

## Anorexia y bulimia: un enfoque psicoanalítico

*Rómulo Lander*<sup>1</sup>

### Resumen

---

Primero se presenta la descripción fenomenológica del problema de la anorexia y la bulimia en jóvenes: Su diagnóstico, su etio-patogenia y su abordaje terapéutico general. Luego se presenta la vida psíquica de la anoréxica y bulímica, vista desde el punto de vista del psicoanálisis. ¿Qué ocurre en la interioridad del ser en una joven anoréxica y bulímica? ¿Qué causa este problema mental? Se describe con detalle la psicodinamia y la propuesta psicoterapéutica.

---

La anorexia y la bulimia en los jóvenes representan un serio problema de orden mental. No es un problema alimenticio o de la alimentación. Lo que ocurre es que el síntoma más llamativo se encuentra en el área de la alimentación, ya que se trata de jóvenes que se niegan a comer normalmente. Es un trastorno mental que amenaza en diverso grado la calidad de vida de las jóvenes y en algunos casos puede llegar a ser mortal. Para entender este problema es necesario presentar inicialmente su descripción desde el punto de vista de la "clínica psiquiátrica" que como veremos nos ofrece una aproximación fenomenológica muy útil para ubicar y abrir el estudio de este problema. Luego les presentaré el enfoque de la "clínica psicoanalítica" que nos llevará a la interioridad del ser de la joven anoréxica o bulímica.

---

<sup>1</sup> Miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, de la Federación Psicoanalítica de América Latina (Fepal) y de la International Psychoanalytical Association (IPA).

## 1. Desde la clínica psiquiátrica

Desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica se trata en el caso de la “anorexia nerviosa” de (a) una extraña angustia a comer y a ganar peso. Estas pacientes presentan un rechazo a alimentarse normalmente provocando la reducción del peso corporal mínimo aceptable. (b) Además niegan el problema e insisten en no padecer de ninguna dificultad alimentaria. (c) Muestran una alteración significativa de la imagen de su propio cuerpo, donde creen ver gordura donde no la existe. (d) Esta “anorexia nerviosa” muchas veces alterna con períodos de “bulimia nerviosa” que consiste en comer exageradamente en forma compulsiva, presentando lo que comúnmente llamamos “atracones de comida” para luego expulsar los alimentos con un vómito, fácilmente provocado colocando los dedos en la garganta. (e) A veces el terror a la gordura se complementa con el uso exagerado y peligroso de laxantes, purgantes, diuréticos y píldoras estimulantes para adelgazar. (f) La deficiente alimentación y la pérdida de peso conducen a la malnutrición que a su vez lleva a la amenorrea. Este síntoma de la ausencia de menstruaciones muchas veces es lo que alarma a los familiares y precipita la consulta médica. Este trastorno se presenta en uno por ciento de la población general. Ocurre generalmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, con una frecuencia de 95 por ciento en las mujeres.

### *El diagnóstico*

Es más fácil diagnosticar a una persona que padece de anorexia, ya que adelgaza tanto que prácticamente se queda en los huesos, que a una mujer que sufre de bulimia, quien suele mantener el mismo peso. Ésta es una de las razones por las cuales las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad. La bulímica, a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda por sí misma. La joven con “anorexia nerviosa” no sólo renuncia a comer por miedo a engordar, sino también no gusta de sí misma, ni se acepta como persona, tal cual es. Una vez que la enfermedad anoréxica ha avanzado se produce una deformación de la percepción propia de la imagen corporal: la persona se percibe gorda, aunque no sea así. Esta joven anoréxica suelen ser considerada por su familia y escasos amigos como una “niña modelo” ya que es perfeccionista, excelente estudiante, con un nivel intelectual muy elevado, pero con una tendencia a huir de los conflictos utilizando la negación. Se preocupan excesivamente por lo que los demás opinen de ella y suelen tener bastante autocontrol.

