

## ANOREXIA NERVIOSA: UNA REVISIÓN DEL TRASTORNO

Por CARLOS ALMENARA V.\*

*No quiero amor,  
No quiero vino,  
El primero me hace languidecer,  
¡y el segundo vomitar!  
Elisabeth, Emperatriz de Austria*

### RESUMEN

*La anorexia nerviosa es un trastorno cuyas peculiaridades van más allá de los criterios diagnósticos. Un recorrido por su historia y definiciones, esclarece el panorama en cuanto a la ubicación de la anorexia nerviosa en la nosología y permite la diferenciación de ésta respecto a otros trastornos. La anorexia nerviosa, en suma, debe ser abordada teniendo en cuenta la complejidad de la misma y su ubicación en la clínica diferencial.*

### ABSTRACT

*The anorexia nervosa is a disease that have particular characteristics and those are beyond the diagnosis criteria. A background by its history and definitions give us a clear overview about its location in nosology and allows differentiate the anorexia nervosa about another diseases. So, the anorexia nervosa must be treated keeping in mind its complexity and its location in the differential clinic practice.*

**PALABRAS-CLAVE :** Deseo. Necesidad. Hambre. Apetito. Historia. Diagnóstico diferencial. Continuum.

**KEY WORDS :** Desire. Necessity. Hunger. Appetite. History. Diferential Diagnosis. Continuum.

### INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de anorexia parece surgir cierta curiosidad entre el común de la gente, algunas veces porque se desconoce la carac-

terística de este trastorno y otras por el asombro que causa el trastorno en sí.

Es por ello que en este trabajo pretendemos en general esclarecer el panorama que

---

\* Alumno del último año de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Miembro del Círculo de Estudios Imago de la misma Facultad, Miembro del equipo clínico de la ONG Álamo y voluntario en el Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del INSM Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Email: carlosalmenara@hotmail.com

hasta el día de hoy se tiene respecto a la anorexia (sobretudo la fenomenología de ésta y algunos alcances respecto a su tratamiento). Pero parcialmente deseamos enfatizar en algo que muchas veces queda relegado, a saber, lo que S. Freud llamó *sobredeterminación* de la conducta<sup>1</sup>. Hoy en día nos referiremos a los papeles de la herencia y ambiente, *grosso modo* y que son factores que parecen verse más claramente en el desarrollo de este trastorno.

Con el propósito de abarcar lo más posible el campo de la *sobredeterminación*, incluiremos el vasto discurso científico representado por la psiquiatría, epidemiología, biología, neurología, etc., sin dejar de lado claro, ciencias afines a la psicología, ni mucho menos la dimensión simbólica humana representada en este artículo por el psicoanálisis lacaniano. Obviamente las limitaciones inherentes a todo artículo no nos permitirán una discusión amplia y detallada de los múltiples factores, conceptos y el abordaje en general de este trastorno; por lo que queda abierto el deseo esencial de este artículo: la discusión e investigación, más allá del sesgo de la óptica de cada autor.

Por último, cabe mencionar que en adelante podremos referirnos a lo funcional o psicósomático respecto a ciertas alteraciones (como la del esquema corporal) presentes en este trastorno, pero rechazamos de antemano el dualismo implícito: *psique/soma, alma/cuerpo*. Al hablar de funcional estaremos refiriéndonos a aquellas alteraciones que no poseen un correlato orgánico o fisiológico claramente definido.

#### DEFINICION

La anorexia (del griego *an*, privativo y *orexis*, apetito) debe ser definida desde un marco consensual. Más allá de una discusión teórica, e incluso práctica, de la definición de

un trastorno, en tanto que en la práctica clínica la dirección de la cura está regida por la lógica del *uno por uno* debido a que cada paciente es una particularidad, debemos de tener una idea básica del tema que estamos tratando. Es por ello que en este punto y en el punto de subtipos de anorexia, nos remitiremos a la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), por considerar esta definición la más aceptada en el ámbito de la salud.

