



# Universidad Salesiana

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Escuela de Psicología.

“CINCO MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA:  
UNA REVISION DOCUMENTAL”.

-Tesis-

Que para Obtener el Título de

Licenciada en Psicología.

Presenta

Mariana Penélope Rubio Villegas

Director de Tesis  
Lic. Laura Palomino Garibay.

México, D.F.

2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**AGRADEZCO** a las personas siguientes por **"coincidir"** conmigo en éste caminar y **contribuir** de mil formas en mi **"destino"**:

Karina, Magaly, Jocelyn, Claudia, Magdalena, Aideé, Ivón: *aún cuando la distancia y el tiempo corran rápido, siempre te siento muy, muy cerca, gracias.* Tanya, Erika, Betty, Gustavo Vizcaino, Itzel: *"Carnala", siempre estás en mí memoria y mi corazón... cuídate mucho por favor;* Liliana: *tu presencia y preocupación constantes me confirman desde siempre tu cariño y tu amistad, "gracias".*

Héctor y Lety Bello, Jeovanna, Alejandra De León, Claudio, Pardo, Chava, Calvillo, Gina, Claudia Trujillo, Gabriela Victoria, Viviana, Marco, Walter, "los chepos" y demás misioneros, Jenny Fuentes: *gracias amiga por seguir conmigo,* Tania Baena, Tania Merchant, Juan Manuel Navarro: *te extraño amigo,* Badillo: *eres un gran ejemplo de tenacidad y fortaleza, siempre pienso en tí aunque no lo creas... te quiero muchísimo.*

Arturo: *imi hermano del alma gracias por tu confianza, tu sinceridad y entrega; por favor: nunca olvides todo lo que significas para mí; Por siempre: "serás...serás...mi hermano, y un gran hijo del sol... que canta y brilla en mi vida".*

Luz: *"Heremaya", hemos pasado muchos momentos de alegría y felicidad juntas; tu serenidad y sencillez son sólo algunas de las cualidades que te admiro, sabes que cuentas para todo conmigo, gracias por alentarme y escucharme atentamente, tienes un lugar muy grande en mí.*

Nadia: *amiga, desde que te conocí supe que eras "el ángel" que Dios había mandado para acompañarme en el camino; siempre me das tranquilidad en los momentos más desolados y confusos de mi vida, me aclaras esas dudas existenciales que me invaden constantemente, nuestra hermandad ha sido pura y absoluta, le pido al ser que nos unió que nos mantenga juntas en ésta amistad siempre fiel, Dios siempre está contigo pues es difícil separarse de lo más bello.*

Jose Luis: *Mi querido amigo; cada llamada que tuvimos fortaleció nuestra amistad de una forma inimaginable; la complicidad que hay entre nosotros, lo parecidos que somos, cada consejo, cada verdad, cada enojo y cada risa, han hecho extremadamente valiosa nuestra amistad; el ser siempre sinceros y perceptivos el uno con el otro, aún cuando nos veamos muy poco, son solo dos de las cosas que mantienen viva nuestra amistad, además... ¿quién entendería mejor a un obsesivo, sino otro obsesivo?, o ¿no?.*

*"A uds cuatro, les agradezco de sobremanera su ayuda y apoyo incondicional cuando más lo he necesitado, su presencia permanente y su enorme cariño; saben que los amo inmensamente y que son parte de mi alma".*

Edna, Zorequi, Armando, Alberto, Israel, Arturo, Profe. Mario Alfaro. (INBA).  
Vicky, Antonio, Obed, Flavio, Eduardo, Fernanda, Profes.: Gisela, Ralph, Esther  
y Fernando (H.H).

Erika, Gerardo, Iwan, Alejandra, Ibarra, la Kika, Marcela, Iván, Profes.: Juanito,  
Vela, y Moranchel, Psic. Rafael Jiménez. ( La Salle).

Marco, Elvira, Mireya, a todos y cada uno de mis "alumnos", y sobre todo a Uds.  
Amigas: **Ana, Karla y María**, *son lo mejor que me dió "Centros" (C. I. J.).*

Ceferino, Paty, Martín, **Jesús**: *gracias por tu apoyo; René: desde el momento  
en que te conocí supe que eras esa ayuda que tanto le reclamaba a Dios, eres un  
gran ser humano, no tengo con que pagarte mis momentos de Salud... pero te  
agradezco infinitamente amigo.*

**Claudia**: *estuviste en el momento preciso en que me estaba desmoronando,  
fuiste ese gran sostén y me abrazaste a tu manera cuando fue necesario; fuiste el  
primer contacto que tuve con la Terapia, me enseñaste la realidad en muchas  
cosas de mi vida, e iniciaste mi camino hacia el autoconocimiento. Mil Gracias  
por estar en el momento más triste de mi vida!*

**Dr. Bermudez**: *al principio lo odie y mis quejas y enojos eran constantes, no  
entendía "su" psicoanálisis... hoy en día es distinto pues sé que si no me he  
desestructurado ha sido gracias a su ayuda, Ud. sabe cuánto y todo lo que  
significa para mí, hay nmil cosas que quisiera decirle, (ya ve que ni me gusta  
hablar) pero sólo diré la más importante: **IGRACIAS!***

Abraham, Jessy, Jocelyn, Sergio, Sandra, Erikall, Michelle, Adriana, Karen, Pamela,  
Mónica, La Familia, Petra, Areli, Claudia, David, Esmeralda, Gus, Rafael, Luis,  
Enrique, Saralee, Julio, y muy especialmente a **Erika Paola, Dulce Magdalena  
y Deyanira... gracias por su enseñanza.**

*A Todos los Profesores que he tenido en mi vida, pues gracias a ellos he  
podido crecer en conocimiento y espíritu, todos Uds. son muy importantes y  
sus sabias palabras se quedan conmigo... Tere Pereda, Francisco Ochoa, Rogelio,  
Martha Laura, Dr. Valerdi, Elizabeth Ramírez, Domingo Bello: desde la prepa  
haz sido un gran apoyo para mí, no sólo en el plano profesional también como  
amigo, sin tu ayuda definitivamente no sería quien soy, Padre Corona: cuando  
pienso en Ud. pienso en Don Bosco, pues al ver sus ojos profundos, estrechar  
su mano calida, y sentir el amor de su corazón... no me cabe la menor duda que  
un ser supremo habita su cuerpo; Francisco Rodríguez: sabes que te*



*admiro mucho y que siempre haz sido un gran ejemplo en mi vida, mil gracias por tu confianza y apoyo incondicional; Emiliano Lezama: fue poco el tiempo que compartimos un aula pero fue suficiente para reconocer su gran valor, gracias por su enseñanza y su amabilidad; Laura Palomino: tu ser es tan grande y tan puro que sólo puedes dar amor y felicidad, de todo éste proceso nuestra amistad es lo que más aprecio, le pido a Dios que te cuide y te bendiga así como a toda tu familia; en verdad Te Amo con el corazón.*

Anel, Miriam, Frida, Rosita, Silvia Querejazu, Silvia Martínez, Rocío, Ernesto, y a mis demás compañeras de generación...  *fueron cinco años muy lindos, gracias. Betty, Sra. Tere, Sra. Lupita.*

*Mónica: no sabes cuánto extraño tu amistad franca, sincera y directa como tú, extraño nuestras platicas, el sonido de tu nariz constipada, tu risa, tu practicidad, tu energía, pero ante todo tu presencia constante a mi lado; la distancia real puede ser mucha pero nuestras vidas seguirán unidas por siempre, Te Amo Infinitamente Amiga.*

*Dulce: gracias por todos los incontables momentos que compartimos juntas, por la alegría de nuestra amistad, la entrega que tuvimos y el Amor que nos une. Siempre serás parte de mi vida y mi corazón; sabes que cuentas conmigo en ésta nueva etapa o.k.*

*Jessy: hay muchas cosas que nos unen y hacen de nuestra amistad un bello día a día; tu certeza, tu iniciativa, tu organización, y tu claridad son sólo algunas de las cualidades que te admiro, cada llamada tuya es una enseñanza. Deseo que Dios guarde y cuide ésta amistad. Te Amo Mucho.*

*A las Familias: Tiscareño Corchado, Palacios Arellano, González Torres, Urrieta Carrera, Navarro Velásquez, Salinas Bello, Castillo Castillo, Mosco y/De la Rosa... gracias por su amor, su apoyo y mi integración a su familia,.*

*A mis Hermanos Varones... por ser parte de aquel entonces, a mis Sobrinos, mis Primos, Martín Guzmán y Tíos cercanos, especialmente a tí Tía Rosa: gracias a tu "enorme" presencia ese golpe fue menos duro, que Dios te de lo mejor por siempre... te quiero mucho.*

*A Uriel Martínez, Marco Aquino, Ramón Márquez, Daniel "Negrito": por ser también mis amigos y hacer felices a quienes amo.*

*Melvin: Pollito tu ayuda en la realización de éste trabajo fue muy, muy importante; Gracias por tu paciencia, tu tolerancia, tus silencios y tus palabras; en todo éste tiempo he aprendido mucho de tí... ¡Te Amo con todo!*

*Toda mi vida son las 8 personas siguientes, por eso les **DEDICO** éste trabajo:*

*Abuela: tu peínelope extraña el olor de tú cuarto, tus historias con Pancho Villa, el brillo de tu pelo, la fortaleza Villegas comienza con la historia de tu vida, Dios debe estar feliz de tenerte a su lado.*

*Madre: tu "nena" te sigue extrañando mucho; Aunque me he dado cuenta que nuestro amor fue desmedido y me ha costado mucho vivir sin él, he aprendido muchas cosas con nuestra separación... donde estés quiero que recuerdes esto: "lovely, never, never, change... pues tú niña cree en tí" y Te Ama Infinitamente.*

*Padre: tu ausencia me duele como no te imaginas, ha pasado poco tiempo y sigo pensando en todo lo que superamos y pudimos vivir juntos, pero ahora mi "Juancho" ya estás respirando un mejor aire; Gracias por seguirme ayudando con todo eso, itu siempre tan responsable!... Te Amo desde lo más profundo de mi ser.*

*"Dios los escogió a ustedes dos para ser el comienzo de mi existir y eso... llo significó todo!".*

*Liz: "mi única hermana de leche"; ésta investigación es tuya, pues si no estuviéramos juntas no la hubiera podido terminar. Haz sido un gran pilar y un bello ejemplo toda mi vida, como ya te he dicho anteriormente: "tú iluminas todos mis días con tu excelsa presencia"; Gracias por tener siempre para mí ésa mirada de orgullo y una suave caricia... sabes que "tú negra" nunca, nunca te va a dejar sola, pues Te Ama Inmensamente.*

**Yolo:** *mi hermanita la menor, eres un corazonsote aunque te quieras ocultar; este acercamiento lo hemos afianzado muy bien y deseo que lo perpetuemos. Eres muy inteligente y hermosa (por dentro y por fuera) sigue creciendo mucho por favor, pues tienes todo para triunfar. Agradezco siempre tu preocupación, tu ayuda, y el que me consideres una amiga y me tengas confianza para contarme lo que te pasa... Te Amo con todo mi ser princesa de un cuento infinito.*

**Jorge:** *mi otro yo, mi espejo, "mi creación"... ¡level!; "fue ése día que desperté cuando me dí cuenta... que tú y yo íbamos a compartir muchas cosas". Mi Toto, aunque últimamente te haz puesto muy "river" y haces que "me vuelva loca tu forma de ser y se me salgan las de Remy" lo entiendo, pues es de esperarse a tu edad ¡chavito!, pero eso sí: "¡ya portate bien!, tienes un montón de cualidades y aptitudes que puedes desarrollar más, no lo desaproveches durmiendo ¡looser!; y ya para terminar creo que no hace falta que te diga que Te Amo con todo mi morrillo y todo mi corazón, pues tú lo sabes.*

**Iván:** *¡mi vida!... Llegaste a éste mundo para alumbrar mi existencia, verte crecer ha sido lo más maravilloso en todo este revoltijo, Dios te mandó en el momento preciso para hacer brillar nuestro hogar... tus grandes ojos, tu linda risa, tus besos y abrazos, tus travesuras, tus palabras, tu inocencia, tus bailes, todo tú me impulsas a vivir. ¡"mí negro", Te Amo hasta el infinito y más allá!*

**Dios:** *a tí señor te lo debo todo, mis alegrías, mis tristezas, mi salud, mi enfermedad, mis logros, mis desilusiones, todo lo que soy; te agradezco señor el que me enseñes en todo momento qué y cómo se vive ésta vida, me haz dado a probar la miel y la hiel pero nunca me haz dejado caer, pues siempre vas a mi lado, sosteniéndome, cargándome. Señor, he madurado y he aprendido mucho en cada prueba que me haz puesto, que se haga siempre en mí tu voluntad. Si te menciono hasta el final es por que eres lo primero en mi pensamiento, en mi corazón, en mi vida.*

---

## Índice.

### \*Introducción.

### \*Capítulo uno: "Anorexia Nerviosa"

Pag. 1

Los inicios de la anorexia.	1
Reseña histórica.	6
Comportamiento alimentario.	14
La Anorexia como trastorno alimentario.	17
Signos y Síntomas.	20
Etiología de la Anorexia Nerviosa.	23
Criterios Diagnósticos de la Anorexia Nerviosa.	25
Diagnóstico diferencial.	27
Tratamiento.	29
Pronóstico.	34
Epidemiología.	35
Otros Estudios e Investigaciones.	38
Relación del comportamiento alimentario y el comportamiento sexual.	40
Rasgos de Personalidad y Descripción de cada tipo de trastorno.	42
Algunas perspectivas psicológicas.	52

### \*Capítulo dos:

### "Marco Teórico en base al Desarrollo Infantil y las Relaciones Objetales". 56

La importancia de la madre en el Desarrollo temprano de la anoréxica:	
-Trastornos de la Ingesta en la Infancia.	56
La madre como Objeto Primario.	62
El Desarrollo Infantil desde diferentes posturas psicológicas.	67

### \*Capítulo tres: "Marco Teórico Sistémico". 79

El Modelo Sistémico.	79
Patrones de Disfunción Familiar:	86

-Tensión Emocional:	86
1) Situacional.	
2) Interpersonal.	
3) Intrapersonal.	
-Polarización y Escalonamiento.	87
-La Triangulación.	
-La Culpa.	
-La Comunicación.	
-El Liderazgo.	
-Las Alianzas.	
-Disfunción de la Identidad.	
-Inmovilidad.	
-Manejo de Límites.	
Las Infancia de las Futuras anoréxicas.	91
¿Por qué Anorexia?.	92
El Perfil de los Padres.	96
El Credo familiar.	98
La Individuación dentro de las Relaciones Familiares.	102
Relación entre hermanos.	103
El rol de la Familia en el curso de la enfermedad.	104
La Terapia Sistémica.	106
<b>*Capítulo cuatro: "Marco Teórico Psicodinámico".</b>	<b>114</b>
Psicología del self.	115
Perfil Psicológico de la familia anoréxica para Feinsten, S.C y Sorosky, A. D.	122
Excepciones del Perfil psicológico de la familia.	126
Psicodinámica de la anoréxica.	128
-Psicodinámica de la anoréxica bulímica.	128
-Relación de la anorexia bulímica con la adicción y los hábitos de la infancia:	
1) Imagen Corporal.	130
2) Escisión del Yo.	130

Psicoterapia Psicoanalítica de la Anorexia Nerviosa.	131
Técnica.	132
-Estructura del Yo e Interpretación de la Transferencia.	133
-Sed, Hambre y Simbolismo de la arena en la Anorexia Nerviosa.	135
-El Fenómeno de la "Pequeña Persona".	135
El uso de Medicación antidepresiva.	136
Diferencias pronósticas en el tratamiento de las anoréxicas restrictivas y bulímicas .	138
<b>*Capítulo cinco: "Marco Teórico Cognitivo-Conductual".</b>	<b>139</b>
La Conducta Anoréxica.	145
La Terapia Cognitivo-Conductual familiar.	148
-Componentes principales del tratamiento.	152
Terapia Individual.	153
Establecimiento de la Colaboración del paciente.	154
Normalización de la Comida y el Peso.	154
Desarrollo de la Auto-consciencia corporal.	156
Manejo de los trastornos fóbicos y la ansiedad	157
Afrontamiento de las crisis bulímicas.	158
Técnicas de exposición y prevención de respuestas anoréxicas.	160
Aspectos Educativos.	161
Trabajo en grupo de pacientes.	163
Pensamientos Distorsionados.	164
Interacción Social y Actitudes de sumisión.	164
Habilidades de Coping y Resolución de Problemas.	164
Trabajo en grupo de padres.	165
Avances en la Investigación, Prevención y Tratamiento por Toro, J.	166

---

*Capítulo seis: “Marco Teórico Socio-Cultural”.	170
Condición Femenina.	171
La Adolescencia como etapa de mayor riesgo.	174
La Fuerza de la Publicidad.	175
*Capítulo siete: “Análisis y Síntesis Comparativa entre los Modelos explicativos de la A. N.”.	179
Modelo Sistémico.	179
Modelo Cognitivo-Conductual.	183
Modelo en base al Desarrollo Infantil y las Relaciones Objetales.	186
*Conclusiones.	191
*Limitaciones y Sugerencias.	194
*Directorio de Instituciones.	198
*Bibliografía.	



*P*ara todo ser vivo la alimentación es una necesidad primaria y básica que se tiene que satisfacer para poder subsistir. Para que el ser humano tenga un desempeño óptimo, tiene que obtener diario las cantidades y combinaciones necesarias de alimento, de no ser así, se originan malos hábitos en el comer, los cuales ponen en riesgo la salud física y mental de la persona.

La mayoría de la población suele confundir lo que es alimentarse y nutrirse; por una parte el alimentarse es un acto voluntario y reflejo en el cual se ingiere comida, y está matizado por componentes culturales, económicos, de acceso alimenticio, preferencias, contextos sociales y estados de ánimo; y, por otra parte, el nutrirse es el conjunto de procesos fisiológicos del organismo que se llevan a cabo con lo ingerido; con lo anterior se puede decir que cualquier desbalance (exceso o déficit alimenticio) afecta tanto biológica como psicológicamente al individuo, lo cual repercute en sus esferas sociales.

Toda la gente aprende a alimentarse por medio de la convivencia con otras personas a la hora de ingerir sus alimentos; volviéndose así esta acción, un acto social. Se debe dejar en claro que no todos los individuos comen únicamente cuando sienten hambre, algunos lo hacen cuando se sienten solos, tristes, ansiosos, aburridos, alegres, etc., es decir, a veces se come para expresar o acallar emociones, introduciéndose de éste modo el psiquismo de cada persona.

Éste acto de la alimentación ha sido ampliamente estudiado por la medicina, la nutrición, la sociología, etc., pero de igual forma en las últimas dos décadas ha cobrado gran importancia en el ámbito psicológico, especialmente en la relación que existe entre acto alimenticio, imagen corporal, relaciones afectivas y cánones de belleza.

Actualmente la imagen de la mujer desde el punto de vista estético ha cambiado mucho en comparación de tiempos pasados, y los "bombardeos" de cuerpos extremadamente delgados llegan a todo el público a través de los medios de comunicación (t.v., revistas, espectaculares, pasarelas, dibujos animados, etc.) provocando un nuevo estilo de vida.

Chinchilla (1994, pp. 89), informa que en los últimos 20 años se está asistiendo a una proliferación de la mujer delgada y atractiva, prototipo a alcanzar en ésta sociedad de consumo; éste modelo se traduce en un "culto" hacia un cuerpo

*"llamativo", provocador, sensual, competitivo, pero ante todo: "delgado".*

*Toro y Vilardell (1987, pp. 37), mencionan que hoy en día existe: "el culto femenino", es decir, el culto al cuerpo como significado de éxito social, lo equiparable entre auto-control y adelgazamiento; la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo; en función de unos cánones arbitrariamente fijados, los que constituyen otros tantos "hitos" de la tragedia anoréxica.*

*El presente trabajo versa exactamente acerca del trastorno alimenticio llamado: "Anorexia Nerviosa", y consiste en la compilación de cinco de los principales modelos teórico-metodológicos en el estudio y tratamiento de dicho trastorno.*

*Éste estudio constituye una investigación documental, la cual tiene entre varios propósitos: 1) hacer una recopilación exhausta y minuciosa de bibliografías relacionadas con la Anorexia, y conjuntarlas en éste documento; 2) dar a conocer en forma clara, sencilla y ordenada las contribuciones que han brindado algunos de los modelos explicativos de la Anorexia Nerviosa, con el fin de que pueda servir como una guía de apoyo para el profesional del trabajo clínico, y a la vez para toda persona interesada en el tema (estudiantes, padres de familia, jóvenes en riesgo, etc.); 3) realizar un análisis de homogenización en cinco modelos psicológicos que tratan el tema concerniente; 4) proponer un modelo de tratamiento en base a la revisión de dichos modelos; 5) dar a conocer las diferentes instituciones que brindan tratamiento a pacientes anoréxicos*

*La Anorexia es un trastorno alimenticio en el que los pacientes se autoimponen estados de inanición, éste es precisamente el nódulo principal del tratamiento para dicho trastorno, el cual se caracteriza también por una excesiva pérdida de peso, preocupación constante por el cuerpo y el contenido calórico en los alimentos, ejercicio excesivo, alteraciones del estado de ánimo, distorsión de la imagen corporal, intenso miedo a recuperar el peso, perfeccionismo y rigidez extrema, amonoreea, y generalmente evasión en la participación de actividades sociales relacionadas con la comida. Hay una distorsión en la percepción corporal, pues el estado físico es extremadamente delgado y aún así, la interpretación que dan de su figura corporal es de una persona obesa. Las causas que desatan el trastorno, al igual que el curso del tratamiento en la enfermedad son muy variables; Es por eso que ésta investigación trata de comparar, relacionar y analizar cinco de las diferentes*

*perspectivas psicológicas que estudian el trastorno de la Anorexia Nerviosa, además de integrar puntos similares en dichos modelos explicativos; Buscando así, lazos de unión y posibles puentes terapéuticos que sirvan como agentes homogenizantes de teorías; y que a la vez, ayuden a la psicología a encontrar una solución real y eficaz en la Anorexia Nerviosa.*

*El Capítulo 1. de ésta investigación hace un recorrido histórico del trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa, y menciona algunos de los investigadores que se han dado a la tarea de definir dicho trastorno en forma científica, presentando su posible etiología, epistemología, signos y síntomas, rasgos de personalidad, signos y síntomas que la mayoría de los jóvenes enfermos exhiben, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento a seguir; así como otros estudios de fechas recientes.*

*En el 2o. Capítulo se trata la importancia del estudio de la Anorexia Nerviosa desde las primeras fases del desarrollo humano; la necesaria presencia de la madre como primer objeto de amor; algunos trastornos de la ingesta en los niños y diferentes perspectivas psicológicas que tratan el desarrollo infantil.*

*En el 3o. Capítulo se analizan los factores que se encuentran relacionados con la "Familia Anoréxica"; Con gran prestigio en el tema se encuentran las aportaciones de Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin, Joseph Toro, Eric Vilardell, Helm Stierlin, y G. Weber entre otros, todos ellos ponen de manifiesto sus investigaciones y prácticas profesionales, mismas que brindan una luz para conocer el tipo de preceptos que llevan a una familia anoréxica a comportarse como tal.*

*El Capítulo 4., da a conocer la "Explicación Psicoanalítica" de la Anorexia Nerviosa, la cual muestra las diferencias significativas en la psicodinámica del anoréxico restrictivo y del bulímico; así como el perfil psicológico que dan de la familia anoréxica.*

*Aquí se expone la Técnica utilizada dentro de éste enfoque para el tratamiento del trastorno, y la relación de éste con las adicciones y el medicamento antidepressivo.*

*En el Capítulo 5., se muestra a la Anorexia Nerviosa desde el modelo "Cognitivo Conductual", presentándose brevemente cómo es que surge ésta perspectiva. El enfoque Cognitivo-Conductual se compone de dos aspectos psicológicos: los conductuales y los cognitivos; En éste capítulo se explica qué*

pasa con las anoréxicas respecto a éstos dos aspectos, y menciona las características de la terapia Cognitivo-Conductual Individual y Familiar. En éste apartado se muestran los tratamientos y aspectos educativos para la Anorexia Nerviosa que proponen destacados autores como: Toro, Chinchilla y Garner. Éste capítulo da a conocer los avances en la investigación española dentro del modelo Cognitivo Conductual expuesto por el Dr. Joseph Toro.

El Capítulo 6., está dedicado a exponer los factores "Bio-Psico-Socioculturales" que ejercen gran influencia en la población y que pueden desencadenar un trastorno alimenticio como lo es la Anorexia Nerviosa, sobre todo si se toma en cuenta que dicho trastorno es un problema de salud pública, mayoritariamente de índole femenino ya que por lo general las mujeres son más comprometidas, susceptibles e influenciadas a la moda y la estética que impone la sociedad. Éste capítulo versa sobre la presión que se ejerce en la mujer de diferentes culturas, para lucir un cuerpo de acuerdo al "esquema" predominante. Aquí, se retoma la etapa adolescente como edad de mayor riesgo, y se mencionan diferentes ejemplos que demuestran la agresión femenina por el "culto a la delgadez" y la fuerza de la publicidad.

En el Capítulo 7., se trata lo relativo al análisis, síntesis, comparación y homogenización de todos y cada uno de los cinco modelos antes expuestos.

En éste capítulo se expondrán los resultados del examen minucioso en la búsqueda de aspectos similares entre dichos modelos, obteniéndose como resultado una extensa lista de puntos a tomar en cuenta en la investigación, la prevención y el tratamiento de la Anorexia Nerviosa. El final del capítulo muestra el bosquejo de un modelo que en mi opinión considero óptimo para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, dejándo en claro que para que éste modelo sea aceptado necesita de más información al respecto, y de su futura aplicación. Por último, se expresan las "conclusiones, limitaciones y sugerencias", así como la fuente de referencia completa utilizada para la realización de ésta investigación, y un anexo con las direcciones, nombres y teléfonos de las instituciones que tratan a pacientes con éste trastorno.

La presente se realizó, gracias a la extensa recopilación de información contenida en diversas fuentes de datos tales como: libros, tesis, tesinas, revistas especializadas en el tema, periódicos, ensayos, conferencias, etc., para las cuáles se recurrió a bancos de información como la Universidad Nacional Autónoma de México (Ciudad Universitaria: Facultad de Psicología, Posgrado y Biblioteca Central) y

*dos de sus diferentes Facultades de Estudios Superiores (Zaragoza e Iztacala); Universidad Autónoma de México (Xochimilco e Iztapalapa); Universidad Iberoamericana; Universidad Intercontinental; Universidad del Estado de Morelos; Universidad Salesiana; Instituto Nacional de Nutrición; Instituto Nacional de Psiquiatría; Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE; Diferentes Sitios en Internet; Programa: "Diálogos en Confianza del Canal 11"; Biblioteca Central de los Centros de Integración Juvenil.*

*"Queda mucho por investigar acerca de los trastornos en la conducta alimentaria; espero que ésta revisión sirva como un verdadero apoyo a todo aquel interesado en la génesis y tratamiento de la Anorexia Nerviosa".*

*"Y Si te parece que yo he obrado como una loca.  
Tal vez sea que un loco me acusa de loca".*

*Antígona en Antígona, Sófocles.*

## Capítulo I Anorexia Nerviosa.

### *Los Inicios de la Anorexia.*

**H**amadhan, Irán, siglo XI de nuestra era: un joven príncipe se está muriendo por negarse a comer... es atendido con éxito por Avicena, médico, filósofo y místico arabe-islámico que, reflejando el caso en su Canon de la Medicina, precisa que ésta anorexia aparecía en un contexto depresivo. A pesar de ésta particularidad, la descripción de Avicena se considera desde el punto de vista histórico la primera relativa a la anorexia nerviosa.

Sin embargo, dos siglos antes de Avicena, en Baviera, vivió una joven cuya extraña historia nos sería transmitida por un monje que la consideraba milagrosa, y así lo escribió en el año 895. Friderada Von Treuchtlingen era hija de unos sirvientes y trabajaba más que el resto de los criados cuando cayó enferma. Ésta enfermedad, imposible de identificar a partir de los escritos del monje, duró dos años. Cuando curó, Friderada recuperó un apetito feroz y se dedicó a devorar todo lo que encontraba, poniendo así en peligro la precaria economía de sus padres. Estos se inquietaban mucho por ella, al ver que perdía las fuerzas hasta hacia poco tiempo legendarias y que las piernas se le debilitaban hasta el punto de que un día se vio obligada a llevar muletas.

Friderada estaba muy afligida por su repentina debilidad, así como por su apetito siempre insaciable. De acuerdo con su familia, fue enviada al monasterio de Santa Walpurgis, conocido por sus milagros (en Monheim, Baviera). Allí, tras un día de oración su parapsia desapareció! (primer milagro). A continuación, sus impulsos bulímicos remitieron también, y fueron reemplazados por una pérdida de apetito y un rechazo de la comida. Friderada sólo se alimentaba de productos lácteos y adquirió costumbre de vomitar tras cada ingesta alimentaria. Seis meses después dejó por completo de comer. Cuando, animada por una religiosa que veía como iba debilitándose, comió un trozo de carne, empezó a llorar y se quedó súbitamente ciega. Se dirigió entonces al santuario de Santa Walpurgis y recuperó la vista tras dos días de oración! (segundo milagro). Llegados a éste punto, el obispo fue prevenido de éstos hechos. El prelado ordenó que Friderada fuese encerrada y vigilada durante seis meses con el fin de comprobar si efectivamente no comía nada en absoluto. Y así se hizo. Friderada alcanzó así la categoría de los curados milagrosamente por Santa Walpurgis, cuya historia fue consignada en el año 895, por el monje Wofhard en los escritos que han llegado hasta nuestros días. (Habermas, 1986).

En Friderada se reúnen diversos signos cardinales de la anorexia nerviosa: rechazo del alimento, sin aparentes perjuicios sobre su salud (por lo menos según lo que ella explicaba), rechazo a cualquier ayuda exterior, pérdida de peso, etc. Sin embargo, presenta también algunos



episodios de conversión histérica muy evidentes: parapesia, ceguera, etc., síntomas a demás de fluctuantes y que cedían bajo sugestión. Así mismo, la anorexia era precedida de un periodo de bulimia. Ciertamente, falta el deseo desesperado de adelgazar que caracteriza los casos actuales. A pesar de estas reservas, Habermas piensa que Friderada puede ser considerada como el caso medieval más explícitamente emparentado con la anorexia nerviosa. No obstante, ¿la descripción clínica no reinclina a favor de la histeria? Resulta difícil saber si, nacida en otra época y privada de sus referencias religiosas, Friderada habría evolucionado hacia una anorexia nerviosa típica (Guillemont, A. 1994, pp. 1-4).

