o ambos padres, lo que los obliga a establecer con su entorno relaciones de carácter manipulador. Señalemos que esos tipos de familia no tienen nada de específico: familias con un hijo esquizofrénico, familias de alcohólicos, de toxicómanos o de psicópatas también han sido descritas en términos semejantes por diferentes autores.

ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y LOS PROBLEMAS DE EXCESO DE PESO

Hemos podido ver que los trastornos del comportamiento alimentario no se pueden circunscribir fácilmente en una definición sucinta, y que la investigación de sus causas tiende a parecerse a la búsqueda del Santo Grial. Llega el momento en el que uno acaba por preguntarse si no es en el espíritu de los investigadores y de los terapeutas en donde reina la confusión, más que en el de las anoréxicas, las bulímicas y los obesos. Mucho me temo que a estas alturas del libro ése sea el punto de vista del lector… De modo que en esta época en la que, para decirlo todo de una vez, los mecanismos de los trastornos del comportamiento alimentario y sus relaciones con el sobrepeso son *terra incognita*, resulta conveniente retomar, a fin de esclarecer las ideas, el punto de vista fenomenológico y describir la que pudiera ser la vivencia de los individuos víctima de esos problemas. Quizá sea posible, a partir de ello, considerar algunos nuevos barruntos terapéuticos.

¿Falta de interioridad o concentración de la atención en el entorno?

Si consideramos la evolución de las ideas en materia de psicología de la obesidad y la bulimia, no podremos menos que comprobar que existen dos grandes corrientes: la primera de ellas es la del psicoanálisis, que ha realizado el intento de caracterizar en esas personas lo que podría llamarse una "falta de interioridad". De esa manera, como ya vimos, el psicoanálisis de la primera mitad del siglo XX hizo hincapié en el carácter oral de esos sujetos: se trata de personas de contornos imprecisos, lo mismo que los límites de su yo; que dependen del otro en la medida en que padecen de un déficit narcisista, y en las que alternan estados fusionales con rechazos violentos y defensivos. En los años setenta del siglo pasado, la escuela psicoanalítica los describió como sujetos que padecen una carencia fantasmática e incapacidad para cobrar conciencia de sus estados emocionales. Para Hilde Bruch, en esa misma época, la obesidad y la anorexia mental serían lo propio de los individuos que son víctimas de la confusión de diferentes emociones y sensaciones, y que no sabrían cómo diferenciarlas entre sí. Más cerca de nuestros días, algunos autores insisten en los aspectos arcaicos y preedípicos, en la dependencia respecto de los objetos externos, en las relaciones fusionales y la dialéctica de amor y rechazo que ellas implican, en los trastornos de identidad y en la incapacidad para individualizarse.

La segunda corriente es la de la psicología experimental que, a partir de los años setenta del siglo pasado, pone el acento en lo que podría llamarse la concentración de la atención en el entorno. De esa manera, para Stanley Schachter, el obeso (y la bulímica) son externalistas vigorosamente influidos por el mundo exterior y relativamente insensibles a

las sensaciones internas, de las que el hambre y la saciedad no son sino unos ejemplos. Es interesante señalar que la externalidad no es una tara, sino más bien una manera de estar en el mundo; el externalista demuestra tener una gran receptividad y resuelve con más éxito los test sobre la observación del entorno. Las teorías que hacen hincapié en los efectos de la restricción alimentaria, en particular la teoría de la restricción cognitiva de Herman y Polivy, describen a individuos que se ven obligados, para ofrecer resistencia a su deseo de comer, a apartarse de las señales de hambre, pero también de la mayor parte de sus sensaciones físicas y emocionales, por lo que acabarían por concentrar su atención en el mundo exterior. Por último, más recientemente, en los años noventa del siglo pasado, Heatherton y Baumeister ofrecieron una concepción más dinámica, en la que los comportamientos hipérfagos les sobrevendrían a los individuos en restricción alimentaria cuando intentan escapar a una conciencia dolorosa de sí misma. De esa manera, regresarían a un modo de funcionamiento mental en un nivel más bajo de conciencia, lo que los dispensaría de entrever el significado de lo que viven. Ese angostamiento cognitivo los conduciría a dejar atrás sus inhibiciones, a volver a vincularse a esquemas de pensamiento y creencias irracionales, a centrarse en el momento presente y en los placeres inmediatos.

La posición hiperempática

He propuesto que se llame *posición hiperempática* al doble movimiento de sobreinvestidura del mundo y del desconocimiento de sí mismo que parece caracterizar a un número considerable de individuos obesos y bulímicos. Como veremos, no se trata de un estado, sino de una posición reversible que el individuo adopta en muchas ocasiones.

La hiperempatía no tiene sólo desventajas: el individuo dotado de un exceso de empatía, de la capacidad de olvidarse de sí mismo completamente para no ser sino uno con los demás, de abolir la distancia que lo separa del otro y de convertirse en el otro, obtiene el beneficio de ver su intuición acrecentada. Asimismo, es un observador aguzado, capaz de aprehender al mundo de manera global y sin el menor distanciamiento. Un individuo así percibe con mayor rapidez, mejor y más intensamente el mundo circundante. Se concibe que esas diferentes cualidades se orienten ya sea hacia las profesiones en las que uno se olvida de sí mismo en provecho de los demás (cuerpo médico y paramédico, trabajo social), hacia la comunicación, los espectáculos, o hacia las que requieren talento artístico y el don de los idiomas.