Según este manual, "las características esenciales de la anorexia consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo -inferior al 85% del peso considerado normal para la edad y talla de acuerdo a las tablas pediátricas o de la Metropolitan Life Insurance, o un Índice de Masa Corporal igual o inferior a  $17.5 \text{ Kg/m}^2$ -, en un miedo intenso a ganar peso -o a convertirse en una persona obesa- y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo -especialmente una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales enfatizando en el abdomen, nalgas y muslos, percibiéndolos demasiado gordos-. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea -debida a niveles anormales bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas folículoestimulante, FSH T Luteinizante, LH-. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito)"<sup>2</sup>.

Este último nos debe hacer pensar en la diferencia que existe entre hambre y apetito, algo que rescata H. Delgado (1954) al describir a la anorexia y bulimia nerviosas como "desórdenes extremos del hambre" y al citar a J. Zutt (1948), quien relaciona las diferencias del hambre y el apetito con las que distinguen la sexualidad del

amor<sup>3</sup>. Así pues, el hambre es algo menos específico que corresponde más a un orden cuantitativo (al de la necesidad), sucediendo lo contrario con el apetito, correspondiendo éste a un orden cualitativo (el del deseo).

Asimismo, Buravalle, señala que la palabra anorexia está compuesta del prefijo *av* (negación) y del verbo *ορεγω* (tocar, tender, ofrecer algo, desear a alguien), concluyendo que anoréxica sería aquella que *no desea, no tiene*<sup>4</sup>. Igualmente Bejla R. de Goldman (1996) considera que las palabras que más se ajusta a anorexia sería: *sin deseo, falta de gozo*<sup>5</sup>. En todo caso, la anorexia va más allá de un simple *desorden extremo del hambre*, como más adelante veremos.

Por último, cabe anotar que las variadas denominaciones que la anorexia nerviosa ha recibido en el tiempo, podrían contarse alrededor de 25 (anorektous o asitous, inapetencia, tabes atrófica, anepithymiae, clorosis, anorexia mirabilis, neurosis de la digestión, del estómago, juvenil, parteanorexia, distrofia puberal, inedia prodigiosa, sitiergia, etc., etc., etc.).

## HISTORIA

Se han encontrado en jeroglíficos egipcios, en manuscritos persas y en algunos escritos de dinastías chinas, descripciones de conductas similares a los trastornos alimentarios. Es conocido que los antiguos romanos comiesen hasta el hartazgo y luego fuesen a un lavatorio para devolver lo ingerido induciéndose el vómito, pudiendo luego seguir comiendo y bebiendo. En algunas tribus africanas se practicaba la auto inanición rechazando la comida para que los hijos tuviesen una mayor cantidad de alimento. Son también conocidas las conductas ascéticas de *dietas y/o ayunos* en ceremoniales religiosos o cultos especia-

les a distintas divinidades. Sin embargo, no sería correcto designar estas conductas como el trastorno en sí. Más bien, es un motivo particular para diferenciar aquellas conductas ascéticas de siglos pasados, muy relacionadas a la religión y al misticismo (Adolio de Tarso, Colomba de Rieti, Santa Verónica, Sor Juana Inés de la Cruz, Santa Genoveva, Santa Juana de Arco, Santa Liberata o Santa Wilgefortis, Santa Catalina de Siena, Santa Rosa de Lima, etc.), con la anorexia y bulimia contemporáneas (Franz Kafka, Símon Weil, Juliette Greco, Karen Carpenter, etc.).

Existen muchas referencias respecto a descripciones clínicas de este trastorno cuantitativo de la conducta alimentaria, desde Hipócrates (¿460-377?) hasta T. Hobbes (1668), pero por brevedad, sólo enfatizaremos en los más destacados.

Entre ellos, se considera que en Europa, la primera descripción formal de la anorexia nerviosa en la literatura médica, aparece en Londres por medio de Richard Morton con su obra *Phthisiologia seu Exercitationes de Phthisi* (traducida al inglés como "Phthisiologica: or a treatise of consumptions...", en 1694). Morton describía a una paciente (Miss Duke) con *consumción nervosa* (*atrofia nervosa* o *ptisis nervosa*, así la llamaba) como "un esqueleto cubierto sólo con piel".