En cambio las pacientes bulímicas suelen tener poco autocontrol, son más impulsivas, intolerantes y se frustran más fácilmente. La edad de inicio del problema bulímico suele ser más tardío que en la anorexia. Los atracones y vómitos se producen a escondidas, provocando que la persona bulímica lleve una vida secreta. Es frecuente el uso de laxantes, diuréticos y productos adelgazantes consumidos en secreto. En la paciente bulímica existe un fuerte temor a no parar de ingerir voluntariamente y tener poca capacidad para controlar los impulsos, lo que a veces puede acarrear problemas con abuso de diversos psicofármacos. Al contrario de lo que ocurre con la anorexia, el aspecto de los afectados de bulimia parece saludable: el peso es normal o incluso hay sobrepeso, de modo que resulta difícil detectar el trastorno exteriormente.

#### *Efectos en la salud biológica*

En situaciones extremas de anorexia y debido a la pérdida de peso y al gran desgaste físico, la persona anoréxica atraviesa estados de máxima desnutrición, pérdida del cabello, piel seca y amoratada, uñas quebradizas y frágiles, alteraciones hormonales que producen amenorrea, alto riesgo de osteoporosis, insomnio, hipotermia, estreñimiento y saciedad precoz, bradicardia, bajadas de tensión arterial y arritmias. En la bulimia los vómitos provocan el aumento del tamaño de las glándulas salivares, deterioro del esmalte dental, caries, daños en encías y paladar, inflamación de la garganta, gastritis, reflujo gástrico, deshidratación e hipocalemia (refiere a los bajos niveles de potasio en la sangre que pueden producir debilidad muscular, temblores y arritmias). El abuso de laxantes produce diarreas, dolores de abdomen (cólicos intestinales), intestino perezoso y mala absorción de ciertos alimentos.

#### *Algo sobre la etiología del problema*

Desde el punto de vista de la “clínica psiquiátrica” se considera la causa de ambos problemas como ambigua y difícil de precisar. Lo usual en la clínica psiquiátrica es considerar la presencia y combinación de tres factores etio-patogénicos algo imprecisos: (a) *biológicos* –que refieren a una predisposición imprecisa genética y biológica; (b) *psicológicos* –que refieren a las influencias familiares y la presencia indeterminada de conflictos psíquicos; (c) *sociales* –que refiere a las influencias familiares y expectativas sociales modernas en relación con la belleza, ya que la sociedad occidental está muy influenciada por la noción de que la obesidad no es sana y además es poco atractiva, mientras que se percibe la delgadez como algo deseable y bello.

Desde un punto de vista personal he encontrado, y en esto coincido con otras opiniones, que el “modelo de delgadez” como algo bello, el cual aparece en las propagandas y en las pasarelas, como algo idealizado y deseable, no juega un papel de importancia en la causa de este problema. La lógica de la pasarela no tiene importancia en la etiología de la anorexia ni de la bulimia. Su compulsión a no comer y no engordar obedece a otras razones mentales que describiré más adelante, pero ciertamente no a la búsqueda de la delgadez como algo bello.

### *En relación con las posibilidades de error en el diagnóstico*

No toda persona que cuida su peso y hace dieta u observa lo que come, padece de “anorexia nerviosa”. Con vistas al diagnóstico diferencial, es muy importante efectuar una o varias entrevistas y tener en cuenta que la mayoría de los anoréxicos adolescentes acuden a la consulta acompañados por sus padres. El diagnóstico de la “anoréxica nerviosa” no es difícil, lo difícil es el tratamiento y la recuperación. Habitualmente es la familia la que aporta toda la información necesaria, mientras que la paciente suele defenderse y negar el comportamiento “anoréxico”. Por lo general la familia describe algunos de los siguientes síntomas: amenorrea, pérdida de peso, estreñimiento, preocupación por las calorías de los alimentos, dolor abdominal, preocupación por el frío, vómitos, preocupación por la preparación de las comidas propias y de los demás, restricción progresiva de alimentos y obsesión por el peso, pérdida de masa muscular, preocupación por la imagen corporal ya que no se ven bien a sí mismas, abundancia de misterios y mentiras, tendencia a la hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios o por el ejercicio. Muchas veces son los pediatras los que suelen tener el primer contacto con la paciente “anoréxica”, aunque las consultas iniciales pueden estar condicionadas por el síntoma que más preocupa a la familia. Cuando el síntoma que más preocupa es la amenorrea, es decir, ausencia menstruación, acudirán al ginecólogo, ante el dolor abdominal al médico gastroenterólogo y ante la disminución de peso pueden acudir al endocrinólogo o al médico general. Es importante insistir en que la evaluación del paciente anoréxico o bulímico debe incluir las consideraciones relacionadas con otras patologías. De estas patologías, las susceptibles de confundirse con la anorexia y bulimia son: el hipertiroidismo o hipotiroidismo, los estados de mala absorción intestinal, la diabetes mellitus, obstrucciones gastro-esofágicas, la enfermedad de Addison y algunas veces descartar un tumor cerebral.