En 1667, o sea ocho siglos después de Friderada una joven de Derbyshire (Inglaterra) despertó un vivo interés entre los religiosos y científicos de su país ayunando durante varios meses. Éste suceso ha sido referido por Silverman (1986) a partir de tres libros publicados en Londres sobre el caso, en una época en la que la joven aún vivía (Robins, 1668; H.A., 1660, y Reynolds, 1669, citados por Silverman, 1986). Marthe Taylor era hija de un minero y vivía con su familia en Derbyshire. Su infancia está marcada por múltiples elementos psicopatológicos. A los once años, tras una caída sobre la espalda, sufre parálisis de las piernas durante dos semanas. Después de haberse recuperado, desarrolla un cuadro depresivo acompañado de ideas místicas y vuelve a quedar paralizada de los dos pies. Una vez desaparecidos estos síntomas, Marthe padece una tos tan intensa “que se podía escuchar de 200 a 250 millas a la redonda” (Silverman, 1886, según los tres autores anteriormente citados). Al no poder dormir más desde entonces se dedica a leer las Sagradas Escrituras durante noche y día. Tiene su última regla a los 18 años, el 29 de septiembre de 1667. Poco después, la joven vomita todo lo que come. Empieza a restringir sus aportes alimentarios hasta dejar de comer definitivamente el 21 de diciembre de 1667. Sus biógrafos alegan que no comerá ningún alimento sólido durante los 12 a 13 meses siguientes, subsistiendo sólo con la ayuda de algunos vasos de almíbar o zumo de uva. Asimismo precisan que la joven no eliminaba la orina ni excrementos durante éste periodo (Guillemont, A., 1994).

El caso de Marthe Taylor se hizo célebre a causa del interés que le prestó el conde de Devonshire, que pidió a varios médicos que la examinaran. Reynolds, uno de estos médicos, estaba convencido de la honestidad de Marthe, mientras que otros colegas sospechaban que era una embaucadora. El propio Reynolds precisa en su libro que Marthe no era el primer caso que había visto en una joven: había observado ya varios, siempre en jóvenes de 14 a 20 años. Resulta difícil concretar si estas jóvenes padecían una anorexia nerviosa primaria típica. Como máximo, se puede destacar que la edad concuerda. En cuanto al caso de Marthe Taylor, se debe subrayar el hecho de que se mencione la amenorrea, con la precisión de que había precedido a la pérdida de peso. Éste es, que se sepa a la fecha, el único caso de la historia que informa sobre trastornos menstruales. A pesar de todo, el resto de la descripción clínica no habla en favor de una anorexia nerviosa primaria en el sentido de H. Bruch (1974); en efecto, Marthe presenta ciertos antecedentes psiquiátricos (pseudoparálisis regresiva, “tos nerviosa”, delirio místico, etc.) que inducen a creer más en la hipótesis de una psicopatología subyacente, a la cual la anorexia habría venido a asociarse: podría tratarse de una neurosis histérica o de una psicosis.

En la línea de las anoréxicas místicas, no se puede olvidar a santa Catalina de Siena, cuya

anorexia la conduciría a la muerte. Catalina Benincasa era una gemela nacida prematuramente hacia el año 1347, en Siena. De las dos hermanas, es a ella a la que su madre decidió amamantar personalmente, mientras que la otra, confiada a una nodriza, fallecerá muy pronto.

Hija de un tintorero, artesano de Siena, Catalina fue educada en la religión católica, como todos los niños de su época. Hacia los seis o siete años, tuvo su primer visión: Jesús vestido de blanco, le sonreía, rodeado de varios santos aureolados de rayos luminosos. Desde esta edad la niña empieza a renunciar a la comida. En la pubertad, se niega obstinadamente a casarse, como sus padres le ordenan. Se impone penitencias de todo tipo: ayunos, flagelaciones, etc. "A partir de los 16 años hasta su muerte, sólo come pan y hierbas crudas, sólo bebe agua y pierde rápidamente la mitad de su peso" (Raimbault y Eliacheff, 1989. En: Pruneda, H., 1998). Ingresa a continuación en la orden de las dominicanas, contra la voluntad de su madre. Llega a ser la consejera de Gregorio XI, Papa de Aviñón, a quien le ordena, pura y simplemente, que regrese a Roma. Tras la muerte de Gregorio XI, apoya a su sucesor, Urbano VI, en contra de todos, afirmando su legitimidad frente a los cardenales que pretenden sustituirlo. A pesar de sus esfuerzos, Catalina no conseguirá impedir el cisma de Occidente y la elección de un antipapa de Aviñón.

Después de estos acontecimientos, de los que se siente responsable, decide sacrificar su vida por la Iglesia, y así se lo escribirá a Urbano VI. Había decidido dejar de alimentarse por completo hasta su muerte, que se produjo al cabo de tres meses.

Catalina tiene en común con las anoréxicas de hoy día una voluntad inflexible, un rechazo a someterse a los demás y una negación total de su cuerpo y de sus sufrimientos. Además, el conflicto con su madre recuerda el de muchas anoréxicas con las suyas. La madre de Catalina intenta someter a su hija a lo que *ella*, la madre, quiere que sea y a lo que *ella* espera. Sorda a la demanda de amor de Catalina, le responde deber, salud, éxito, etc. El mensaje no pasa inadvertido, y si pasa, en su interpretación la que se deforma: Catalina tiene un *deber* ciertamente, el de privar su cuerpo de cualquier placer, de cualquier satisfacción, su *salud* a sus ojos, mejorará, y ella no podría, ante ésta sorpresa, hacer otra cosa que *lograrlo*. El mensaje materno es bien cumplido..., traduciéndose en la anorexia de la hija. Por otro lado, a pesar de las restricciones, Catalina mantiene una actividad intensa y nunca se siente fatigada. ¿Permiten estos puntos en común considerar a Catalina de Siena como una anoréxica primaria? Si es así, estamos obligados a constatar que su anorexia ha sido sublimada y con éxito, pues, destinada a sacrificarla a Dios, la ha llevado a la canonización. En el caso de Catalina existe una dimensión excepcional que la distingue de las anoréxicas de hoy día. Es cierto que el contexto sociocultural ha cambiado: si la santa ha sabido utilizar en su tiempo el modelo religioso para sublimar su patología, nada impide pensar que hubiera podido ser, en nuestra época, una anoréxica nerviosa como las demás. Ya se ha destacado la importancia de los factores socioculturales no sólo en la aparición, sino también en el reconocimiento de una patología (Guillemont, A. 1994, pp. 1-4).

## ¿Santas o Enfermas?

No se puede seguir la historia de la anorexia nerviosa sin recordar los trabajos de Robert Whytt (1714-1766), profesor de medicina de Edimburgo desde 1747. En 1764 publicó un voluminoso tratado que relata, entre otros, el caso de un mozo de caballos, de 14 años, que había presentado anorexia seguida de una fase bulímica. Aunque éste autor haya sido olvidado actualmente, sería uno de los primeros en interesarse por los trastornos de la conducta alimentaria, que considera de origen "nervioso" (Silverman, 1987, En: Guillemont, A., 1994). Sin embargo, el apellido Morton ha pasado a la posteridad a causa de sus descripciones clínicas más detalladas.

La primera se refiere a una tal señorita Duke, que tenía 20 años cuando Morton la visita: hace dos años que ayuna y presenta un estado de caquexia avanzado. Morton precisa que la joven afirmaba haber perdido el apetito y que, por lo menos al inicio de su enfermedad, aseguraba sentirse en buen estado físico, estudiando todas las noches y saliendo cada día para hacer sus ejercicios al aire libre. Esta negación de la enfermedad, asociada a la edad de inicio de los trastornos, evidentemente es sugestiva de la anorexia nerviosa, tal y como se la considera actualmente. A pesar de los consejos de Morton (distracción y aire libre, etc.), esta joven murió a los tres meses de la consulta. Morton refiere también el caso del hijo de un amigo, el reverendo Steel, que a los 16 años perdió el apetito a causa, según dice "de sus estudios demasiado difíciles y de la pasión de su espíritu. Incluso en éste caso la descripción de Morton recuerda vagamente la anorexia actual, pero el hecho más desconcertante es que, tras el fracaso de diversos métodos terapéuticos ("antiescorbúticos, mantequilla, medicinas artificiales o naturales"), el muchacho acabó curándose cuando izo caso a los consejos de Morton de abandonar los estudios y dedicarse a viajar durante algún tiempo lejos de la familia! El médico era, quizás en ese momento y sin saberlo, el precursor del método de separación familiar aún preconizado en Francia...

Otro hecho destacable, claramente diferenciado por Morton en sus escritos, es la pérdida de peso que denomina "la consunción nerviosa, que acompaña a otras "afecciones nerviosas", como "la melancolía o un trastorno hipocondríaco o histérico". Esto ha podido inducir a Morton a diferenciar ya entre anorexias nerviosas primarias y secundarias (Silverman, 1988. En: Guillemont, A., 1994). Así, los trabajos que ha dejado Morton sugieren claramente la existencia de la anorexia nerviosa en el siglo XVII, en Inglaterra, a pesar de limitarse todavía a algunos casos aislados considerados extraordinarios.

Poco más o menos en la misma época es cuando Naudeau publica en Francia su *Observation sur une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments*. Este autor describe el caso de una señora de 35 años que, "transcurriendo el mes de agosto de 1787 (...), experimentó súbitamente, al levantarse de la cama, unos intensos dolores en la región epigástrica". "La mujer cayó, después de estos sufrimientos, en una languidez tan profunda que perdió completamente el apetito" (...). "La enorme morbilidad de tipo nervioso y la frágil constitución de esta mujer hicieron pensar (a Naudeau) que esta alteración tenía como causa un trastorno histérico". Efectivamente, al leer esta observación, se plantea el dilema de si se trata de

una neurosis histérica, lo que la diferenciaría de una anorexia nerviosa primaria. Sea lo que fuere, Naudeau curó a su paciente, demasiado fácilmente para que se tratara de una anorexia nerviosa, pues, además, no tenía la edad habitual, con ayuda “de agua de achicoria amarga”, “tintura de Marte tartarizada” y “licor mineral anodino de Hoffmann”, asociados a “fricciones secas por todo el cuerpo con unos lienzos”, una serie de ocho baños fríos de una hora de duración cada uno y dos enemas fríos al día... Se comprende que la paciente se cansara pronto de un tratamiento así y ¡preferiera recuperara el apetito! Y aún se comprende mejor si se trataba de una histérica y no de una anoréxica nerviosa.

Pero tras una revisión histórica del término, llegamos a la famosa descripción que hizo Laségue en Francia, en 1873. Este autor describe, a partir de ocho observaciones, la “anorexia histérica” en una joven de 15 a 20 años. En esta afección, nueva para él, distingue tres fases sucesivas. En la primera, la alegación de dolores gástricos tiende a justificar la restricción alimentaria, pero ésta persiste incluso cuando la paciente dice encontrarse bien. La segunda fase, llamada moral, se caracteriza por la paradoja de una conducta anormal justificada por un buen estado de salud (pues los dolores han desaparecido al cesar toda ingesta alimentaria). Esta aberración motiva que se hable de “perversión mental”, “por sí misma casi característica”, y que justifique el nombre propuesto por Laségue, “a falta de otro mejor”, de “anorexia histérica”.

En la tercera fase, la de la caquexia, “el tema de la enfermedad queda establecido, la paciente sistematiza, deja de cuestionarse los argumentos, manifiesta un optimismo imperturbable (...) y desconcierta con su indiferencia”. Por otro lado, es el recuerdo de la *belle indifférence* de histérica, descrita por Freud, lo que indica a Laségue a incluir el cuadro presentado por éstas jóvenes entre las histéricas. Sin duda, más bien hay que ver en ello el reflejo de la negación de su patología por parte de la anoréxica. En efecto, la descripción de Laségue coincide en todos sus puntos, excepto en la amenorrea, no precisada, con la descripción de la anorexia nerviosa primaria. Parece que este caso sea claramente el primero que responde sin equívocos al diagnóstico de la anorexia nerviosa, incluso a pesar de que el contexto sociocultural de la época incitaba a los enfermos, como a los médicos, a orientarse más bien hacia la histeria. Existían, pues, verdaderas anoréxicas nerviosas a finales del siglo XIX, a pesar de que los psiquiatras, al carecer del marco nosológico actual, no las definieran como tales (Guillemont, A. 1994, pp. 5-7).

## Reseña Histórica de la Anorexia Nerviosa

Clásicamente se diferencian tres períodos sucesivos en la historia de las ayunadoras en Europa occidental (Guillemont, A. 1994, pp. 9-12).

*Del siglo V al XVI*, es esencialmente en la literatura teológica donde se encuentran casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo de alimento. Estas conductas son consideradas de forma irregular, ya sea como un signo de elección divina o como un signo de posesión demoníaca, lo que podía conducir indistintamente a la canonización o a la hoguera. Es entre los siglos XIII y XVI cuando se encuentran en Italia un número nada despreciable de mujeres canonizadas tras presentar un comportamiento anoréxico característico (Bell, 1985, resumido por M. Sánchez- Cárdenas). Según Bell, el modelo anoréxico-religioso conoce su apogeo hacia el año 1500. Por lo demás, las *vitae* (relatos de vida de estas mujeres hechos por sus confesores) revelan una creciente desconfianza hacia las anoréxicas, tras un largo periodo de sospechas como herejes, pues “viven de un fuego interior” más que de “alimentos terrestres”. La santa se convierte “entonces ante todo en una mujer que sufre”, y el modelo anoréxico es progresivamente abandonado en el camino que lleva a la santidad.

*Desde el siglo XVI al XVIII*, las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los contados casos de rechazo alimentario observados. No obstante, las jóvenes ayunadoras intrigan a los médicos, que empiezan a dedicarles algunos trabajos. El punto de debate consiste entonces en la posibilidad de supervivencia sin alimentarse. Hay que saber que en esta época la opinión de que se puede vivir sin aire estaba bastante extendida. Además, la mayor parte de los casos de ayuno estudiados lo son desde el punto de vista de saber si se puede ayunar indefinidamente. Por ello, los escritos médicos de la época se extienden sobre todo en la duración del ayuno, sus modalidades prácticas, el descubrir posibles fraudes, etc.

No es hasta *después de la segunda mitad del siglo XIX*, cuando nace el concepto de anorexia nerviosa, claramente diferenciado de los adelgazamientos de origen orgánico, y al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico. “Las ayunadoras poseídas”, santas o vulgares embaucadoras, son ahora consideradas enfermas” (Bottero, 1985). La verdadera individualización de la anorexia nerviosa como entidad clínica resulta del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX. Desde entonces, su historia nosológica puede resumirse en tres periodos (Jeammet. 1984. En: Guillemont, A. 1994).



## Primeras Descripciones Clínicas de la Anorexia Nerviosa.

La primer fase comienza a partir de las descripciones casi simultáneas que realizaron Morton, Gull en 1870 en Inglaterra y Laségue en 1873 en Francia, de casos de restricción alimentaria que sugieren la anorexia nerviosa. Morton es considerado por algunos autores como el primero en proporcionar una descripción “científica” sobre lo que ahora se conoce como anorexia nerviosa (Holtz, 1995). En sus reportes, si bien no utiliza el término “anorexia”, si hace referencia a un estado en el que la paciente se encontraba tan emaciada, que incluso se semejaba a un “esqueleto revestido de piel”; asimismo identificó frialdad en todo el cuerpo y disminución en el apetito.

Este padecimiento fue denominado por él como “consunción nerviosa” y estableció que casi siempre era el resultado de la tristeza y la ansiedad.

Esta descripción de la consunción nerviosa ofrece elementos que podrían dar cuenta de la existencia de anoréxicas nerviosas en aquel tiempo, aún cuando sus descripciones no incluyan el elemento esencial (temor mórbido a engordar o subir de peso) por el cual se le considera a la anorexia dentro de un trastorno de orden psicológico. Quizá por esta razón es que habitualmente se omiten los reportes de Morton al hablar sobre los antecedentes históricos de la anorexia nerviosa, pero como podemos observar en páginas anteriores al hablar de “los inicios de la historia”, la aportación de Morton como de todos los otros médicos ya citados, al hablar de las “*vitæ*” de la anorexia es de suma importancia para el conocimiento de la misma.

Los reportes que se consideran como los primeros en ofrecer descripciones sobre la anorexia nerviosa de forma “certera” son los de Gull y Laségue, debido a que en ellos si se hace referencia al temor mórbido a engordar o subir de peso.

William Gull en 1874 fue quien acuñó el término “anorexia nerviosa” (cit. en Mateos y Solano, 1997), destacando como sus características: su preponderancia en mujeres, típica aparición en las adolescentes y efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales; y asimismo, subraya la importancia de intervenir oportunamente de manera profesional y especializada para contrarrestar los efectos generados por el trastorno (Rausch y Bay, 1990). Al inicio de sus investigaciones Gull consideraba que los casos de restricción alimentaria se debían fundamentalmente a un problema orgánico, particularmente a una disfunción del aparato digestivo, utiliza para entonces el término de *aepsia hysterica*, y opta inmediatamente al ver que en el trastorno hay un déficit de pepsina gástrica por el término que será reconocido hasta nuestros días; se puede decir también, que fue a raíz de las observaciones e influencia de Laségue sobre Gull, que este último cambia la concepción y nomenclatura del trastorno (Guillemont, A., 1994).

Laségue, al describir el cuadro clínico del trastorno, utilizó el nombre de “anorexia histérica”,

debido a que su origen ya no era orgánico, sino de tipo “mental” o “nervioso”; se dieron cuenta que los pacientes no sufrían de falta de apetito, sino más bien rechazaban el alimento, por un temor anormal a engordar y un trastorno de la imagen corporal.

Para Laségue, la anorexia se iniciaba entre los 15 y 20 años a consecuencia de alguna emoción genérica posiblemente relacionada con la transición de la adolescencia a la edad adulta, y señaló que la evolución de la enfermedad se producía a lo largo de tres etapas: *en la primera*, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física, y recibe todo tipo de presiones por parte de sus padres en el sentido de incrementar su alimentación. *La segunda* etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, limita sus conversaciones al tema de la alimentación y obliga a la intervención médica, ya que la menstruación se hace irregular o insuficiente, y la constipación intestinal se hace muy intensa. Finalmente en la *tercera etapa*, Laségue describe que el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación intestinal resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos (Toro, J y Vilardell, E. 1987). Otra de las contribuciones importantes de Laségue fue que también proporcionó excelentes descripciones sobre la patología y anomalías de la conducta alimentaria, no sólo de las pacientes anoréxicas sino también de sus familiares; lo cual lo coloca como el primer médico en sugerir que el rechazo de alimentos constituía una expresión de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres (Brumberg, 1988).

En Francia, los trabajos de Huchard (1883) desembocan en la importancia de la actitud del entorno, especialmente de los médicos, en el tratamiento y en la nocividad de la presencia de la familia, “los peores vigilantes posibles”. En la línea de éstas observaciones, Charcot (1885) es el precursor del aislamiento con finalidades terapéuticas. Gilles de la Tourette (1908) recoge por su parte estas prescripciones y realiza los primeros intentos de separar la anorexia nerviosa primaria de la anorexia secundaria. Este autor insiste en el origen psíquico de la primera y en el hecho de que sus pacientes no sufrieran una falta de apetito, sino que rechazaran el alimento y presentaran un trastorno de la percepción de su cuerpo.

Janet (1903) describe con detalles diversos casos de anorexia en su obra *Les obsessions et la psychastehénie*. Su observación relativa a una muchacha llamada Nadia es particularmente célebre, en la medida en que objetiva en dicha paciente la obsesión de la vergüenza del cuerpo. “La gordura no sólo es considerada desde el punto de vista de la coquetería, sino que representa para la paciente algo inmoral; la vergüenza alcanza el acto mismo de comer”. Janet clasifica la anorexia nerviosa entre los trastornos de la alimentación de origen neuropático.



### *Periodo Somático*

Mientras que los autores clásicos consideraban “mental” o “nervioso” el origen del síndrome, el descubrimiento, por parte de Simmonds en 1914, de la caquexia hipofisaria abrió la segunda fase de la historia del concepto de anorexia nerviosa. Esta fase está marcada por la importancia otorgada a la patogénica endocrina. Los endocrinólogos consideran entonces la anorexia nerviosa una forma de panhipopituitarismo que precisa de un tratamiento endocrinológico. Tras la moda de la histeria, “se asiste así al potente retorno de una explicación fisiopatológica de acuerdo con los criterios de los modelos científicos de la época, pero que amplía indebidamente la aplicación de su modelo y se refuerza por el descubrimiento de los trastornos endocrinos” (Jeammet, 1984). Estas concepciones destacan en efecto la consideración errónea de los trastornos endocrinos como causa del síndrome, en tanto que estos son consecuencia de la desnutrición.

Hay que esperar a 1938 para que Sheehan, tras haber descrito la neurosis antehipofisaria del posparto, deshaga el equívoco demostrando que, en la insuficiencia hipofisaria, el adelgazamiento nunca es precoz, por lo cual la “neurosis” antehipofisaria de origen isquémico debe ser diferenciada de la anorexia nerviosa clásica. Las hipótesis endocrinológicas dan lugar a una importante serie de trabajos en torno a exploraciones biológicas y anatomopatológicas, entre 1938 y 1956. No obstante, estas son rebatidas por la evidencia de la ineficacia de los tratamientos hormonales, mientras que los psiquiatras, empleando el aislamiento y la separación de la familia, obtienen éxitos terapéuticos. Ante estas constataciones, un endocrino como Decourt contribuyó muchísimo al reconocimiento del origen psiquiátrico del trastorno, escribiendo en 1954: “aun se ven morir enfermas que los antiguos médicos sin duda habrían curado”. Esto marca el fin de la era organicista en el terreno de la anorexia nerviosa, incluso a pesar de que aún actualmente quedan algunos autores, inasequibles al desaliento, que espera demostrar algún día que se trata de una enfermedad endocrinológica (Guillemont, A. 1994).

Aún cuando exista una lucha constante entre las posturas que defienden ávidamente como causa orgánica todas, o por lo menos la mayoría de las enfermedades, hay en realidad padecimientos que son meramente producto del psiquismo personal y mientras exista ésta riña entre las explicaciones médicas y las psicológicas muchas enfermedades no podrán ser entendidas y atendidas adecuadamente y con éxito.

## *Regreso a la Psicología*

El tercer período constituye, pues, el regreso firme de la concepción psicológica de la anorexia nerviosa, concepción que, por otra parte, jamás había sido abandonada por los psiquiatras. Éstos, incluso durante el período “endocrinológico”, nunca dejaron de elaborar teorías psicodinámicas que pretendían la comprensión del síndrome. En este sentido, cabe mencionar los trabajos de Abraham (1916) sobre el papel del sadismo oral en la inhibición del apetito; de Wulff (1932); de Hesnard (1939), que sienta las bases neuróticas de la anorexia nerviosa (el trauma del destete, el rechazo de la penetración y del embarazo, las fijaciones pregenitales en la fase oral y su resurgimiento en cada fase crítica); de Fenichel (1941), que estudia el significado dinámico de la anorexia nerviosa en los conflictos propios de cada estructura psicopatológica; de Cremieux (1942), que afirma la autonomía del trastorno y su origen psicogenético; de Boutonnier y Lebovici (1948), que insisten sobre la importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia, etc. Todos estos psiquiatras, a pesar de las teorías endocrinológicas de moda, han continuado sus investigaciones psicogénicas durante toda la segunda fase de la historia del concepto. Sus esfuerzos fueron recompensados en cierta medida por el regreso de la concepción psicológica, y seguidos por los de los psiquiatras de los decenios siguientes.

Éste último período viene marcado antes de 1960, por las tentativas de explicaciones psicopatológicas profundas que se basan en su mayor parte en el modelo de la neurosis. Es el inicio de los estudios catamnésicos y los intentos de evaluación del pronóstico. En el plano terapéutico, todos concuerdan en reconocer la necesidad del aislamiento asociado o no a los nuevos métodos, como la electronarcosis, la farmacoterapia, las variantes psicoterápicas, etc. A partir de los años 60, los escritos sobre el tema no dejan de multiplicarse.

El diagnóstico se precisa y se insiste en la diferenciación que deba establecerse entre anorexia primaria y secundaria, ésta última relacionada con la patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio de envenenamiento, la depresión grave, etc. Si se recuerda que, según H. Bruch (1973), sólo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se debe diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria. Otros numerosos trabajos psicoanalíticos intentan precisar, entonces, la organización estructural de la anorexia nerviosa (Bruch, 1974, 1978; Kestemberg y Decobert, 1972; Brusset, 1977; Sours, 1980, y otros). Los métodos terapéuticos se diversifican y empiezan a recurrir, siguiendo a Selvini, a las teorías familiares sistémicas. En definitiva, la principal característica de este período reside en la gran diversidad de abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno: psicoanálisis, abordajes comportamentales, biológicos y sistémicos. En cierto sentido, se podría felicitar de la pluralidad de abordajes, relacionados con la concepción multifactorial de los trastornos de las conductas alimentarias, y pensar que estas diferentes formas de abordar el síndrome se proponen favorecer la adaptación del tratamiento a cada problema individual. Pero por el contrario, es de lamentar la impresión de confusión que se desprende, en ocasiones, de tantos trabajos con perspectivas diferentes y a veces contradictorias (Guillemont, A. 1994, pp. 9-12).

## Cronología de la Anorexia Nerviosa

Año	Autor	Aportación-Interpretación
895	Cd. de Baviera	Historia de Friderada Von Treuchtlingen.
1000	Avicena	Historia del joven príncipe.
1343	Cd. de Siena	Santa Catalina Benincasa.
1500	Simone Porta	Al parecer el primer observador de la Anorexia Mental.
1667	Cd. de Derbyshire	Historia de Marthe Taylor.
1689	Morton	Consumción nerviosa.
1764	Robert Whytt	Valiosas observaciones acerca de la A.N.
1789	Naudeau	Enfermedad nerviosa con desagrado por los alimentos.
1864-74	Gull	Estado mental morbooso por trastornos centrales y hereditarios.
1873-74	Laségue	Histeria.
1883	Huchard	Anorexia mental. La distingue de la gástrica. Sitifobia.
1885	Charcot	Histeria. Aislamiento terapéutico.
1885	Déjerine	Rechazo de alimentos de origen mental.
1893	Freud	Un caso de curación hipnótica.
1894	Soltmann	Anorexia cerebral, neurosis de la nutrición de origen central.
1894-95	Freud	Psiconeurosis de defensa, neurosis de la alimentación, melancolía.
1895	Sollier	Sitiergia.
1895	Regis	Anorexia caquéctica, pubertad, estudios ováricos.
1895	Babinski	Partenoanorexia de las vírgenes.
1901-14	Freud	Regresión erótica en la A.N.
1903	Janet	Psicastenia.
1907	Gee	Melancolía.
1908	La Tourette	Distinción del rechazo alimenticio psicótico.
1914	Simmonds	Caquexia hipofisaria, deficiencia endocrina.
1916	Abraham	Papel del sadismo oral en la inhibición del apetito.
1932	Wulff	Sadismo oral en la A.N.
1934	Reye y Bickel	Origen Hipofisario.
1934	Meng y Grotte	Neurosis de órgano, interferencia de un conflicto inconsciente.
1936	Ryle	Trauma psíquico distinto de la caquexia hipofisaria.
1938	Sheehan y Mendock	Neurosis antehipofisaria distinta de la A.M. clásica.
1939	Hesnard	Sadismo oral.
1939	Rahman	Rasgos compulsivos.
1939	Bull	Esquizofrenia simple.
1939	Lhermitte, Martell, Gillaume, Ajuriaguerra	Papel del hipotálamo.

1940	Waller	Rechazo del deseo de quedar embarazada.
1941	Fenichel	Significado dinámico de la A.N.
1942	Lhermitte	Crítica de las concepciones endocrinológicas.
1942	Cremieux	Cuadro autónomo de origen psicógeno.
1943	Lorand	Malformación del Yo.
1943	Róse	Resistencia al desarrollo.
1943	Dubois	Neurosis compulsiva con caquexia.
1945	Fenichel	La A.N. es una Neurosis.
1945	Berlin	Tendencias sádico-orales.
1947	Couchert	Actitud psicoanalítica ante etiopatogenia y tratamiento.
1948	Boutonier, Lebovici	Papel de la madre muy importante en la A.N.
1949	Delay	Enfermedad psicósomática.
1949	Decourt	Preponderancia de lo psíquico sobre la subalimentación.
1950	López-Ibor	Enfermedad psicósomática.
1951	Laplanche, Heuyer, Bebovici	Perspectivas psicósomáticas en paidopsiquiatría.
1952	Kay y Leigh	No hay neurosis específica.
1954	Klotz	Noción de abiorexia.
1954	López-Ibor	Equivalente depresivo.
1954	Cornille y Thieraut	Teoría endocrina.
1956	Rolla y Grinberg	Bloqueo entre la posición esquizoparanoide y depresiva.
1956	Michaux y Janet	Factores psíquicos, intelectuales y afectivos en la A.N.
1957	Mayer y Weinroth	Tentativa para restablecer la unidad con la madre.
1958	Binswanger	Esquizofrenia.
1958	Williams	Trastorno somático primario.
1960	Bliss y Branch	Diagnóstico a partir de cierta pérdida de peso.
1960	Lesser	No es una enfermedad sino una constelación de síntomas
1961	Thomä	Trastorno de conducta por ambivalencia oral. Trauma infantil.
1962	Bruch	Trastornos perceptivos y conceptuales.
1963	Selvini	Psicosis monosintomática.
1963	King	Entidad nosológica definida.
1964	Khattar	Relación con la melancolía, mecanismos patogénicos corticales.
1965	Simposio G.	Investigaciones multidisciplinarias.
1965	Russel	Lesión hipotalámica.
1965	Crisp	Respuesta de evitación ante conflictos afectivos.
1965	Decourt, Richard, Jarvis, Glinassia	Caquexia oligofágica psiconeurótica.
1966	Sours	Estudio pluridimensional.

1967	Vallabrega	Histeria.
1968	López-Ibor Aliño	Tratamiento con antidepresivos.
1969	Risen, Gayral, Baciochi, Bastie	Patogenia endocrino-psicogenética en la A.N.
1970	Laboucarie y Barres	Factores afectivos, situacionales y neuróticos de la A.N.
1970	Porot	Síndrome depresivo.
1970	López-Ibor, Porot, Michaux	Tratamiento con clorimipramina.
1971	López-Ibor Aliño	Tratamiento con clorimipramina y properciacina.
1972	López-Ibor Aliño	Enfermedad psicósomática, equivalente depresivo.
1973	O' Flanagan	Tratamiento con antidepresivos.
1970-00	Toda una pléyade de autores con estudios pluridimensionales; psiquiátricos, neuroendocrinológicos, epidemiológicos, terapéuticos, etc.	

Fuente:

- Chinchilla, M. A. *Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Ed. Ergon. Madrid. 1994, pp. 13-19.
- Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998, pp. 14.
- Guillemont, A., Laxenaire, M; tr. Rodríguez. M. A. *Anorexia y Bulimia: el peso de la cultura*. Barcelona 1994, pp. 1-4.
- Abraham, S. *Anorexia y Bulimia: desordenes alimenticios*; tr. Schofield, D. Ed. Alianza. Madrid. 1994, pp. 23-34.