Pero la real disputa quien describió por primera vez este trastorno<sup>6</sup> está entre Ernest Charles Lasègue con su artículo *De l'anorexie histérique* de abril de 1873 y Sir William Whitley Gull con su conferencia *Anorexia nervosa (apepsia hysterica)* de octubre de 1873.

Lasègue sin duda tuvo un papel muy importante en el estudio de la anorexia y también en el desarrollo de la clasificación nosológica

psiquiátrica. Escribió sobre el delirio de persecución (1852), sobre el exhibicionismo (1872), la cleptomanía, la *folie à deux*, y su obra *El delirio alcohólico no es un delirio sino un sueño*, fue citada por S. Freud en *La interpretación de los sueños*.

Hizo una detallada descripción de la anorexia nerviosa, a la cual definió como “una perversión insólita del apetito”. Desde el siglo XVIII además, el modelo ejemplar era el del “tratamiento moral”, representado por P. Pinel y ante el cual Lasègue tomó una posición muy acertada. Decía por ejemplo, respecto a la anorexia. “desgraciado el médico que, desconociendo el peligro, interpreta como fantasía sin importancia ni duración esta obstinación, esperando dominarla con medicamentos, consejos o peor aún, por, intimidación!...En este período inicial la única conducta sabia es la de observar y callarse”.

Igualmente observó el papel importante que cumple la familia y a modo de consejo decía “el exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia”. Sus anotaciones respecto a aspectos específicos del trastorno, dan cuenta de un verdadero espíritu investigador e incluso son puntos que siguen llamando la atención de muchos y cuya relevancia aún trasciende. Decía además, “no solamente no aspira -la anoréxica- a la curación sino que se complace de su condición a pesar de todas las contrariedades que suscita” y concebía esta situación como un contento “patológico”, comparándolo con la obstinación del alienado<sup>7</sup>.

Ya en este siglo fue famoso el caso de la Emperatriz Elisabeth (Amalie Eugenie) de Austria (1837 – 1898), la conocida *Sissi*, quien como parte de la familia Habsburgo y visitando los diseños de Charles F. Worth, representó *el culto imperial por la delgadez*<sup>8</sup>.

La obsesión de Sissi era la de no superar los 50 Kg. (medía 1.72 m.). Poseía una cintura envidiable y su régimen de actividad física es realmente extravagante.

Difícilmente alguna dama de compañía se animaba a estar al lado suyo, en las largas caminatas de más de seis horas que ella realizaba. La conducta anoréxica de la emperatriz, comienza realmente después del fallecimiento de su hija mayor y la muerte fue un tema que la acompañó, durante penosos momentos de su vida, siendo ella además asesinada con un estilete de las manos de un anarquista.

Años más tarde, Jean-Martin Charcot (1890), maestro de S. Freud y partidario del susodicho tratamiento moral, hizo algunos comentarios sobre el aislamiento en el tratamiento de la anorexia. Decía al respecto: “...observo que en Inglaterra y en los Estados Unidos su eficacia es proclamada fervorosamente”. También su actitud hacia el aislamiento se observa cuando al referirse a una paciente anoréxica dice: “Hablé con los padres... les dije que, según mi entender, no había sino una posibilidad que conducía al éxito: debían alejarse lo antes posible...”<sup>9</sup>.

Por otro lado. J. Breuer, compañero de S. Freud, relató el caso de un muchacho de 12 años en el cual se dio “el fenómeno de la anorexia”, no quería comer, vomitaba cuando lo obligaban, andaba fatigosamente y quería permanecer en cama.

S. Freud tampoco fue ajeno a tratar el tema. Dentro de su vasta obra, *Un caso de curación hipnótica* (1892/3). *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* (Comunicación preliminar) con Breuer (1893) e *Historiales Clínicos* (1985): *La señora Emmy von N en Estudios sobre la histeria* (1893/5), *La etiología de la historia* (1896), *El método psicoanalítico*

co de Freud (1903/4), *Sobre psicoterapia* (1904/5) y el *Manuscrito G* (1895), constituyen puntos de referencia respecto a su concepción. Pero por brevedad mencionaremos tan sólo este último texto.