## 2 Desde la clínica psicoanalítica

### *La anorexia como síntoma*

Desde el punto de vista psicoanalítico, la anorexia y la bulimia están lejos de ser específicamente un trastorno de la alimentación. Se trata más bien de un serio trastorno emocional. La anorexia y la bulimia son un síntoma visible que se instala en diversos tipos de estructuras mentales, preferiblemente neurótica de tipo narcisista (N/e). Desde esa estructura mental neurótica narcisista aparece el síntoma anoréxico o bulímico. Este síntoma representa una forma desesperada de curación, de un algo que origina intenso sufrimiento psíquico.

### *Atrapamiento narcisista*

Ese “algo” refiere a una patología en la relación temprana con la madre, complementado por una deficiencia de la función paterna. La relación de objeto con la madre en estos casos se caracteriza por ser intensa y simbiótica. La madre “necesita muy cerca a su pequeña hija” y su pequeña hija se encuentra “demasiado pegada a su madre”. La lucha por la ruptura de ese atrapamiento narcisista mortal con la madre comienza muy temprano. Allí es donde la figura del padre, o de quien cumpla su función paterna, va a tratar de lograr romper esa dupla mortal. Del éxito relativo de ese intento se va a determinar la magnitud de la gravedad del síntoma anoréxico o bulímico.

### *Imago materna atrapadora*

El rechazo al alimento es una forma extraña de lucha por separarse del atrapamiento materno. Por eso la imagen de una delgadísima “modelo de pasarela” no tiene nada que ver con este asunto. La anoréxica es una mujer ciertamente muy delgada, pero también muy descuidada en sus arreglos y atractivos femeninos. Su interés no es ser “una modelo de pasarela”, sino encontrar una calma para sus tormentos interiores, lo cual logra a través de su síntoma anoréxico o bulímico.

### *El deseo de nada*

La lucha a muerte por separarse de la figura internalizada de una madre atrapadora nos explica la renuncia a comer. No se trata de “no comer” sino de “comer nada” tal como decía Lacan en los Seminarios 10 y 11, cuando expone que “la anoréxica no para de comer-nada” y establece el correcto axioma anoréxico: “deseo de nada”. Es a través de ese “deseo de nada” que la anoréxica y la bulímica tratan de separarse de la figura internalizada de la

madre atrapadora. Esta relación simbiótica con la madre es poco visible, ya que estamos hablando de una relación interna, que sólo existe dentro de la psique de la anoréxica. La madre puede estar, para ese momento, ya ausente de la vida de la anoréxica o de la bulímica, sin embargo los efectos de ese atrapamiento materno continúan ejerciendo su dominio desde la interioridad de la mente de la paciente. Es de esa figura materna interiorizada que la paciente tratará de liberarse con la ayuda del tratamiento. Este tratamiento debe utilizar todos los medios posibles para ofrecer esta oportunidad a la anoréxica y la bulímica. La oferta múltiple simultánea de sesiones individuales, grupales y de familia es la mejor opción. La experiencia enseña que el uso de psicofármacos no ofrece una esperanza válida.

#### *La madre “que me necesita” y la hija sumisa*

En la mente de la anoréxica, la figura fantasmática internalizada de “la madre que me necesita”, que requiere de la presencia simbiótica de su pequeña hija para tranquilizarse y satisfacerse, es lo que representa el obstáculo más grande en el progreso de la cura. Los ideales que surgen en la mente de la anoréxica, ante esta “figura interna necesitada”, son los determinantes de que la hija se constituya como salvadora y gratificadora de las necesidades de esa madre fantasmática, esclavizándola aún más a ella. La hija se hace así, complaciente, sumisa, y perfeccionista. Más grave aún, reprimiendo su capacidad de protesta y de agresividad para complacer a un otro, que para ese momento es inexistente.