## El comportamiento Alimentario en las Mujeres.

Durante gran parte de la historia se ha considerado deseable a una mujer cuando su cuerpo estaba relleno, debido a la grasa acumulada de sus senos, caderas, muslos y abdomen. La moda era estar gorda. La creencia cultural de que estar gorda significaba ser atractiva se debía a la inseguridad de las provisiones de alimentos en las sociedades pre-industriales o recién industrializadas, a la incidencia irregular de la escasez de alimentos y a los efectos de las enfermedades endémicas que eliminaban a un gran número de campesinos. En ésta moda, un cuerpo femenino lleno de curvas indicaba que el marido o el padre eran prudentes, eficaces y acaudalados. También indicaba que la mujer tenía suficiente energía almacenada, en forma de comida en su despensa, para proteger a su familia, y en forma de grasa en su cuerpo, para protegerse a sí misma en épocas de escasez; Al haber una provisión abundante de comida y una buena distribución de los alimentos en muchas de las naciones desarrolladas del mundo occidental, casi por primera vez en la historia el estar delgado se convierte en una moda. Esto puede apreciarse en las revistas de moda, en las medidas de las mujeres de los concursos de belleza, y en los cada día más numerosos libros sobre regímenes. Hace dos décadas que la gente piensa que una mujer es atractiva, deseable, y tiene éxito cuando está delgada (Abraham, S. 1994, pp. 11).

En los últimos veinte años han aparecido artículos sobre regímenes “nuevos y apasionantes” (a menudo inadecuados desde el punto de vista nutritivo y, en ocasiones, peligrosos) de manera regular en las revistas femeninas, y su número es cada vez mayor. La mayoría de las personas que viven en las naciones desarrolladas reciben un constante bombardeo de imágenes de televisión en las que aparecen mujeres jóvenes, atractivas y ágiles para anunciar productos tan diversos como bebidas refrescantes (que además deben ser light), productos para bajar de peso, fajas reductoras, comida saludable, etc. Los mensajes de los medios de comunicación subrayan lo deseable que es para la mujer ser joven y estar o convertirse en una persona delgada. Estos mensajes influyen muy especialmente en las adolescentes que se encuentran en un periodo en el que están sometidas a un estrés emocional al buscar cómo lograr independizarse de sus padres, competir con sus compañeras y hallar su propia identidad. La adolescencia es una época de constante preocupación por la imagen corporal (Abraham, S. 1994, pp. 12).

Al final de la niñez, los cambios hormonales desencadenan un aumento de la altura en los chicos y chicas. Éste desarrollo, tiene lugar antes en las chicas que en los chicos y conlleva un incremento de la comida consumida. En las chicas éste cambio precede a la menstruación y suele tener lugar hacia los 12 años y medio. Existe un intervalo temporal muy amplio en cuanto a la aparición y duración de tal crecimiento, y las chicas pueden alcanzar su punto máximo tanto a los 10 años como a los 15. Éste proceso del desarrollo está acompañado de cambios considerables en la apariencia corporal de los dos sexos, que por otra parte depende las hormonas sexuales que en este momento están produciéndose en los ovarios de la chica o en los testículos del chico.



Ambos sexos demuestran un aumento de la masa muscular pero es más pronunciado en los varones. Las chicas presentan un incremento especialmente grande en el crecimiento de las caderas y, contrariamente a los chicos, no pierden grasa durante el estirón. De hecho, las chicas tienen una tendencia general a aumentar la grasa corporal, particularmente en la parte superior de las piernas, al dejar de crecer. También se deposita la grasa debajo de la piel, en los senos y por encima de las caderas (Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B. 1982, pp. 134).

Durante el inicio de la adolescencia, factores desconocidos estimulan al adolescente a comer más, con el resultado de que el consumo energético para las mujeres llega a un máximo a la edad comprendida entre los 11 y los 14 años, en un momento en el que sus necesidades de energía son grandes. Alrededor de los 14 años, las necesidades energéticas de una adolescente disminuyen, pero si sigue comiendo de la misma forma en que lo ha venido haciendo hasta entonces, absorberá un exceso de energía que se convertirá en grasa, y engordará. Tiene que controlar su consumo alimentario para controlar su peso.

Este es el dilema de la mujer. Puede que quiera permanecer delgada o adelgazar, porque las normas culturales lo imponen, o puede que rechace éstas normas a causa de conflictos consigo misma o con su familia, o por que disfruta comiendo y encuentra en la comida una liberación emocional. Si decide adelgazar o seguir siendo delgada, tiene que aprender nuevos hábitos alimentarios, por que inevitablemente engordará si sigue consumiendo la cantidad de alimentos a la que está acostumbrada (Abraham, S. 1994, pp. 13-19).

Una reducción del consumo alimenticio puede convertirse en hambre y ansia de comer, con la consecuencia de que cuándo la mujer se sienta mejor coma más e incluso haga una comilona. Verificar la percepción que tienen de su cuerpo las adolescentes es importante para su bienestar psicológico. Puede que vean su cuerpo grande y gordo cuando lo comparen con el de los personajes populares y de moda que salen en los medios de comunicación.

Es significativo que, al contrario de lo que ocurre con las mujeres mayores, las adolescentes perciben su cuerpo por partes, fijándose particularmente en las dimensiones y forma de sus senos y en el tamaño de sus muslos, nalgas, cadera y abdomen. Los muslos son especialmente vulnerables a una exageración del tamaño y las chicas suelen percibirlos mayores y más feos de los que en realidad son. Preocupadas por su aspecto corporal parece que por lo menos un tercio de las adolescentes empiezan un régimen, y muchas hacen alguna comilona de vez en cuando. Un estudio de los hábitos alimentarios de las chicas adolescentes de 16 a 17 años realizado en Gran Bretaña en 1976, demostró que su comportamiento alimentario podría describirse como trastornado (Abraham, S. 1994, pp. 20-22).

La mujer del siglo XX busca un régimen milagroso que sea eficaz, psicológica y físicamente indoloro, y que pueda adoptar sin trastornar su estilo de vida. No existe ningún régimen de éste tipo ni puede existir.



A pesar de un constante bombardeo de propaganda alabando los cuerpos delgados entre los jóvenes, y a pesar de una marea constante de información sobre regímenes, el comportamiento alimentario de muchas adolescentes es tal que su peso fluctúa dentro del rango “deseable” para su altura. Sin embargo, los mensajes de ser delgada y de tener éxito inducen a muchas jóvenes a seguir un régimen, y la restricción dietética se alterna a menudo con episodios bulímicos. Alrededor de una joven de cada diez induce el vómito periódicamente como medio de controlar su peso, y una proporción menor utiliza laxantes para el mismo fin, con la creencia equivocada de que son eficaces. En una cuantas jóvenes un periodo de alimentación muy restrictivo es seguido de un episodio de enormes excesos. La pérdida de control de su comportamiento alimentario en éstas jóvenes puede concluir en el desarrollo de episodios de comilonas compulsivas o bulimia nerviosa, que puede trastornar considerablemente la vida de la mujer y, si utilizan métodos peligrosos para controlar el peso (vómitos autoinducidos y el abuso de laxantes o diuréticos),

## La Anorexia Nerviosa como Trastorno Alimenticio.

La alimentación constituye un tema de vital importancia por ser uno de los elementos esenciales de la vida humana. Sin embargo, esta conducta adquiere un valor aún más significativo cuando se comprueba que no sólo está supeditada a factores biológicos, sino que intervienen también aspectos psicológicos; así, el ser humano no sólo come para saciar su hambre, sino también por la influencia de una serie de factores emocionales de orden individual, familiar y social, que hacen mucho más complejo el tema.

Sobre este aspecto, Debré (1950. en: Kreisler, 1990) destaca la importancia de diferenciar dos elementos inmersos en la conducta alimentaria: el hambre y el apetito. Refieren que el hambre es un estado somático provocado por la falta de alimentos; en tanto que el apetito constituye un deseo de determinado(s) alimento(s) en función de una experiencia anterior.

De tal manera que mientras la ausencia de hambre constituye un mero suceso orgánico, la ausencia o trastorno del apetito, está condicionada a factores de índole psicológica que la pueden convertir en fuente de conflicto generadora de trastornos del comer.

Desde esta perspectiva, los trastornos alimentarios se definen como trastornos psicológicos o mentales, que se caracterizan por graves anomalías en el comportamiento de la ingesta, los cuales se manifiestan en medio del lujo y la abundancia; a diferencia de los trastornos de la nutrición, que tienen que ver más con la deprivación y las condiciones precarias (Raich, 1994).

A pesar de que se habla de anomalías en el comportamiento de la ingesta (como la dieta restrictiva, la inanición, el atracón o comilona, etc.), surge la interrogante acerca de cuáles serían entonces los parámetros para considerar a una alimentación como normal, cuando en la actualidad la dieta e incluso la preocupación por el peso y la figura parecen ser tan comunes y necesarios.

En primer lugar, habría que diferenciar el tipo de dieta a la que se someten las personas para determinar si es o no precipitante de los trastornos alimenticios.

Al respecto algunos autores argumentan que las dietistas "normales" asumen la dieta restrictiva y el deseo de mantenerse delgadas de manera diferente a las personas con trastorno alimenticio. Las primeras lo intentan por metas positivas, es decir por mantener la salud, el control de sí mismas y la buena apariencia personal, de hecho la mayoría cuenta con orientación médica; las segundas en cambio, restringen sus alimentos sin ningún tipo de orientación médica y sólo por el temor exagerado a engordar; por lo que son las actitudes anormales hacia el cuerpo y la figura las que llevan al desarrollo de los trastornos del comer, de modo que usan la dieta de tipo restrictivo o el ayuno, como una forma de escape a las demandas psicosociales que suponen la pubertad y la madurez (Crispo, R. 1996). Hilda Bruch (1962) por su parte, sostiene que los

verdaderos trastornos alimenticios involucran distorsión en la imagen corporal y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso. Esto se señala porque la dieta restrictiva por sí misma no basta para realizar un diagnóstico de trastornos alimentario.

Los trastornos de la alimentación descritos por la American Psychiatry Association (APA, 1994) en el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales son cinco: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno alimentario no específico - en el cual se incluye la sobreingesta -, Pica, y Rumiación. Sin embargo estos dos últimos fueron reclasificados en el DSM-IV en la sección: Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia y la Niñez.

Los trastornos alimentarios se han incrementado considerablemente en los últimos años (en páginas siguientes se puede consultar información estadística detallada), siendo motivo de gran preocupación para médicos, psicólogos y demás profesionales encargados de atender la salud, ya que además de los efectos negativos que pueden acarrear en el ámbito biológico, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con diversas modalidades enfermizas de la vida social y familiar.

La definición y delimitación nosológica del trastorno de la Anorexia Nerviosa no ha sido fácil, incluso podría decirse que aún no está acabada, ya que constantemente está sufriendo modificaciones, como resultado de las investigaciones que se van generando entorno a la misma.

Lo que se observa de inicio es que algunos términos empleados en diferentes fuentes para nombrar o denominar el trastorno de la Anorexia no están del todo bien utilizados ya que no definen al trastorno en su totalidad dando lugar así, a confusiones o malos entendidos; por ejemplo, "Anorexia" significa "ausencia de hambre", sin embargo ésta característica no corresponde con el trastorno alimentario como tal, ya que las personas que padecen de Anorexia Nerviosa, si manifiestan el estado somático producido por la falta de alimento (hambre), pero sucede que también presentan un intenso temor a engordar o a subir de peso lo que las lleva a dejar de comer, de manera consciente y volitiva. Por lo que resulta importante diferenciar entre esta Anorexia Nerviosa (A.N.) y la Anorexia generalmente temporal que se asocia a la presencia de algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estómago u otros trastornos psicopatológicos severos como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de hambre (síntoma), pero no el temor mórbido a engordar o a subir de peso, y por el cual se atribuye el adjetivo de "Nerviosa" al padecimiento. (Toro, J y Vilardell, E. 1987)

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que afecta mayoritariamente a mujeres púberes o adolescentes por lo que mencionamos anteriormente, pero también en menor medida, a mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza entre otros síntomas que después expondremos, por un deseo intenso de perder peso, intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse a sí mismas más gruesas(os) de lo que en realidad están. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso consiste en una

intensa restricción alimenticia, en el ejercicio físico exhaustivo, conductas de purga y vómitos inducidos.

Toro (Toro, J y Vilardell, E. 1987, pp.53) define a la AN como un trastorno del comportamiento alimenticio, caracterizado por la pérdida significativa de peso (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que "engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos inducidos, uso indebido de laxantes y ejercicio físico desmesurado, entre otros.

Abraham (1994) describe las características centrales de este trastorno, y son:

1. La mujer es anormalmente sensible al hecho de estar gorda, o tiene un temor mórbido a llegar a estar gorda, y a perder el control de la cantidad de comida que consume; dicho temor induce a adoptar comportamientos dirigidos a perder peso, de tal forma que reduce drásticamente la cantidad de alimentos que come, limitando especialmente aquellos ricos en grasas y carbohidratos. Asimismo, es común la práctica de conductas compensatorias como los vómitos, laxantes, diuréticos o el ejercicio excesivo.

2. Las personas que padecen anorexia nerviosa han perdido una cantidad considerable de peso, de manera que éste normalmente es menor de 45 Kg.

3. Y por último, las mujeres dejan de menstruar, es decir se vuelven amenorréicas. La amenorrea puede aparecer precozmente en la enfermedad antes de haber ocurrido una gran pérdida de peso; aunque la menstruación invariablemente está ausente en las mujeres emaciadas.

## Signos y síntomas en la Anorexia Nerviosa.

Las personas que tienen Anorexia Nerviosa empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica con evitación completa de los alimentos ricos en carbohidratos y que contienen grasas. En su esfuerzo por perder peso pueden abusar de los comprimidos para hacer dieta y diuréticos. A veces la dieta es demasiado monótona o muy excéntrica. Pueden atesorar grandes cantidades o esconder pequeñas cantidades de alimento por diversos sitios de la casa. Aunque comen poco, tienden a preocuparse de manera excesiva por los alimentos y las artes culinarias; además, de ocuparse compulsivamente de alimentar a los demás. Miden con cuidado las porciones de alimentos, y pueden comer durante muchas horas alimentos pequeños. Incurren en ritos obsesivos; ya que los alimentos suelen guardarse, prepararse, servirse, comerse y eliminarse de una manera ritualista específica.

La inmensa mayoría se entrega a actividad física superior a lo normal, tanto en intensidad como en frecuencia, siempre con el mismo objetivo: el control o la pérdida de peso. Los clínicos concuerdan en general en que la búsqueda irrefrenable de la delgadez manifiesta una lucha psicológica subyacente por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personales; Goldman (1989). Aparentemente, las personas anoréxicas adoptan una conducta desafiante de manera obstinada y ardientemente independiente. Insisten en que son felices, percatadas por completo de su estado y totalmente capaces de cuidarse por sí mismas.

Pero por debajo, están abrumadas por una sensación paralizante de desamparo e ineficacia, siendo el control de la alimentación y el tamaño del cuerpo, los únicos mecanismos por los que puede conservar su sentido de autonomía y dominio; Bruch (1962, pp. 745) pero lo cierto es que la A.N. supone un pedido a gritos de atención y paradójicamente, mayor control sobre la propia vida; Tannenhaus (1995, pp. 50).

A menudo se quejan de malestar epigástrico, y el tiempo y el tiempo de vaciamiento gástrico es en efecto prolongado. También se presentan comúnmente: vómito, estreñimiento, intolerancia al frío, dolor de cabeza, poliuria y perturbaciones del sueño.

Además de la demacración, las manifestaciones físicas pueden incluir; edema, lanugo, baja presión sanguínea, bradicardia, arritmias, masa cardíaca disminuida y útero infantil. También pueden presentarse la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Estas personas expresan a menudo miedo a convertirse en adultos, puesto que esto significa hacerse responsables de las relaciones interpersonales y sexuales. Cuando se enfrasan en la actividad sexual, por lo general no la disfrutan. Es también característico el poco amor propio y muchos sujetos señalan que la delgadez y la capacidad para perder peso son las únicas cosas que les gustan de sí mismas. Otros síntomas psiquiátricos que acompañan a menudo a la A.N. son rasgos obsesivo-compulsivos o histriónicos, ansiedad, perfeccionismo, hipocondriasis y depresión; Goldman (1989, pp. 479.) refiere que son introvertidas, tercas, obsesivas, egoístas, perfeccionistas, hipersensibles y manifiestan una conducta compulsiva y autopunitiva..

Toro y Vilardell (1987, pp. 44-45.) afirman que la presencia de ansiedad, es sin duda un factor emocional que embarga y cimienta el curso de la anorexia nerviosa. A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos: el sobre peso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente y rara, el convencimiento de que esto es lo que perciben los demás, la coacción sociocultural a favor del adelgazamiento temido y deseado a la vez, la expectativa de una posible hospitalización, todos y cada uno de éstos ejemplos llevan a un mismo resultado: mantener y aumentar la ansiedad.

Yellowless (1985) en un estudio realizado a 28 anoréxicas pudo determinar la existencia de un estado de ansiedad en un 80%.

Otro de los aspectos a considerar en la anorexia lo constituye la ansiedad fóbica. Toro Y Vilardell (1987, pp. 49-51.) señalan que existe una ansiedad difusa, constantemente experimentada, que tiende a agudizarse con el devenir del trastorno anoréxico: la fobia al sobrepeso real o supuesto. Se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Éste proceso supone que el propio cuerpo así evaluado se transforma en un estímulo fóbico. Unos criterios estéticos externos adquiridos (no existen los criterios estéticos genéticos o congénitos), conforman en determinadas circunstancias un contenido de pensamiento negativo respecto al propio cuerpo; éste contenido despierta ansiedad y la asociación pensamiento-realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa.

Es éste un inicio de un fenómeno fóbico, cuyos antecedentes serían única y exclusivamente cognitivos, en el entendido de que si previamente se han producido situaciones traumáticas como serían las burlas, críticas, comparaciones odiosas o humillantes, éstas sólo reforzarían en el individuo el carácter negativo de sus autoevaluaciones corporales.

No hay que olvidar que la interesada convive con su cuerpo permanentemente.

Esa exposición constante al estímulo fóbico debiera acabar con la respuesta de ansiedad, al facilitar la natural extinción de la misma. Por eso, probablemente, no es posible debido al persistente reforzamiento sociocultural de el enjuiciamiento negativo que la anoréxica hace de sí misma. Diariamente, la anoréxica se enfrenta al estímulo fóbico, a unos tamaños/volúmenes que le resultan aversivos, lo lógico es que incurra en las conductas de evitación. Sabe que volumen/tamaño es de algún modo igual a peso. Los autores afirman que cuando la fobia se extingue del todo, el trastorno anoréxico no tiene por qué existir.

Otros cuadros que presentan rasgos complejos y que en opinión de Toro y Vilardell (1987, pp. 52.) es un terreno aún oscuro y que exige de más investigaciones, es el relacionado con los fenómenos obsesivos y compulsivos. Los pensamientos que la anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas, etc. Son reiterados y constantes. Suelen tener auténtico carácter intrusivo: *"no me los puedo quitar de la cabeza"*. *"Aunque no quiera siempre estoy pensando en esas cosas"*. Son pensamientos que provocan ansiedad y que aún así desearían suprimir, incluso pueden llegar a sospechar o aceptar que son absurdos o irracionales; sin embargo, no los ven como ajenos a sí misma.



Al ser coherentes con sus valores e intenciones conscientes, el grado de extrañeza, y por lo tanto de intrusividad subjetiva, es relativo. Las conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, siempre de la misma manera y reiteradamente practicadas con un aparente escaso grado de libertad, semejan auténticas compulsiones: el continuo cálculo de calorías, la verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos hacen pensar en un cuadro obsesivo-compulsivo.

En los estudios realizados por Du Bois (Pruneda, H. E., 1998) en 1949, éste denominó a la anorexia nerviosa como "*neurosis de compulsión con caquexia*" y Smart, Beaumont y George (Pruneda, H. E., 1998) confirman mediante exploraciones psicométricas, los rasgos claramente obsesivos que exhibían las anoréxicas. Posteriormente, a través de las investigaciones realizadas por Solyom, Miles y O' Kane citados por Garner y Garfinkel (1982, pp. 152) se verificó mediante el Cuestionario de Obsesiones de Leyton, que las anoréxicas no diferían de los neuróticos obsesivos compulsivos graves en cuanto al grado de sus características obsesivas, si se eliminaba del análisis la obsesión principal de los neuróticos. La gravedad de la sintomatología no difería entre ambos grupos. Concluyeron que alrededor de la mitad de sus pacientes anoréxicas padecían una neurosis obsesiva.

Otro tema, digno de tomarse en consideración lo constituyen los trastornos afectivos. Son muchos y variados los hechos y los datos que han llevado a poner en relación anorexia nerviosa y trastornos afectivos. Los pacientes suelen manifestar sintomatología depresiva: tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, etc. A la fecha, se discute si toda esta sintomatología puede ser consecuencia de la pérdida de peso. Hay acuerdo sobre que en gran parte es así.

Lo cierto es que la anorexia presenta permanentemente síntomas depresivos. Un estudio realizado por Cantwell y cols. (Pruneda, H. E., 1998) señala que la prevalencia de trastorno afectivo en una muestra de anoréxicas persistentemente sintomáticas superaba el 33%.

Otra de las investigaciones llevadas a cabo por Yellowless (1985, pp. 648-652.) en el año de 1985 determina a través de ESIE (Engaños, Síntomas e Inventario de Estados) la existencia de un estado depresivo en el 94% de sus anoréxicas restrictivas, y en el 100% de sus anoréxicas bulímicas, tomando en cuenta que la muestra total es de 31 pacientes, las cifras resultan altamente significativas.

## Etiología de la Anorexia Nerviosa.

La etiología o patogenia del trastorno de la ingesta llamado anorexia nerviosa constituye un cuadro muy complejo, el cual abarca una serie de factores de diversos tipos, tales como: familiares, psicosomáticos, fisiopatológicos, cognitivos, emocionales y socioculturales. Para ésta enfermedad se han propuesto diversas teorías psicológicas con el objeto de encontrar una explicación. Durante largo tiempo se ha considerado que la Anorexia era un fenómeno de tipo Histérico, sobre todo durante la larga época de J. Charcot (1985). Hoy en día ésta forma de diagnosticar a las pacientes anoréxicas ha cambiado; Desde el enfoque sistémico se considera que la niña que desarrolla A.N. es un medio de preservar el estado de las cosas haciendo que la familia se conserve entre lazada, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta. La enfermedad puede ofrecer un vínculo por medio del cual los padres buscarán la satisfacción de sus propias necesidades no resueltas de dependencia.

De acuerdo a Selvini Palazzoli (Selvini-Palazzoli, M. 1990, pp. 192.) *“la paciente señalada se encuentra atrapada en un trampa insostenible. Cada padre, profundamente decepcionado de su compañero, le pide, y se lo pide de manera encubierta, que sustituya al cónyuge en todo aquello que éste no puede darle. La paciente se ve así obligada a ejercer, a la vez, el rol del marido oculto de la madre y el rol de la madre oculta del padre, y debe ejercerlos simultáneamente, dividiéndose en dos”.*

### *Factores Biológicos contribuyentes al Desarrollo de la Anorexia Nerviosa.*

Para Swift y cols. ( Swift, M. 1986) diversos cambios hormonales durante la anorexia nerviosa sugieren un origen hipotalámico, endocrino; ya que el apetito, la termoregulación y función neuroendocrina se encuentran bajo control hipotalámico, hecho que en algunos investigadores supongan que la anorexia nerviosa es causada por algún trastorno del hipotálamo. Sin embargo, todos los cambios parecen ser secundarios a los efectos de la inanición, la pérdida de peso, la desnutrición y el estrés, y no se ha aducido una prueba de disfunción hipotalámica primaria en ninguno de los casos.

### *Factores Fisiopatológicos contribuyentes al Desarrollo de la Anorexia Nerviosa.*

La mayoría de las pacientes que sufren de A.N. exhiben una tendencia a presentar los siguientes aspectos físicos: la talla y el peso corporales más bajos en relación a otras personas, reducción de hombros y caderas.

Ello se debe a que el porcentaje de gasto calórico total destinado al crecimiento es relativamente pequeño, ya que las necesidades energéticas se dirigen primero al mantenimiento de las funciones vitales destinadas a la supervivencia .

La baja de peso no siempre es una razón para acudir al médico. Sin embargo, se encuentran



Muestran que en algunas sociedades, la atención se centra en la exigencia de poseer una imagen corporal de tipo esbelto y hasta a veces en extremo delgado.

Este peso corporal considerado como "ideal" se ha presentado desde los últimos 30 años, mismo que ha ocasionado un incremento en la incidencia de desórdenes de la conducta de la ingesta que parece corresponder con una implacable persecución de la delgadez y, que a su vez arrastra consigo complicaciones serias, como los trastornos alimenticios y digestivos que ponen en peligro no solo la salud, sino hasta la vida (Toro, J y Vilardell, E. 1987, pp. 113).

Esta imagen en la mayoría de los casos se piensa que va asociada con la inteligencia, la atracción, la autodisciplina, la salud y la aceptación; mientras que la obesidad por el contrario, es definida como un problema.

Además, se hace cada vez más patente el cambio de rol de la mujer en la sociedad; ya que antes se esperaba que la mujer fuera madre y estuviera en el hogar, pero actualmente se espera que obtenga también logros en el campo profesional, ya que es muy común encontrar que la anorexia nerviosa está muy relacionada en la elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso como la actuación, el modelaje, la danza, la gimnasia entre otras, ya que son proverbiales para fomentar trastornos de la ingesta en las mujeres debido al alto valor que se atribuye a poseer un aspecto delgado y paradójicamente saludable (Tannenhaus, V. 1995).

### *Factores Familiares.*

Existen factores que revelan antecedentes de una familia orgánica y psicossomáticamente enferma con una sensibilidad y vulnerabilidad a presentar trastornos digestivos permanentes, hecho que hace que la paciente cuide en exceso su dieta. Se ha descubierto que las pacientes anoréxicas a menudo proceden de familias en las cuales un miembro de primer grado (el padre, la madre, un hermano o hermana) tienen algún otro trastorno emocional como depresión o manía depresiva.

También se ha reportado que dentro del sistema familiar se desarrolla una atmósfera en donde los padres ejercen una sobreprotección en la hija que padece anorexia nerviosa; así como un estricto control en la vida de ésta; ya que la privan del derecho de vivir su propia vida. Ellos suelen tomar todas sus decisiones y gobiernan su vida, sin darle oportunidad de desarrollar una identidad propia; además, de que tienen depositadas altas expectativas en ellas, que de un modo u otro ésta no logra alcanzar. De todo esto, surge la imagen de una familia que aparentemente valora a la chica más por lo que puede hacer por la familia (es decir, realzar su prestigio mediante algún logro como las buenas calificaciones) antes que por lo que es como individuo. No hay que olvidar que las pacientes anoréxicas son excesivamente dependientes de sus padres tratando de satisfacer los deseos, necesidades y expectativas de éstos, y al hacerlo dejan de expresar sus propios deseos. También se han encontrado casos en que las pacientes suelen tener madres o hermanas que luchan con el mismo problema, lo que ayuda a crear idea de que la comida es un problema familiar (Tannenhaus, V. 1995, pp. 52).

Pueden ser muchos y muy diversos los factores que se exponen como etiológicos de la anorexia nerviosa, lo importante es evaluar cada uno de éstos en forma precisa y clara para combatirlos certeramente, y así poder diferenciar de forma particular en las pacientes cuál(es) de ellos está(n) ejerciendo mayor influencia y significado en el padecimiento.

## Criterios Diagnósticos de la Anorexia Nerviosa.

Los criterios de mayor consenso se encuentran especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV), (APA, 1994) y en la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud, (ICD-10; Organización Mundial de la Salud, 1992); (Pruneda, H. E., 1998).

Ambos manuales ofrecen valiosos elementos que completan los estudios clínicos llevados a cabo con personas anoréxicas. El ICD-10, consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Cabe señalar que los códigos y términos empleados del DSM-IV son compatibles con los del ICD-10, de hecho, para la elaboración de ambos se trabajó en estrecho contacto a fin de coordinar la información que brindan lo cual ha dado lugar a una retroalimentación recíproca.

No obstante, lo que diferencia dichos manuales podría ser la especificidad que se aporta en ellos, y en éste caso respecto al trastorno de la anorexia nerviosa. En el DSM-IV, por ejemplo, no sólo se mencionan los criterios diagnósticos, sino también se hace referencia a los tipos específicos del trastorno, que son la anorexia nerviosa restrictiva y la anorexia nerviosa compulsiva, lo cual contribuye a identificar las características psicopatológicas de cada uno de ellos, ofreciendo información proveniente de estudios de laboratorio que hacen referencia tanto a la sintomatología, prevalencia, curso, influencia familiar y diagnóstico diferencial. Toda esta información resulta de gran interés debido a que con ella es posible ofrecer una mejor delimitación diagnóstica del trastorno, lo que redundará en una mayor comprensión del mismo, y como consecuencia, a la implementación de tratamientos más eficaces y sobre todo, a la búsqueda de elementos que pueden contribuir a su prevención.

A continuación se enlistan los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, de acuerdo a los manuales antes mencionados.

De acuerdo con la IV versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV).

La anorexia nerviosa se considera un trastorno de deliberada inanición que se caracteriza por:

- a) peso corporal un 15% por debajo del peso teórico, conforme a la edad y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal;

- b) temor intenso a ganar peso o a acumular grasa, aun sin tener sobre peso;
- c) alteraciones en la percepción del peso, la talla o la silueta;
- d) ausencia del al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

En el DSM-III-R se mencionaba que en ocasiones la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa podían presentarse conjuntamente, sugiriendo en tales casos realizar un doble diagnóstico. Sin embargo, en los criterios del DSM-IV se observan éstos más específicos y delimitados de modo que facilitan el diagnóstico diferencial. Además en ésta última versión se establecen subtipos. Los correspondientes a la anorexia nerviosa son :

I) Tipo Restictivo: durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (autoprovocación del vómito, o el consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos ).

II) Tipo Compulsivo / Purgativo: Durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

Mientras que los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa especificados en el ICD-10 son los siguientes:

a) pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5); en tanto que los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

b) La pérdida de peso es propiciada por el comportamiento del propio enfermo; a través de: 1) la evitación de consumos de "alimentos que engordan" y por uno o más de los siguientes síntomas; 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia (con el carácter de idea sobre valorada intrusa), de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone así mismo como meta el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse altas concentraciones de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso éstas se detienen (cesa el crecimiento, y en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

## Diagnóstico Diferencial.

Se deben cumplir todos los síntomas anteriores y/o los componentes mencionados del trastorno para diagnosticar a una persona con anorexia nerviosa. A continuación se destaca la diferencia que existe entre la anorexia nerviosa y otros trastornos o padecimientos que pueden presentar síntomas similares.

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994) y el ICD-10 (OMS, 1992); (Pruneda, H. E., 1998) la anorexia se caracteriza por una gran pérdida de peso. Sin embargo, hay que considerar el hecho de que existen otras causas posibles de pérdida de peso, como pueden ser las enfermedades médicas, por ejemplo los trastornos digestivos, tumores cerebrales, neoplasias ocultas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tuberculosis, enfermedades hipotalámicas y endocrinopatías primarias (insuficiencia de la hipófisis anterior, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina). Las personas que sufren de éstos trastornos por lo regular no tienen una imagen distorsionada del cuerpo, ni un deseo de adelgazar más, ni un miedo mórbido a subir o ganar peso, así, como una hiperactividad que caracterizan a las pacientes de anorexia nerviosa. El síndrome de la arteria mesentérica superior, caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque éste síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación). En el trastorno depresivo mayor, puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con éste trastorno no tienen deseos de adelgazar ni miedo a ganar peso. También les sucede lo mismo a los pacientes con trastornos esquizofrénicos que se caracterizan por hábitos alimenticios peculiares precipitados por los delirios sobre los alimentos. Los pacientes de trastorno de somatización pueden manifestar fluctuaciones del peso, vómitos y hábitos alimenticios raros, pero su pérdida de peso no suele ser grave y es difícil que la amenorrea dure más de tres meses; DSM-IV (1995, pp. 557).