Freud, en el *Manuscrito G* (carta a Fliess dentro de su epistolario) parece teorizar su posición última quizás respecto a la anorexia. Hace un paralelo entre la melancolía y la anorexia y por otro lado una analogía entre anestesia histérica y anorexia histérica. Según Freud, tanto en la melancolía como en la anorexia existe una pérdida, en la primera existe una "pérdida en la vida pulsional del propio sujeto", mientras que en la segunda existe una "pérdida de la libido". Esto se correlaciona con la anestesia histérica, en tanto que hay una falta de tensión sexual física, representada por una falta de excitación sexual psíquica por interposición de la defensa (repugnancia). "La tan conocida anorexia nerviosa de los adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria"<sup>10</sup>. Esta idea de Freud de relacionar la melancolía con la anorexia nerviosa, se encuentra curiosamente en autores que le antecedieron, como son François Boissier de Sauvages en su obra *Nosologia Methodica* (1736) y en el caso de mademoiselle M. relatado por Esquirol (1812) e interna por 4 años en la Salpêtrière.

El primer autor americano en describir la anorexia fue James Hendrie Lloyd, recién en 1893 y en Australia se realizó antes, en 1882 por medio de H.E. Astles.

En nuestro país, las investigaciones no son abundantes como sucede en otros países, pero podemos citar a M. Escobar (1962), quien revisa los problemas diagnósticos en torno a un caso; C.L. Carbajal (1965), quien describe sus observaciones sobre algunos de

los métodos diversos para evitar la alimentación en ocho pacientes, y L. Zusman (1990), quien realiza evaluaciones psicológicas y entrevistas a cuatro pacientes y sus familiares.

Posteriormente, J. Castro Morales (1991) recomienda un modelo de tratamiento para pacientes anoréxicas de estratos psicosociales deprivados; R. Freyre (1994), señala a la anorexia nerviosa, como uno de los problemas que acosa a la salud de los adolescentes; Adrianzén, C. y Mazzotti, G. (1996), quienes señalan el papel de la serotonina en los TCA; L. Zusman (1999), realiza un Inventario de Conductas Alimentarias (I.C.A.) con cuatro indicadores (anorexia y bulimia nerviosa, Binge Eating y Yo-Yo Dieting), que es aplicado a 695 jóvenes y Albornoz, P. y Matos, L. (2001) publican un perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa<sup>11</sup>.

Por mucho tiempo se pensó que la anorexia era una forma de tuberculosis o un trastorno producido por desbalance hormonal o deficiencia endocrina. Además, la anorexia fue por muchos años confundida con la "caquexia hipofisiaria" (descrita por Simmonds en 1914) hasta que Sheehan (1938) establece las diferencias entre ambas. Pero recién en los años '30 se alude además al papel psicológico y emocional en el desarrollo de este trastorno. Se considera justamente que este trastorno tiene un rol importante en el desarrollo de la medicina psicosomática<sup>12</sup>, aunque la relación entre anorexia y psicosomática es discutible.

Posteriormente algunos autores han considerado a la anorexia como un trastorno que, al igual que la bulimia, estaría englobado dentro del concepto de *Síndrome de Disorexia Central* (siguiendo a A. Guiora quien en 1967 acuñó el término *disorexia*<sup>13</sup>, mientras que otros autores consideran a la anorexia dentro del *Espectro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos*<sup>14</sup>.

Los trabajos de Hilde Bruch (1973, 1978), G. Russell (1970, 1977), P. Garfinkel y D. Garner (1982, 1993), entre otros, nos pueden hacer pensar, que la anorexia nerviosa es una entidad clínica particular, que puede cursar comórbida con otros trastornos y sería parte de un *continuum* respecto a la bulimia nerviosa.

Cabe anotar que la idea de la existencia de un continuum se ha extendido a la susceptibilidad familiar<sup>15</sup>, a la población normal, pero excesivamente preocupada por el peso y la comida, y las formas más graves de la anorexia nerviosa<sup>16</sup>, a los trastornos psicopatológicos en los que se produce mediación por el sistema 5HT: TCA, TOC, depresión, etc.<sup>17</sup> y a la articulación compulsión-impulsión<sup>18,19</sup>. Existen otros autores que ponen en duda la idea de un continuum entre los trastornos alimentarios y la población normal, considerando algunos de éstos como categorías discretas<sup>20</sup>.

