

Sesión del 18 de mayo de 1957 (°)

Presidente: Dr. P. CALAFELL-GIBERT

LA ANOREXIA MENTAL EN LA INFANCIA

Etiopatogenia

JULIA COROMINAS-VIGNEAUX

Barcelona

La anorexia mental no constituye, ni mucho menos, un tema de reciente adquisición, pero hemos juzgado de interés presentarlo, dadas la gran frecuencia con que se observa en la visita pediátrica y la gran aportación que los modernos conceptos psicológicos de los primeros años de la vida nos ofrece sobre su etiopatogenia.

ENGLISH y PEARSON afirman que los trastornos psicológicos del apetito constituyen el 24% de todos los trastornos pediátricos. No sabemos si nuestros colegas juzgarán esta cifra exagerada. Nuestra impresión es que es correcta y que por lo menos la cuarta parte de madres que consultan al pediatra lo hacen porque el niño no come lo que es debido o lo hace mal. Además, estos autores sostienen que raro es el niño que no haya pasado por una fase de anorexia antes de los siete años.

Es de lamentar que el pediatra, en cuanto hace el diagnóstico de trastorno funcional, pierda interés en él. No son entonces sus conocimientos médicos los que determinan su actuación, sino una cierta intuición de los problemas del niño y de lo que quiere la madre: compartir su responsabilidad, cederla al médico, justificarse ante él culpando al niño, etc. El médico acepta estos deseos y los acepta o rechaza de acuerdo con una serie de factores personales y circunstanciales. Lo que más ayudará al pediatra a manejar esta situación triangular —madre-niño-médico— en la que queda englobado, es la comprensión de cómo se originan estos trastornos psicológicos del apetito, comprensión que al mismo tiempo atraerá su atención hacia ellos.

(°) Sesión celebrada en el Colegio de Médicos de Palma de Mallorca.



Para hacer el estudio etiopatogénico de la anorexia mental, invitamos a recordar la conducta del lactante frente a la alimentación. Sólo este estudio retrospectivo nos permitirá comprender el origen de las dificultades posteriores.

En un principio, las cosas se suceden en forma relativamente sencilla. El niño tiene hambre, llora, grita. La madre le da el pecho o el biberón y el niño queda satisfecho y se duerme o por lo menos se relaja. Al saciar el hambre ha pasado de un estado de tensión desagradable a otro de relajación placentero. El paso de tensión a relajación se vive siempre como una sensación agradable, de modo que podemos considerar la satisfacción del hambre como la primera gratificación instintiva experimentada por el ser humano. Como el niño pequeño evita toda molestia y busca —y en parte necesita— lo que produce placer, reaccionará vivamente a la sensación del hambre reclamando su satisfacción inmediata. Este es pues el punto de partida: satisfacción del hambre equivalente a sensación agradable. Debemos hacer notar que al principio ninguna tendencia se opone a dicha satisfacción, ya que al mismo tiempo que constituye una gratificación instintiva, concurre a cubrir una necesidad del organismo.

¿Qué ocurre posteriormente? ¿Qué trastornos pueden perturbar el apetito?

Podemos clasificar las causas de anorexia en tres grupos diferentes, pero teniendo en cuenta que esta clasificación es más didáctica que real, pues a menudo se intrincan las diferentes causas y se refuerzan unas a otras creando una etiopatogenia mucho más compleja de la que exponemos aquí en forma esquemática.

1. *Transformación del placer que produce la satisfacción del hambre en desagrado.* — Esta transformación tiene lugar cuando el acto de saciar el hambre va acompañado de más experiencias desagradables de las que puede soportar el niño en esta tierna edad. Las frustraciones que tolera un lactante son muy limitadas, tanto más cuanto más joven es el niño. Este criterio evolucionista es esencial en la profilaxis de todos los problemas emocionales de la infancia. Un lactante no es capaz de imaginar la satisfacción del deseo ni valerse de recursos intelectuales que atenúen la tensión y le permitan esperar. Sus deseos son perentorios y reclaman inmediata satisfacción. Todos hemos visto llorar un lactante por hambre y nos hemos dado cuenta del desasosiego y desazón que manifiesta, como si no pudiera seguir un minyuto más en tal estado. Si demasiado a menudo se deja que el niño llore por hambre o se le impone la comida cuando no la desea, el niño asociará la satisfacción del hambre con la impresión de desagrado y terminará por invertir el



resultado de la sucesión comer-relajación-placer, que se convertirá en la de comer-tensión-desagrado.