Asimismo algunas otras características de la anorexia nerviosa pueden formar parte de los criterios para diagnosticar otros trastornos; por ejemplo, es común que las anoréxicas se sientan incómodas (e incluso molestas) al comer en público (al igual que en la fobia social); la misma distorsión que tienen de su imagen corporal puede generarles gran preocupación por algún defecto corporal imaginario (tal como sucede con el trastorno dismórfico); y también pueden presentar obsesiones y compulsiones en torno a la alimentación (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo).

Este fenómeno en que los síndromes comparten una sintomatología similar, se denomina comorbidez (Toro, 1987, pp. 215). Este hecho es frecuentemente encontrado al realizar investigaciones diagnósticas, por tal motivo es importante establecer un adecuado diagnóstico diferencial entre los trastornos, teniendo en cuenta sus rasgos fundamentales, así como las posibles similitudes entre uno y otro.

También es común encontrar que junto con el diagnóstico de algún trastorno se establezca otro de manera adicional o cuando la sintomatología se aleja de lo característico del trastorno para formar parte de otro trastorno.

Por ejemplo, cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la comida únicamente, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social de manera adicional, ya que ese aspecto es un rasgo común dentro de la sintomatología anoréxica; en cambio, si existen fobias sociales no relacionadas con la comida (por ejemplo, un miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar también el diagnóstico de fobia social, pues al referir las características conductuales y psicológicas de la anorexia es poco común hallar este aspecto.

En la medida en que se realicen adecuadamente estos diagnósticos diferenciales se facilitará la tarea de delimitar y conceptualizar con mayor claridad a la anorexia nerviosa, lo cual constituye uno de los pasos primordiales, no sólo para implementar mejores tratamientos, sino también para realizar un trabajo preventivo que ayude a disminuir la incidencia del trastorno.

## Algunos Tratamientos generales en la Anorexia Nerviosa.

En el siglo pasado y especialmente Charcot, quien se presenta a sí mismo como el precursor del aislamiento y no dejó de subrayar su prioridad, prescribió el aislamiento como tratamiento de la anorexia nerviosa (antes anorexia histérica). En aquel tiempo, las enfermas eran alojadas bajo la dirección de personas competentes y experimentadas; habitualmente se trataba de religiosas que, debido a una extensa práctica, en general se volvieron muy expertas en el manejo de esta clase de enfermos.

Una mano benévola pero firme, mucha calma y paciencia eran condiciones indispensables. Los padres son sistemáticamente alejados hasta el día en que, luego de que se ha notado una clara mejoría, se les permite a los pacientes verlos, a título de recompensa; al principio, a un intervalo más extenso, luego, cada vez más cercanos a medida que se acentúa la cura. El tiempo y la hidroterapia, sin contar la medicación, hacen el resto. Dally y Sargent (Abraham, S. 1994) proponen un tratamiento hospitalario, guardando cama permanentemente y sin un especial aislamiento, con una cura de insulina (shocks húmedos) y clorpromazina, así como un régimen que pasa de 1,500 calorías diarias a 4,000.

Algunos especialistas defienden el tratamiento conductista: es decir, el refuerzo de la conducta alimenticia por recompensa, o privación de actividad si la enferma no come.

Desde que Bachrach y cols. (En: Pruneda, H. E., 1998) demostraron prácticamente el éxito de los procedimientos operantes al conseguir un notable aumento de peso en una desahuciada anoréxica de 37 años de edad, la terapia de orientación conductual cuenta con numerosos trabajos que de un modo u otro, se ha introducido en el arsenal terapéutico de la mayoría de los especialistas. Los tratamientos conductuales o más bien operantes pueden ser de dos tipos "*estrictos o flexibles*" y tienen como finalidad primordial reforzar la ingesta y/o el aumento de peso.

Un plan utilizado por Halmi y Cols. (1983, pp. 47-50) consiste en que las pacientes, después de 3 a 5 días de observación y exploración, permanecen aisladas en sus habitaciones con ausencia de cualquier tipo de actividad.

Se les pesa a diario y se establece un programa progresivo de actividades sociales y físicas, visitas y otras gratificaciones, que las pacientes van obteniendo conforme al aumento de peso. En este procedimiento, los privilegios se obtienen tras incrementos de medio kilo de peso por cada periodo de 5 días, con excepción de los cinco primeros en los que sólo se exige mantener dicho peso. Si la paciente no aumenta de peso durante un periodo de cinco días, deja de recibir las gratificaciones previstas. Si pierde peso, los terapeutas proceden a administrarle alimento por sonda hasta que alcanza el peso que tenía al iniciar el periodo de cinco días en cuestión. En esta



experiencia de Halmi y cols. El promedio de hospitalización para las 8 pacientes tratadas fue de 6.25 semanas. Durante el tiempo transcurrido en el hospital mostraron un incremento de 8.83 kilos. El aumento de peso por semana se estimó en un promedio de 1,4 kilos, cumpliendo el programa con las expectativas señaladas. Sin embargo, este tratamiento se considera poco práctico. Al respecto, en los últimos tiempos se han puesto en práctica programas conductuales más flexibles. Touyz y el grupo de la Universidad de Sydney ( Abraham, S. 1994 ), han tratado un grupo de 34 pacientes con este padecimiento. Tras una semana inicial de descanso en cama, establecen un contrato con cada paciente a fin de que aumente un mínimo de 1,5 kilos por semana. Mientras cumplan con este requisito, las pacientes son libres de moverse a su gusto por la unidad de hospitalización. Saben que si no dan lugar a aquel incremento, durante la semana siguiente guardarán cama.

En tanto no sea así, no se les impone restricción alguna y tienen acceso ilimitado a todas sus pertenencias personales. En cuanto los resultados de esta experiencia, comparados con los obtenidos por Halmi y cols. No permitieron observar diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al incremento medio diario de peso. De lo que sí se pudo percatar, es que el programa resultaba más aceptable para las pacientes, exhibían mayor motivación hacia otros aspectos del tratamiento, fue más económico y daba a las enfermas menos oportunidad de manipular al personal sanitario que las atendía.

Otras de las técnicas empleadas en este tipo de trastorno lo constituyen los tratamientos psicoterapéuticos. Si por psicoterapia se entienden aquellos procedimientos destinados a modificar determinadas características anómalas de un paciente a través de la palabra, del lenguaje.

Es preciso reseñar aquí la terapia cognitiva, la cual tiene raíces conductuales. De lo que se trata en este tipo de terapia, es habituar al paciente a analizar sus pensamientos, corrigiendo todas las distorsiones cognitivas susceptibles de llevarle a comportamientos desadaptadores y a afectos negativos. La progresiva importancia concedida a los estereotipos culturales interiorizados y en general, a las cogniciones patológicas de la anorexia nerviosa, obliga a la mayoría de los especialistas a plantearse, de un modo u otro, la lucha a favor de una nueva concepción de las cosas, en especial de todo lo concerniente a la imagen corporal, su evaluación, la función de la alimentación, las relaciones interpersonales, el autocontrol, el perfeccionismo, etc. Sin embargo, hasta la fecha no existen estudios controlados que permitan verificar su eficacia, sea en términos absolutos, sea considerándola como complemento de otras medidas terapéuticas.

Toro y Vilardell (1987, pp. 213.) señalan que la eficacia de los procedimientos conductuales en el incremento de peso de la anorexia nerviosa está fuera de toda duda. No obstante, surge la interrogante: ¿son realmente más eficaces que otros procedimientos?, estos autores mencionan que Wulliemer comparó un grupo de anoréxicas tratadas mediante reforzamiento operante con otro en el que utilizaba el aislamiento, fármacos estimulantes del apetito y psicoterapia de apoyo. El grupo tratado por los métodos conductuales obtuvo un aumento de peso tras veces superior. Sin embargo, no se realizó un estudio de seguimiento.



Garner y cols. (1982, pp. 138) comparan distintas gratificaciones del aumento de peso con una serie de psicoterapias y farmacoterapias. Estudiando el peso, la ingesta, la menstruación, otros síntomas adicionales y la adaptación ocupacional, al respecto no hallan diferencias significativas entre los grupos. En opinión de los autores, estos dudosos resultados, que aparecen como consecuencia de trabajos rigurosamente controlados, han despertado interrogantes, polémicas y análisis posteriores.

Con mucho ánimo de acertar, se ha dicho que una de las razones de ese "fracaso" residiría en las especiales características de la técnica utilizada. Así, se han señalado dudas acerca de la eficacia de reforzar cada cinco días, de no individualizar los reforzadores, de reducir el estudio de los grupos a un solo mes, etc. Sin embargo, la eficacia relativa en relación con otros procedimientos terapéuticos, los métodos operantes han demostrado su utilidad para conseguir el incremento de peso, el cual constituye una condición imprescindible para la reversibilidad de la sintomatología psicológica de la anorexia.

Hsu (Pruneda, H. E., 1998), también propone como tratamiento para la anorexia nerviosa la terapia familiar. Ésta se basa en los planteamientos hechos por S. Minuchin y cols. Se trata de un procedimiento relevantemente directivo, bastante interpretativo, cuya finalidad es sustituir las pautas disfuncionales de interacción por otras más higiénicas y que utilizan técnicas concretas que en parte semejan las propias de un abordaje conductual de la interacción personal, donde dicha terapia puede ayudar a la paciente para que organice su vida al margen del medio familiar.

Cabe señalar que no ha sido demostrado el papel de la familia como causa primaria de la anorexia nerviosa, pero sí está verificada una problemática familiar sumamente generalizada.

Dada la rápida evolución y progresiva flexibilización de los procedimientos conductuales, se ha dado lugar a la llamada terapia conductual multimodal, la cual deriva de un procedimiento terapéutico que, partiendo de planteamientos conductuales-cognitivos, pretende abordar todas las áreas psicológicas y disfuncionales de la anorexia nerviosa. Fundudis (Pruneda, H. E., 1998) detalla las distintas técnicas utilizadas conjuntamente para tratar a una preadolescente anoréxica, mismas que se adaptan a las características específicas de cada paciente: control estimular ambiental, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, terapia diádica (madre-hija) y terapia familiar. Este tipo de terapia, como todo, puede prometer resultados benéficos; siempre y cuando se tome en cuenta la individualidad de la paciente.

M. Selvini (1990, pp. 193.), propone la psicoterapia individual y posteriormente la psicoterapia familiar, ya que la primera deba conseguir que la enferma sienta la experiencia de su derecho a la existencia, de tener opiniones, exigencias, el reconocimiento de la independencia que a menudo precede a la reconquista de su capacidad de percibir los estímulos propioceptivos, emotivos y cenestésicos.

En la segunda, la autora hace hincapié que la familia completa no debe ser excluida de la psicoterapia de una anoréxica, puesto que esto significaría para ellos, en la mayor parte de los casos, verse condenados al fracaso, aún teniendo que evitar como es lógico, todo tipo de manipulaciones que intenten. Con esto pretende la autora fortificar el subgrupo parental y disminuir

las defensas y resistencias del grupo familiar con el uso de la connotación positiva del síntoma. Antes de comenzar la terapia, señala Selvini, es conveniente invitar a la familia, por supuesto que con el debido consentimiento de la paciente, para clarificar con amplitud los problemas actuales y los puedan surgir durante el tratamiento.

Al darse las instrucciones a los familiares, habrá que tener en cuenta que se deberá rechazar todo contacto "secreto" con los padres, incluso los telefónicos o epistolares. Nada deberá ocurrir a espaldas de la paciente; todo se deberá desarrollar en un clima de lealtad absoluta.

Otros autores como Thomä sugieren la clásica psicoterapia psicoanalítica. Sin embargo, para Bruch (1962, pp. 187-194.), el modelo psicoanalítico tradicional, en el cual el terapeuta interpreta el significado de las asociaciones de un paciente, puede significar una reexperiencia dolorosa de algo que ha caracterizado toda la vida de la paciente: que su madre sabe lo que ella siente, cómo lo siente y que no conoce sus propios sentimientos.

Para que el tratamiento sea eficaz dice la autora es necesario conocer el modelo de experiencias precoces y ayudar a estas pacientes a descubrir en ellas mismas la capacidad de iniciativa y de autodirección.. Asimismo, tanto Bruch como Selvini recomiendan la psicoterapia familiar como medida indispensable.

De acuerdo al criterio de Selvini-Palazzoli respecto al tratamiento psicoterapéutico de las anoréxicas, la autora refiere que por regla general, dicho tratamiento tropieza con muchas dificultades y exige que se tome en conciencia de las advertencias ilustradas en varios de los trabajos de Anna Freud, Selma Fraiberg, Lampl de Groot, Peter Blos, Leo Spiege, Irene Josselyn, E. Kerstenberg y otros; los cuales presentan los siguientes antecedentes:

- a) Las pacientes son menores de edad y dependen económicamente de los padres.
- b) El tratamiento psicoterapéutico lo solicitan y lo costean los mismos padres, de tal manera que se puede considerar al terapeuta como el emisario pagado por éstos.
- c) Las pacientes no muestran entusiasmo por la psicoterapia, la soportan como un mal necesario frente a la alternativa amenazadora de la internación.
- d) La crisis de la adolescencia, que impulsa a las pacientes a liberarse de la dominación de los padres, las lleva, paradójicamente a la misma situación que tanto temen (al saberse dependientes).
- e) Las pacientes, en lugar de expresar verbalmente los conflictos y los sentimientos negativos, tienden a interiorizarlos recrudesciendo el síntoma.

Winnicott (En: Guillemont, A., 1994) recomienda proporcionar a estos pacientes durante el análisis suficiente tiempo y oportunidad para recuperar sus partes disociadas y llegar a expresar sus conflictos básicos, ya no corporalmente, sino mediante el funcionamiento de su proceso secundario.

Es importante, señala, que tal situación sea tolerada por el psicoterapeuta, cuya tarea es atraer lenta y gradualmente esas partes disociadas del yo del paciente. En esta línea de pensamiento, Stefania Manfredi (Pruneda, H. E., 1998), insiste en que cualquier interpretación que se dirija al paciente psicósomático y que afecte a las partes que él necesita dejar afuera, está

en contra de su progreso en tanto que, implícitamente, se le estará exigiendo prematuramente una integración psicosomática de la cual el paciente aún debe defenderse. Esto, señala la autora, vale para todas las interpretaciones que se refieren al síntoma que debe ser entendido como el vínculo entre la psique y el soma.

Otro factor que puede ser coadyuvante en el tratamiento del futuro paciente anoréxico, es la predominante identificación de la madre con ese hijo(a) <terapia diádica> propuesta anteriormente por Fundudis, basado quizá en que ambos ocupen un lugar análogo en los respectivos esquemas familiares; (Dupont, 1989. En: Pruneda, H., 1998).

Existen en la literatura médica informes que dan cuenta de beneficios terapéuticos utilizando fármacos antidepresivos para tratar la anorexia, principalmente aquellos que se relacionan con los trastornos afectivos (Toro, 1987). En opinión de E. Kerstenberg y cols. (Pruneda, H. E., 1998) las diversas modalidades terapéuticas, todas ellas aleatorias en cuanto a sus resultados a corto, mediano y largo plazo, pueden y deben ser examinadas tanto sucesivamente como simultáneamente.

Ninguna de ellas merece, dicen los autores, el calificativo de “*prevalencia beneficiosa*”, no obstante creen poder afirmar que, en los casos especialmente serios, cerrado, el psicodrama psicoanalítico parece brindar mayores ventajas precisamente por los desplazamientos transferenciales que comportan un abordaje más favorable que otras instancias terapéuticas (psicoterapia individual o psicoanálisis).

Además, estos autores consideran que la hospitalización y el aislamiento, en ocasiones inevitables, deberán ser usados con discreción y en todo caso no ser el único tratamiento a seguir.

De hecho, no basta un aumento de peso, ni siquiera un cambio en las preocupaciones con respecto a la comida para dar por válida una curación. Hay quienes creen que la anoréxica no recobra su equilibrio mientras no desaparece su amenorrea.

Las reglas pueden tardar en reaparecer, pero la curación será total únicamente cuando la personalidad del adolescente o de la jovencita haya cambiado no sólo en cuanto a las particularidades de su manera de proceder ante la comida y sus naturales consecuencias, sino cuando haya adquirido suficiente movilidad en sus relaciones afectivas y haya visto comprometer su identidad con ciertas experiencias; Ajuriaguerra (1983, pp. 199).

## Pronóstico general en la Anorexia Nerviosa.

Sin tomar en cuenta alguna orientación psicológica, y si se trata de determinar un posible pronóstico, no queda clara la significación de la edad, tomándola como variable en el inicio de la enfermedad; sin embargo, existen muchas más probabilidades de que cuanto menor es la edad, tanto mejor es el pronóstico. Martin (Abraham, S., 1994) presenta un estudio de seguimiento de 25 adolescentes con anorexia realizado tras cinco años de su hospitalización. Se evaluó peso, función menstrual, patrones de ingesta y vida social.

Se encontró que el 76% se hallaba en un estado calificado de excelente o bueno, el 16% presentaba trastornos o seguía en tratamiento y el 8% había recaído. Es así como Garner y Garfinkel (1982, pp. 174) encuentran que la edad temprana en el inicio de la anorexia es un buen factor de pronóstico.

También el sexo ha sido otra variable que se ha tomado en cuenta para evaluarlo como posible pronóstico. Aquí también los investigadores no confirman su importancia; ya que en un estudio realizado por Crisp y cols. (En: Guillemont, A., 1994, pp. 45), señalan que la anorexia masculina presenta un mal pronóstico. Sin embargo, otro estudio realizado en el año 1986 por los mismos autores en donde se comparan a 36 anoréxicos con 100 anoréxicas, éstos concluyen que ambos grupos muestran características similares.

Dentro de los criterios premórbidos, la obesidad es uno de los factores que hacen negativo el pronóstico; ya que está asociada a bulimia y vómitos; Garner y Garfinkel (1982, pp. 175).

Hsu y cols. (Pruneda, H. E., 1998, pp. 65-66) señalan que los pacientes con una historia de problemas conductuales infantiles y con relaciones socioescolares difíciles; así como la existencia de relaciones interpersonales conflictivas entre ésta y sus padres está asociada a una evolución menos favorable.

Así mismo Morgan y cols (Abraham, S., 1994) sostiene que la hostilidad de la familia hacia el o la paciente es causa de mal pronóstico.

De acuerdo al criterio de Rollins y Blackell (En: Chinchilla, 1994), los rasgos de carácter son factores de pronóstico; las que son obsesivas con rasgos esquizoides son menos capaces de adquirir el compromiso de establecer alianza terapéutica o adherirse al tratamiento, por consiguiente tendrán un pobre pronóstico; en cambio las que tienen rasgos histéricos según, los autores, tendrán mejor pronóstico.

Toro y Vilardell (1987, pp. 225.) de acuerdo a la información proporcionada acerca del pronóstico en los casos de anorexia nerviosa, concluyen que cerca del 40% se han recuperado por completo durante la revisión y 30% están mejorados de manera considerable; sin embargo, el 30% compone el cuadro de los pacientes crónicamente afectados o fallecidos a consecuencia de la enfermedad.

Por lo tanto, hay que recordar las palabras de William Gull (Gull, W. 1874, 527-528.) acerca del trastorno de la anorexia nerviosa: *"en cuanto al pronóstico, ninguno de estos casos, por muy agotados que estén, son realmente desesperados mientras exista la vida en ellos"*.

## Epidemiología.

Las personas que presentan actitudes extremas hacia el control alimentario son muy heterogéneas y los estudios de diagnóstico diferencial no siempre detectan al A.N. Hay personas que se preocupan mucho por su figura pero sin embargo, tienen otros intereses o pueden hablar de otras cosas, saben su valía para algo más que por el control del peso, que es lo que es lo que les sucede a las anoréxicas nerviosas. Para personas que no tengan un firme sentido de sí mismos el control alimentario y corporal es un remedio... pero arriesgado. La incidencia de éste trastorno (que no hay que olvidar que puede llevar a la muerte por inanición o suicidio), está aumentando día a día sea por los factores que sean, ésta mayor incidencia puede ser debida a varias causas, algunas de éstas son: a) por un mal diagnóstico confundiendo el padecimiento con otros cuadros; b) por mayor tendencia de los adolescentes como habíamos mencionado a hacer "dietas" sin prescripción médica; c) rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones asociado con frecuencia con su autoconsciencia; d) necesidades y distingos sociales; e) problemas psicológicos en la adolescencia de tipo existencial, distintos al de generaciones pasadas; f) falta de rigor diagnóstico tomando como anoréxicas nerviosas a personas que no lo son, etc.

Las restricciones alimenticias comenzarán a raíz de un choque emocional o de evidentes conflictos psicológicos. En opinión de L. I. Lasser, (1998. En: Pruneda, H., 1998), en el 45% de los casos la anorexia mental sobreviene tras un régimen adelgazante; en el 40% tras una situación competitiva que no ha sido capaz de resolver.

Martínez y cols. (1993. En: Pruneda, H., 1998) en un estudio realizado en una población femenina barcelonesa, adolescente y juvenil encontraron que el 63% de las jóvenes se preocupaban por la forma de sus cuerpos, el 35% había realizado regímenes para adelgazar y el 45% practicaba ejercicios físicos.

Beato (1997. En: Pruneda, H., 1998) refiere que Sullivan en 1995 en un meta-análisis de 42 estudios (3006 pacientes) sobre mortalidad de anorexia nerviosa encontró que mueren 56% al año, una incidencia de muerte 200 veces mayor que la de suicidio en la población general y un índice de mortalidad del doble que en la población psiquiátrica femenina que ha tenido ingresos psiquiátricos.

Walsh y Devlin (1998. En: Pruneda, H., 1998) comentan que en los E.U.A. el 27% de jóvenes adolescentes quienes se ven queriendo estar en el peso correcto están intentando perder peso, comparado a menos del 10% de chicos adolescentes. Reagan y Trent (1998) refieren que desafortunadamente, las investigaciones a menudo han encontrado mayores desórdenes alimentarios en las mujeres blancas a excepción de otras razas o grupos étnicos como las mujeres afroamericanas. Tanto la Anorexia como la Bulimia Nerviosa se destacan por su prevalencia, a lo cual Garfinkel y Garner en 1982 (En: Raich, 1994) mencionan 1 de cada 100 para el caso de Anorexia; y Fairbur y Beglin en 1990 hablan de 9 de cada 100 en el caso de la Bulimia (En: Raich, 1994).

Holtz y Tena (1995) mencionan que la prevalencia de los trastornos de la alimentación



surge principalmente en mujeres jóvenes en edad adolescente o adulta. Toro 1998 cita los resultados del estudio realizado -con estudiantes femeninas- por Pyle y cols. en 1986, y en la que encontraron un aumento tres veces mayor en la prevalencia de la bulimia tan sólo entre 1980-83. Guerrero (2000) refiere que la Anorexia Nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá entre el 0.5 % al 3 % de todos los adolescentes. Behar, R., Botero, J. Corsi, P. y Muñoz, P. (1994) refieren que en su investigación encontraron que las jóvenes adolescentes en edad escolar han sido consideradas como una población de alto riesgo para desarrollar eventualmente un trastorno en el hábito de comer, sea ésta anoréxica o bulímica. (En: En: Pruneda, H. , 1998).

Klemchuk, Huutichinson y Frank en 1990, mencionaron como la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y los trastornos alimenticios han aumentado como problema sobresaliente en colegios universitarios, por lo que sugirieron realizar un análisis crítico del medio ambiente y de la experiencia escolar, para detectar los factores que puedan potenciar o exacerbar problemas relacionados con la alimentación (citado en Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Martínez y Roman, 1998. En: Pruneda, H. , 1998).

Vázquez en 1999 mencionó que los trastornos alimenticios están a la orden del día con gente que no se encuentra agusto con su cuerpo, que sienten fricciones de tipo social que los llevan a depresiones y angustias ( citado en Villalobos, 2000). En una entrevista realizada a Victoria Holtz, comenta que estudios realizados por la fundación internacional CBA demuestran que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de T.A., en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México donde el 87% de las adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, el 11% de ellas se han provocado el vómito, el 8% ha usado laxantes, el 12% diuréticos y el 27% ha utilizado pastillas para adelgazar (citado por Villalobos, 2000. En: Pruneda, H. , 1998).

En la Encuesta sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol en la población Estudiantil del D.F de 1997, en la cual se tomó población de escuelas públicas y privadas con estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas y comerciales; se hicieron 11 preguntas relativas a la conducta alimentaria y se incluyó una sobre autopercepción del peso corporal.

Esta encuesta mostró que las adolescentes de 16 y 17 años presentaron mayor preocupación por no engordar (19.9%) mayor frecuencia de prácticas de ejercicio para bajar de peso (15.8%), pero las de 18 y 19 mostraron los mayores porcentajes en casi todas las prácticas de riesgo exceptuando las arriba mencionadas; aunque de éstas solo un pequeño porcentaje desarrolla Anorexia (Unikel C, et. al 2000). Se encontró también que el 40.6% de las mujeres y el 35.4% de los varones reportaron la presencia de un máximo de dos indicadores clínicos, mientras que un 0.3% de los hombres y un 3.1% de las mujeres reportaron tres indicadores clínicos. Estos indicadores fueron a saber: sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas del tipo restrictivo y de tipo purgativo. Los varones reportaron mayor promedio de indicadores clínicos entre los 12 y 13 años, mientras la edad de las mujeres fue entre los 18 y 19 años (Unikel C, et. Al 2000. En: Pruneda, H., 1998).

Ríos (1999) menciona que Ocampo, Alvarez y Vázquez refieren que en México desde hace diez años la obsesión por la figura delgada ha aumentado. Iniciando las mujeres, en promedio, la carrera de las dietas a los 11 o 12 años, influenciadas por varias situaciones como la presión social y familiar; y la imagen que difunden en los medios de comunicación.

Zúñiga de "Eating Disorders México", señala que el 4.9% de las estudiantes de nivel medio superior y superior del valle de México, padecen Anorexia Nerviosa (citado en Scherer, 2002. En: Pruneda, H. , 1998).

Entonces es posible decir que conforme a todos estos datos presentados a nivel mundial y nacional, se encuentra un porcentaje de incidencia en un rango del 0.5% hasta un 2%; los trastornos de la alimentación han aumentado y por desgracia seguirán aumentándose. La mortalidad se encuentra entre un 4% y un altísimo 22%. (En: Pruneda, H. , 1998).



## Otros Estudios e Investigaciones.

North, C., Gowers, S. y Biram, V. (Pruneda, H. E., 1998), señalan que las dificultades en el funcionamiento familiar han sido citadas desde descripciones recientes de la anorexia nerviosa y etiológicamente podrían ser de importancia. Aplicaron un cuestionario: mecanismo de Valoración Familiar (MVF) donde se mostraron índices patológicos para el control psiquiátrico, pero no en familias anoréxicas. Aseveran que el funcionamiento familiar en familias anoréxicas es normal a través del autoreporte, pero no por medio de medidas objetivas.

Robin, A. L. Siegel, P. T y Moye, A. (Pruneda, H. E., 1998), evaluaron el impacto sobre las relaciones familiares a través del Sistema de Terapia del Comportamiento Familiar (STCF), contra la Terapia Individual Ego-Orientada (TIEO), como tratamientos para adolescentes con anorexia nerviosa. El STCF enfatizó el control de los padres sobre la alimentación, la reestructuración cognitiva y el adiestramiento en la comunicación para la solución de problemas; mientras que el TIEO enfatizó la construcción de un Ego fuerte, la autonomía del adolescente e institución.

Se encontró que ambos tratamientos producen reducciones significativas en comunicación negativa y en conflictos padres-adolescentes. Se demostró que las terapias estructuradas para la anorexia de adolescentes definitivamente impacta en las relaciones familiares.

Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahalman, B., Mattejat, y F. y Remschmidt, H. (Abraham, S., 1994) sometieron a un grupo de antiguas pacientes anoréxicas (seguimiento de 3.8 años después del tratamiento) y a un grupo control de mujeres jóvenes semejantes a una prueba de percepción subjetiva de la estructura familiar, quienes fueron valoradas usando la "Imagen Subjetiva Familiar" (ISF) con objeto de investigar la interrogante de si la estructura familiar de antiguas anoréxicas difieren de las de control y de si el desarrollo individual de las antiguas pacientes es asociada con la estructura familiar experimentada.

Los resultados empíricos están en favor de las siguientes dos hipótesis: 1) Comparados con el grupo de control, las antiguas pacientes anoréxicas experimentan relaciones familiares como más complicadas y menos satisfactorias.

La calidad de las relaciones familiares es reducida, aún en el momento del seguimiento. 2) Los resultados individuales (evolución individual de la enfermedad) y la calidad de las relaciones en el momento del seguimiento, están relacionadas.

Tobin DL, Molteni AL y Elin MR. (Guillemont, A., 1994), afirman que los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa desarrollan estos desordenes en su adolescencia y en la década de sus veintes.

Algunas pacientes desarrollan desordenes alimenticios a la edad de sus treinta, cuarentas y cincuentas. Estos autores presentan un subgrupo de pacientes con los siguientes patrones de síntomas e historial detallado:

1. Severo abuso sexual y físico por parte de familiares;
2. Ajuste relativamente enfermizo tanto profesional como marital (considerando dificultades posteriores), caracterizado por:  
Hipomanía, borrachera de comida, obesidad enfermiza;
3. Trauma médico (por ejemplo, lesiones, cáncer, cirugías) que suceden después de los treinta años, interrumpen adaptaciones previas hipomaniáticas y conducen a severas restricciones y dramáticas pérdidas de peso (por ejemplo, 100 Lb);
4. Tanto durante la pérdida de peso como el restablecimiento del mismo, los pacientes demostraron perturbación disociativa significativa, incluyendo estados de ánimo disociados y estados de personalidad (por ejemplo, desorden de personalidad múltiple), episodios de conducta autodestructiva, repetición de traumas originales y evitación de comida.

## Relación del comportamiento alimentario y el comportamiento sexual en la Anorexia Nerviosa.

Llegar a entender la propia sexualidad es un desafío al que se enfrentan los seres humanos, y si además, ésta sexualidad se ve afectada por el acto alimenticio de forma drástica como ocurre al padecer Anorexia Nerviosa, es de vital importancia revisar ésta relación.

Muchas mujeres que tienen un trastorno de alimentación perciben una asociación entre el comer y la sexualidad. Los conocimientos, las actitudes y el comportamiento sexual de las mujeres relacionados con un trastorno en la alimentación cubren un amplio espectro. Esto no es sorprendente ya que muchas están demasiado preocupadas por su imagen corporal y sus relaciones con otros.

Abraham (Abraham, S., 1994), ha identificado *cuatro categorías* en relación con el comportamiento alimentario y el comportamiento sexual, ésta información la obtuvo de su práctica profesional con pacientes anoréxicas, estructurando las siguientes 4 categorías: sexualidad negada; sexualidad insegura; sexualidad pasiva; sexualidad activa; el obtener información de éste tipo en cuanto al trastorno de la Anorexia Nerviosa, ayuda a comprenderla en forma más clara y completa (Abraham, S. 1994, pp. 46-54).