Hoy en día, la anorexia es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. La prevalencia de la anorexia y bulimia sólo en Estados Unidos fluctúa de 2% a 8% (entre mediados de los años '50 y '70 la anorexia incrementó en casi 300%) y en un porcentaje no tan alto en otros países industrializados como Canadá, varios países de Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Obviamente, se está observando con preocupación en otros países un poco menos industrializados.

#### *SUBTIPOS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL*

Se han utilizado diversos criterios diagnósticos como los de Russell (1970), Feighner (1972), incluso se mencionan variantes sindrómicas atípicas, parciales y residuales. Pero en esencia, siguiendo la clasificación del DSM-IV, la ano-

rexia nerviosa puede ser de tipo *compulsivo / purgativo*.

En el primer caso, la pérdida de peso es conseguida a través de dietas estrictas, ayudando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de este trastorno no se recurre a atracones ni purgas (es un estado de semiinanición que produce emaciación y otras secuelas).

En el segundo caso, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría en este caso recurre a las purgas después de los atracones mediante el vómito inducido o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Se incluye en este subtipo a aquellos que suelen recurrir a purgas no habiendo presentado atracones.

Este subtipo se considera más dañino que el subtipo restrictivo, por imponer adicionalmente una conducta que perjudica al organismo desnutrido.

Con relación al diagnóstico diferencial, son discutidas las relaciones y la comorbilidad de la anorexia con otros trastornos por lo que la información al respecto debe ser asimilada con un amplio criterio. La anorexia es una entidad diagnóstica particular y presenta una sintomatología que recorre lo orgánico, lo funcional, lográndose mimetizar incluso con otros trastornos (o viceversa), pero se debe ser muy cuidadoso a la hora del diagnóstico.

Con el primer trastorno que mayormente se relaciona a la anorexia, y a veces hasta se la confunde (sobre todo para el caso del subtipo compulsivo / purgativo), es con la bulimia nerviosa. Pero la diferencia esencial estriba en que los individuos con bulimia nerviosa presentan atracones recurrentes (que promedian las 1000 calorías pero pueden variar desde 100

hasta 20000 calorías) y conductas encaminadas a no ganar peso (por ejemplo, pueden tener episodios de inducción del vómito 15 veces por día), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y peso corporales (no exclusivamente en los episodios de anorexia nerviosa). Pero, a diferencia de la anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Cabe mencionar que alrededor del 50% de las pacientes con anorexia, desarrollan bulimia o patrones bulímicos posteriormente y hay quienes alternan patrones de conducta anoréxicos y bulímicos (la llamada *bulimarexia*), por lo que parece conveniente, como se mencionó, considerar a ambos trastornos dentro de un *continuum*.

En general, la anorexia nerviosa ha de diferenciarse de los siguientes trastornos:

*El trastorno depresivo mayor.* Se debe precisar si los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de semiinanición. Además, en los pacientes depresivos no existe un temor exagerado al incremento de peso ni un deseo activo y explícito por adelgazar.

*El trastorno obsesivo compulsivo.* Algunos individuos con este trastorno pasan horas cortando y/o comiendo pequeñas cantidades de comida en forma ritualista (al igual que en algunas pacientes anoréxicas), pero para el caso de las anoréxicas, debe observarse si estas presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, verbigracia un miedo excesivo a contaminarse. Más adelante retomaremos la relación entre la anorexia y el trastorno obsesivo compulsivo.

*La Fobia social.* Algunas pacientes anoréxicas tienen fobias relacionadas, por ejemplo, a comer en público u otras conductas relacionadas con la comida, por ello, deben destacarse fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria.