Sin embargo, la hiperempatía va acompañada de una percepción confusa e imprecisa del propio cuerpo. Los límites corporales se perciben incorrectamente; las dimensiones, según el momento, se sobrevaloran o se subestiman. Los juicios a propósito del aspecto corporal casi siempre son negativos. Es verdad que la obesidad es objeto de vilipendio, pero, cuando adelgaza, el obeso se siente decepcionado y persiste en el disgusto por su apariencia, sin poder conseguir integrar los cambios que tuvieron lugar, y conservando la misma actitud cautelosa y parsimoniosa. De la misma manera, la bulímica delgada denigra a menudo su cuerpo, lamentándose de sus pequeños defectos, como serían, por ejemplo, algunas huellas de celulitis o una silueta que nunca alcanza una imposible perfección. De hecho, el individuo invierte su tiempo en huir de su propia imagen, evitando los espejos, los dispositivos fotográficos o las videocámaras, aceptando examinarse únicamente de modo parcial, por fragmentos.

Esa negación del cuerpo corre pareja con la ausencia de territorio propio. Ello se traduce concretamente en la difi-

cultad de afirmar su posesión de los objetos o de los lugares. En efecto, para que un acto de posesión sea percibido como algo legítimo a sus propios ojos, es necesario ser capaz de decir: "Yo soy yo, y esto es mío". Vayamos más lejos: también se trata de saber afirmar: "Esto es de mi propiedad; esto no lo es", pues toda posesión implica una renuncia a los objetos que no se poseen. La incapacidad para efectuar una renuncia semejante desemboca, en la práctica, en una negativa de administrar su ingreso, en compras compulsivas en las que a menudo se adquieren objetos innecesarios, e incluso en comportamientos cleptómanos. El hiperempático engulle sin poseer, sin integrar el objeto a sí mismo.

Esa dificultad para delimitar al yo respecto del no-yo también se traduce en diversos juegos exploratorios con los límites. Se trata de ver qué tan lejos se puede ir, de provocar al otro, de forzarlo a reaccionar. Transgredir las leyes es una manera de reconocerlas, de conferirles una realidad. El castigo que de ello resulta en algunas ocasiones permite distinguir lo que está permitido de lo que está prohibido; sobre todo, quien castiga reconoce por ello mismo la existencia del que falla, le da cuerpo.

Esas diversas dificultades se pueden relacionar con alteraciones de la imagen corporal, toda vez que la ausencia de puntos de referencia sensoriales internos desemboca, en los momentos de hiperempatía, en una intensa vivencia en el transcurso de la cual el tiempo parece deslizarse rápidamente y en la que son abolidos el hambre, la sed, la fatiga, el dolor y las necesidades naturales del cuerpo. El individuo se olvida de sí y se compromete a fondo, sin retroceso posible, sin mirada crítica. También es posible caracterizar una falta de puntos de referencia cognitivos internos: la ausencia de distanciamiento trae consigo una dificultad para objetivar, nombrar, categorizar y pronunciar juicios. Es verdad

que el hiperempático detecta las emociones de los demás, sus deseos y sus opiniones, pero resulta ser incapaz de tomar distancia, de situarse respecto de ellos. Asimismo, la memorización de los sucesos es mediocre, lo que produce la sensación de vivir en un eterno presente. Y es que la memoria es en gran parte una rememoración, una reconstrucción mental que requiere una toma de distancia, una objetivación. El hiperempático devora ávidamente y con entusiasmo novelas o películas de cuya trama no conserva el recuerdo.

De esa manera, el hiperempático le otorga sistemáticamente la primacía a lo que percibe en el mundo exterior. Pero el problema con los criterios exteriores es que son intercambiables: si podemos distinguir lo verdadero de lo falso, lo justo de lo injusto, lo bueno de lo malo, ello es gracias a un juicio que guarda referencia con criterios internos que se han definido previamente. Si Pedro dice *blanco*, si Juan dice *negro*, y si yo considero que no es pertinente mi propio juicio, no me queda más remedio que apostar por Pedro o por Juan… De donde provienen, sin duda, esa indecisión, esa incapacidad para zanjar una cuestión y el miedo de comprometerse. Más aún, de ahí también proceden esa sugestionabilidad, ese apetito de creencias y de sistemas mágicos. Cuando todos los juicios son válidos, ¿por qué no adherirse al que más nos acomoda, al que nos parece el más seductor o más excitante?

Se entiende que el individuo en posición hiperempática tenga dificultad para efectuar una clara distinción entre los hechos de observación y los que él se haya imaginado, entre lo que su mente crea y lo que él percibe por la mediación de sus sentidos. Y, justamente, debido a su pasividad, a la dificultad que experimenta para aprehender lo real, la imaginación va de prisa. El hiperempático, por ejemplo, construye a menudo castillos en el aire, e imagina a placer cuál será su vida cuando, digamos, haya adelgazado. Algunos llegan has-

ta la mitomanía* e inventan diversos personajes, los cuales no les parecen más falsos que el que se ven constreñidos a endosarse en la vida cotidiana.