### *Sexualidad negada.*

La mujer evita los desafíos a su sexualidad y suprime sus sentimientos sexuales. Tiene actitudes negativas ante la pubertad, la menstruación, la masturbación y las relaciones sexuales. Dichas actitudes pueden ser agravadas por una falta de conocimiento de su anatomía genital, de la menstruación, de la contracepción y del comportamiento sexual. Evita leer sobre la sexualidad y es rígida y obsesiva en sus actitudes hacia la vida. Evita mirar su cuerpo en el espejo y no se toca los genitales. Utiliza toallas sanitarias externas para su protección menstrual y nunca ha tratado de utilizar tampones.

La mayoría de las mujeres de éste grupo no tiene experiencia sexual, no se masturban ni salen con hombres. Se ponen violentas si una discusión se relaciona con el sexo, pero a menudo desearían tener un compañero íntimo. *Estas mujeres pierden el peso exclusivamente mediante un régimen estricto y el ejercicio, y a menudo están demacradas* (Abraham, S. 1994, pp. 47-48).

### *Sexualidad insegura.*

Estas mujeres parecen utilizar su comportamiento alimentario para demorar los encuentros sexuales hasta que se sientan preparadas para afrontarlos. La mujer tiende a tener dificultad para formar una relación afectuosa y madura, aunque puede llegar a casarse, en cuyo caso tiende a depender de su marido. Está ansiosa de ser como las demás y tiene conflictos acerca de su sensibilidad sexual y su comportamiento sexual, siempre tratando de ser lo que cree que es

“normal”. Puede que se masturbe de vez en cuando pero se preocupa porque quizá “no esté bien” masturbarse. Si la tranquilizan diciéndole que su comportamiento sexual es “normal” empieza a disfrutar. Es tímida y, aunque pueda mirar su cuerpo desnudo en el espejo, no se siente cómoda al hacerlo. También se siente tímida en cuanto a la protección menstrual y prefiere toallas sanitarias a tampones, ya que encuentra que éstos son difíciles de insertar. Su ansiedad acerca de la inserción vaginal se extiende se extiende a las relaciones sexuales. Le gustaría aprender sobre la sexualidad pero es demasiado tímida para iniciar una discusión. *Las mujeres de éste grupo pierden peso predominantemente mediante el régimen y el ejercicio. Si deciden utilizar laxantes o diuréticos, sólo toman pequeñas cantidades durante cortos períodos de tiempo. Normalmente tienen anorexia nerviosa pero pueden ser obesas* (Abraham, S. 1994, pp. 48-50).

### ***Sexualidad pasiva.***

Las mujeres de éste grupo ( que incluye a aquellas que tienen anorexia nerviosa, bulimia, o que son obesas) también parecen utilizar su trastorno alimentario para evitar formar un compromiso sexual hasta que quieran ellas. El comportamiento alimentario les ofrece la oportunidad de imponer una “moratoria intermitente” en su actividad sexual. *Experimentan amplias variaciones de peso, con episodios bulímicos alternando con otros de ayuno o de regímenes estrictos.* Entre los periodos de déficit y exceso de peso, las mujeres de éste grupo llegan a estar implicadas en relaciones sexuales, pero no son muy sensibles, negando que disfruten de las experiencias. Dado que no desean comprometerse tienden a escoger personas casadas, con quienes no es posible mantener una relación a largo plazo. En las relaciones prefieren abrazar y ser “apapachadas”, y aceptan el coito para lograrlo, y no porque disfruten de las experiencias. Son capaces de tocarse los genitales y utilizan tampones para su protección durante la menstruación, pero su capacidad de mirar su cuerpo depende de su peso en el momento (Abraham, S. 1994, pp. 50-52).

### ***Sexualidad activa.***

Las mujeres de este grupo reflejan su comportamiento alimentario, que consta de episodios bulímicos seguidos de otros de vómitos autoinducidos y abusos de laxantes; *en su comportamiento sexual son incapaces de mantener una relación duradera y tienen frecuentes encuentros sexuales casuales.*

Normalmente han tenido su primera experiencia sexual a una edad temprana; se masturban y practican el sexo oral, pero tienen sentimientos bastante negativos sobre ambos. Hablan con franqueza del sexo y no sufren ansiedad de estar desnudas cuando están solas o con otras. Tienden a ser histriónicas, y socialmente activas, pero por dentro se sienten solas (Abraham, S. 1994, pp. 52-54).

## *Rasgos de Personalidad.*

Hay pocas investigaciones que traten la Personalidad de la paciente anoréxica como tal; sin embargo, a continuación lo encontrado al respecto.

El padecimiento se presenta principalmente en mujeres jóvenes y solteras. La mayoría de las pacientes tienen un cociente intelectual superior. En lo que respecta a rasgos de personalidad, Goldman (1989, pp. 478.) refiere que son introvertidas, tercas, obsesivas, egoístas, perfeccionistas, hipersensibles y manifiestan una conducta compulsiva y autopunitiva.

La calidad de sus relaciones interpersonales son caóticas, lábiles, inestables; lo anterior, señala el autor está asociado con su problema de inestabilidad de las relaciones objetales, con una falta muy importante en la adquisición de la constancia objetal.

En cuanto a lo psicológico, la anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo aterrador a la gordura. Aparentemente el problema principal radica en el control de peso y el logro del dominio sobre el cuerpo, pero este problema encubre otro subyacente. La búsqueda de capacidad de un control, un sentido de identidad personal, de competencia y eficacia.

De acuerdo al criterio de Bruch (1990, pp. 187-194.) la perturbación principal está dada en las siguientes áreas: a) trastorno de la imagen corporal; b) percepción confusa de los estímulos que surgen en el cuerpo; y c) sensación de ineficacia paralizante.

### *Descripción de 4 tipos de personalidad en Anoréxicas, propuesto por Selvini Palazzoli.*

Selvini Palazzoli (1999, pp. 188-210.) hace una investigación acerca de la personalidad de las anoréxicas partiendo de un supuesto universal en la enfermedad: *"las anoréxicas tienen una organización de la personalidad homogénea"*, éste supuesto no convence a Selvini ya que se da cuenta en su trabajo con anoréxicas que algunas pueden vincularse fuertemente con su terapeuta a diferencia de otras que son indiferentes, algunas vivían largas fases de anorexia restrictiva para luego volverse a la fase bulímica como una especie de evolución natural en la enfermedad, en otras se notaba una fuerte dependencia a diferencia de otras que se notaban arrogantes y autosuficientes, etc., para verificar si era cierto que las anoréxicas tenían un personalidad común, Selvini compara a fondo cincuenta y dos casos que había estudiado anteriormente "a fondo" (dentro y fuera de su núcleo familiar) y además, les aplica un cuestionario para evaluar sus rasgos más representativos de personalidad.

Selecciona 52 chicas anoréxicas con una edad media al momento de la consulta de 23 años, y con duración de su anorexia de cinco meses.

De los 52 casos, 21 eran anoréxicas restrictivas estables, 23 eran anoréxicas bulímicas que alternaban fases de ayuno con fases bulímicas (manteniéndose muy por debajo de su peso ideal) y 8 eran ex anoréxicas que habían vuelto a tener su peso normal (pero, seguían siendo bulímicas).

La distribución de los 4 tipos de trastorno de personalidad (por lo menos en algunos rasgos importantes) que obtiene Selvini Palazzoli (1999) es la siguiente:

* Dependiente	10
* Borderline	19
* Narcisista	12
* Obsesivo-Compulsiva	11

#### Tipo dependiente:

Ésta chica tiene de costumbre una familia en la que ha sido criada en una relación muy estrecha con la madre, de la que comprende perfectamente los estados de ánimo, mientras que tiene problemas para reconocer las propias necesidades y las subordina a las de los demás. La relación fisiológica aparece aparentemente invertida, pues la empatía de la madre hacia la hija es deficiente, mientras que la muchacha ha sido, en la infancia, un consuelo para ella con su asidua presencia y desvelo.

En ellas, en la infancia y adolescencia prevalece un excesivo apego a la madre o a otras figuras de referencia (abuela, etc.), típico de la niña demasiado buena, condescendiente, incapaz de hacerse valer y afirmarse, y más tarde de comportamientos adolescentes. Se puede suponer que el tipo de apego de éstas pacientes es del tipo ansioso-ambivalente, lo cual en la primera infancia les permite no estar cerradas a las relaciones afectivas externas, sino, antes bien, buscarlas activamente en formas de dependencia simbiótica. Sin embargo cuando los coetáneos progresan hacia posiciones más evolucionadas, estas chicas se reducen a menudo a permanecer aisladas, puesto que son juzgadas tímidas e infantiles, especialmente en el plano sexual. Idealizadoras de sus padres, y en particular de su madre, son, en general, muy poco transgresoras y reivindicativas, más allá del síntoma. Confusamente se sienten humilladas por su dependencia de la madre y por la incapacidad de pensar por sí mismas. El comienzo de la enfermedad se produce a menudo en edad muy precoz. Recurriendo a la dieta y exacerbándola gradualmente, buscan alivio a sus sentimientos de desvalorización, de escasa autoestima y de contar con nada: el ayuno y el control representan la propia independencia de juicio sobre sí misma, su propio cuerpo y sus propias decisiones. El paso a la bulimia es bastante raro.

Cuando la anorexia dura mucho tiempo y/o, en el curso del tratamiento, los rasgos de dependencia de la madre se debilitan, dejando transparentar una intolerancia más o menos marcada hacia el comportamiento de ella, la simbiosis muestra sus caracteres ambivalentes y queda más claro cómo, con los síntomas, la muchacha impone un control sobre el ambiente y sobre la madre en particular.



En este subgrupo, la madre nunca es agresiva ni abiertamente desvalorizadora respecto de la hija, sino más bien muy protectora ( y, por tanto, subterráneamente desvalorizadora! ).

El padre, de costumbre, la considera la niña de la madre y se mantiene alejado de ella. Es más a menudo un rival de las atenciones maternas que un seductor, pero nunca es particularmente destructivo con la paciente, en coherencia con la propia convicción inconsciente de haber hecho lo mejor al dejar a su hija a la madre. En efecto, él ha abandonado completamente su rol de separador de la díada simbiótica, cargando sobre los hombros de la chica el peso de las necesidades de cercanía y de interlocutoriedad de su esposa. En general, es un hombre pasivo y renunciador, con tendencias a depender de ésta. De modo que siente como un gesto de amor paterno dejar el terreno a favor de la hija, por lo que se queda muy asombrado cuando en la terapia se le critica su escasa implicación y apoyo tanto en relación con su esposa como con su hija. A menudo parece descubrir a esta última con la anorexia, tomándola en consideración como sujeto "queriente" cuando ella rompe la simbiosis con la madre.

Selvini Palazzoli (1999, pp. 196-198.) comenta que en este grupo se puede encontrar la presencia de casos incluso "no" graves. Estas pacientes, normalmente, tienen mucha disponibilidad a la terapia, salvo variables de edad y de contexto. En general, se puede decir que casi todas las terapias con estas diez muchachas han tenido un efecto positivo.

#### Tipo Borderline:

Normalmente, éstas pacientes tienen una historia familiar en la cual basan su crecimiento en la inversión paterna, desconfiadas de la relación de apego ambivalente, y desorganiza con la madre. Entre éstas pacientes se encuentran personalidades muy dolientes, que muestran rasgos pre-psicóticos indicativos del grave sufrimiento infantil. Su apego al padre, necesariamente posterior a la fase de asistencia primaria, se recienta de la desesperada exigencia de identificar un referente afectivo en un mundo relacional de abandono y agresividad. En efecto, la nodriza es, a menudo, una personalidad frágil, turbada con frecuencia por eventos emocionalmente catastróficos en épocas próximas al nacimiento y a los primeros tiempos de la crianza de la niña. Para éstas chicas se encuentra el máximo número de madres (50%) que se apartan del clásico estereotipo de la madre sacrificada de la anoréxica (Selvini Palazzoli, 1999).

En cambio, cuando la nodriza está en efecto, relativamente estructurada, pero sus condiciones existenciales han sido traumáticas y, por tanto, su incompetencia con la hija ha sido grave, los rasgos borderline aparecen más esfumados, incluso en presencia de la seducción paterna, dando vida a un cuadro de carácter más neurótico, con relativo control de la conducta, y con vivencias de angustia menos perturbadoras.

En ésta categoría se encuentran tanto a muchachas interesadas en su cuerpo, en vestirlo, en maquillarlo, en enmascarar su excesiva obesidad o su delgadez con vestidos incluso costosos y rebuscados que subrayan su identidad sexual, como también, en el lado opuesto, a chicas extremadamente descuidadas y desaliñadas que parecen poseídas por la inconsistente necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas de tipo penitencial. El cuerpo ocupa su mente o, mejor, en los casos más graves, es el interlocutor de la mente, como amo, enemigo o fetiche. Entre éstas anoréxicas se presenta a menudo abuso de sustancia estupefacientes, promiscuidad (con



frecuencia relacionada con historias de abusos sexuales sufridos en la infancia), hurto en casa y fuera, y otros desordenes de la conducta que están ausentes en las demás categorías.

A menudo intelectualmente dotadas, son capaces de excelentes presentaciones escolares conseguidas al precio de una gran ansiedad, pero disfrutadas luego como una reconfortante prueba de su integridad mental.

Desgarradas por las vivencias de su propia turbulencia emocional, donde los predominantes sentimientos de depresión y de angustia están reñidos con el recurso a la excitación, temen constantemente volverse locas. En los sujetos más turbados, los momentos de descompensación se caracterizan por rápidos *flashes* alucinatorios de tipo visual. Son capaces de mantener relaciones afectivas prolongadas e importantes, si bien a menudo tumultuosas, tanto con amigas como con parejas. Se trata de relaciones que las ayudan a romper el sentimiento crónico de vacío. Algunas pueden aceptar de sus parejas comportamientos destructivos con respecto a ellas por el componente excitante propio de una relación de tipo masoquista.

A diferencia de otros subgrupos, aquí la excitación es buscada activamente, a niveles muy primitivos, ante todo en la orgía bulímica, que puede adquirir caracteres compulsivos y caóticos, y luego en las manipulaciones del cuerpo, que van de raparse la cabeza a conductas más gravemente autolesivas como cortes o heridas, al abuso de drogas, al riesgo físico debido a acciones temerarias o la frecuentación de ambientes de mala vida. Sin embargo, ésta búsqueda de excitación revela siempre, cuando se profundiza, su naturaleza antidepresiva, el esfuerzo de romper las vivencias subyacentes de fragmentación y desánimo, vivencias que son de intensidad psicótica, tanto más impresionantes por su coexistencia con componentes relativamente organizados de la personalidad que permiten la presencia de áreas de relativa adaptación. Si se indaga en la historia infantil de éstas muchachas dentro de un tratamiento individual, se puede hallar, además de la crónica y angustiada ausencia de recuerdos anteriores a la anorexia (en particular, respecto de las figuras paternas, que son muy nebulosas), una historia de síntomas infantiles (fobias, obsesiones, micción involuntaria prolongada, *pavor nocturnus*, grave ansiedad de separación...) que fueron trivializados por los padres e interpretados no como signo de desasosiego psíquico, sino como caprichos a los que no era necesario prestar atención.

Las pacientes de éste subgrupo pueden alternar faces restrictivas con faces bulímicas y en algunos casos (dos de diecinueve) el peso puede oscilar entre el adelgazamiento excesivo y la obesidad. El rendimiento prestacional oscila incluso en sujetos con una brillante dotación básica. Pueden presentar momentos de apatía, retraimiento y profunda descompensación depresiva, en los que existe la posibilidad de que se manifiesten tendencias suicidas, seguidos por periodos de hiperactividad, experimentados como intentos de procurarse una norma y una consistencia psíquica a través de la acción. El control alimentario, asociado a aspectos de rígida organización cotidiana, es vivido como una aspiración a estabilizar un mundo interior fluctuante y caótico, caracterizado por la angustia. El ayuno y la restrictividad suelen ser severísimos, intercalados por *explosivos* atracones angustiantes, peligrosos y desordenados por la cantidad y la calidad de los alimentos, tragados sin ritualidad o preparación.

A menudo el vómito es practicado varias veces al día, en ocasiones después de cada comida no restrictiva. Entre las conductas de eliminación deben considerarse los laxantes, de los que con frecuencia se abusa en las fases depresivas, no sólo para generar una “mágica” limpieza interna, sino también porque, ingeridos en dosis altas, producen una experiencia de extrema debilidad que, con la sensación de muerte, induce una especie de quietud que pone un efímero término a la angustia. Los impulsos de muerte y autodestrucción serpentean constantemente en estas chicas, que en las fases descompensadas pueden poner en serio peligro su integridad física. Sin embargo, paradójicamente, la muerte se teme, a diferencia de lo que acaece en la anorexia narcisista, donde los núcleos delirantes impiden la percepción de la angustia.

Respecto a dejar traslucir hacia el exterior el sufrimiento, se encuentran formas expresivas muy diversas, desde la exhibición de la propia y dramática condición con gritos, imploraciones y llantos prolongados, a un igualmente dramático recelo de la oferta empática, tanto verbal como ejecutada.

Si aceptan la terapia, pueden crear un vínculo muy fuerte con el terapeuta, mucho más que las obsesivo-compulsivas y las narcisistas pero rompen fácilmente la relación apenas se sienten decepcionadas por él. El terapeuta debe prepararse para experimentar una intensa ansiedad, puesto que la angustia de estas pacientes es contagiosa y su volubilidad hace muy difícil conservar las reglas definidas del encuentro.

En efecto, también en el vínculo terapéutico muestran rasgos de dependencia mezclados con fuertes rasgos narcisistas de rechazo, pasando de sentirse indignas de cuidado a ser arrogantes y orgullosas, hasta convertirse en abiertamente agresivas cuando están desesperadas. Característica que es, en cambio, bastante rara en las categorías dependientes y obsesivo-compulsivas, y que se puede encontrar a veces, si bien en forma dramática, entre las narcisistas. Aquí, la alternancia entre estados emotivos contrastantes, típica de la adolescencia, ésta casi enfatizada.

Se puede decir que con este subgrupo de casos se ha tenido éxito en cerca de la mitad de las terapias, es decir, menos que con las pacientes dependientes y obsesivo-compulsivas, pero más que con las narcisistas. (Selvini- Palazzoli. 1990, pp. 198-203)

### Tipo Obsesivo-Compulsivo:

Son muchachas que a veces pueden conservar algún modesto rasgo de dependencia, tienden al aislamiento y la autosuficiencia. En ellas han prevalecido experiencias de apego de tipo esquivo, pero parcialmente compensadas por fases de apego más seguro. En cuanto a su infancia, éstas chicas no han tenido un vínculo preferencial con uno de los padres.

A menudo han recibido una crianza irreprochable en el plano formal, pero casi actuada, “mimada”. En el plano escolar y laboral, estas chicas se aplican con dedicación; a veces, si los rasgos depresivos no son muy altos, alcanzan muchas horas de estudio, experimentadas como penoso deber. Los éxitos escolares, aunque prestigiosos, no parecen sostener la autoestima: la muchacha parece incapaz de reflejarse en los propios resultados. El producto “expuesto” y apreciado por el entorno no parece vivido como buena prueba de sí misma, y el ansia de

prestación domina el terreno. Casi siempre conservan la aplicación escolar y laboral incluso en la fase sintomática.

El placer también está ausente de las actividades del tiempo libre, que entran rápidamente en la espiral prestacional. Hacia el cuerpo tienen una actitud espartana, se visten de manera anónima, a veces con rasgos que parecen evidenciar un rechazo de la identidad sexual (por ejemplo, no se ponen faldas en ningún momento).

A menudo practican actividades motorizadas y deportivas de manera compulsiva. Se imponen posiciones fastidiosas y se privan de sencillas comodidades (por ejemplo, el agua caliente).

La vida amorosa, aunque muchas de ellas están bastante aisladas, a menudo es modesta pero está presente. En efecto, son capaces de entrar relaciones importantes con chicos, amigos/as o hermanos/as, aun cuando frecuentemente se trata de relaciones exclusivas, que no borran un cuadro general de soledad y aislamiento. Socialmente saben adaptarse, temiendo con angustia la reprobación crítica del entorno. Ambicionan pasar inadvertidas y parecen atrapadas en una batalla consigo mismas.

De costumbre, mantienen una parcial capacidad crítica hacia los padres, oscilando de manera contenida entre condescendencia y agresividad, que aparece, no obstante, sólo si encuentran oposición a sus propios rituales.

Raras veces idealizan a sus padres, a veces al padre, al que estiman si son correspondidas por él. La relación con la madre no es funcional como en el tipo dependiente, ni inestable como en el tipo borderline, sino más bien caracterizada por una histórica barrera, por la distancia, por la incomunicación y la inaccesibilidad. Estas madres han sufrido en la infancia más carencias que las madres de las dependientes. Han cumplido con su "deber" con sus hijas sin obtener ningún placer en la relación (es decir, asistencia mimada). Son mujeres que, a menudo, han tenido en algún periodo crucial del desarrollo de las hijas grandes preocupaciones y fuertes sobrecargas: la duda, por ejemplo, sobre las habilidades profesionales del marido, cogido por el vicio del juego o que corre el riesgo de dilapidar el patrimonio, o que acaba de quebrar en su propia empresa, única fuente de renta para la familia; o su etilismo, o una grave enfermedad, o aún la furia generada por tener que atender a los suegros inválidos sin recibir la ayuda del marido o teniendo que descuidar, por eso, a sus propios hijos, muy pequeños. Estos sentimientos, vividos por lo general en la soledad, sin compartirlos ni desahogarse con las personas queridas, "colonizan" la mente de la mujer, amenazándola en su íntima seguridad, y hacen de su vínculo con la hija recién nacida e infante más una carga emocional que una gratificación. Puesto que son mujeres profundamente sacrificadas, las madres de las futuras anoréxicas obsesivo-compulsivas no se sustraen de sus deberes y frecuentemente ni siquiera piden ayuda, sino que "aprietan los dientes" reconfortándose por haber hecho todo lo necesario con escrupulosidad. El tipo de cuidado parental que deriva de ello es meticuloso, pero inanimado. De aquí, entonces, las vivencias de las pacientes de estar trágicamente solas, totalmente incomprendidas por sus madres inalcanzables o distraídas por mil problemas, con la desoladora sensación de no poder fiarse de ellas. Esto las hace desconfiadas con el terapeuta y, en las fases avanzadas de la terapia, angustiadas por su mismo deseo de dependencia. En efecto casi ninguna ha entrado en una prolongada relación terapéutica individual.

En la adolescencia, la falta de un vínculo positivo entre éstas chicas y sus madres se expresa en actitudes hipercríticas por parte de estas últimas y en una educación rígida carente de diálogo. Algunas madres llegan a ser desvalorizadoras y fóbicas respecto al posible desarrollo sexual de las futuras pacientes. Los padres se sienten, en general, ausentes de la vida emotiva de las hijas. A lo sumo, pueden haber apreciado sus competencias mentales, lo que las ha reafirmado en el plano mental-prestacional. Así, la naturaleza sexual femenina de la muchacha es escasamente apreciada por el padre que, antes bien, parece sentirla más como una fuente de embarazo que como un valor.

La dieta empieza a menudo por motivos de peso o para destacar las formas sexuales adolescentes, pero rápidamente se hace muy estricta, vivida como una prueba de control y de adecuación. El ayuno frecuente es raro; es frecuente la ingesta de alimentos particularmente hipocalóricos, muy poco variados ( hasta la monofagia ), preparados con meticulosidad, a la que contantemente está asociada una sintomatología fóbica. Si es contrariada, la paciente tiene crisis de ira y de retraimiento, a las que siguen nuevas restricciones. Cuando se verifican atracones, éstos son poco abundantes, al punto que frecuentemente el alimento ingerido durante estas crisis es inferior, en su cantidad, a una comida normal. La pérdida de control es breve, provocada, de costumbre por la ingesta de alimentos "prohibidos" como el chocolate o dulces. El atracón es vivido como una derrota y las conductas de eliminación (vómito, laxantes) son puestas en marcha con angustiada ferocidad. Sólo la grave postración sucesiva a estas acciones autolesivas parece aplacar la angustia suscitada por la pérdida de control. La impulsividad, la dependencia y el deseo son temidos como sentimientos de los que se puede derivar dolor. La coraza defensiva obsesiva parece proteger, como el caparazón de una molusco, las partes vitales blandas.

Su resquebrajamiento genera pánico, su rígida presencia anestesia el sentimiento de debilidad. Para ésta categoría Selvini tuvo un alto número de éxitos terapéuticos (ocho de diez), aunque sin aquellos largos recorridos individuales que a menudo han caracterizado, en cambio, a las anteriores categorías dependientes y borderline. (Selvini- Palazzoli. 1999, pp. 203-207.)

#### Tipo Narcisista:

Indudablemente la más difícil en la aproximación terapéutica, a ésta paciente le cuesta involucrarse en la relación. El egocentrismo, la megalomanía, la intolerancia a la crítica y al fracaso, la comprensión a la exploración de los demás la hacen ingrata para el terapeuta, que tiene muchas dificultades para experimentar empatía.

A menudo son "arrastradas" a la terapia por los padres, pues sostienen de manera mucho más marcada incluso que las obsesivo-compulsivas que están bien y que se gustan. Esta particular hostilidad por la terapia se funda en la dificultad profunda de entrar en relaciones afectivas e íntimas tanto dentro como fuera de la familia.

A veces presentan rasgos paranoides que inducen a escasos intercambios con el mundo extra familiar e incomunicación de la intimidad con quienes conviven con ella. Aunque tienen relaciones pseudoadaptadas en la vida social, son fuertemente instrumentalizadoras con las personas, a las que utilizan para tener una platea (que incluye al terapeuta) para la propia dimensión

exhibicionista, o bien, en los cuadros menos organizados, como modelos idealizados a los que adherirse, tomando en préstamo acríticamente sus modalidades de apoyo del propio falso Yo. Alguna, en cambio, cuando aflora de dimensión depresiva, van más hacia una especie de autismo, llevando una vida de sustancial aislamiento.

Estas chicas asumen actitudes de superioridad hasta el desprecio por los padres o por uno de ellos en particular, sobre todo la madre. A veces se presentan abiertamente alineadas con un padre contra el otro, al que ven como un incompetente. Respecto de las demás categorías, parecen más establemente determinadas en la actitud de negación del sufrimiento.

Para ellas, alimentarse está casi siempre asociado a acciones de control, sobre el entorno y las relaciones (estar solas en la cocina, pretender que otros ingieran “antes” raciones de alimento, llevar a término largas y complejas preparaciones alimentarias para los demás, etc.). con el avance de la patología, la modalidad restrictiva puede dejar su sitio a comidas consoladoras definidas como atracones, pero sin carácter desordenado o impulsivo, que luego son rígidamente eliminadas a través del vómito. Cuando aflora la angustia subyacente, los rituales de eliminación se prolongan y pueden ser peligrosos. El cuidado del cuerpo es meticuloso y las ropas son frecuentemente costosas y rebuscadas cuando está prevista la interacción social. En soledad o en el ámbito doméstico pueden ser muy descuidadas y sufrir una regresión a medida que afloran los aspectos regresivos. Muchas rechazan a los chicos y a los cortejadores *antes* de la explosión sintomática; casi siempre son ellas las que dejan a un chico con el que han tenido una relación, incluso bastante formalizada, en la que se situaban en la posición de ser cortejadas y rechazaban entrar en una relación más íntima.

Selvini Palazzoli (1999) encontró que en su historial, éstas chicas presentan graves carencias infantiles, son frecuentes los elementos de excitación y seducción por parte de ambos padres en la pre-adolescencia y en la adolescencia.

Son exhibidas por los padres como compensación narcisista, deben ser “especiales”, princesas sobre las que se vuelcan grandes expectativas con exigencias de prestación, predeterminadas incluso agresivamente, recurriendo a chantajes y a amenazas de desprecio por parte de los mismos padres. El daño precoz con un apego de tipo esquivo y con una muy temprana adultización, ha sido luego estabilizado por una crianza carente de empatía.

Se pueden identificar dos variantes: la más autista, donde prevalecen los rasgos depresivos y la más paranoide, caracterizada por una historia de “síndrome de indemnización” respecto a los padres.

Cuando es posible inducirlas a la consulta familiar, a menudo el equipo se encuentra frente a un balance muy precario de los recursos. Con frecuencia los padres son portadores de tales problemas, en su propio equilibrio emocional, que hasta sus rectas intenciones colaboradoras no parecen suficientes para la inversión terapéutica. Es difícil inducir en los padres una depresión constructiva, de la que se defienden; las madres más accesibles a ésta posición, no están en condiciones de utilizarla de manera fiable para un trabajo de reparación.

La relación padres-hijos, cuando está presente es turbada por los típicos celos competitivos



característicos de una crianza en las que la disponibilidad afectiva de los padres, además de crónicamente deficiente está acompañadas por ambiguas señales de privilegio ora por uno ora por otro. Un recorrido individual de la paciente, cuando es aceptado, plantea el grave problema de conducir a la muchacha de visita a la imponente depresión subyacente, de la que se defiende con la anorexia; depresión que puede colapsarla o llenarla paranoicamente de odio hacia las figuras paternas, favoreciendo un deterioro indeseable de la conducta de tipo agresivo (pretensiones, escenas, insultos, ataques).

Las expectativas de la terapia deben centrarse primordialmente en hacer que la paciente lleve una vida vivible, modificando, si es necesario, la realidad vital externa, incluso proponiendo experiencias como comunidades o acogimientos con familiares.

Como es de suponerse, con éstas chicas se han tenido el mayor número de fracasos terapéuticos.

Finalmente, con éste subgrupo, llegamos a la conclusión de que : “la generalización unificadora sobre las características de personalidad de las anoréxicas nos ha llevado hasta no hace demasiado tiempo a dar un peso insuficiente a la específica diagnosis de personalidad de éstas pacientes, haciéndonos privilegiar las hipótesis explicativas y las consiguientes estrategias terapéuticas según el modelo de las experimentadas con éxito con otras anoréxicas, que, en cambio, presentaban personalidades dependientes o borderline. A la luz de éstas reflexiones, ésta especificidad de diagnosis parece ahora imprescindible para las futuras intervenciones. Por el contrario, a nivel retrospectivo se puede pensar que el clásico modelo paradójico basado en los elementos de la brevedad de la relación y de la mezcla de la alianza con un desafío provocador, era particularmente apropiado para ésta cuarto tipo de pacientes” (Selvini-Palazzoli, 1999, pp.207-210).

## Anorexia Nerviosa Masculina.

La Anorexia Nerviosa también ocurre en hombres, pero esto es más raro, algunos autores coinciden en afirmar que su relativa frecuencia oscila entre un 5 y un 10%, originándose en la adolescencia, al igual que en las muchachas.

En algunos de los casos con varones, se advierte un retraso en el desarrollo físico y genital importante. Algunos autores creen que la anorexia masculina y femenina se diferencian en la hiperactividad, ya que las jóvenes se entregan a ejercicios y actividades más allá de lo normal; mientras que en los adolescentes predomina la apatía y la pasividad.