*Esquizofrenia.* En algunos casos se ha descrito pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas del tipo "estás tan gordo y feo" u otros en los que durante el tratamiento el alimentarlos les producía una recaída<sup>21</sup>. La diferencia está en que es muy raro encontrar en estos pacientes, miedo a ganar peso y no todos los cuadros presentan una alteración marcada de la percepción de la imagen y silueta corporal, además, la pérdida de peso en esquizofrénicos, muchas veces es consecuencia de la actividad delirante del paciente, cuyo contenido generalmente es de tipo persecutorio, místico o ascético. En otros casos el rechazo a alimentarse o anorexia es consecuencia de una actitud *negativista*, como sucede en la esquizofrenia catatónica, confundiéndola en algún momento con la *sitiofobia*<sup>22</sup>.

En el siglo XIX, Louis-Victor Marce (1828-1864) se interesó por la anorexia de los psicóticos con delirio hipocondríaco y al respecto de unas pacientes, ejemplifica claramente: "...incapaces del más mínimo esfuerzo o de sostener conversación alguna que no fuese sobre sus ideas delirantes, estas desventuradas pacientes encontraban energía bastante para resistirse a las tentativas de alimentarse"<sup>23</sup>.

*El Trastorno dismórfico.* Debe hacerse el deslinde respecto a que la preocupación por un defecto corporal inexistente no esté relacionada con la silueta y tamaño corporal.

*Trastorno por estrés post-traumático.* Se ha reportado el desarrollo de anorexia luego de un accidente que involucró desfiguración

del cuerpo<sup>24</sup>. El abuso sexual puede también ser incluido aquí debido a que el cuerpo en ambos casos está involucrado.

*La anorexia atlética.* En realidad ésta no es una entidad diagnóstica, pero es un trastorno que consiste en la actividad física compulsiva mediante el ejercicio, sin cumplir otros criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa.

Las enfermedades médicas que más similitud tienen con la anorexia, son aquellas en las que se observan algunas secuelas orgánicas de la anorexia, producto de algún daño en el organismo, pero no aquellas alteraciones "psicosomáticas" ó "funcionales" como la alteración del esquema corporal.

La enfermedad de Crohn, por ejemplo, es un trastorno intestinal en el que hay una mala absorción de los alimentos, se presenta amenorrea, como en la anorexia pero acompañada de diarrea crónica.

El trastorno de Addison remeda también a la anorexia<sup>25</sup>, la insuficiencia de cortisol en esta enfermedad produce un fenómeno de *multum in parvo* (la persona se siente satisfecha rápidamente con una mínima cantidad de comida), por consiguiente hay pérdida de peso, hipotensión y en larga evolución también amenorrea. Pero, la actividad característica de la anorexia no aparece y muy por el contrario existe una astenia orgánica que se acentúa por la noche<sup>26</sup>.

Con respecto a la comorbilidad, existe cierta discusión pero se han relatado casos en los que parece coexistir la anorexia con otros trastornos, sobretodo de tipo psiquiátrico o psicológico y médico (tipo Diabetes Mellitus, etc.)

*El Síndrome de Tourette.* La anorexia nerviosa ha sido descrita también en este síndrome,

manifestándose en algunos pacientes con este trastorno<sup>27</sup>. Se cree que la anorexia sería una respuesta para recuperar el equilibrio dentro de este trastorno.

La relación entre anorexia y epilepsia parece haber aparecido con la obra de Erasmus Darwin, *Zoonomia* (1794-96), en donde describe una forma de anorexia epiléptica en la que ésta aparece mezclada con crisis convulsivas. En el caso de la bulimia nerviosa, Rau y Green (1974, 1975) y Remick (1980), han comparado las crisis bulímicas con las crisis de epilepsia parcial<sup>28</sup>. Pero para el caso de la anorexia nerviosa, es poco común encontrar tal comorbilidad.

En otro tipo de enfermedades médicas, la anorexia suele presentarse en casos de Diabetes Mellitus. La prevalencia de ambos trastornos va del 0 al 6.5% y la presencia de Diabetes Mellitus constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la anorexia.

La relación entre la infección por estreptococo y anorexia nerviosa también ha sido relatada en la literatura médica<sup>29,30</sup>, pero parece tratarse de casos especiales y que, por tal motivo, cae junto a otros trastornos (TOC, S. de Tourette) en la denominación de PANDAS (Paediatric Autoimmune Neuropsychiatry Disorders Associated with Streptococcal infections).