El sujeto hiperempático vive el fuera como la única fuente posible de energía vital. Pero el fuera, demasiado imponente, constituye simultáneamente una amenaza a su propia integridad. Por esta razón, el fuera es vivido a manera de restricción. Violación de las leyes y de los reglamentos, de las relaciones jerárquicas, de las restricciones financieras, de los horarios. Violación, también, de las tareas obligatorias, sobre todo cuando son repetitivas. Violación de las elecciones por hacer, pues toda elección es una renuncia y toda decisión es un aislamiento. El rechazo de las leyes, los reglamentos, la autoridad y las jerarquías tiene como raíz la angustia de la disolución en el no-ser. Los modos de reacción van desde la resistencia pasiva, que consiste en consagrar toda la energía a no hacer nada, hasta diferir una acción que se experimenta como si se impusiera desde fuera, o hasta la rebelión declarada.

Al percibirse como un sobre vacío, el hiperempático siente desesperadamente necesidad de los demás para sentirse existir y está dispuesto a cualquier compromiso con tal de resultar aceptable. Pero su permeabilidad a las opiniones de los demás le causa una duda permanente: esta percepción, esta emoción, ese deseo que creo sentir, ¿son realmente míos? Cuando el sujeto se percata de que su opinión, sus sensaciones y sus emociones varían en función de las personas con las que trata, entonces tiene la impresión de ser invadido. Entonces oscila, ante los demás, entre la necesidad de hacerse amar y aceptar, a fin de sentirse existir, y la necesidad de defenderse contra la sensación de haber dejado de ser él mismo; así, su modo de relacionarse es un *pas de deux*, una secuencia de avances hambrientos y retrocesos temerosos. Esa

forma de relacionarse adquiere toda su dimensión en las relaciones amorosas, las cuales, mientras existan, son singularmente caóticas.

A partir de esa posición hiperempática es posible presentar varios cuadros. Por una parte, el *síndrome de invasión*: debido a que al hiperempático le resulta imposible mantener permanentemente el alto nivel de excitación necesario para preservar el sentido de identidad, en los momentos en que se relaja la atención dirigida al mundo exterior es cuando aparece el sentimiento de vacío interior. La angustia adopta a menudo la forma de un debilitamiento de la imagen corporal, de angustia de muerte, de sensaciones de anonadamiento. Es el periodo propicio para los excesos alimentarios, que van de la mera roedura a la bulimia. La ingesta de alimento, al generar intensas sensaciones corporales —olfatorias, gustativas, musculares, de abarrotamiento abdominal— y al despertar los recuerdos correspondientes a las sensaciones generadas, intervienen como medio para restablecer el sentimiento de existencia. Diversas actividades, al aumentar la percepción del cuerpo y suscitar emociones violentas, provocan ellas también la intensificación del sentimiento de existir, y en algunas ocasiones son intercambiables con el exceso alimentario: actividad física con grandes dosis de narcisismo, como es la danza, correr, tener relaciones sexuales (a veces ninfómanas), bulimia de compras, cleptomanía, actos de violencia auto o heteroagresivos, toxicomanías.

Las crisis hipérfagas suelen tener lugar al finalizar el día, cuando la actividad cesa y el sujeto se encuentra frente a frente con su nada interior. Así, muchos bulímicos oscilan entre periodos hiperempáticos y crisis de hiperfagia.

Tenemos, por otro lado, el *síndrome de oposición* o "*ni-ni*": a fin de defenderse contra las sensaciones de invasión, el individuo demasiado permeable o influible acaba por definirse

en oposición a su entorno. Pasamos entonces de la indiferenciación de la invasión y las angustias que la acompañan a la edificación de una personalidad íntegramente construida a partir de la oposición y en lucha permanente por escapar a cualquier forma de encierro. Pero, ¿cómo oponerse sin acabar por encontrarse confundido, englobado en quienes se nos oponen? Definirse como indefinible, convertirse en aquel que los demás no son, supone el tener que recurrir constantemente a la paradoja. Cada definición deberá ser anulada inmediatamente por la definición opuesta. Por ejemplo, en el plano profesional, el sujeto se empeñará arduamente, pero cultivará cuidadosamente una reputación de persona a la que todo se le facilita. De lo que se trata es de no ser ni constante ni inconstante, ni feliz ni infeliz, ni trabajador ni haragán, ni rico ni pobre, ni fiel ni casquivano, ni propietario ni inquilino. La persona en oposición, aun cuando no tiene una vida sencilla, no logra luchar menos eficazmente contra sus angustias que la persona descrita en el síndrome de invasión. Encontramos ese perfil sobre todo en los individuos obesos, cuyas conductas hipérfagas son menos violentas que las del síndrome de invasión.

Por último, tenemos *el cerramiento*: ¿qué sucede cuando una persona que teme por encima de todo ser invadida por el mundo exterior logra, gracias a una voluntad inquebrantable, cerrarse casi totalmente a este mundo? El alimento, que de suyo es una fuente de invasión del cuerpo, se mantiene a distancia. El amor de los demás y sus puntos de vista constituyen otros tantos modos de invasión contra los que es preciso luchar. Entonces el sufrimiento proviene de la percepción del vacío interior. La anoréxica a menudo resuelve ese dilema, muy semejante al de la cuadratura del círculo —luchar contra la nada sin dejarse invadir por el otro—, recurriendo a un ser o a un principio filosófico trascendentes.