Wall cree que los pacientes con A.N. del sexo masculino tienen personalidades muy semejantes a la de los alcohólicos y drogadictos jóvenes. Para él, el alcoholismo y el rechazo a comer son formas de evadirse de la responsabilidad.

Cobb cree que la A.N. en el varón evoluciona hacia una esquizofrenia. Para otros autores en realidad se trata de una esquizofrenia. Algunos autores ven ciertos rasgos de homosexualidad en los varones con A.N.; otros no. La pérdida del interés sexual parece que es más rápida que en las mujeres aunque la libido vuelve cuando ganan peso. Los noviazgos y masturbaciones al principio son rechazados (Chinchilla, M. A., 1994).

V. Taipale y cols (1998, pp. 240. En: Pruneda, H. , 1998). Sugieren que *“el padre rechaza al hijo varón a causa de su debilidad, mientras que la madre favorece sus rasgos femeninos”*; señalan que la proximidad de la adolescencia horroriza al muchacho, porque ni el padre ni la madre son capaces de ayudarlo a hacerse un hombre adulto; al llegar a la juventud, han recurrido a su madre, con el deseo de seguir siendo niños; estos autores creen que la anorexia es una forma más o menos femenina de reaccionar y que se da en muchachos que tienen una predisposición particular.



## Otras Definiciones de la Anorexia Nerviosa:

A continuación se presentan otras definiciones de orden psicológico para comprender éste trastorno desde otra perspectiva.

**J. Lacan** (Lacan, J. 1957. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) menciona que lo más significativo de la enfermedad es su naturaleza autoagresiva. Conceptualiza la anorexia como *“una insuficiencia congénita de las funciones vitales y la incluye dentro de los complejos determinados por factores culturales”*. Connota a la anorexia como el síndrome de suicidio no violento debido a la tendencia a la muerte considerando que se expresa de forma oral por estar moldeado por el complejo del destete, primera señal de la angustia de la separación-individuación.

**M Sperling** (Sperling, M. 1977. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) considera que la anorexia no es una enfermedad psicósomática a pesar de que la incluye en su libro sobre enfermedades psicósomáticas por sus importantes signos físicos, pero señala que estos son de naturaleza neurótica. Para ella, “el conflicto básico en el trastorno es edípico, triangular y el impulso prohibido es la libido, el sexo”.

Sin embargo, reconoce la fijación pregenital y el intenso narcisismo y la vulnerabilidad de las anoréxicas. No comer dice, “sería su síntoma regresivo; reprimen la sexualidad y el impulso reprimido es desplazado de la zona genital a la oral”. La comida se rechaza como equivalente del sexo prohibido; pero también se trata de dominar todo el cuerpo que representa lo instintivo y como tal es temido.

**H. Thomä** (Thöma, H. 1961. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) juzga que el problema de la anorexia no radica en el instinto, sino en los impulsos. Sostiene que “el comportamiento de las pacientes con su madre manifiesta plenamente una ambivalencia oral, ambivalencia deformada por mecanismos defensivos conducentes a una especial deformación del Yo, deformación que cabe atribuir a la regresión del Yo, estadio de satisfacción alucinatoria”. El anoréxico teme la fuerza de los impulsos y también a la realidad. El temor de satisfacer el apetito parece mayor que el de morir de hambre. En opinión de Thomä, “al convertirse

a la madurez sexual en realidad psíquica se produce una importante crisis intrapsíquica debido a la no concordancia entre el yo ideal y el yo corporal”, que en la anorexia toma una forma varonil, al deseo de ser un muchacho le sigue el deseo de ser pura y asexuada.

El anoréxico mental no sólo teme incorporarse por vía oral sino incluso a la proximidad emocional, a la ternura, al contacto físico y cuanto significa tomar y recibir. El cuerpo, dice Thomä, “es el objetivo de tendencias agresivas y eróticas a un tiempo”, y las cualidades femeninas son incompatibles con el ideal del Yo. Hace hincapié en que la anorexia mental es la manifestación de un trastorno de los impulsos y la ambivalencia oral es el origen de la sintomatología”.

**Freud, Sigmund** (Freud, S. 1965. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) sostiene que *“la anorexia estaba relacionada con la melancolía y que se presentaba principalmente en jóvenes mujeres carentes de un adecuado desarrollo sexual”*.

**Masterson J.** (Masterson, J. 1977. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) describe a la anorexia nerviosa como *“un fenómeno borderline donde se da una falla temprana en la estructura del yo resultante de las interacciones padres-hijo deterioradas que impiden que el hijo logre la separación-individuación”*. Además, refiere que los síntomas de la anorexia representan la necesidad de permanecer infantiles, por miedo a confrontar un profundo abandono y depresión que se presentaría al intentar la individuación.

**Donald W. Winnicott** (Winnicott, W. D. 1966. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) relaciona la anorexia nerviosa *“con una vivencia catastrófica muy temprana que en aquel momento no puede ser elaborada por falta de un yo auxiliar materno capaz de suplir las funciones yoicas del bebé”*.

Describe haber una *“sensación de vacío primitivo que crea la necesidad de llenarse, indispensable para poder vivir, y que al no haber podido ser llenado a tiempo, fue percibido como amenaza, creando angustia de aniquilación reviviéndose posteriormente en una etapa crítica de la vida en donde dicha sensación de vacío presenta el problema central”*.

**H. Bruch** (Bruch, H. 1962, pp. 187-194) destaca tres rasgos esenciales del trastorno: *“una percepción errónea característica de los indicios corporales internos, con incapacidad para reconocer las manifestaciones de la privación de nutrientes”*

como el ejemplo más pronunciado, una sensación paralizante de desamparo e ineficacia y un trastorno de la imagen corporal que hace que los pacientes se consideren gordos aunque estén excesivamente delgados". La autora incorpora a su enfoque del trastorno las etapas de la evolución cognitiva postuladas por Piaget. Partiendo de los procesos de acomodación y asimilación como motores sustantivos del desarrollo cognitivo. Defiende que la anoréxica experimenta un déficit de comportamientos iniciados por ella misma, lo que la deja a merced de la influencia ambiental. De ahí una gran parte de su supuesto sentimiento de ineficacia. Asimismo, la anoréxica no pasará a la etapa de operaciones abstractas, manteniéndose dentro de un estilo de pensamiento concreto, egocéntrico.

Este déficit cognitivo, junto con la dificultad para reconocer los estados internos, determinaría la vulnerabilidad para la anorexia nerviosa en una época que sería la adolescencia, donde las elevadas exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol se hacen presentes. Estas deformaciones cognoscitivas y de percepción intensifican el sentido de ineficacia personal y refuerzan la necesidad de seguir buscando la delgadez con objeto de conservar el sentido del control.

**M. Selvini Palazzoli** (Selvini-Palazzoli, M. 1990. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) define la anorexia como "una defensa paranoide intrapersonal en la que la afirmación del propio poder vivida como imposible en las relaciones interpersonales, es conducida a las instancias intrapersonales en la lucha con el cuerpo". La autora plantea cómo distinguir la verdadera anorexia nerviosa de otras formas de mal nutrición psicológica: considera que hay una combinación de consciencia y una obstinada determinación para adelgazar; además de un intenso interés por la comida.

Señala así mismo, "que rechaza la satisfacción oral, el hambre, significa adquirir seguridad y poder", siendo sentida la satisfacción oral como incompatible con la necesidad de seguridad y de ser autónomo y poderoso; el poder es algo inaceptable, culpable y concreto portador de la pasividad psíquica que siente la persona enferma.

Sentir que "el propio cuerpo es un enemigo amenazador, al que no se debe destruir brutalmente sino solamente mantener a raya" dice, es el fenómeno central de la anorexia nerviosa.

S. Minuchin y cols. (Minuchin, S. 1978. En: Huidobro, E. 1998, pp. 11-14) ven a la anoréxica como “un síntoma o manifestación de un sistema familiar que no funciona adecuadamente, específicamente en la relación de subsistema parental con la paciente”.

*Se puede concluir éste apartado exponiendo el hecho real de que cualquier persona puede realizar una dieta por muy diversas circunstancias, las cuales se pueden sintetizar en dos: el estar a disgusto con la forma y las dimensiones del cuerpo o debido a un inadecuado funcionamiento del mismo; Sin embargo, no todas las personas desarrollan un trastorno alimenticio en el cual pongan como enemigo al propio cuerpo, ejerciendo sobre éste una acción defensiva y comenzando una lucha constante y permanente no sólo con la imagen que proyecta ése cuerpo sino con todo lo que constituye. Tal panorama aún cuando parezca un campo de guerra, es el espacio en el que se mueven las anoréxicas, por tanto hay que evaluar detenidamente cada movimiento para evitar la batalla final y la destrucción absoluta.*

*“De la Relación que se establezca entre la pareja madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en qué medida; que el placer o el displacer sean las experiencias centrales de su vida; que, a los fines de la gratificación, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que provee a sus necesidades y que al mismo tiempo es para él, el primer representante del mundo externo”.*

*Anna Freud*

## Capítulo 2

### Importancia de la Madre en el Desarrollo Temprano de la anoréxica

#### *Trastornos de la Ingesta en la Infancia.*

La alimentación generalmente ha representado un problema para las madres, que preocupadas y afligidas no saben qué hacer para que su hijo coma. Evocaciones tales como: “sutanita come nada; a manganito no le gusta la carne; perenganito se tarda mucho en comer lo que le doy” se presentan frecuentemente. Las madres por lo regular suelen emplear amenazas, chantajes, regaños y castigos con tal de que el niño coma algo, sin caer en la cuenta de que esto en lugar de beneficiar el acto de comer, los predispone hacer todo lo contrario.

En primer lugar, conviene subrayar la importancia de la conducta alimenticia en el desarrollo psicológico del niño desde su nacimiento.

En estos casos la actitud de la madre durante la alimentación al seno es de primordial importancia: su sonrisa tierna, la manera en que estrecha a su hijo entre los brazos y su calor, le confieren al bebé una sensación de comodidad que se suma al placer experimentado apaciguando su apetito. Más tarde el niño aprenderá a distinguir esta sensación de comodidad del placer alimenticio y tratará incluso de reencontrar tal situación de placer fuera de la alimentación, procurando que sus padres lo tomen en brazos y succionando el pulgar para intentar conseguir una repetición del placer.

El Dr. José Novoa B. (1994) pediatra de profesión, señala que “los niños que no comen, siempre lo hacen por alguna razón” y expone las causas de la inapetencia dividiéndolas en cinco grupos:

a). *Primer grupo.* Se trata solamente de un error de apreciación de quienes les dan sus alimentos, porque suponen que deben comer más y en realidad comen bien.

La mayoría de las personas que tienen al cuidado un niño; ya sea la madre o alguien más, por lo regular, parten de prejuicios, convencionalismos y tradiciones carentes de razón acerca de la alimentación; por ejemplo, si un niño está gordito, puede pensarse que está sano; mientras que si el niño es delgado se cree que está enfermo. Por supuesto esto es una falacia.

b). *Segundo grupo.* Son aquellos niños que comen suficiente cantidad, pero no los alimentos adecuados ni en los momentos oportunos. En éste grupo están todos los niños que toman sus alimentos a intervalos muy cortos, cuando se les intenta dar de comer sin haber pasado el tiempo suficiente para volver a tener hambre, éstos manifiestan poco apetito y por ende rechazo al alimento.

c). *Tercer grupo.* Son los niños que comen mal porque existe una causa física que les está quitando el hambre. Que están enfermos o sufriendo algún padecimiento; alguna infección de los riñones, de tuberculosis u otro tan aparente como el sarampión. La mayoría de las

enfermedades suelen quitar el hambre.

A este respecto Hibert y Hibert (1980) señalan que es una reacción normal cuando se está encamado, y los padres no se inquietan demasiado viendo que el enfermito rechaza platillos que le gustaban mucho normalmente, no le obligan a comer y piensan que volverá a tener apetito. Pero he aquí que el pequeño convaleciente sigue siendo igual de difícil, incluso suele suceder que las comidas se conviertan en dramas y el niño se niegue a comer pese a todos los esfuerzos maternos.

En este caso, en opinión de los autores “la enfermedad ha servido de pretexto para que se desencadene la anorexia” y que, aprovechando una brecha en las defensas, la fatiga física del niño, puede precipitarse e invadir el terreno un estado que no resultaba aparentemente y quedaba bien controlado.

Sin embargo, estos autores sugieren que ante este rechazo a la alimentación correspondería establecer un diagnóstico diferencial; ya que muchas veces conviene eliminar una posible malformación del sistema digestivo, por ejemplo, una oclusión que provoque vómitos o también ciertas alteraciones de la asimilación, así como la galactosemia en que la leche actúa como un veneno sobre el niño. De todas formas, debe especificarse que tales causas son muy raras y que, en la gran mayoría de los casos, se trata claramente de una anorexia mental.

*d). Cuarto grupo.* Tienen un problema afectivo que les impide comer con apetito. La causa es emocional. Si recientemente ha habido conflictos conyugales en el hogar, si acaba de tener un nuevo hermanito, si hubo separación del medio familiar, si hay conflictos entre madre e hijo, etc. El niño puede reaccionar con sentimientos de angustia, de presión, celos o tantos otros que, privándolo de su equilibrio emocional, lo condena a la inapetencia. Hibert y Hibert (1980) hace referencia a las frustraciones sufridas por el niño con relación al nacimiento de un hermanito.

En primer lugar dicen, el niño se verá separado de su madre durante unos días, separación inevitable, ya que cualesquiera que sean sus disposiciones personales nada, ni siquiera una enfermedad infantil, podría impedir que su mamá se vaya a la clínica o al hospital. Incluso sucede en la mayoría de las veces que sea la primera vez que el niño se aleje de su madre y vaya a otra casa para ser cuidado.

Cuando regresa a su casa para reanudar sus actividades, se encuentra todo alterado por la presencia de un recién nacido exigente y chillón, que además no muestra algún interés hacia su persona y ni siquiera podrá jugar con él.

El niño, indican los autores (Hibert y Hibert, 1980), se sentirá igualmente frustrado ante el gran número de pequeñas exigencias, tales como prohibirle que se le acerque o que lo toque, que haga ruido por temor a despertarlo, así mismo se verá obligado a esperar que su madre termine de cambiar y darle el biberón al bebé, antes de atender a sus llamados. Si existe poca diferencia entre el primero y el recién llegado, el problema se hace más agudo; ya que el primero aún es muy dependiente de la madre para aceptar compartirla con otro.

Más aún, como su conocimiento del mundo sólo se realiza a través de esa relación (madre-hijo) no puede concebir la presencia de un tercer miembro.



Esto constituye para el mayor un grave traumatismo que perturba la propia integridad de su personalidad y crea así múltiples problemas. Éste puede manifestar una regresión en su comportamiento, sentirse invadido de nostalgia ante el recién nacido y desear volver a ser tan pequeño y por consiguiente tan mimado por su madre como lo está siendo su hermanito. Puesto que evidentemente eso es imposible, el niño se siente frustrado y un modo fácil de protesta lo constituye el rechazo alimenticio. Protesta que sirve para llamar la atención de la madre y obligarla a permanecer cerca de él la mayor parte del tiempo.

Otra de las frustraciones que sufre el niño y que puede producir el mismo resultado, es la separación del medio familiar. Esta separación entre madre e hijo, sobre todo si se hace de manera abrupta, puede crear en el niño un grave sentimiento de inseguridad. Es importante señalar, que si esta separación se produce antes de los nueve meses, puede provocar alteraciones significativas en el desarrollo del niño, entre la que se hallará la anorexia como problema asociado a otros muchos; ya que a esa edad el niño comienza a diferenciarse claramente de su madre y la reacción esperada muchas veces es negarse a comer.

En ocasiones se presenta otra especie de frustración, siendo ésta la disociación de la pareja paterna. El niño que escucha discutir a sus padres suele tomar sus palabras en un sentido literal y siente amenazado su universo. Esto crea en él una angustia permanente, muy apropiada para desviar su interés del placer alimenticio. La anorexia representará para él, un medio de captar la atención de sus padres y de asegurar su presencia.

Una más de las causas desencadenantes de la anorexia se ubicará en los conflictos entre madre e hijo. Los autores (Hibert y Hibert. 1980, pp. 17-25.) destacan que: ésta relación no siempre es armoniosa. Puede conocerse su calidad en la actitud más o menos consciente que la madre adopta en el momento de las comidas: a) Si se muestra indiferente y no se ocupa del niño que come como puede y se siente privado de una atención a la que tiene derecho. b) Si está ansiosa y no soporta que su hijo se lleve una cucharada de alimento a la boca. Este comportamiento obsesivo de la madre puede en la mayoría de las veces favorecer la anorexia.

c) Si trata de imponerle reglas de higiene alimenticia demasiado estrictas, en particular a la observación de horarios y buen comportamiento en la mesa que provocan una reacción de oposición.

Estas diferentes actitudes de la madre están condicionadas por su personalidad y reflejan sus propios conflictos tanto pasados como presentes. Ahora bien, cuando la madre reacciona mal. Sea porque está cansada, ansiosa, enojada o por otras razones, presenta al niño una imagen de sí misma que resulta intranquilizadora. Los autores afirman que el placer que el niño obtiene de sus comidas está asociado directamente a la imagen tranquilizadora de la madre.

Se ha visto, pues, cómo las diferentes frustraciones sufridas por el niño culminan todas en la misma situación; el niño se niega a comer.

e) *Quinto grupo.* Son los niños que han sido forzados a comer por largo tiempo, los que a la larga van a sentir repugnancia por todos los alimentos que se les han obligado a comer. Es

una inapetencia, o anorexia mental, y se considera como un trastorno de conducta que puede repercutir en la etapa de la adolescencia.

Indica el Dr. Novoa (1994, pp. 21-24.) que también una fijeza excesiva en los horarios de las comidas, pues no siempre corresponden a los deseos del niño; éste puede tener mucha hambre antes de la hora de su biberón y hallar insoportable la espera, o de modo inverso; tener demasiado sueño en el momento de tomar sus alimentos para que los acoja complacido.

Hibert y Hibert (1980, pp. 15.) proponen que la forma más conveniente para alimentar al bebé está en que la ración que se le dé al niño corresponda cumplidamente a sus necesidades; ya que una ración demasiado abundante puede conducir a forzar de modo desagradable al bebé; mientras que una ración muy escasa deja al niño con hambre y esto puede crear asimismo un sentimiento de frustración. Por estas razones, es malo exigir a un niño que tome en cada comida igual cantidad de alimento, su apetito es variable y hay que respetar esta variabilidad si no se quiere que el niño identifique sus comidas con una experiencia desagradable. Sin embargo, es muy raro que un niño no experimente una sensación desagradable.

Qué madre por ejemplo puede jactarse de nunca haber llegado tarde a dar el biberón.

Incluso puede decirse que es normal, y aún más, saludable y necesario, que un bebé realice de este modo el aprendizaje de cierta frustración en sus deseos. Si no, hay que imaginarse en qué clase de tirano puede convertirse si jamás sufre la menor contrariedad. Ello no impide que esta frustración sea para él origen de angustia, al descubrir por primera vez que, lo que creía bueno, puede ser malo en realidad.

Los autores aseguran que si esta experiencia queda limitada en el tiempo y en frecuencia, se compensa por sí sola; si no, puede provocar reacciones muy precoces de oposición frente a los alimentos.

La actitud de la madre en ese momento es importantísima, nada en su comportamiento debe dejar adivinar al niño que sucede algo anormal. Si el bebé advierte que su madre está nerviosa o muestra ansiedad acaba por sentirse desamparado y aumenta su propia inquietud y su sensación de malestar.

Y lo que sólo era un incidente banal, cobra para él resonancia amplificada, le hace perceptible una sensación de catástrofe y el placer cede luego al temor. Ante esto, el niño puede reaccionar de dos formas: Una es que rechace la alimentación, que asocia a una sensación de desagrado, de temor a despertar dicha sensación. El bebé que rechaza el biberón, llora si se le insiste y se resiste si tratan de introducirle a la fuerza la tetina en la boca. Cuanto más se defiende, más se convence a sí mismo de que existe un peligro real y de que está obligado a resistirse para no dejarse vencer por él. Lo que sólo era temor a un posible desagrado, se convierte en terror frente a una experiencia que realmente es muy desagradable, y la llegada del biberón será esperada y luego vivida en una atmósfera de angustia creciente en cada repetición. La otra forma, es cuando el niño come demasiado y sobre todo con excesiva rapidez por temor a verse frustrado en el placer que espera hallar en la alimentación.

En uno y otro caso es muy difícil que la madre llegue a comprender la reacción de su hijo y establezca su propia conducta en función del auténtico deseo infantil de superar el problema del hambre para tratar el problema real que es el de su propia relación con el hijo.

Hibert y Hibert (1980, pp. 28-30.) observan otras conductas que presentan rasgos patológicos en el comportamiento alimenticio.

1). *Las rumiaduras*: Se detectan éstos fenómenos en el lactante, en general en el curso del segundo semestre de vida; el bebé que ha tomado su biberón hace esfuerzos intencionados por devolverlo y reserva solamente una ínfima parte en su boca dedicándose entonces a pasearla por ella durante un tiempo más o menos largo. Esta actividad parece procurarle un evidente placer; se entrega a él por completo sin prestar atención a lo que sucede a su alrededor. Si el niño suele repetir ésta conducta durante el día, llega a rechazar la mayor parte de sus biberones y pronto alcanza un estado de subalimentación manifiesta. Esta alteración denominada mericismo, expresan los autores es a consecuencia de un grave problema de relación con la madre; con frecuencia existe una carencia materna y el niño busca un placer que compense su frustración de amor materno en una manifestación digestiva.

2). *Los vómitos*: Se observan tanto en el lactante como en el niño mayor y suelen tener un valor de oposición: el bebé al que se obliga a tomar un biberón cuando no tiene hambre, vomitará en señal de protesta. Algunos vómitos tienen un aspecto impresionante, ya que se acompañan de migrañas, constipados, a veces con un poco de fiebre, sobrevienen por crisis, con frecuencia reincidentes y pueden durar varios días. El origen no se conoce del todo bien, pero se atribuye fácilmente a una alteración digestiva.

Por lo regular, suelen manifestarse en niños ansiosos o que tienen un sentimiento de culpabilidad. Aparecen en situaciones angustiosas para el niño, por ejemplo, ante el temor de ser abandonado por la madre. El origen psicológico de ciertos vómitos no siempre es fácil de dilucidar. Ahora bien, el niño que vomita no lo hace a título gratuito, quiere provocar una reacción en su entorno, y si llega a conseguirlo, volverá a empezar en la primera ocasión. Los vómitos repetidos pueden sin duda culminar en una subalimentación que adelgaza al niño a veces en grado inquietante.

Estas últimas formas graves de rechazos alimenticios en opinión de los autores, casi siempre responden a un conflicto en la relación madre e hijo. Es raro que los bebés anoréxicos no se retrasen en aprender a regular el esfínter, no tengan sueño alterado, no lloren espasmódicamente y no manifiesten en su comportamiento dificultades caracterológicas.

3). *La anorexia mental*: se trata de un rechazo categórico a alimentarse, que se encuentra en todas las edades de la infancia; en el recién nacido, en la primera y en la segunda infancia así como en la adolescencia. Este rechazo es bastante constante y organizado para comprometer la buena armonía de las relaciones familiares. Según el comportamiento materno, Ajuriaguerra (1983, pp. 183.) señala que durante el primer semestre de vida se le suele dar de comer al bebé con excesiva rigidez, con horarios fijos y con raciones de igual cantidad. Psicofisiológicamente hacerlo así tiene consecuencias nefastas: se le fuerza cuando no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más necesita. En conjunto, son las madres hiperansiosas, sobreprotectoras o rígidas quienes modelan paradójicamente la personalidad de sus hijos al alimentarlos inadecuadamente.

Al respecto indica que existe un tipo de anorexia: "la anorexia esencial precoz". La cual es relativamente rara. Se podría manifestar en las primeras semanas de vida o el primer día. Es la auténtica del recién nacido, muestra de una especial constitución neuropática. Se da en un terreno especial: en niños de poco peso, nerviosos, muy despiertos. Al principio, muestran una pasividad ante la comida y pasados algunos meses son reacios a comer.

Ajuriaguerra también considera otros tipos de anorexia dentro del segundo semestre de vida:

a). La anorexia del segundo semestre. Es más frecuente; aparece entre el quinto y el octavo mes, al suprimir paulatinamente la leche e ir diversificando el régimen, cuando todavía es lábil el apetito y aún se producen grandes cambios en el desarrollo infantil.

b). La anorexia simple. Que generalmente al comienzo semeja una reacción al destete, ante el cambio de alimentación o ante un incidente patológico benigno o de carácter serio causante de una pasajera anorexia orgánica que, a su vez, da origen a una interreacción entre la madre, empeñada en imponerse y el niño en franca oposición. Fundamentalmente, es una conducta de rechazo en un nivel elemental y no se considera como pérdida del hambre o el apetito.

c). La anorexia compleja. Caracterizada por la intensidad de los síntomas y por la resistencia a los tratamientos habituales. El niño manifiesta en su actuación que la comida no le interesa y surge la pregunta de si no se habrá alterado el mecanismo del hambre.

La anorexia de la segunda infancia expresa Ajuriaguerra, suele darse en niños que se han alimentado con normalidad en su primer año y cuyos mecanismos de rechazo son causados tras cierta ritualización de su comida en el ambiente familiar. O bien es una "oposición" a la rigidez paterna (exigencias en guardar un orden rígido en las comidas, obligación de mantener el mismo ritmo que los adultos), o bien un elegir caprichosamente la comida. Sin embargo, los problemas de dar el pecho son todavía más complejos.

Las sensaciones libidinales de las tetadas confrontan a las madres con sus instintos y son origen de conflictos o de aceptadas complacencias. El niño que come ávidamente y con gusto le quitará a la madre el convencimiento de sentir culpables sensaciones de la libido, mientras que cuando el bebé rechaza el alimento, la deja sola sin pretexto para su erotismo y la obliga a defenderse con mecanismos fóbicos. Pueden producirse otras eventualidades, como dejar al niño con gran avidez oral, porque la madre teme originar una glotonería o un temprano desenfreno del instinto; también habrá madres que se tranquilizan ante su niño que es un enclenque, pues a su vez, requiere muchos cuidados, y al que hay que excitarle el apetito con lo que la madre puede identificarse con él, dado que manifiesta una mínima avidez instintiva o gran circunspección ante sus instintos.

### *La Madre como Objeto Primario.*

E. Kerstenberg, J. Kerstenberg, y S. Decobert (1972. En: Pruneda, H., 1998) sostienen que en la anorexia nerviosa las relaciones objetales están gravemente alteradas por un proceso disociativo de la imagen corporal en el que se mantienen simultáneamente imágenes idealizadas y rechazadas del propio cuerpo que se proyectan en los objetos del mundo externo.

Por su parte H. Kohut (1971. En: Pruneda, H., 1998) afirma que en éstos pacientes no existe la posibilidad de relaciones de objeto verdaderas por su extremo narcisismo, que *"parte de severas fallas en el desarrollo temprano y fijaciones arcaicas tras episodios traumáticos"*.

Selvini-Palazzoli (1990) refiere que en la fase precoz del niño, la incorporación del objeto es inevitable, no hay otro modo de relacionarse con él. Manifiesta que *"las experiencias del niño con su objeto son experiencias corporales: la experiencia de bondad, de bien de bienestar, de mal, de malestar, también lo es"*. Partiendo de la base que por buena experiencia corporal se entiende sentir, en relación con la madre, al propio cuerpo como fuente de sensaciones predominantemente placenteras, sin excitación prematura de tensiones genitales, que por ser agresivas son ansiógenas.

Esto significa tratar la relación primaria del niño con el objeto bueno como una erotización placentera del cuerpo, cutánea, mucosa, oral, gástrica, motora pasiva, con un mínimo de carga agresiva. El niño, que todavía no percibe el objeto como ajeno a él, vive su propio cuerpo como bueno, lo que constituye la base de sí-mismo corporal bueno; ya que al comienzo de su vida sólo tiene una relación con objetos parciales; por ejemplo, se relaciona con el pecho, y la madre no cuenta para nada, aunque él pueda conocerla en los momentos de contacto afectuoso, para él todavía está indiferenciado. Al cabo de un año, el bebé es a veces una persona total que se relaciona con personas totales. Este logro se alcanza en forma gradual y sólo se convierte en un hecho cuando las condiciones imperantes son suficientemente buenas.

Cuando esto no puede suceder porque las relaciones emotivas con el objeto son deficientes, se produce el caso patológico. El niño entonces no percibe ser distinto del objeto, puede sentir su cuerpo como fuente de sensaciones desagradables o malas, es decir, como malo o habitado por un objeto malo. Además, el niño sólo puede distinguirse corporalmente de su objeto en una etapa relativamente avanzada.

Ya desde 1936 en que se tornó la investigación hacia las cuentas de lo mental, al popularizarse la tesis etiológica de una defensa ante la fantasía del anoréxico sobre la impregnación oral; es decir, la actitud ambivalente con respecto al objeto malvado y seductor puede explicar también dichas fantasías de penetración oral. Muchos autores que estudiaron algunos casos de anorexia nerviosa dedujeron que cuando existían esas fantasías, sus pacientes no comían por temor a quedar embarazadas.

Ajuriaguerra (1983) señala al respecto, que con frecuencia *"el hecho de comer está ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida,*



como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica. Estos fantasmas serían por lo tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha maniquea entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando el comer, la asimilación y la destrucción simultáneamente". Además, llegó a la conclusión de que ese "miedo" sería el meollo de la anorexia nerviosa. Sin embargo, Selvini-Palazzoli (1990, pp. 159-161.) está convencida de que cuando aparece el miedo al embarazo no tiene el significado de un miedo sexual, sino "es el símbolo sexual de una angustia mucho más importante: la de ser invadida y deformada por el objeto, es decir, por la madre".

En el nivel del inconsciente no hay posibilidades de agredir al objeto, porque éste es demasiado fuerte. Sólo cuando el objeto omnipotente llega a ser el propio cuerpo se le agrede conscientemente, escatimándole el alimento. De este modo, la paciente tiene conciencia de que el cuerpo es suyo, pero lo trata como si no fuese suyo. La incomodidad de la imagen corporal podría provenir de dos fuentes. Por un lado, psicológicamente, de la fusión del cuerpo con el objeto malo y consiguientemente de su negación; por otro lado, neurológicamente, de su confusión y del condicionamiento equivocado impuesto por la madre inaccesible al no reconocer y no satisfacer con cuidado las necesidades originales del niño. Concluye diciendo: "sentir que el propio cuerpo es un enemigo amenazador, al que no se debe destruir brutalmente sino sólo mantener a raya, es el fenómeno central de la anorexia nerviosa. Ya que con una determinación fría y constante no rechaza, sino que voluntariamente, reduce la alimentación hasta niveles absurdos".

Esta autora refiere que "la típica madre de la anorexia es la madre sobreprotectora e inaccesible, incapaz de concebir que su hija es una persona por derecho propio", esto se observa durante la primera infancia: afirmando que "una relación con una madre que cuanto más en el aspecto ritual de amamantar a su hija, menos satisfacción siente por criarla; una insuficiencia de demostraciones físicas de ternura, con predominio del control y la vigilancia, de modo tal que la criatura no aprende a gozar de su propio cuerpo".