En el caso de los tumores hipotalámicos que afectan el área ventrolateral, estos pueden provocar afagia, además de producir amenorrea y otras alteraciones de las funciones hipotalámico-hipofisarias que remedan la clínica de la anorexia nerviosa. En otros tumores hipofisarios, puede producirse amenorrea e infertilidad acompañado de galactorrea en la mujer (para el caso del tumor secretor de prolactina), pero no necesariamente habrá una pérdi-

da excesiva de peso u otros criterios diagnósticos de la anorexia.

P. Bazowski, et al., han relatado el caso del desarrollo de una anorexia en un niño de 14 años con una aneurisma cerebral<sup>31</sup>.

Por lo tanto, al igual que el aneurisma cerebral y los tumores hipotalámicos, otros tumores malignos ocultos, la tuberculosis y la tirototoxicosis apatética deben descartarse.

Por último, pueden presentarse conductas alimentarias bastante peculiares como la rumiación, regurgitación, catadura (*tasting*), entre otras, que incluso podrían hacer pensar en trastornos tales como Klüver-Bucy, Kleine-Levin u otros trastornos que se caracterizan también por una alteración de la conducta alimentaria (Muscle dysmorphia o Bigarexia, Night-eating Syndrome, Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder, que no es exactamente un trastorno de conducta alimentaria, Gourmand Syndrome, Ortorexia, Prader-Willi Syndrome, Pica, Body-BUILDER Syndrome, Cyclig Vomiting Syndrome), pero que son más disímiles de la anorexia que los mencionados líneas arriba por lo que tan sólo los mencionamos.

### CONCLUSIONES

El presente artículo, es la primera parte de una revisión cuyo fin esencial es la actualiza-

ción respecto a puntos eje de la práctica clínica y la investigación. En esta primera parte por lo tanto, rescataremos el hecho de que la anorexia nerviosa va más allá de un simple rechazo a la comida. Es este *plus* el que se observa en este rechazo, a manera de una añadidura psíquica manifiesta en el peso subjetivo que se le otorga a la comida y al acto de comer. De ello se puede vislumbrar la diferencia entre necesidad y apetito, el apetito pues, contiene esta añadidura psíquica la cual no puede ser confrontada por la *insistencia* en la ingestión de alimentos, ya que su soporte se encuentra en un sustrato psicopatológico que debe ser abordado de acuerdo al mismo.

Podemos observar que la anorexia nerviosa debe ser concebida dentro de un continuum con relación a la bulimia, y que debe ser deslindada en su relación a otros trastornos con el fin de que la dirección de la cura se sostenga en esta primera diferenciación. Asimismo, consideramos con escepticismo que la anorexia *per se* pueda encontrarse en casos de psicosis, y aunque la práctica clínica acaso parece contradecir esto, la anorexia nerviosa parece corresponder más a una clínica propia de la neurosis de nuestra época.