El control del peso

Como hemos visto, todos esos individuos hacen de su peso y de su conformación corporal el elemento primordial de la definición de sí mismos. Pero es tan difícil aceptarse delgado como aceptarse gordo. Para muchos obesos, adelgazar equivale a perder una parte de ellos mismos, es perder lo que los distingue de los demás, es correr el riesgo de disolverse en la nada. En el momento en que ellos sienten que están a punto de pasar de una categoría a la otra, cuando pasan de la obesidad a tener un peso normal, son presa de pánico y les angustia la alternativa: conservar su originalidad y, así, aceptar el permanecer encerrados en su sobrepeso, o bien, adelgazar y renunciar a estar fuera de las normas. De esa manera, algunas personas sólo logran adelgazar negando el cambio, haciendo como si no hubiese intervenido modificación alguna, y volviendo a engordar cuando una pérdida de peso considerable hace que esa posición resulte insostenible.

Adelgazar es también tener que enfrentar el deseo de los demás. Pero seducir implica imponerle al otro la propia persona, tomar la delantera. El hiperempático, que no se ve como ser existente y que prefiere las relaciones que pertenecen a la categoría de lo aproximado y de la fusión, las más de las veces resulta ser un lastimoso seductor, pero es en cambio un excelente amigo y confidente. La posibilidad de poder seducir le da pavor. Engordar es a menudo una forma de poner fin a los juegos de la seducción.

Incluso es posible negarse a adelgazar, y hasta decidir ganar peso, con objeto de defenderse contra abusos de poder, sean éstos reales o imaginarios, contra las restricciones que los demás (amigos, padres, esposos, hijos, médico) imponen. Adelgazar es obedecer, conformarse y, en cierta forma, dejar de ser uno mismo. Pero, no adelgazar es fracasar, no lograr

obtener lo que más se desea en el mundo. Ese dilema será también un factor de oscilación del peso.

El problema de la anoréxica es del todo diferente. Ésta, habiendo llevado a cabo una labor de cerramiento que deja su cuerpo en el exterior, se encuentra como saturada. Su ideal sería ya no tener cuerpo, y ella no percibe esta ausencia de cuerpo como un peligro vital, pues no es por ese cuerpo por el que se siente existir. También a menudo se muestra indiferente por el futuro de ese cuerpo y vive las sensaciones físicas como otras tantas tiranías e intrusiones invasoras.

El fetichismo como solución para la "falta de voluntad"

Las referencias exteriores que le son necesarias al hiperempático pueden llevar el nombre de fetiches. Por fetiche se entiende una persona, o un objeto real o imaginario, a los que se les confiere un poder mágico y simbólico. El fetiche suple la "falta de voluntad" del hiperempático al otorgarle un sentido a la acción, al centrar la atención, al revertirla en sensaciones internas. De esa manera, se modifican los comportamientos alimentarios y se adelgaza para y por el fetiche que se haya elegido. El sistema fetichista es asimilable a la situación hipnótica: en ambos casos, debido a que el sistema de referencia se localiza en el exterior de uno mismo, el sujeto deja de ser quien determina el sentido de sus acciones. El individuo, obnubilado por su fetiche, liberado de la necesidad de decidir y emancipado de la responsabilidad, puede entonces dedicar toda su energía a la acción en sí cada vez que se presenta la ocasión de luchar contra las hiperfagias.

Así, sucede con frecuencia que el obeso adelgaza "por amor", o por regímenes que se promueven con el nombre de

una figura del espectáculo, de un médico carismático, y también la bulímica encuentra fuerza para regular sus comportamientos alimentarios de la misma manera.

Más aún, un determinado valor de peso, una cifra mágica arbitrariamente establecida, o que se convierte en centro de la atención del sujeto. Éste no adelgaza para sentirse mejor en su cuerpo, sino con objeto de que cierta balanza señale cierto número. A veces lo que se fetichiza es una prenda de vestir: el individuo se obnubila por un pantalón o por un traje de baño en el que trata de caber.

El problema con el fetiche es que éste no logra motivar duraderamente: esto sólo puede hacerlo un sistema de referencia interiorizado. Así, siempre llega el momento en el que el sistema fetichista deja de funcionar y en el que el objeto fetichizado pierde bruscamente su aura. El sujeto se encuentra una vez más privado de un objetivo. Entonces se deprime y vuelve a ganar el peso que había perdido… hasta que logra fijar su atención en un nuevo fetiche.

De hecho, todo sistema fetichista conduce a la manipulación. El paciente manipula al terapeuta al obligarlo a desempeñar un papel convencional y preestablecido; en respuesta, el terapeuta manipula a su paciente infundiéndole el deseo de adelgazar, una "voluntad" de la que se constituye en el depositario. En un primer momento, el paciente pide ser manipulado. Le suplica al terapeuta que lo constriña a adelgazar, que lo fuerce a seguir una dieta, e incluso que lo castigue cuando la infrinja. "¡Hágame adelgazar, doctor! ¡Por la fuerza, si es necesario! Constríñame, oblígueme, incluso maltráteme, pues no tengo voluntad interior. En sus manos están mi voluntad y mi deseo de adelgazar."