#### *La familia poco expresiva*

Existen familias en donde las emociones no se presentan abiertamente y en donde se hace muy difícil expresar la agresividad y la protesta. Cuando esto es así, la tendencia a la conformidad y la ausencia de emociones en la familia no ayudan a la paciente anoréxica a zafarse de su propio atrapamiento, ya que para eso requiere del uso positivo de la agresividad y la protesta. Cuando la familia es expresiva de afectos y se muestra la agresión y la capacidad de protesta, eso va a ayudar en el sistema de ideales, a la mejoría de la situación interna de esta joven anoréxica o bulímica.

#### *La pubertad y la imposibilidad de la rebeldía adolescente*

La experiencia nos enseña que, con la aparición de la pubertad y el inicio de la adolescencia, se van a desencadenar una serie de cambios en el cuerpo y en la vida de la joven adolescente. Aparecen transformaciones en el cuerpo pulsional de las jóvenes, aparecen cambios en las relaciones de objeto y re-

orientación del deseo sexual. Se plantea una reorganización de los vínculos familiares, generalmente se lucha por una mayor autonomía e independencia y se cuestionan los ideales de la familia. Este proceso de turbulencia adolescente va a revelar las dificultades de las jóvenes anoréxicas. El atrapamiento materno internalizado se va a hacer más llamativo y dramático en esta época. Es entonces cuando el síntoma anoréxico va a aparecer con todo su esplendor. La joven que hasta ese momento de la pubertad e inicio de la adolescencia era una joven modelo, adaptada, sumisa, obediente, perfeccionista y estudiosa, va a comenzar su lucha a muerte por liberarse de esa tiranía angustiada. Su armonía psíquica prepuberal se explica por la identificación materna y su aceptación de su papel de salvadora de la madre. La aparición inesperada de la pubertad y la transformación pulsional adolescente exige un replanteo de este equilibrio psíquico anterior.

### *El matricidio frustrado*

Al intentar los cambios necesarios que requiere la adolescencia, la joven se encuentra atrapada en su interioridad, por un ideal narcisista propio que le exige protección a la “figura internalizada necesitada de la madre”. Su ideal narcisista le impide ejecutar el rechazo a la figura de su madre. Es lo que comúnmente llamamos la matanza del imago materna. Asesinato necesario para lograr la autonomía e independencia materna. La imago fantasmática paterna es usual que le ayude en esta lucha matricida por la independencia. La falla en la función paterna internalizada (debido a un padre pasivo o tímido) es lo que completa el protocolo que da inicio y perpetúa el síntoma anoréxico o bulímico.

### *La imposibilidad de zafarse*

Ante la imposibilidad de romper el lazo mortal narcisista, estas jóvenes obedecen sumisamente las pautas familiares y sociales. Continúan complaciendo y protegiendo a la figura internalizada materna. Llegan a negar sus propios deseos con tal de satisfacer una demanda fantasmática familiar. Aparte del síntoma anoréxico, éstas son jóvenes complacientes, inteligentes y adaptadas. También son perfeccionistas y exigentes de sí mismas. Realizan un régimen alimentario estricto, preocupándose en exceso por las calorías. Hacen dietas monótonas y generalmente comen solas. No son hábiles en el mantenimiento estético personal ya que se nota una ausencia de preocupación por el maquillaje y el vestuario. Se presentan por lo general con sus caras lavadas sin arreglos y visten con ropas holgadas, las cuales le permiten ocultar su delgadez.

*El goce del síntoma*

Un aspecto adicional en la psicodinámica de estos pacientes se encuentra en el aspecto preciso del “gocce del síntoma”. Este goce refiere a la necesidad de tener un cierto nivel de “sufrimiento psíquico” para que su mente funcione en forma balanceada y armónica. Ese “necesario” nivel de sufrimiento psíquico para lograr mantener la normalidad mental es llamado por Jacques Lacan la “jouissance” que corresponde en español al concepto del “gocce”. Así que el síntoma se mantiene intacto por dos razones. Una, expresa su lucha contra la imago de la madre atrapadora y, dos, satisface la necesidad de goce. Así, pues, el desafío para la cura de este tipo de pacientes es inmenso.