John Sours (1974, pp. 54, 125. En: Pruneda, H., 1998) ha sido otro de los investigadores que ha realizado estudios acerca de las relaciones objeto en la anorexia nerviosa. Señala que un primer grupo, el más numeroso y de mayor gravedad, corresponde a mujeres púberes de tipo limítrofe de psicosis, con pobre estructura yoica, fijaciones muy tempranas y aguda dependencia oral del objeto primario. Incluye también, la identificación de la jovencita con una "madre-omnipotente" y conecta su reiterado anhelo por ella, durante el desarrollo, con las dificultades y tropiezos en el logro de separación y autonomía.

Sours describe en sus historias la permanente vinculación con una "madre dominante" y "controladora" que condiciona sumisión pasiva a la vez que perfección suprema en la realización de las necesidades de la madre en la hija.

Tal control, afirma este autor, interfiere el desarrollo en su fase de individuación-separación" y sugiere una fusión en la que los afectos de la hija están atrapados en sus experiencias corporales

y orgánicas. Por su parte Selma Kramer (1974, pp. 55, 577. En: Pruneda, H., 1998) propone que el concepto de “madre dominante” y “controladora” sea sustituido por el de “madre esquizofrenizante”, dado que el primero describe una conducta manifiesta al observador externo y el segundo un proceso intrapsíquico que vincula patológicamente a la madre con la hija. Peter Glauher (1968, pp. 48, 89. En: Pruneda, H., 1998) supone que la supresión del hambre obedece al fenómeno de desautomatización, ya sea por la inhibición de las actividades músculo secretoras del estómago o justamente, por la perturbación con base en el fenómeno descrito, del ritmo automático somatopsíquico provocado por situaciones traumáticas tempranas en la paciente y que se hallan regularmente en la infancia de los anoréxicos.

Hablando del desarrollo infantil y la importancia de la madre en el mismo para proveer al niño de un bienestar físico y mental, Anna Freud (1980) plantea que existen cinco fases en el proceso de educación temprana; la primera es la fase de *educación sexual infantil*; la segunda trata *el amor y el odio* que el hijo siente hacia sus padres según la satisfacción o frustración de sus deseos, hablando así, de una *ambivalencia emocional en el niño*, en ésta fase es muy importante la autoridad que puedan ejercer los padres, y *los límites* que le proporcionen al infante para *estructurarlo*; la tercer, cuarta y quinta fase se describen a continuación de forma extensa.

**Tercera fase: liberación de la agresión;** el psicoanálisis demostró que los impulsos agresivos son algo más que una reacción ante la frustración, son equiparables a los sexuales e inherentes a la naturaleza humana; existen y buscan expresarse desde el comienzo de la vida y están sujetos a su propio proceso de desarrollo. Cuando por factores externos e internos son excesivamente controlados o prohibidos, producen resultados patológicos, de éstos el más temible se manifiesta: *“cuando la agresión, en lugar de estar dirigida hacia el mundo externo, se vuelve contra el cuerpo del individuo o contra su propia persona, produciendo un desorden psicósomático o la formación de un superyó exageradamente estricto que a su vez puede llevar a una neurosis obsesiva, una depresión, etc.”.*

**Cuarta fase: la relación madre-hijo;** ésta se centra en el interjuego inicial del niño y la madre (o el sustituto materno) que cuida de él y asegura su supervivencia. De la relación que se establezca entre la pareja madre-hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en qué medida; que el placer o el displacer sean las experiencias centrales de su vida; que, a los fines de la gratificación, su atención pase paulatinamente de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que provee a sus necesidades y que al mismo tiempo es para él el primer representante del mundo externo; y finalmente, que los periodos iniciales de fusión con la madre y de amor por ella por razones puramente egoístas den lugar a la manera madura de amar al objeto como persona por derecho propio.

Posteriormente se expondrá el tema de las relaciones objetales, por el momento sólo se dirá que si la capacidad para formar relaciones objetales no se ha desarrollado adecuadamente o ha sido destruida al comienzo de la vida debido a la carencia de una adecuada figura materna, a la falta de respuesta por parte de la madre, a sus periódicas ausencias, enfermedad, pérdida, etc., en el infante habrá una tendencia al retraimiento, su interés permanecerá centrado en ellos mismos



sin desplazarse hacia el mundo que los rodea; sufrirán una depresión y un deterioro de su evolución física y/o intelectual.

**Quinta fase: la madre como Yo auxiliar;** el papel de la madre respecto del lactante va mucho más allá de la misión de brindarle bienestar, satisfacer sus necesidades y ofrecerse como el primer objeto de sus tendencias emocionales. Su tarea debe recaer también sobre el Yo en desarrollo del niño. Es la madre quién debe actuar como una coraza protectora contra la excitación indebida hasta que el niño erija su propia barrera contra los estímulos.

Es el manejo materno de los deseos del hijo y el equilibrio que ella establezca entre satisfacción, frustración y postergación lo que servirá de prototipo para el ulterior manejo de los instintos por parte del propio Yo del niño.

Al introducir las rutinas y los ritmos familiares la madre estimula el sentido temporal del niño y facilita sus funciones yoicas de memoria y orientación. El niño recurre al sentido de realidad de su madre hasta que comienza a funcionar su propia prueba de realidad y su capacidad para discriminarla de la fantasía; la paciente parece no tener prueba de realidad adecuada ya que aún cuando tiene aspecto cadavérico se ve gorda; tiene como se había mencionado un pensamiento mágico: "si como ½ zanahoria más, reventaré".

M. Soulé (1967, pp. 157-158. En: Pruneda Huidobro, 1998) asevera que las primeras formas de relaciones madre e hijo van íntimamente ligadas a actos de comer. *El placer narcisista que a ciertas madres les produce el ver comer a su hijo sin complicaciones, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechas puede modificar favorablemente la relación inicial; el niño gordito y tragón la alivia, la libera de culpas y le confiere un nuevo valor al ofrecérsele esa función materna que siempre temiera no ser capaz de desempeñar. El que es poco comedor desespera a la madre ansiosa, y acarrea la agresividad de una madre inconscientemente hostil.*

Por su parte Melanie Klein (1960) también cita algunos aspectos importantes que se dan en la alimentación del niño en su correspondiente relación objetal. Afirma que *"desde el nacimiento se conoce inconscientemente el pecho, tal vez considerado como una herencia filogenética"*. El recién nacido percibe de manera inconsciente la existencia de un objeto infinitamente bueno, del que se puede lograr el máximo bien, y que ese objeto es el pecho materno; ya que sus impulsos junto con las sensaciones orales, lo orientan hacia el pecho materno.

Desde la primera experiencia habida en la alimentación, el hecho de perder y recuperar el objeto querido (el pecho bueno), será fundamental en la vida emocional del niño. En cuanto dador de algo agradable, será amado y considerado como *"bueno"*, y en cuanto a frustrador será odiado y considerado como *"malo"*. La manifiesta dualidad entre pecho *"bueno y malo"* tiene por origen en parte, la no integración del Yo y su entrecruzamiento dentro del Yo y en su relación con el objeto. Existen valiosas razones para pensar que durante los tres o cuatro primeros meses de vida el objeto bueno y el malo todavía no son muy claros en la mente infantil. En ambos aspectos, el pecho de la madre parece identificarse para él con la presencia corporal de ésta, y a partir del primer estadio la relación del niño con ella como persona se va construyendo gradualmente.

Toda una serie de procesos intrapsíquicos: introyección, proyección, escisión, contribuyeron a crear una doble relación con el objeto. El bebé proyecta sus impulsos amorosos y los atribuye al seno gratificado (el pecho bueno) al igual que proyecta al interior los impulsos destructivos y los impulsa al pecho frustrador (el pecho malo).

Al mismo tiempo, por introyección, proyección y escisión se crea internamente un pecho bueno y uno malo. El pecho bueno interno y externo se convierte en prototipo de todo lo amable y bienhechor; mientras que el malo, es el de los objetos dañinos, tanto internos como externos. Cuando está el niño libre de hambre y tensiones, dice la autora "tal vez cause un perfecto equilibrio entre impulsos tanto de la libido como agresivos.

El equilibrio se rompe cada vez que la privación viene a reforzar los impulsos agresivos, tanto si obedece a una causa interna como externa".

La ruptura de dicho equilibrio entre libido y agresividad origina lo que Klein llama "voracidad", fundamentalmente de carácter oral. Considera que "en el destete se tiene la impresión de haber perdido el anterior objeto amado, por lo que aumenta el temor de ser objeto de persecución y de la angustia depresiva.

Anna Freud (1965, pp. 76-80) señala que los rechazos alimenticios del destete se manifiestan como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como un no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce el fenómeno contrario, bulimia y temor a tener hambre.

Lo que en un primer momento podía pasar por negarse a comer, pronto se convierte en anorexia auténtica; ya que dice la autora "el apetito entra comiendo".

Lo que parecía un problema personal, pronto se convierte en un conflicto interrelacional; lo que parecía tener algún sentido racional pronto lo considerará la familia como un mecanismo de autodestrucción con componentes agresivos que la anorexia misma no tardará en advertir; compasiva, se tomará intransigente, mientras que a la aparente pasividad sucederá una actitud hostil.

Con tales observaciones, se puede inferir que el comportamiento oroalimenticio constituye el fundamento de las relaciones objetales.

## El Desarrollo Infantil desde diferentes posturas psicológicas.

Donald W. Winnicott, (1971) en su larga práctica como pediatra y psicoanalista es considerado sin duda el investigador más relevante dentro de la escuela inglesa.

Sus aportaciones a la teoría y técnica psicoanalíticas son extensas, sobre todo en lo referente al estudio del desarrollo infantil. El autor expone dos fenómenos que se dan simultáneamente: *"la fantasía y una realidad objetal"*. Señala que el bebé tiene la necesidad de crear, de probar su omnipotencia y, ante una necesidad se apresta a crear el satisfactor correspondiente (fantasía). Y el asunto está, en que en ese momento una *"buena madre"* ha percibido la necesidad del bebé y se prepara a satisfacerlo (realidad objetal), ofreciéndole lo que el bebé crea, confirmándole su omnipotencia, pues desde luego, el bebé, en ese momento, no posee la conciencia de la existencia de otro.

La teoría de la relación madre-hijo se refiere al cuidado materno, esto es, al estudio de las calidades y cambios en la madre que se reúne con las necesidades específicas del desarrollo del infante hacia quien ella se orienta. Hace notar que debe existir una *"preocupación materna primaria"*, que es una condición psicológica presente semanas antes y después del nacimiento, y que da a la madre su especial habilidad para hacer la *"cosa correcta"*. Ella sabe lo que el bebé siente, nadie más lo sabe, porque sólo la madre intuye cómo se siente su bebé, minuto a minuto, porque ésta se encuentra dentro de su área de experiencia.

Desde luego, señala Winnicott, puede haber disturbio en ésta área; en un extremo estaría la madre que no puede aproximarse y sentir a su bebé, y en el otro aquella que hace del bebé su preocupación patológica durante largo tiempo y después, súbitamente, regresa a sus preocupaciones previas.

La capacidad de la madre de identificarse con su bebé la permite cumplir la función descrita por Winnicott como *"holding"* (sostenimiento, abrazo, contención), que constituye la base de lo que gradualmente se convertirá en una experiencia del self, concepto que al principio de la vida no tiene relevancia sino hasta el advenimiento de la conciencia, cuando se vuelve apropiado para definir al ser humano como tal.

La función del holding, en términos psicológicos, es proveer apoyo al Yo, en particular en el estadio de dependencia absoluta, en la cual el infante no tiene forma de saber nada acerca del cuidado materno, y el que es más que nada, un asunto de profilaxis; el bebé no puede controlar lo bien o mal que cuidan de él, tan sólo está en posición de beneficiarse o sufrirlo antes del logro de la integración yoica. Un holding adecuado dice el autor *"permite que el bebé tenga sus primeras experiencias objetales de tipo omnipotente"*. Cuando las necesidades encuentran eco en una buena madre, la experiencia repetida de satisfacción de la necesidad da lugar a la experiencia de *"yo he creado esto"*. En este periodo, la fantasía y la realidad son una y el infante se vuelve creador del mundo; este mundo creado, que consiste de objetos subjetivos, lo experimenta el niño como bajo su control. Así, la madre le permite un corto periodo durante el cual la omnipotencia es un proceso de experiencia. En esta fase refiere Winnicott, puede ocurrir que una madre *"no buena"*, que no sea capaz de proporcionar el holding lleve a su hijo al trauma en este contexto, *"como una violación del medio y las reacciones individuales que ocurren antes de que el individuo desarrolle el mecanismo que hace a lo impredecible, predecible"*.

Este trauma afirma el autor, *“ocurre cuando en el periodo de omnipotencia del bebé, en vez de ofrecer el apoyo necesario al Yo, la madre, debido a sus propias ansiedades, no logra realizar su función de sensibilizarse a los requerimientos de omnipotencia de bebé, y por el contrario, trata de que éste se someta a las necesidades de ella, convirtiéndolo así, en su objeto de deseo”*.

Con lo anterior se concluye, que los sucesos que se dan al comienzo de la vida en la relación madre-hijo, resaltan la importancia que este periodo tiene para el logro de la salud o para el establecimiento de la enfermedad. De lo expuesto se hace evidente que en opinión de Winnicott son, en gran parte, las relaciones de objeto, lo que condiciona la formación y el desarrollo de la personalidad de un individuo.

Sigmund Freud (1965) de origen austriaco y conocido como el padre del psicoanálisis propone en su teoría, que la personalidad de un recién nacido consiste en un solo componente operacional llamado *“ello”*. Es éste el nivel inconsciente que contiene todo lo que se hereda y que está presente en el nacimiento, por consiguiente, el psicoanálisis ve al bebé recién nacido como un ello que busca solamente la satisfacción de sus necesidades de comida, bebida, calor, eliminación y afecto, ésta última en el sentido de cuidado materno. El autor afirma que durante la etapa oral (del nacimiento a los 18 meses), el niño obtiene su placer sensual de la boca, los labios y la lengua.

Más aún, la satisfacción de sus necesidades depende enteramente de los demás, en opinión de Freud, en la primera parte de la etapa oral el niño alivia su tensión sexual succionando y deglutiendo; se siente frustrado cuando no puede hacerlo.

La experiencia del niño durante esta etapa puede ejercer profundo efecto en su personalidad de adulto. Los lactantes que reciben demasiada satisfacción oral pueden convertirse en personas muy optimistas pero, extremadamente dependientes de otros en la satisfacción de sus necesidades; mientras que si reciben escasa satisfacción oral, pueden ser después pesimistas y mostrarse hostiles cuando se sienten frustrados. La falta de seguridad, la credulidad, el sarcasmo y la tendencia a discutir son asimismo rasgos de la personalidad atribuidos a la etapa oral.

En dicha etapa dice Freud, una criatura depende de la madre para la gratificación de la mayoría de sus necesidades orgánicas y para la obtención de la recompensa, que en ese periodo de la vida está primordialmente relacionada con la satisfacción de las necesidades orgánicas, como por ejemplo, el amamantamiento, en el que el niño experimenta un deleite oral, al mismo tiempo que el placer que le brindan los brazos, el calor y los mimos.

El bebé, antes de alcanzar una cierta etapa de su vida, no puede obtener estas gratificaciones instintivas por sí mismo. Así, cuando la madre está ausente, el niño experimenta una necesidad vital que sólo puede ser satisfecha por ésta. El Yo del lactante está plenamente desarrollado como para ser capaz de postergar sus gratificaciones mediante la retención de sus deseos pulsionales y, en cambio, su psiquis queda abrumada por la acumulación de estímulos. Puesto que no puede dominar ni descargar estos estímulos entonces genera una angustia.

Heinz Kohut (1971, pp. 14-26.) doctor en medicina y psicoanalista, figura entre los más importantes teóricos psicoanalistas sobre el tema del narcisismo que trae consigo el niño desde su nacimiento. Acepta al igual que los demás estudiosos del tema, que al inicio de la vida psíquica, hay un estado de "no relación objetal" o autista, en el que el sentimiento oceánico del niño le lleva a una configuración omnipotente del self no integrado.

Kohut llama a este periodo "estado del self fragmentado", y considera que corresponde al estadio de autoerotismo descrito por Freud. A este estadio le sigue un segundo al que denomina "estado del self cohesivo", al cual da como característica central el hecho de que la carga libidinal predominante es narcisista. Esto es muy importante, ya que en este periodo comienza a haber "relaciones de objeto" con la madre pero, según el autor, estas relaciones son narcisistas; esto es, vividas por el self como una parte indistinta de él mismo.

Para Kohut la libido narcisista (aquella que carga al self) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) tiene un desarrollo independiente y no son consecuencia una de la otra. De esto se deriva que hay formas de narcisismo primitivo, inmaduro o patológico, pero también hay formas de narcisismo maduro, adaptativo y normal.

Generalmente, este estado dice el autor, se mantiene debido a las gratificaciones de la madre, hasta que las inevitables demoras en la gratificación hacen su aparición. Estas demoras determinan un rompimiento en el equilibrio narcisista omnipotente del niño y le provocan intensa angustia, a la que Kohut llama "ansiedad de desintegración". En términos normales, las demoras impuestas desde el interior se ven pronto resueltas por la presencia de un objeto gratificador que en la mayoría de las veces es la madre, a la cual desde luego, no se le puede diferenciar del self; es decir, vivirlo como algo externo al niño, pero al que se le atribuye una potencia superior, no sólo capaz de proveer la gratificación sino, lo que es más importante, de tranquilizar esa incipiente angustia de desintegración. A todo esto, Kohut sostiene que "el equilibrio del narcisismo primario se ve roto por las inevitables fallas del cuidado materno, pero el niño recobra la perfección previa: a). Al establecer una imagen grandiosa y exhibicionista del self: el self grandioso o, b). Al ceder la perfección previa a un selfobject (objeto transicional) admirado y omnipotente".

Otro concepto dentro de la teoría de Kohut, al que él llama "internalización trasmutadora" señala que cuando el niño vive una pérdida "tolerable" de alguna función que el objeto realizaba para él (frustración óptima), la psique no se resigna a la pérdida; en vez de ello, preserva la función del objeto por medio de la internalización. Cuando una "internalización efectiva" reemplaza una función del Yo auxiliar mediante una estructura que cumple la misma función, ha ocurrido un proceso que es descrito por él como un "salto estructural". Este salto se logra por una internalización trasmutadora, un proceso intrapsíquico. Cabe señalar, que la internalización trasmutadora ocupa en Kohut un papel principal en la formación de una estructura psicológica estable que sea capaz de una independencia creciente de los objetos en el exterior. Este proceso permite al niño el paso de un estado narcisista primario a uno más evolucionado. El autor concluye afirmando que el desarrollo del narcisismo constituye un saludable impulso, necesario para la formación de una imagen propia positiva.



Erik Erikson (1966) psicoanalista alemán que se fijó como objetivo ampliar y afinar las nociones de Freud acerca del desarrollo de la personalidad. Erikson hizo durante cuarenta años importantes aportaciones al psicoanálisis, a la teoría de la personalidad, a la práctica educativa y a la antropología. El autor comenzó a identificar las características de la personalidad sana, afirmando que éstas pueden ser las metas y los signos de un deseable desarrollo humano.

Erikson asume una perspectiva más social ante el desarrollo de la personalidad. Propone que es propio de la naturaleza humana pasar por una serie de etapas psicosociales durante su crecimiento, las cuales están determinadas genéticamente, no obstante la cultura en la que el crecimiento ocurre.

El medio social, sin embargo, ejerce un efecto significativo en la aparición y la naturaleza de la crisis de cada etapa, e influye en el éxito con el cual el niño y el adolescente pueden dominarlas. Para efectos del presente trabajo, sólo se mencionará la primera de sus ocho etapas; ya que en ésta el autor afirma que en los primeros años de vida el niño no sabe si confiar o no en sus padres. Si sus necesidades se satisfacen generalmente, llega a confiar en el ambiente y en sí mismo.

El resultado de ello, es la fe en la predicibilidad del ambiente y un optimismo para el futuro. El niño frustrado se vuelve receloso, temeroso y demasiado interesado en la seguridad.

Sostiene que el primer componente de la personalidad sana que debe desarrollarse es *"el sentido de confianza básica"*, convicción de que uno mismo y el mundo merecen confianza. La primera demostración de confianza social en el niño, afirma el autor, es *"la facilidad de su alimentación, la profundidad de un sueño y la regulación de sus intestinos"*.

La experiencia de una regulación mutua entre sus capacidades cada vez más receptivas y las técnicas maternas de abastecimiento lo ayudan gradualmente a contrarrestar el malestar provocado por la inmadurez de la homeostasis con que ha nacido.

El primer logro social del niño, es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o rabia, porque aquella se ha convertido en una certeza interior así como en algo exterior previsible. Tal persistencia, continuidad e identidad de la experiencia le proporcionan un sentimiento rudimentario de identidad yoica que depende del reconocimiento de que existe una población interna de sensaciones e imágenes recordadas y anticipadas que están firmemente correlacionadas con la población externa de cosas y personas familiares y previsible. El firme establecimiento de patrones perdurables para la solución del conflicto nuclear de la confianza y la desconfianza básica en la mera existencia, constituye la primer tarea del Yo, y por ende, una tarea para el cuidado materno.

Pero corresponde decir aquí que la cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil no parece depender de cantidades absolutas de alimento o demostraciones de amor, *"sino más bien de la calidad de la relación materna"*. La confianza básica en opinión de Erikson debe mantenerse durante toda la vida, precisamente frente a esta poderosa combinación de un sentimiento de haber sido despojado, dividido y abandonado.

Melanie Klein (1960, pp. 135- 136.) incansable investigadora acerca de las relaciones objetales, distingue dentro de éstas, dos periodos durante el primer año de vida: *las posiciones esquizoparanoide y depresiva*. La primera la concibe como una estructura que organiza la vida mental en los tres primeros meses de vida; está constituida por tres factores:

a). Una ansiedad persecutoria, donde la angustia principal que siente el Yo es la de ser atacado por factores internos (como la pulsión de muerte) que actúa como una fuerza destructiva dentro del individuo, y factores externos como las experiencias de frustración en el medio ambiente.

b). Una relación de objeto parcial con un pecho idealizado y otro persecutorio, que se perciben como objetos disociados y excluyentes. En el primero son proyectadas las pulsiones libidinales y en el segundo la pulsión de muerte.

c). El Yo se protege de la angustia persecutoria con mecanismos de defensa intensos y omnipotentes, como la *disociación* (división de lo bueno y lo malo; lo interno y lo externo; la realidad de la fantasía, para después proyectarlo); la *proyección*, el sujeto pone una parte de su self en el otro; la *identificación proyectiva*, se libera una parte del self y lo coloca en un objeto para después identificarse con esa parte, misma que el objeto no tiene; la *introyección*, a través de ésta, los objetos reales, aunque parciales, se construyen en objetos internos, y la *negación*, le mente niega la existencia de objetos persecutorios, que disocia y proyecta en el interior. La proyección e introyección se establecen en una dinámica constante entre los objetos y las situaciones externas, los impulsos y las fantasías internas.

En ocasiones, tiene momentos de integración de objetos disociados y después se da la introyección del objeto bueno, el cual fortalece al Yo, y le permite tolerar mejor la ansiedad sin proyectarla.

La segunda posición la llamó: *“depresiva”*, la cual se predica entre los tres y los seis meses de edad, y está constituida por tres factores:

a). La ansiedad, donde el Yo siente culpa y teme por el daño que ha hecho al objeto amado con sus impulsos agresivos. Se manifiesta un conflicto por los sentimientos de amor y de agresión que siente hacia su objeto, tratando de reparar al objeto que teme haber dañado.

b). La relación con un objeto total, la madre, con la que el Yo se vincula tanto en sus aspectos buenos como malos, y por lo tanto han aumentado los procesos de integración. Se tiene conocimiento de la realidad; mientras que en la posición esquizoparanoide los objetos externos se perciben deformados por las proyecciones agresivas y libidinales, ahora es más realista y se reconocen tanto los aspectos buenos como malos con menos destrucciones.

c). El mecanismo de defensa principal es la *reparación*; es decir, atender o preocuparse por el estado del objeto, tanto interno como externo. En algunas situaciones, el Yo recurre a enfrentar sus sentimientos de culpa y pérdida por medio de defensas maníacas, donde se da una negación de la realidad y tiempo, control, triunfo y desprecio del objeto o por una regresión a la posición anterior.



Michael Balint (1968) se dedicó al estudio del desarrollo temprano del Yo. Aunque tuvo gran interés en el psicoanálisis y la biología, rechazó la noción de que el desarrollo de las relaciones objetales dependiera del desarrollo instintivo, concepto propuesto por Klein. Pensaba que ambos se desarrollan en forma paralela y que si bien tienen mucha influencia, son independientes en gran parte. El autor plantea en su teoría, que *“desde el periodo fetal es importante para el desarrollo del niño que exista una armonía entre él y su medio”*. Sostiene que el nacimiento rompe esa armonía y encara una nueva forma de adaptación que incluye la separación entre el sujeto y el objeto, entre el individuo y el medio. Cualquier dificultad sería en esta fase temprana traerá deficiencias en dicho desarrollo. La contribución más importante de Balint a la teoría de las relaciones objetales es lo que él llama *“la falla básica”*. Postula *“que todos tenemos una falla básica, pero que su seriedad depende de la calidad del cuidado temprano provisto por el medio”*. Esta falla básica dice, es la precursora de las relaciones objetales posteriores y determina las formas de relación objetal disponibles para cualquier individuo. Afirma que, *“entre más severa sea la falla básica, más complejas, rígidas y opresivas serán las relaciones objetales del infante con sus objetos de amor y de odio”*. Considera a esta situación como una *“falla”*, ya que la causa de ésta es que *“alguien”* ha defraudado a esta persona.

A este respecto dice: ... *“debe ser localizado atrás, en una considerable discrepancia en las tempranas fases formativas del individuo, entre sus necesidades psicobiológicas y los cuidados psicológicos y materiales, atención y afecto, disponibles durante periodos relevantes”*.

Esto crea una deficiencia. La causa de esta temprana discrepancia puede ser congénita. Las necesidades psicobiológicas del infante pudieron ser demasiado estrictas o pudieron ser influencias del medio como un cuidado insuficiente, deficiente, ansioso, rígido, inconsciente, fuera de tiempo, sobrestimulado o simplemente incomprendido o indiferente”.

Estas consideraciones llevan a la contribución más importante de Balint a la teoría de las relaciones de objeto o sea a la *“falla básica”* como él la llamó.

Margaret Mahler (1972) destacada investigadora que se dedicó cerca de treinta años a la observación directa de la interacción madre-hijo afirma que, *“el nacimiento biológico del infante y el nacimiento psicológico no son simultáneos”*; que a partir del nacimiento biológico han de pasar casi cuatro años para que el niño pueda completar su evolución psíquica y se pueda considerar ajustado a la realidad y plenamente individualizado. La autora divide el desarrollo psicológico del infante en cuatro fases:

Fase autista normal (aobjetal), 0-1 mes.

En las semanas que preceden a la evolución hacia la simbiosis, los estados somniformes del neonato y del infante muy pequeños superan por mucho a los periodos de vigilia, y recuerdan ese estado primigenio de distribución de la libido que prevalecía en la vida intrauterina y que se parece al modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente en su realización alucinatoria de deseos.

#### Fase simbiótica normal (preobjetal), 1-5 meses.

Se inicia a partir del segundo mes, con una vaga consciencia del objeto satisfactor, por lo cual permite diferenciar las experiencias placenteras de las displacenteras. En esta fase, el infante funciona en una unidad dual, omnipotente, sin ninguna diferenciación entre el self y el objeto. Las experiencias de contacto corporal familiarizan al bebé con su "partner" simbiótico.

La simbiosis llega a su punto culminante, coincidente con el primer organizador de la psique en donde la madre e hijo son uno solo al predominar la omnipotencia. Una detención o una regresión en esta fase señala la autora, da origen a la conducta psicótica.

#### Fase de separación-individuación (objetal), 10-36 meses.

La tercera fase se refiere al proceso de separación- individuación, que se divide en tres subfases. En la primera se inician la diferenciación (subfase de diferenciación, 5-10 meses) y el desarrollo de la imagen corporal. La sonrisa del bebé empieza a ser una respuesta específica y aumenta su atención hacia el mundo externo. Entre el séptimo y octavo mes se presenta un patrón importante que implica el principio de diferenciación somatopsíquica; consiste en el fenómeno cognitivo y emotivo de comparar lo familiar de mamá con lo extraño de ella; es decir, una pauta de verificación visual de la madre coincide con el segundo organizador de la psique, el reconocimiento del objeto libidinal. En esta fase la separación-individuación toma dos caminos que se complementan. El camino de la separación, el cual se refiere a la diferenciación, distanciamiento, establecimiento de límites y desvinculación con la madre; mientras que el de individuación corresponde a la evolución de la autonomía intrapsíquica; percepción, memoria, cognición y prueba de realidad. Se espera que ambos caminos progresen paralelamente sin grandes diferencias de uno con el otro. De no ocurrir así, todo el proceso se afecta. La segunda subfase de práctica o ejercitación locomotriz (10-15 meses, con un periodo temprano: cuadrúpedo y otro práctico: bípedo) tiene lugar en tres pasos que contribuyen a la conciencia de la separación-individuación. El primero es la diferenciación corporal acelerada entre el niño y su madre; el segundo es el establecimiento de un vínculo específico con ella y el tercero, el desarrollo y funcionamiento de los aparatos de autonomía primaria del Yo, los cuales, al contar con la cercanía de la madre hacen posible que se inicie la exploración motora del mundo.

La tercera subfase corresponde al reaceramiento; durante este periodo el niño es ya un ser separado de su madre y quisiera compartir todo con ella. En la subfase anterior podía olvidarse más de ella porque estaba ocupado descubriendo el mundo; sin embargo, ahora surge la angustia de separación y esto da lugar a un periodo crítico que sólo puede resolverse con la ayuda óptima de la madre. El niño reciente la pérdida de su omnipotencia al darse cuenta de que es un ser separado e inválido, es el momento más crítico de la fase; el niño reacciona acercándose y alejándose, y las madres muchas veces no comprenden o se muestran inaccesibles y demandantes. La resolución de la crisis de reaceramiento puede ocurrir o no, es diferente en cada niño y se determina por:

- a). El desarrollo hacia la constancia objetal.
- b). La cantidad y la calidad de desengaños posteriores.
- c). Situaciones traumáticas.

- d). El grado de ansiedad de castración.
- e). El destino del complejo de Edipo.
- f). Las crisis de desarrollo de la adolescencia.

La cuarta y última fase la constituye el camino hacia la constancia objetal, y tiene como objetivo obtener una individuación definida en cierto aspecto de la vida; así como conseguir cierto grado de constancia objetal; es decir, lograr una constancia afectiva de objeto dependiendo de la gradual internalización de una imagen de la madre catectizada positivamente.

Mahler señala que “cuando se ha logrado la constancia objetal, la representación interna de los objetos ya no cambia no se rechaza, aunque la madre no esté presente o su presencia sea frustrante”. En este periodo es cuando se logra establecer una representación mental del self distinta de la representación de los objetos, abriendo así el camino para la formación de la identidad del self.