Sin embargo, se trata de un sistema en dos tiempos: el terapeuta obedece, desempeña el papel que se le ha dado y acepta obligar a su paciente "por su bien". Pero, tarde o tem-

prano, el paciente percibirá esa acción como lo que es, a saber: una manipulación externa, un intolerable abuso de poder. Resistir a la manipulación se transforma entonces en el medio de restaurar su sentido de identidad: oponiéndose al deseo del terapeuta, el paciente conseguirá definirse, existir. Así pues, de lo que se trata es de hacer fracasar al terapeuta, de quemar lo que se adoró. El paciente entonces deja de adelgazar, se deleita unos momentos con el espectáculo de un médico que ha llegado a ser impotente, y luego lo abandona. Esa sucesión que va de la adoración al rechazo marca la cadencia de la relación de quien quiere adelgazar con su médico fetichizado.

Conclusión

Como suele suceder en la medicina, comprobamos que determinadas modalidades terapéuticas dan mejor resultado que otras, sin que seamos capaces de decir qué es lo que en los diversos tratamientos constituye la diferencia. Sin embargo, en materia de obesidad y de bulimia es posible obtener algunas conclusiones.

El terapeuta activista que acepta el papel de fetiche que su paciente le pide desempeñar logra, es verdad, tener éxito a corto plazo, aunque el fracaso será inevitable a mediano plazo. Ahí reside la trampa principal de los enfoques dietéticos y cognitivo-conductuales.

El terapeuta pasivo que propone a su paciente una relación distanciada, siguiendo el modelo de Épinal del psicoanalista neutro y benevolente, obliga a su paciente —que se vive como vacío y que no concibe deseo alguno sino en otro— a remedar lo que piensa que su terapeuta espera de él. A menudo, los progresos realizados se experimentan con

una impresión de falsedad y nada logra modificarse por lo que concierne a la problemática alimentaria y del peso.

Si de lo que se trata es de hacer salir al individuo de su postura hiperempática, lo que con ello se logra es llevarlo a identificar sensaciones, emociones y cogniciones que le pertenecen propiamente, sin duda. A fin de que esa vivencia interna cobre cuerpo y consistencia, es necesario que el individuo entrevea las relaciones que existen entre lo que él siente y piensa y lo que hace. En efecto, ni el pensamiento ni la emoción adquieren su valor sino hasta que se traducen en una acción, en una modificación de la realidad experimentada. Los pensamientos que atraviesan por nosotros, pero que no se concretan, aparecen como irreales, sin sustancia. De la misma manera, un cambio en las conductas sólo se integra verdaderamente cuando el individuo se percata de la gestión en la que ese cambio se sustenta. Los actos que se llevan a cabo, pero que no se han decidido en el fuero interno de cada cual, se experimentan como otras tantas restricciones.

Ese tipo de trabajo puede efectuarse con diferentes herramientas psicoterapéuticas. Una de ellas es el conjunto de las terapias cognitivo-conductuales: en esta perspectiva, las consignas de modificación del comportamiento alimentario son sobre todo un medio para que el individuo pueda demostrarse a sí mismo que no se encuentra totalmente a merced de los procesos exteriores, sino que él mismo puede influir en su comportamiento. La terapia cognitiva le permite precisar su manera de pensar y sus emociones, las relaciones de ambas con sus propias conductas. Asimismo, las psicoterapias centradas en las dificultades relacionales obligan al individuo a precisar lo que siente y lo que piensa frente a los demás, así como su actuación.

De hecho, lo que es importante, lo que permite que ten-

ga éxito cualquier cosa que pertenezca al género de lo terapéutico, se podría resumir en una palabra: empatía. Paradójicamente, más que ningún otro, el sujeto hiperempático experimenta la necesidad de sentir que el terapeuta dé un paso en dirección suya. El hecho de que el terapeuta le ofrezca muestras de empatía le prueba que algo hay en él que es capaz de suscitar esa empatía. A partir de ese movimiento del terapeuta respecto del paciente, éste podrá descubrir sus propios contornos.

ANEXOS

GLOSARIO

ajuste calórico: medio que utiliza el organismo para adaptar la cantidad de alimento ingerido a los requerimientos de energía. Un aporte energético muy pobre durante las ingestas alimentarias anteriores, así como una comida que se ha retrasado a pesar del hambre, se compensan con una comida más rica en valor calórico. De manera inversa, los excesos obligan a comer menos en la siguiente comida.

antidepresivo: medicamento que actúa en el funcionamiento del cerebro y ejerce un efecto favorable en los estados depresivos. Algunos medicamentos que pertenecen a esta clase, como son, por ejemplo, la imipramina, la fenfluramina o la fluvoxamina, modifican la tasa de un neurotransmisor cerebral y, lo mismo que la serotonina, al parecer frenan las compulsiones alimentarias.

ansiolítico: medicamento que actúa en el funcionamiento del cerebro y ejerce un efecto favorable en los estados ansiosos.

cleptomanía: tendencia al robo impulsivo e incontrolable.

compulsión: acto que no puede dejar de ejecutarse sin ex-

perimentar angustia o culpabilidad. Con frecuencia se considera a la bulimia como una compulsión.