Una vez el acto de comer pierde el carácter placentero de un principio, el niño seguirá comiendo forzado por los requerimientos corporales y por la presión del ambiente, pero este acto se habrá convertido en algo absurdo, pesado, doloroso y el niño será un «mal comedor» a quien habrá que distraer mientras come, leyéndole cuentos o mostrándole juguetes, etc.

Estos dos conceptos, uno cuantitativo y otro cualitativo, de cantidad de frustración que puede tolerar un lactante y de inversión del carácter del instinto de placentero en desagradable, son fundamentales en la psicogénesis de los trastornos del apetito. La cantidad de frustración que puede tolerar un niño hemos dicho ya que es tanto menor cuanto más joven es éste. Este enunciado creemos no sorprenderá a nadie y todos tendrán la impresión de haberlo conocido siempre. No obstante, la Puericultura hasta hace pocos años ha hecho poco uso de él. Quizá su misma evidencia ha dificultado su conocimiento teórico y ha sido necesario que los conocimientos de la psicología psicoanalítica llegaran hasta los albores de la vida para que se le diera realce científico.

Los regímenes del lactante se han calculado teniendo en cuenta las necesidades del organismo para su desarrollo y crecimiento, y sin duda alguna constituyen un gran progreso en la alimentación del niño pequeño. Pero sobre estas mismas bases fisiológicas se ha querido calcular la forma de administrar el alimento, sin tener demasiado en cuenta que las necesidades varían de un niño a otro e incluso en un mismo niño y que el proceso de la alimentación debe ser agradable a su «consumidor» si se quiere evitar que el apetito sufra perturbaciones. Este ha sido uno de los motivos de desacuerdo entre la Puericultura clásica y la que se inspira en la psicología del primer año de la vida. En términos generales, podríamos decir que la Puericultura hasta ahora ha despreciado la demanda del niño y ha hecho demasiada teorización.

No podemos entrar en detalles de cómo debe efectuarse el proceso de la alimentación ni exponer las experiencias del «*self-feeding*» o autorregulación. Creemos que a medida que pediatras y madres comprendan cuán lábil es el lactante a las frustraciones, se tendrán más en cuenta las demandas del niño, sobre todo en las primeras semanas en las que, como sabemos, éstas son mucho más frecuentes y se abandonarán las técnicas rígidas de administración del alimento.

2. Otras complicaciones provienen de la *facilidad con que el niño desplaza sus problemas afectivos de la madre al alimento*.

En un principio, el niño ama el acto mismo de comer. Más tarde es ya capaz de transferir el amor al alimento o vehículo que se le pro-



porciona: pecho, biberón. En este estadio el niño no distingue bien el medio externo de sí mismo. Cuando es ya capaz de integrar este pecho que le amamanta a la persona a que pertenece y ver esta persona como un todo, transfiere el amor a ella. Este es el origen del amor llamado «amor objetal» que a su vez pasará por diferentes fases, desde estar completamente condicionado a la obtención de placer hasta el amor más altruístico.

En un principio, pues, leche y madre son la misma cosa para el niño y, aun cuando posteriormente los distingue bien, esta asociación inicial permanecerá en el inconsciente del niño y será la causa de muchos trastornos del apetito. En cierta forma, el rechazo del alimento equivale al rechazo de la madre y debido a esta asociación profunda los problemas afectivos con la madre son transferibles al alimento. A menudo las madres favorecen estas dificultades continuando más tiempo que el necesario como vehículo entre el alimento y el niño, cosa que evidentemente refuerza la asociación inicial. Otras veces, por el contrario, la madre se desentiende demasiado pronto de la alimentación de su hijo. Hemos visto surgir problemas serios en la alimentación de niños pequeños cuando éstos han perdido a su «tata» o a la persona que se ocupaba de su alimentación. Por otra parte, las madres toleran mal el rechazo del alimento como si en realidad fueran ellas mismas las rechazadas y esto aumenta la tensión de las relaciones madre-hijo y empeora los trastornos del apetito.

3. Además de estos problemas transferidos de la madre al alimento, hay otros que interfieren en la alimentación del niño. Consisten éstos en *situaciones conflictivas entre tendencias distintas*, que se originan en el primer semestre con la succión, en el segundo semestre con la succión también y con las tendencias propias de la fase de dentición (morder, masticar), y en el segundo año con la educación de esfínteres.

El lactante succiona no sólo para satisfacer el hambre, sino por la necesidad de succionar. Es decir, que al lado de la succión como medio para alimentarse debemos tener en cuenta la succión como necesidad biológica. Las madres distinguen muy bien cuando el niño está tetando y cuando el niño «está jugando». Su actitud en el acto de amamantar tiene mucha importancia no sólo para el éxito de la lactancia («*The nursing couple*», por MERELL P. MIDDLEMORE), sino para el de la alimentación futura.