En suma, la discusión en torno a este trastorno y a la bulimia nerviosa, así como la clínica diferencial, deben sustentarse en los hallazgos clínicos y experimentales que retomaremos en la segunda parte de esta revisión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Obras Completas. Buenos Aires. Hyspanérica; 1988.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona. Masson; 1995.
3. Delgado H. Curso de Psiquiatría. Lima: Santa María; 1955 (2ª Ed.).
4. Baravalle, G; Jorge, C. H. y Vacarezza, L.E. Anorexia. Teoría y clínica psicoanalítica. Paidós, Barcelona (1993).
5. Goldman BR de. Anorexia y bulimia, padeceres del fin de siglo. Buenos Aires: Estudio Psicoanalítico; 1996.
6. Vandereycken W, van Deth R. Who was de first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psicol. Med.* 1989; 19(4): 837-45.
7. Lasègue Ch. La anorexia histérica. En *Relatos de la Clínica*, N° 2 (Noviembre del 2001). Extraído el 8 de Abril del 2002 de la World Wide Web: <http://psiconet.com/relatos/relatos2/lasegue.htm>
8. Vandereycken W, van Deth R. The imperial cult of slimness: the anorectic klife of Empress Elizabeth of Austria (1837-1898). *Cesk Psychiatr* 1995; 91(2):102-8.
9. Raimbault G, Eliacheff C. Las indomables: figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Vision; 1991.
10. Freud S. Idem.
11. Albornoz P, Matos L. Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa. *Revista de Neuro-Psiquiatría* Junio del 2001; 64(2): 133-146.
12. Habermas T. Anorexia nervosa in German medical literature 1900 to 1945. The role of anorexia nervosa in the origin of psychosomatic medicine. *Sudhoffs Arch Z Wissenschaftsgesch* 1992; 76(1): 37-62.
13. López Mato A de, Boullosa OA, Cetkovich-Bakmas MG, Ciprian-Ollivier JO. Desórdenes de la alimentación: aspectos psiquiátricos y bioquímicos en el diagnóstico diferencial con otras entidades psiquiátricas. *Revista electrónica ALCMEON*, Mayo de 1992, 6:2:2. Extraído en Junio del 2000 de la World Wide Web: [http://www.alcmeon.com.ar/2/6/a06\\_02.htm](http://www.alcmeon.com.ar/2/6/a06_02.htm)
14. Hollander, E. Nuevos desarrollos en los trastornos del espectro obsesivo compulsivo (TEOC). Conferencia dictada en Buenos Aires del 27 al 31 de Octubre de 1997. Europa Press, Buenos Aires (1997).
15. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3):393-401.
16. Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martinez Roca; 1991.

17. Aguinaga M, Fernández LJ, Varo JR. Trastornos de la conducta alimentaria: Revisión y actualización. *Anales de Salud Mental* 2001 Universidad de Navarra. Extraído el 8 de Abril del 2002 de la World Wide Web: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos11/revis2a.html>
18. Hekier M, Miller C. *Anorexia-Bulimia. Deseo de Nada*. Buenos Aires: Paidós; 1995 (2ª Ed.).
19. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (4): 547-562.
20. Williamson D, Womble L, Smeets M, Nemeteyer R, Thaw J, Vesna M, et al. Latent Structure of Eating Disorder Symptoms: A Factor analytic and Taxometric Investigation. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3): 412-418.
21. Hsu LKG, Meltzer ES, Crisp AH. Schizophrenia and anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 273-6.
22. Delgado H. *idem*.
23. Sanfeliú I, Caparrós N. *La anorexia, una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.
24. Damlouji NF, Ferguson JM. Three cases of post-traumatic anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 362-3.
25. Hozyasz KK. Addison's disease mimicking anorexia nervosa. *Clin Pediatr (Phila)* 1999; 38 (9): 561-2.
26. Yunes R, Romi JC, Bertera H. Mesa redonda sobre bulimia y anorexia. *Revista electrónica ALCMEON*, Mayo de 1992, 6:2:2. Extraído en Junio del 2000 de la World Wide Web: [http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16\\_03.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_03.htm)
27. Yayura-Tobias JA. Gilles de la Tourette Syndrome: Interactions with other neuropsychiatric disorders. *Acta Psychiatr. Scan* 1979; 59 : 9-16. Citado por: Blinder BJ. Anorexia Nervosa in Neuropsychiatric Disorders. Extraído en Junio del 2000 de la World Wide Web: <http://www.Itspeed.com/bjblinder/publications/10.htm>
28. Ruiz ME, Salorio P, Rodado J. Avances en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Anales de Psiquiatría* 1994; 10 (6), 222-234.
29. Sokol, M.S.; Steinberg, D. y Zerbe, K. Childhood Eating Disorders. *Current Opinion in Pediatrics* 1997; 10: 369-377.
30. Henry MC, Perlmutter SJ, Swedo SE. Anorexia, OCD, and streptococcus. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(3) : 228-9.
31. Bazowski P, Wojtacha M, Rudnik A, Bazowska G. Anorexia as a symptom of cerebral aneurysm in a 14-year-old boy. *Neurol Neurochir Pol* 1999; 33(2): 491-6.