correlación posprandial: medio que utiliza el organismo para adaptar la cantidad de alimento ingerido a los requerimientos de energía. Una comida insuficiente desde el punto de vista energético en relación con esos requerimientos implica la aparición del hambre de manera más precoz. De manera inversa, un aporte alimentario abundante retarda la aparición del hambre.

esquizofrenia: enfermedad mental que se caracteriza por una disgregación psíquica y pérdida de contacto con la realidad.

extractos tiroideos: la glándula tiroides está situada en la parte baja del cuello y fabrica, de manera natural, hormonas cuyo papel consiste en estimular el metabolismo de los glúcidos y los lípidos, acelerando su combustión por parte de las células. La ingesta de medicamentos a base de hormonas tiroideas implica un adelgazamiento que corresponde a una pérdida de grasa, aunque también de los músculos (lo que favorece la ganancia de peso cuando se interrumpe el tratamiento), pudiendo causar problemas psíquicos y cardiacos, en ocasiones muy severos.

fenfluramina: véase *antidepresivo*.
fluvoxamina: véase *antidepresivo*.

glándula hipófisis: véase *trastorno neuroendócrino*.

hipotálamo: región del diencéfalo, sede de los centros superiores del sistema neurovegetativo y que dirige las secreciones hormonales de la glándula hipófisis, con la que se encuentra directamente conectado. Entre otras cosas, el

hipotálamo interviene en el control de la ingesta alimentaria.

histeria: neurosis que se caracteriza por una personalidad histriónica (se dramatiza el comportamiento, que es hiperreactivo y se acompaña de las perturbaciones características de las relaciones interpersonales), por trastornos de conversión de apariencia neurológica (como convulsiones, parálisis, ceguera, anestesia, dolores, crisis de catalepsia, etc.), e incluso por problemas disociativos (amnesia, fugas, personalidad múltiple, despersonalización).

imipramina: véase *antidepresivo*.

inhibidor del apetito anfetamínico: las anfetaminas, que son sustancias químicas, actúan en el cerebro y provocan un estado de agitación física e intelectual y una disminución de las ingestas de alimento; fundamentalmente logran esto último retardando la presencia del apetito y reduciendo la cantidad de las comidas. En consecuencia, algunos derivados de las anfetaminas se utilizan como productos para adelgazar.

insulina: hormona secretada por el páncreas. La insulina disminuye la tasa de glucosa en sangre (glucemia); ayuda a la glucosa a penetrar en las células de los músculos y del tejido adiposo; en la célula, facilita la síntesis del glucógeno y de los ácidos grasos a partir de la glucosa. Favorece también la síntesis de las proteínas en los músculos y en los tejidos. En las células adiposas contribuye a la síntesis de las grasas.

mitomanía: problema psíquico en el que el sujeto tiende a fabular, a mentir y a simular con objeto de darse una importancia que no tiene.

neurolépticos: medicamentos psicotrópicos de efecto sedante en el sistema nervioso. Se utilizan principalmente en el tratamiento de las psicosis y de algunas afecciones nerviosas severas.

neurotransmisor cerebral: las neuronas, que son las células que integran el sistema nervioso, secretan en sus extremidades moléculas activas, las cuales actúan en otras neuronas. Existe un sinnúmero de neurotransmisores, pero los más conocidos son la serotonina, la acetilcolina, la dopamina, la gaba.

nosografía: descripción y clasificación metódica de las enfermedades.

ponderostato: mecanismo regulador del peso. Véase *hipotálamo*.

psicastenia: forma de neurosis descrita por Pierre Janet en 1903, cuyos principales elementos son la angustia, la obsesión, la fobia, la duda, cierto número de inhibiciones y de manías mentales, acompañadas de falta de decisión y resolución en la voluntad, las creencias y la atención, lo que corresponde a un problema de la función de lo real.

psicotrópico: una sustancia psicotrópica actúa en el sistema nervioso por vía química. De manera clásica, se distinguen los productos estimulantes, como son los antidepresivos y los psicotónicos; los productos calmantes, como son los tranquilizantes y neurolépticos, y los productos generadores de trastornos o psicodislépticos.

serotonina: véase *neurotransmisor cerebral*.

trastorno neuroendócrino: la glándula hipófisis, órgano neuroglandular ubicado en la base del cráneo en el nivel del hipotálamo, secreta varias hormonas que actúan en

el funcionamiento de otras glándulas endócrinas, como son la tiroides, el páncreas, las glándulas suprarrenales, los ovarios y los testículos. De hecho, diversas enfermedades endócrinas se originan en el cerebro.

BIBLIOGRAFÍA

Las siguientes obras permitirán profundizar los diversos aspectos, tanto biológicos como psicológicos, que se tratan en el libro:

Apfeldorfer, G., *Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*, Payot, 1991.

Apfeldorfer, G. (comp.), *Traité de l'alimentation et du corps*, Flammarion, 1994.

ASPECTOS PSICOANALÍTICOS Y PSICOSOCIALES DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA MENTAL

Aimez, P., y J. Ravar, *Boulimiques, origines et traitements de la boulimie*, Ramsay, 1988.

Bruch, H., *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique*, Payot, 1984.

Brusset, B., *L'assiette et le miroir. L'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, Privat, 1977.