La succión puede independizarse del acto de comer en todas las formas de chupeteo (pulgares, chupete, etc.), e incluso oponerse a él. Todos hemos visto el niño a quien hay que retirar el dedo de la boca para introducirle el pezón. Pero en el acto de mamar o tomar el biberón, la satisfacción de saciar el hambre y la de succionar se intrinca-



en tal forma que es difícil separarlos, y esto hace que la inhibición de esta última, como resultado de una interdicción del ambiente, vaya siempre acompañada de una falta de goce en el acto de comer. A menudo, en los antecedentes de los niños anoréxicos o «mal comedores», encontramos el de que desde las primeras semanas se ha obligado al niño a tomar el alimento con cucharita y se ha justificado este proceder en el hecho de querer evitar que el niño rechace el pecho si se acostumbra al biberón. Creemos que todos habremos presenciado el cuadro de madres introduciendo la cucharita en la boca de sus hijos mientras éstos lloran desesperadamente y gargarizan con el alimento que no se deciden a tragar. Es indispensable, sin embargo, que los médicos ahorren este trabajo a las madres y este traumatismo psicológico a los niños, aunque debemos confesar que nosotros mismos hemos dado este consejo años atrás cuando trabajábamos como puericultores. Las madres deben comprender esta necesidad de succión que tiene el niño en los primeros meses de la vida y no combatirla con la cucharita ni arrancando bruscamente a su hijo del pecho en el momento preciso que han pasado los minutos destinados a la tetada, ni haciendo agujeros demasiado grandes en la tetina del biberón para terminar antes.

En el segundo semestre de la vida el conflicto se origina con las tendencias a morder propias de la fase de la dentición. Incluso en esta temprana edad el niño soporta mal las tendencias agresivas y las rechaza en forma de inhibición del acto de morder o de masticar, o negándose a comer. Esta inhibición se prolonga a veces durante los primeros años y el niño rechaza entonces todo alimento que exija la masticación. A veces este rechazo no es tan completo, pero el niño se angustia frente a la comida y sólo come bajo la presión del ambiente, como si necesitara compartir la responsabilidad de este acto con los que le rodean.

Más tarde, otro hecho que parece muy alejado del acto de comer, interfiere con él. Se trata de la educación de los hábitos de limpieza. Es la edad en que el niño empieza a comer solo o a ser capaz de hacerlo. Si se le permite valerse por sí mismo, comerá, pero en forma poco correcta. Si observamos su actuación nos daremos cuenta de que no sólo le cae la comida por falta de destreza, sino que se embadurna la cara, las manos, los vestidos y la mesa; y todo esto con singular complacencia. El niño ha dejado de ensuciarse con sus excrementos, pero se embadurna con la comida. Una experiencia de la práctica corriente es la de que insistiendo demasiado en los buenos modales del comer se produce una regresión en los hábitos de limpieza, y viceversa, una educación de esfínteres muy severa puede empeorar los modales del comer y producir repugnancia frente a ciertos alimentos.



A partir de los dos años otras situaciones conflictivas interfieren con el proceso de la alimentación; situaciones que a menudo vienen a insertarse sobre las ya expuestas creando una etiopatogenia más compleja.

Sin duda alguna los trastornos del apetito pueden empeorar o pueden surgir con motivo de enfermedades intercurrentes o de procesos infecciosos, pero incluso en estos casos la evolución posterior de la anorexia dependerá de la forma en que el niño ha vivido y resuelto los primeros conflictos relacionados con la alimentación.

Por ello creemos es tan importante que el pediatra conozca y valore esta etiopatogenia tan primitiva de los trastornos psicológicos del apetito y pueda ejercer una acción profiláctica sobre ellos.

En el curso de estas líneas hemos enfrentado la Puericultura clásica con la que hemos llamado psicología. En realidad, no hay tal oposición. Existe sólo una Puericultura, pero sus tendencias están sometidas al mismo movimiento de vaivén que las de todos los conocimientos humanos. En estas últimas décadas se ha desarrollado la Psiquiatría infantil y el conocimiento psicoanalítico de la primera infancia. Forzosamente la Puericultura debe impregnarse de ellos y corregir sus errores, muchos de ellos debidos al afán perfeccionista de la época que los llevó a una teorización excesiva. «Para salvar al niño lo ignoraron», podríamos decir. La Puericultura actual da más valor a las demandas del niño y ahora que lo ha salvado ya de tantos peligros que amenazaban su vida, se esfuerza en salvarle también del gran peligro de la civilización actual: la neurosis