*El abordaje terapéutico*

El abordaje terapéutico exige como ya he mencionado de un *abordaje múltiple* que consiste en sesiones individuales, familiares e incluir a la joven en un grupo terapéutico, sin ningún uso de medicamentos. El alimento o la ingesta alimenticia no debe ser el centro de interés del terapeuta, ya que el núcleo del problema que origina el síntoma no es la ingesta de alimentos, sino la lucha por zafarse del atrapamiento materno interior. La forma de ayudar a la joven paciente a entender este drama y llegar a ese núcleo es el desafío del tratamiento.

*Los ideales*

Cómo actualizar sus ideales y cómo puede ella llegar a liberarse realizando el matricidio interior, con todos los sentimientos de culpa y de soledad que esto acarrea, es realmente una lucha, en que la figura y la función del terapeuta resultan cruciales.

*El respeto al síntoma*

El respeto al síntoma por parte del terapeuta y el respeto a las capacidades variadas de recuperación de la paciente permiten el establecimiento de una relación de trabajo que abre las posibilidades a la ayuda por la palabra. El respeto al síntoma significa no convertir “la ingesta de alimentos” en una meta del tratamiento.

*El insight no es suficiente*

La ayuda del descubrimiento del drama interior no es suficiente. No es suficiente lo que comúnmente llamamos “el insight” o también “el darse cuenta” por parte de la paciente. La gravedad de estos pacientes hace que se requiera de una ayuda de tipo ortopédica. Este acto ortopédico no es acep-

table en las terapias ordinarias de neuróticos. En este caso se utiliza, para lograr que la paciente se haga cargo de su drama, no sólo que conozca de él, sino que se “haga cargo”. Para que ocurra esta segunda operación psíquica (además del insight), es usual que el terapeuta sea introyectado por la paciente y por esta vía se identifica con el terapeuta. Es decir, se establece una transferencia especular, imaginaria, narcisista. El terapeuta conoce y permite esta simetría. La encuentra necesaria. Esta identificación con el terapeuta va a ayudar en la lucha contra la sumisión y favorece la rebeldía con esos demonios interiores. La paciente va a luchar por establecer un nuevo sistema de ideales, que le permita zafarse de ese atrapamiento mortal con la figura internalizada de la madre necesitada.

### *Dos obstáculos adicionales al tratamiento*

Es necesario mencionar dos obstáculos adicionales en el tratamiento de estos pacientes. Como dije anteriormente, el alimento y la angustia de los familiares por resolver y establecer un buen hábito alimentario no son del interés del terapeuta ni son objetivo de la cura. Su alianza es con su paciente, y su paciente es la joven anoréxica o bulímica. No son los familiares. La alianza con la paciente nos lleva a respetar su síntoma. Este punto muchas veces ocasiona la interrupción del tratamiento, ya que a fin de cuentas este es pagado por los familiares. Segundo, es el problema de dividir el tratamiento entre un nutricionista y un psicoterapeuta. El terapeuta debe oponerse a esta división de tareas. Toda la libido y toda la lucha por la recuperación deben concentrarse en un solo esfuerzo. Insisto, el problema no es la alimentación. El rechazo al alimento es el síntoma, es la forma de curación que la joven encontró espontáneamente, el síntoma no es la enfermedad. El esfuerzo debe concentrarse en lograr el cambio interior y éste ocurrirá si la paciente descubre que puede confiar en su terapeuta.

## **Bibliografía**

- LACAN J (1962-1963). La angustia. El Seminario. Libro X, inédito.  
\_\_\_\_\_ (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. El Seminario. Libro XI. Barcelona: Paidós.
- LANDER R (2005). Lógica del Bordeline. *Experiencia subjetiva*, cap. 37, p. 255. Caracas: Editorial Psicoanalítica.
- \_\_\_\_\_ (2005). Lógica del síntoma. *Experiencia subjetiva*, cap.14, p. 107. Caracas: Editorial Psicoanalítica.

FREUD S (1919). *Lo ominoso*. OC, tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu editores.

FENDRIK S (1998). La dirección de la cura en la anorexia. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, N° 8. Argentina.