Brusset, B. (comp.), *La boulimie. Revue française de psychanalyse*, PUF, 1991.

Gordon, R.A., *Anorexie et boulimie, anatomie d'une épidémie sociale*, Stock/Laurence Pernod, 1992.

Igoin, L., *La boulimie et son infortune*, PUF, 1979.

Jeammet, P., *L'anorexie mentale*, Doin, col. "Monographies", 1985.

Raimbault, G., y C. Éliacheff, *Les indomptables, figures de l'anorexie*, Odile Jacob, 1989.

Sánchez-Cárdenas, M., *Le comportement boulimique*, Masson, 1990.

Venisse, J.L. (comp.), *Les nouvelles adictions*, Masson, 1991.

NUTRICIÓN, SALUD Y MECANISMOS REGULADORES DEL PESO

Dupin, H., J.-L. Cuq, M.-I. Malewiak, C. Leynaud-Rouaud y A.-M. Berthier (comps.), *Alimentation et nutrition humaines*, ESF Éditeur, 1992.

Fricker, J., *Le guide du bien maigrir en gardant la santé*, Odile Jacob, 1993.

LA EXPERIENCIA DE LOS OBESOS

Yaich, J.-L., *La faim en soi, guide du comportement alimentaire*, Le Seuil, 1991.

Zamberlan, A., *Mon corps en désaccord*, Fixot, 1990.

ÍNDICE TEMÁTICO

abusos sexuales 85
afectividad (problemas de la) 19-21
afirmación de sí 61-62
agresividad 19
alcoholismo 38, 41, 67, 72-73, 82, 84, 87
amenorrea 32-35
anarquía alimentaria, *véase* roedura
angustia 40, 61, 77, 83, 94-96
Anorexia nervosa, *véase* anorexia mental
anorexia 13, 39, 51-54, 78-79, 96-98
  mental 7, 9, 20-21, 28-38, 40, 45-47, 54, 62, 64-66, 71-72, 75-76, 80-85
antidepresivo 56, 72
antojo 9, 23, 28, 40, 49
  de azúcar (*Carbohydrate craving*) 49-50
ansiedad 19, 21, 49
apatía 19
apetito 15-17, 22, 54
aportes energéticos (de la alimentación) 15-16, 25
ataque de pánico 48, 72
autodestrucción 82
autonomía 80-81, 84
Avicena 29
ayuno 7-9, 13, 17-19, 29, 38
  y espiritualidad 17-18, 29

baja de presión 55
Baumeister, Roy 77
belleza 74-75
Binge eating disorder, *véase* hiperfagia incontrolada
biología 71-74, 76-77
Bruch, Hilde 39, 84
bulimia 7-9, 13, 20-23, 31-33, 46, 49-50, 54-55, 58-62, 64-66, 72-78, 81-85, 90-91, 95, 99
  nerviosa 28, 31, 36-45, 47, 66
Bulimia nervosa, véase *bulimia nerviosa*

cabello (pérdida del) 34-35, 44
cardiacas (lesiones) 35
Carbohydrate craving, véase *antojo de azúcar*
Charcot, Jean Martin 53
chocolatomanía 50

cleptomanía 41, 82, 84, 92, 95
complementos alimenticios 54
comportamiento externalista 23-25
comportamentalismo 25
confianza en sí (reforzamiento de la) 63
conciencia de sí 77
cuadro de Kwashiorkor 35
cuerpo, véase *problemas de la percepción de la imagen corporal*
cuidados corporales 61-62
culpabilidad (sentimiento de) 41, 43, 45, 54, 59, 77
cutáneos (problemas) 35, 44

delgadez 30, 33-34
dependencia 80-82
depresión 19-21, 38-39, 41, 44-45, 48, 50, 54, 56, 67, 72, 76-77, 84-85
desnutrición 15, 34, 52, 72
dientes (pérdida de los) 34-35, 44
disgusto de sí 45
deseo sexual 17-19
devaluación 60, 62
dietético 54, 58, 67-68, 100
dificultades
  psicológicas 34-36, 48, 54, 66-68
  relacionales, 34-36, 61, 66, 85
diurético 20, 33, 38, 41, 44, 55

ejercicio físico 8, 33, 38, 42, 61-62, 67, 76, 95
empatía 91, 102
endocrinología 29-30, 44
esbeltez 74, 76-77
esófago (lesiones del) 44
esquizofrenia 35, 87
estrés 50, 60, 77, 86
estómago (lesiones del) 44
exceso alimentario 8, 46, 95
extractos tiroideos 55

familia 61, 71, 83-84
faringe 15
fatiga 44, 50, 55
Ferenczi, Sandor 36
fetichismo 98-100
fobias 34, 48
Freud, Sigmund 36

Gandhi 18
genética 8, 72
glándulas
  endócrinas 71-72
  salivares (inflamación de las) 44
grasa (corporal) 14
Gull, sir William Witley 29

hambre 15-17, 23-25, 32, 43, 80
Heatherton, Todd 77
hiperempatía 90-98, 101-102
hiperfagia 9, 13, 20-25, 31-32, 60, 65, 76-77, 80, 82, 85, 95-96, 98
  incontrolada 28, 31, 38-39, 44-50, 54-55, 68
hipófisis 29, 72
hipotálamo 14, 72
histeria 36, 79
huelga de hambre 18

identidad (fragilidad de la) 80, 91-92

incesto 78, 85
inestabilidad emocional 18-21, 76-77
inhibidor del apetito 56, 67
interrupción de la regla, *véase* amenorrea
insulina 14, 23, 25
invasión (síndrome de) 94, 96

Janet, Pierre 38
Jeammet, Philippe 85

Lasègue, Charles Eugène 29, 36, 53
laxante 20, 33, 38, 40-41, 44, 55-56, 66
lentitud psíquica 50

Marty, Pierre 82
medicamentos 54-56
  psicótropos 55
metabolismo 17, 47, 71-72, 74
Minuchin, Salvadore 65, 85
mitomanía 94
Morton, Richard 29

neurosis 36, 62
Night eating syndrome (síndrome de alimentación nocturna) 39, 49
ninfomanía 41
nomenclatura psiquiátrica internacional 39, 46
nutrición 44, 58, 74

obesidad 7-9, 13, 21-22, 24-25, 31, 39, 46-48, 51, 55, 58, 67, 84-86, 90-91, 97, 100
  hipérfaga 48, 58-60, 65, 78

padres (relaciones con los) 34, 36, 83-85
páncreas 14
peso
  (aumento de) 34, 50, 67, 97
  corporal 14, 20-21, 32, 38-39, 52, 63, 71, 97-98
  (estabilización del) 21, 47, 67
  (evitar el aumento de) 33-34, 41-42
  (normalización del) 66, 97
  (pérdida de) 34, 54, 97
  (problemas de) 52, 63, 71
  (sobrecarga de) 8-9, 39, 44-49, 54, 68, 74, 97
  (variaciones del) 8, 44
ponderostato 14
privación alimentaria 43, 46-47
problemas
  cardiacos 55-56
  de la percepción de la imagen corporal 62, 80, 91-92, 95-96
  de la personalidad 38, 40-41, 48, 67, 79; véanse también *dificultades psicológicas*
  del metabolismo 7, 44
  intestinales 44
  psiquiátricos 56, 85
  psicológicos, véase *dificultades psicológicas*
  psicopatológicos 8, 29, 34, 51, 87
proyecto terapéutico 54
psicastenia 38
psicoanálisis 38, 62-63, 65-66, 71-72, 78-83, 100
psicología 30, 36, 71-72, 76-77

psicopatología, véase *problemas psicopatológicos*
psicosis 85
psicoterapia
8, 34, 53-54, 58-67, 71, 101-102, véase también *terapia interpersonal* 64-65, 66-67
psiquiatría 53

régimen alimentario 46-49, 68, 76-77
regulación
alimentaria 15-16, 22-23, 25
del apetito 14-15
relajamiento 61
religión 18, 29, 35
requerimientos energéticos 47
restricción
alimentaria 7, 9, 13, 17-23, 31, 39, 41-43, 66, 75
cognitiva 22-23
roedura 28, 50

saciedad 15-16, 23-25
Schachter, Stanley 23
seducción 97
sensaciones 80
serotonina 39, 49-50
sexualidad (problemas de la) 18-19, 21, 33-36, 61, 66, 82
síncope 55
sistema
hormonal 25
neuro-hormonal 25, 72
Stuffing syndrome 39
Stunkard, Albert 49
suicidio (tendencia al) 41, 72

terapeuta 99-102
terapia
cognitiva-conductual 53, 58-62, 65-67, 71, 100-101
de grupo 65
familiar 54, 64-65, 85-86
humanista 63, 65
toxicomanía 38, 41, 49, 67, 73, 82, 82, 87
trastorno neuroendrócrino 7

vértigos 55
violencia 41, 82
vómito provocado 8-9, 20, 29-30, 33, 38-42, 44, 54, 60, 66

yo y no-yo 78, 92

Weigth Watchers 24

GÉRARD APFELDORFER. Médico, psiquiatra y psicoterapeuta, ha colaborado en el servicio de exploraciones funcionales nutricionales del hospital Bichat. Es miembro de la Asociación Francesa de Terapia Conductual y Cognitiva. Sus principales publicaciones son:

Apprendre à changer, R. Laffont, 1980.
Vivre mince, R. Laffont, 1983.
Pas de panique! Manuel à l'usage des phobiques, des angoissés et des peureux, Hachette, 1986.
Kilos de plume, kilos de plomb (en colaboración con J.-L. Yaich), Le Seuil, 1988.
Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire, Payot, 1991.
Traité de l'alimentation et du corps (bajo la dirección de G. Apfeldorfer), Flammarion, 1994.

ÍNDICE

Prólogo 7

Una explicación para comprender
De un extremo al otro 11
Puntos de referencia 13
Los diferentes trastornos del comportamiento alimentario 28
Los tratamientos existentes 52

Un ensayo para reflexionar
Comprender los trastornos de las conductas alimentarias 69
En busca de las causas de los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de exceso de peso 71
Enfoque fenomenológico de los trastornos del comportamiento alimentario y los problemas de exceso de peso 88

Anexos 103

tipografía: minion display y minion expert display
impreso en programas educativos, s.a.
calz. chabacano 65 , local a
col. asturias
06850 méxico, d.f.
24 de junio de 2004