Sin embargo, a este respecto la autora refiere que puede haber una gran variedad de circunstancias que afecten la constancia objetal, entre ellas las presiones maduracionales que enfrentan al niño a nuevas tareas, al pasar de la etapa anal a la fálica; el experimentar en menor o mayor grado la angustia de castración, así como las vicisitudes de la vida cotidiana, como enfermedades, operaciones, nacimiento de hermanos, ausencia de padres etc., que constituyen el destino y la modalidad de cada vida en particular.

Rene Spitz (1959) realizó sus estudios basándose en la observación controlada de recién nacidos en diversos medios, tales como orfanatorios, hospitales y hogares; así como con diferentes condiciones socioeconómicas y culturales, lo cual permite que sus observaciones sean verificables. A estas observaciones, el autor añade la manipulación de alguna variable para detectar la respuesta de los bebés ante estimulaciones controladas.

Para Spitz el instrumento empleado para el análisis en el estudio de las relaciones objetales es la “percepción”, ya que ésta, afirma el autor, sirve para establecer la existencia de una “barrera de estímulos” primitiva, de origen neutral, que protege al bebé de los excesos de estimulación. Spitz señala, que la región de la boca y aladaños es la que se encuentra en mayor nivel de funcionamiento debido a su importancia para la sobrevivencia, aunque no acepta la existencia de percepciones propiamente dichas, sino tan sólo sensaciones que únicamente provocan conductas reflejas, no intencionales.

Rene llama “percepción cenestética” al primer tipo de percepción que el neonato presenta, la cual se encuentra en niveles de sensibilidad profunda, con experiencias en términos de totalidades y fundamentalmente de tipo visceral. Mientras el bebé atraviesa por el periodo de percepción cenestética, no puede haber diferenciación mayor entre estados de placer o displacer, ya que ambos provocan respuestas globalizadoras. El autor afirma que en cuanto se establece la percepción diacrítica, es decir, la contiguidad entre una sensación placentera y el contacto visual con el rostro humano, se forma la condición para que surja el primer organizador de la psique. Los organizadores, definidos como procesos psíquicos, se manifiestan mediante indicadores, que son los signos externos que anuncian cambios internos.

En el primer organizador, su indicador es “la sonrisa del tercer mes”, que se da como

respuesta al rostro humano representando un precursor vital que sirve para establecer los inicios del Yo. El segundo organizador de la psique es la capacidad de reconocer cognitivamente el rostro de la madre, y su indicador es *"la angustia ante extraños"*. Este segundo organizador, integra las relaciones de objeto con las pulsiones y establece al Yo como una estructura psíquica organizada con una variedad de sistemas, aparatos y funciones. Presentándose este indicador, da paso a otros fenómenos como la maduración de las áreas del Yo libres de conflicto que impulsan al niño a la locomoción, al mismo tiempo que experimenta angustia por temor a perder el objeto, lo que lo lleva a plantear situaciones de exploración limitada a la vista de la madre. El tercer organizador lo constituye la comunicación semántica y el indicador correspondiente es la palabra *"no"*, donde el uso de un signo semántico afirma la independencia del sujeto y, al mismo tiempo limita su acción impulsiva, representando finalmente, el camino para el desarrollo de las relaciones de objeto de carácter humano.

El haber fijado estos organizadores y señalado su importancia en el logro de las relaciones de objeto sanas, es una contribución fundamental a la teoría de las relaciones objetales.

Jean Piaget (1989) más que un psicólogo infantil suizo y un destacado investigador de ciencias biológicas, se caracterizó como un genético epistemológico, (el término de genética se refiere a la génesis o modo de desarrollo; y la epistemología se refiere a la teoría del conocimiento).

Para Piaget, las funciones intelectuales constituyen el centro de la formación de la personalidad y sirven para coordinar el desarrollo de todas las esferas. Fue el primer teórico que puso de relieve que el lactante es activo desde el principio al explorar el mundo y luchar por un dominio más satisfactorio. Piaget señala que *"en el momento del nacimiento, la vida mental se reduce al ejercicio de aparatos reflejos, es decir, de coordinaciones sensoriales y motrices montadas de forma absolutamente hereditaria que corresponde a tendencias instintivas tales como la nutrición"*.

En primer lugar, los reflejos de succión se afinan con el ejercicio; un recién nacido dice el autor, mama mejor al cabo de una o dos semanas que al principio de su nacimiento. Luego, conducen a discriminaciones o reconocimientos prácticos fáciles de descubrir.

Finalmente y sobre todo, dan lugar a una especie de generalización de su actividad: el lactante no se contenta con chupar cuando mama, sino que también en el vacío, se chupa los dedos cuando los encuentra, después, cualquier objeto que fortuitamente se le presente, y por último, coordina el movimiento de los brazos con la succión hasta llevarse sistemáticamente, a veces desde el segundo mes el pulgar a la boca. La succión sistemática del pulgar pertenece ya a un segundo estadio, al igual que los gestos de volver la cabeza en dirección a un ruido, o de seguir un objeto en movimiento, etc.

Desde el punto de vista perceptivo, se observa, desde que el niño empieza a sonreír (quinta semana y más), que reconoce a ciertas personas por oposición a otras, etc. (pero no por esto debemos atribuirle la noción de persona o siquiera de objeto: lo que reconoce son apariciones sensibles y animadas, y ello no prueba todavía nada con respecto a su sustancialidad, ni con respecto a la disociación del Yo y el universo exterior). Entre los tres y los seis meses (generalmente

hacia los cuatro meses y medio), el lactante comienza a tomar lo que ve y ésta capacidad de prensión, que más tarde será de manipulación, multiplica su poder de formar nuevos hábitos. El tercer estadio es el más importante para el ulterior desarrollo: el de la inteligencia práctica o sensorio-motriz propiamente dicha.

La inteligencia, en efecto, aparece mucho antes que el lenguaje, es decir, mucho antes que el pensamiento interior que supone el empleo de signos verbales (del lenguaje interiorizado). Pero se trata de una inteligencia exclusivamente práctica, que se aplica a la manipulación de objetos y que no utiliza, en el lugar de las palabras y los conceptos, más que percepciones y movimientos organizados en "*esquemas de acción*". Asir un palo para atraer un objeto que está un poco alejado, por ejemplo afirma el autor, es un acto de inteligencia, puesto que un medio, que aquí es un verdadero instrumento, está coordinado con un objetivo propuesto de antemano, y ha sido preciso comprender previamente la relación del bastón con el objetivo para descubrir el medio. Ahora bien, el resultado de ese desarrollo intelectual es precisamente transformar la representación de las cosas, hasta el punto de hacer dar un giro completo o de invertir la posición inicial del sujeto con respecto a ellas.

**John Bowlby** (1968) psicoanalista inglés que comulga con la teoría de Darwin de que cada aspecto de la anatomía, la fisiología y la conducta de una especie animal contribuye, o lo hizo alguna vez, a la supervivencia de dicha especie en su ambiente natural.

Su trabajo se ha centrado sobre los efectos de la separación del niño hacia sus padres argumentando que "*una temprana proximidad a la madre es el cimiento en que se asienta la estabilidad emocional posterior*".

Explica en su teoría de sistemas de control de las emociones (Bowlby, J. 1968), de qué manera los sentimientos básicos como el miedo ayudan al lactante a adaptarse y a sobrevivir.

Al nacer, éste se encuentra muy molesto por dolor, hambre y frío. El llanto llama la atención de quien lo cuida sobre las necesidades del mismo. En sí la suposición básica de Bowlby consiste: "*en que el ser humano nace con habilidades fragmentarias que le permiten sobrevivir en el ambiente de la adaptabilidad evolutiva*".

Para cualquier individuo específico éste ambiente está representado por quien lo cuida que por lo general suele ser la madre biológica en una unidad social establecida. Las conductas principales que sirven para el sistema de fijación son, al principio, señales como el llanto y miradas, y a continuación sonrisas y balbuceo: más tarde predomina la verbalización, pero la emisión de señales no verbales sigue siendo una parte muy importante de la conducta de fijación durante toda la vida.

Más tarde, cuando éste se ha fijado a una persona específica, llorará no sólo como reacción a las molestias físicas sino también en todos los momentos en que quién lo atiende se aleja o cuando se asusta por la ocurrencia de cosas poco comunes como la aproximación de un extraño, por ejemplo: el lactante explora el cuerpo de la figura de fijación, de modo que coinciden los sistemas de fijación y exploración; esto favorece el desarrollo de lazos muy fuertes. A los dos o tres meses de edad estar solo o en un ambiente extraño desencadena miedo manifiesto. En tanto el niño se encuentre cómodo y tenga a la vista a quien lo cuida, puede quedar apartado de buena distancia antes de que se exceda el límite de aproximidad para la situación y se estimule la



conducta de fijación en el niño o en quien lo atiende. Si no se puede lograr la proximidad suficiente con rapidez, el niño sentirá gran malestar, a la cual Bowlby llamo "ansiedad".

El lactante, asume el autor, experimenta grados menores de ansiedad (percepción de no estar cerca lo suficiente de la figura de fijación) de manera repetida y aprende a dominarla si se conserva el acceso fácil hacia la figura de fijación. Con esta presencia, es probable que se sienta lo contrario de la ansiedad; esto es, seguridad, a menos que tema que la figura de fijación lo abandone de manera súbita o deje de reaccionar hacia él. Cuánto más firme esté la conducta de la persona que lo cuida en la mente del niño, más separación podrá tolerar.

Salvador Minuchin (1978) aporta importantes observaciones realizadas a lo largo de su trabajo como terapeuta familiar. Dentro del enfoque sistémico el autor expone las siguientes características propias de la interacción familiar:

- 1). Familia aglutinada, sus miembros están unidos entre sí. Los roles individuales se confunden y los límites generacionales no están bien demarcados.
- 2). Existe sobreprotección parental, preocupación exagerada de uno por otro.
- 3). Las actitudes y opiniones del grupo manifiestan gran rigidez: dicen no existir problemas, sólo el que presenta el paciente; situación que interrumpe la supuesta tranquila vida familiar.
- 4). Incapacidad para la resolución de los conflictos, los cuales son negados. La enfermedad del paciente identificado se usa para ocultar la tensión existente, con la necesidad de proteger a los padres de conflictos, lo cual mantiene el síntoma.
- 5). El paciente está envuelto en un conflicto parental negado, se desvía el conflicto de la pareja hacia él. Esto hace que se proteja y refuerce la estructura familiar patológica.

Selvini-Palazzoli (1990, pp. 158) refiere que la personalidad se estructura sobre la base de la relación de un individuo con su propio cuerpo desde el momento en que lo percibe como un todo, como existiendo fuera del objeto materno.

En los casos de vivencias corporales psicopatológicas, ese "fuera del" señala la autora, sólo se realiza de manera imperfecta; muchas de las experiencias corporales "de mal" vividas en la fase narcisista primaria incorporativa de la relación con su objeto han quedado influidas, concretamente, en su cuerpo.

Selvini afirma que "todas las experiencias de mal que vivan más tarde estos pacientes, en la fase del narcisismo secundario y más adelante, serán repeticiones de los modelos establecidos durante la fase arcaica".

Hilda Bruch (1962, pp. 187-194) es una entre los teóricos que elaboran el modelo interpersonal y trabaja desde el marco de referencia de las relaciones objetales. Entre los años 1973 y 1982 la autora sostiene que el problema que subyace en la anorexia nerviosa es "el déficit en la auto concepción del individuo y su falta de conciencia de su cuerpo, que se origina en la pobreza o ausencia de respuestas afirmatorias en la temprana interacción madre-hijo".

Bruch señala que el proceso de ésta temprana interacción se da de la siguiente manera: "cuando una madre narcisista impone sus propias pautas al bebé, impidiendo así su diferenciación, autoreconocimiento y formación de un esquema corporal que refleje la realidad y no posibilitando la adquisición de individualidad y la estructuración de un Yo firme". Reitera que una madre con



falta de empatía no responde adecuadamente a las señales incipientes del bebé, lo atiende cuando a ella le da la gana o se le ocurre, más no cuando existe la necesidad, con esto suprime las expresiones tempranas del bebé, quien finalmente abandonará sus intentos de comunicación, lo cual provoca que no pueda reconocer sus propias señales, rigiéndose por los estímulos que vienen de fuera, adquiriendo por esto un self mimético, falso.

Esta misma anulación del self le va a causar la distorsión de la imagen corporal, de la autoimagen interna, que se estructura a base de estímulos internos y respuestas internas, que por la falta de equilibrio entre unos y otros va a provocar que la autoimagen se deforme y que por lo tanto, no refleje la realidad. En opinión de Bruch, la anorexia como síntoma se manifiesta cuando la crisis de la adolescencia empuja al paciente fuera del núcleo familiar. La paciente tiene la impresión de no haberse podido desarrollar como persona y *“supone entonces que siendo más esbelta va a ser más apta y merece respeto”*.

*“Estar solo no significa traicionar.  
Ceder no significa ser derrotado.  
Depender no significa ser débil.  
Tomar la iniciativa no significa controlar”.*

*Salvador Minuchin*

## Capítulo 3

## Marco Teórico Sistémico

Una de las formas de estudiar a la familia y sus características es a través de la teoría

general de los sistemas, con base en las ideas desarrolladas por Ludwing Von Bertalanffy (Bertalanffy, L. Von. 1986.), Biólogo alemán, quién en 1940 hizo un llamado al enfoque multidisciplinario y global de los fenómenos para analizar su interrelación; define a la familia como un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción. La familia dentro de éste marco es un sistema activo y abierto de vivir y desarrollarse entre personas de diferente sexo y en distintos estadios de maduración física y mental. Bertalanffy sostiene que todos los componentes del grupo familiar participan en cualquier arreglo estabilizador o desintegrador en forma igualitaria y complementaria. Afirma el autor, que todos los sistemas tiene una relación jerárquica con unidades mayores y menores.

Bertalanffy postula que para que una familia funcione debe entrar en contacto con su medio vital o ambiente que puede clasificarse en: próximo, como el vecindario, barrio o comunidad al que se integra y, remoto como la región, el país y el continente al que pertenecen. La familia también está conformada por entidades menores que han recibido el nombre de subsistemas, a través de los cuales lleva acabo sus funciones.

Una persona es un subsistema y como tal puede ser específicamente considerado. Cada hogar tiene una forma única de organizarse en éstas subunidades, las que pueden desarrollarse con base en el sexo, la generación, los intereses o las tareas que realizan. Un sistema debe tener una estructura para sobrevivir y para cumplir sus metas y funciones. Para Minuchin (Minuchin, S. 1986, pp. 89.), la estructura de la familia es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos de interacción de sus miembros; dado que la familia es un sistema que opera a través de pautas interaccionales, las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia. Las transacciones pueden conceptualizarse en términos de un dúo, una triada o más personas. Minuchin hace hincapié que lo que diferencia a la familia de otros sistemas sociales son sus funciones únicas, la calidad de intensidad de las relaciones y el clima de sentimientos que existen en ellas.

Uno de los postulados principales de los que parte la Teoría Sistémica es el de evitar aislar artificialmente el fenómeno que se estudia y ampliar el campo de observación al contexto en el cual el fenómeno se produce. En éste sentido, para poder explicar y comprender cualquier comportamiento humano, hay que situarlo en su contexto natural. Es decir, pasamos del estudio de la paciente anoréxica al de su familia (Selvini-Palazzoli, 1973. En: Chinchilla, M.A., 1994, pp. 203-207).

El concepto central de ésta epistemología es el de "circularidad". Tradicionalmente se ha pensado en los trastornos alimenticios, por ejemplo: la Anorexia Nerviosa como una enfermedad

en la que el sujeto, es el “locus” de la mal función y cuya etiología tiene que ver con una imperfección que viene de sus genes, de su bioquímica o de su desarrollo intrapsíquico. En el caso de los sistemas vivos no es posible asignar a una parte una influencia casual sobre la otra, que es lo que haría la causación lineal. Como dice Bateson, un cerebro “no piensa”. Lo “que piensa” es un cerebro dentro de un hombre, que es parte de sistemas generales que residen, en equilibrio, dentro de su medio. “Lo que piensa” es un circuito total.

Así, en el sistema familiar, se establecen una serie de estilos relacionales y comunicativos, en los que se observan, de modo repetitivo, determinados fenómenos. Es decir, la familia es un sistema que presenta fenómenos de redundancia o repetición que nos muestran que, como sistema, sigue determinadas reglas. Cuando un padre prohíbe a su hijo llegar a casa más tarde de una hora por la noche, persigue con éste ejemplo de regla “normativa”, provocar una conducta.

De éste concepto de la familia como sistema de reglas se pasó al concepto actual de “juego”. Para Crozier, el concepto de “juego” amplía la perspectiva y permite rescatar la idea de “individuo”, ya que en él se integran, por un lado los movimientos y estrategias de cada jugador, y por otro, las reglas generales del sistema familiar (Crozier, 1977; en: Chinchilla, M.A., 1994, pp. 203). El individuo tiene su propia estrategia aunque indisolublemente ligada al juego en curso; por eso se hace imprescindible comprender los objetivos que persigue cada individuo (Selvini-Palazzoli, 1990. En: Chinchilla, M.A., 1994).

Cada miembro de la familia seguirá una estrategia individual, cara a conseguir sus objetivos y a participar en el juego en curso en el ámbito familiar. Para ello se comprometerá en alianzas (la unión de dos o más para conseguir un fin) y en coaliciones (la unión de dos contra un tercero). Las coaliciones no son en sí mismas patológicas, pero empiezan a serlo cuando son coaliciones negadas. Una de las personas pertenecientes a una generación forma una coalición con una de las otras dos personas pertenecientes a otra generación, contra el segundo miembro de ésta. La coalición entre las dos personas es negada, ya que la separación de las generaciones se rompe (más adelante se exponen a detalle otros patrones de disfunción familiar).

### *El Modelo Sistémico.*

Dentro de éste modelo, tanto Selvini-Palazzoli como Salvador Minuchin, máximos representantes de la escuela de Milán y del grupo de Filadelfia respectivamente, llegan a describir a su juicio, a través de estudios clínicos de familias con una paciente anorexia, las características predominantes de la interacción familiar; donde Selvini-Palazzoli (Selvini-Palazzoli, M. 1990) ve a la paciente con anorexia nerviosa como una manifestación patológica del sistema en el que se haya inserta.

La autora sostiene que, en este tipo de familias hay fallas en torno a la resolución de conflictos, no se presentan liderazgos claros, se opera por coaliciones ocultas y con un espíritu de autosacrificio. Minuchin (Minuchin, S. 1986) agrega a ésta serie de características propias de la interacción familiar, la sobreprotección, la fusión o unión excesiva entre sus miembros, la incapacidad para resolver conflictos; así como una rigidez extrema. Afirma Selvini que la

homeostasis familiar se rompe constantemente por el uso de intervenciones paradójicas. La paciente, según Selvini, toma su rol (o le es adjudicado) como sacrificio y una vez que esto ocurre, el síntoma es mantenido por procesos circulares casuales (Chinchilla, M.A., 1994, pp. 204-205).

En cuanto a Minuchin y cols. (Minuchin, S. 1978) ven a la paciente psicósomática igual que Selvini, como un síntoma o manifestación de un sistema familiar que no funciona adecuadamente. La familia afirma el autor, parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Están enredados hasta el punto que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger.

El autor asegura que las familias psicósomáticas se hayan en una especie de dependencia donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo es fundamental. Además sostiene que la paciente usualmente se encuentra atrapada en una triangulación oculta con uno de los padres.

Estas familias dice, parecen totalmente normales, la típica familia en la que sus miembros son buenos vecinos y no se querellan con nadie; Minuchin (Minuchin, S. 1985.).

La orientación del grupo de Milán, dirigido por Mara Selvini-Palazzoli, fue en un principio psicoanalítica. El que las terapias se alargaran por una considerable cantidad de tiempo llevó al grupo a adoptar otra manera de abordar los trastornos de sus pacientes. En 1972, el Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto California, realizaba tratamientos e investigaciones sobre familias; éstas investigaciones se realizaban con la ayuda del antropólogo Gregory Bateson y bajo la dirección del psiquiatra Don Jackson. Esto interesó al grupo de Mara Selvini y los introdujo a una nueva manera de tratar a los pacientes y a sus familias. En el MRI se creía que el enfoque psicodinámico era incorrecto para tratar los desordenes alimenticios, ya que centraba la patología en el individuo y pasaba por alto el que las personas se desenvuelven en un medio social y mantienen vínculos sociales donde se manifiesta el problema. En 1968 Selvini organizó el Instituto de Estudios Familiares en Milán, teniendo como colaboradores a Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin (Hoffman, 1987; en: Chinchilla, M.A., 1994, pp. 205-207). El trabajo de J. Haley con familias esquizofrénicas fue lo que proporcionó al grupo de Milán los parámetros más adecuados para la descripción de la familia como sistema interaccional. Estos parámetros se originan en la teoría de los sistemas, la teoría de la comunicación humana y la cibernética (Selvini-Palazzoli, M. 1990).

De acuerdo con este enfoque, los seres humanos en interacciones recíprocas a través del tiempo se convierten en el otro; viendo el río *uno* es el río. Las personas no son buenas ni malas. La familia siempre está cambiando sus miembros, que se mantienen conectados uno al otro, influenciándose entre sí a lo largo del tiempo. Así, el principal contexto era la familia y la tesis sistémica radicaba en que si se podían modificar los patrones de interacción dentro del núcleo familiar, entonces la conducta problema también cambiaría (Boscolo, 1989; En: Pruneda, H.E., 1998); ya que el síntoma (anorexia), que está presentando uno de los miembros es el resultado del *efecto* de las interacciones familiares y de sus conductas. En ningún momento el síntoma es la *causa* de la conducta de los demás miembros de la familia (Selvini-Palazzoli, M 1990).

El enfoque sistémico del tratamiento, centra la atención en el problema, que está definido como una situación indeseable y persistente en el tiempo, a la que alguien intenta aplicar soluciones que no resultan y para la que ese alguien considera que es necesaria la intervención de un experto (Crispo, Figueroa, Guelar, 1994). El problema está en función del sistema que sostiene o mantiene el síntoma, de ahí que no interese el cómo se originó el problema, sino el cómo es que se mantiene; eso es lo que se va a atacar en la terapia. La familia, como sistema primario (microsistema) es de vital importancia en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa. A continuación se delinearán las generalidades del sistema familiar y de su función en el desarrollo de sus participantes.

La Terapia Sistémica postula, que todo sistema familiar está compuesto de cuatro propiedades fundamentales:

- Unidad: el funcionamiento del sistema.
- Morfofostásis: tendencia al equilibrio.
- Morfogénesis: tendencia a adaptarse a los cambios externos e internos.
- Causalidad circular: una conducta A causa o controla a B, y es controlada por B.

Entre los elementos del sistema se observa una conducta interactiva que se conceptualiza en términos de secuencia; así, una conducta obedece a todo un conglomerado procesal de interacciones entre los miembros, que están en función de los cuatro elementos anteriores (Navarro, 1992). El sistema está influido y delimitado por influencias externas, como internas, la sociedad ejerce un fuerte control sobre los cambios que se generan dentro del sistema y de cómo el sistema familiar lo aborda (Morfogénesis).

La generación del conocimiento social, su inclusión a este, y el dominio general para formar parte de una comunidad, de sus valores, costumbres, creencias y modos de relación con los semejantes y otros significativos tiene su base sobre la dinámica de la función familiar (Ackerman, 1969). Es ésta una de las principales fuentes de influencia en la que se provee de las herramientas necesarias para la inclusión del individuo a un grupo sociocultural determinado, como elemento integrante de aquél del que se es parte.

La familia, como unidad básica de la sociedad está encargada de proveer las condiciones necesarias para que el hombre y la mujer procreen hijos y proporcionen sustento y seguridad a éstos. El ser humano al momento de nacer sólo cuenta con un 25% del peso total de su sistema nervioso, el resto se desarrollará en el ambiente, es un sistema que podemos llamar propiamente ecológico. (Ackerman, 1969).

El apoyo que la madre proporciona al nuevo miembro sólo puede ser efectivo con la colaboración del padre, de la familia y de la comunidad en general. Su mente se desarrolla también en relación con el sistema parental, Ackerman dice que la familia es literalmente la cuna de la tierna mente del bebé, así como es cuna del cuerpo de éste. (Ackerman, 1969).

La familia cumple con la enorme responsabilidad de modelar la personalidad de cada uno de sus integrantes y además tiene como una de sus principales responsabilidades la socialización



de sus miembros y si ésta llega a fracasar, lo hace también cada uno de sus miembros convirtiendo a éstos en representantes de la anomia social, la desinstitucionalización y la enfermedad mental. La familia como sistema ecológico está en constante interacción con actividades provenientes del exterior y regulándose desde dentro, aún así, la función integral de la familia es adaptativa, ya que su supervivencia sólo se concibe adaptándose a los cambios del medio circundante.

La familia, como toda organización social, posee diversos elementos que la estructuran y la regulan; al ser un grupo se le define como un conjunto de individuos que interaccionan entre sí, compartiendo ciertas normas en una tarea. Los lazos que unen a la familia están en función de lo que se intercambia entre los miembros: amor, protección, bienes materiales e información (Ackerman, 1969). Una de las configuraciones principales en la estructura de la familia es la que está conformada por el rol que cada quién ejerce dentro de ésta. Un rol es una categoría estereotipada de conducta, con ciertos elementos y límites a los que el encasillado se tiene que adaptar; así se tienen dentro del núcleo familiar los roles básicos de Padre, Madre, Hijos. Estos estructuran la unidad mínima familiar. Los roles también ejercen una fuerte influencia sobre la identidad de los miembros de ésta ya que les da un lugar en el mundo, un sentido de quienes son y de qué es lo que hacen; la identidad psicológica de la pareja marital está modificándose por el o los hijos, y éstos también por los padres. Los valores e identidad van cambiando conforme influyen situaciones tanto externas como internas, esto modifica los roles y la identidad de cada uno de los miembros, y es dentro de este devenir en el que surge la personalidad y la adaptación social del hijo (Ackerman, 1969).

Esto es un factor fundamental para la sana o la disfuncional relación familiar, ya que es la familia quien determina la dirección emocional del hijo y la estabilidad de la familia está en relación directa de este patrón de relaciones e intercambio emocionales. Ackerman propone que la investigación de las relaciones familiares debe enfocarse a tres dimensiones: 1) La dinámica de la familia como un grupo; 2) Los procesos de integración emocional del individuo a sus roles familiares y la reciprocidad básica de las restricciones de rol; 3) La organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico.

La organización familiar está dirigida por los cánones sociales y sus metas comunitarias; así la familia proporciona individuos que cumplan con esas metas y con los cánones comunitarios que prometen el progreso social. De este modo las metas de la unión familiar pueden delinearse como sigue: unión e individuación, cuidado de los niños, cultivo de un lazo de afecto e identidad, satisfacción de necesidades recíprocas, entrenamiento para las tareas de participación social, incluyendo el rol sexual, el desarrollo y la realización creativa de sus miembros (Ackerman, 1969).

Se ha visto que la familia es un sistema estructurado por normas que delinear los roles; así que la familia está gobernada por reglas. Estas reglas influyen y determinan la conducta de sus integrantes, ya que de no ser así, estaría bajo amenaza la propia existencia de ésta.

Además de los lazos emocionales, que estabilizan a la familia, existen ciertos cordones de tensión en la forma de relación que se lleva a cabo entre los miembros de la misma, éstos cordones son las normas y las reglas intrafamiliares. Se puede pensar como ejemplo, aquella situación bastante común, que se gesta desde el momento en que una nueva pareja se empieza

a conocer; surgen reglas tácitas a las que ambos participantes se someten, tales como los horarios en que se frecuentan, o quién paga las cuentas y un sin número de situaciones en las que cada uno de los miembros tornea su rol y su modo de relación con el otro. Esta forma de adaptación a la convivencia con la nueva pareja (y con la sociedad en general) proviene desde las familias de origen; sin embargo, si la pareja del ejemplo se casa y forma una nueva familia, es entonces cuando el padre y la madre moldean nuevamente sus roles y su modo de imponer los roles a los nuevos miembros representados por los hijos. Los mensajes que delinear padre y madre a los hijos están cargados de elementos reguladores de lo que se puede y no se puede hacer. El padre puede exigir que se cene a la ocho y que todos deben estar presentes, o la madre puede acostumbrar a los niños a saludar de un modo al padre cuando éste llega del trabajo.

Parecen éstos ejemplos muy someros; sin embargo, son éste tipo de costumbres dentro de la familia los que la hacen única. No se trata de decir que existen reglas infranqueables que, como en una organización, determinan las relaciones entre los miembros, sino que en la familia cada miembro negocia los modos de relación impuestos tácitamente o no, por la misma dinámica familiar, por el influjo social y de los roles; así, las reglas no son elementos rígidos, sino que pueden ser flexibles en función de la situación y de la negociación que los elementos hagan de estas normas.

Uno de los principales problemas surge cuando dentro de la familia, los miembros comienzan por romper las normas y generar cambio en el ejercicio del control parental, y surge una crisis en la que la dinámica se modifica o generan conflictos mayores, incontrolables para los miembros de ésta. Las normas y su establecimiento, como se mencionaba, pueden ser tácitos e inconscientes, lo que significa que muchos de los modos de normar conductas dentro del seno familiar están determinados simbólicamente; en donde cada uno de los miembros infiere e interpreta señales de los demás participantes, que le modifican la conducta ya sea para crear nuevas relaciones o para limitar sus relaciones. Esto último resulta particularmente complejo si un observador externo trata de decodificar las señales que se están transmitiendo entre los miembros, ya que éstas, dado su carácter tácito, han sido aprehendidas quizá desde la infancia y generalmente no se someten a juicio, sino hasta que surge alguna variante que las haga merecer la atención de sus miembros (Ackerman, 1969). En estos casos la regla funge más como una metáfora que como un sistema lineal de significado (op.cit).

Así, las reglas propiamente dichas se transforman en normas, siendo éstas las responsables de la originalidad familiar.

El foco de atención para el análisis familiar se centra en la norma como reguladora de la conducta de los miembros. La familia entendida, se caracteriza por ser un sistema homeostático u homeodinámico, que se regula por sí mismo. (Ackerman, 1969).

Las normas, como mecanismo homeodinámico resultan ser: "el toma y da" de las relaciones familiares, son éstas las flexibilizadoras de las reglas, aunque no dejan de ser reguladoras de la conducta. Así, la conducta de los miembros puede fluctuar en un sentido o en otro alrededor de la norma. En la medida en que la conducta se aleja de la norma se activa el mecanismo homeostático, consistente en el sometimiento del miembro "anormal" propiamente dicho, al sendero de lo establecido. (Ackerman, 1981).

Del establecimiento de las reglas, normas y métodos homeostáticos se delinea la personalidad de los miembros y de cómo estos afrontan y se adaptan a diversas situaciones del mundo social que como se decía, es una de las funciones principales de la familia, *la sana* individuación de sus miembros y el adecuado encauzamiento de sus individuos al progreso socialmente establecido.

## Patrones de disfunción familiar.

Se han descrito algunas formas de organización en la vida familiar necesarias para su desarrollo e integración a través de sus funciones; es importante señalar entonces una serie de procesos que son generadores de conflictos y dificultades, los cuales aunque indispensables, pueden desembocar en descomposición o desintegración. Para definirlos, destacados autores exponen sus ideas al respecto y refieren una serie de factores como generadores de la disfunción familiar. A continuación se hará una descripción de algunos de éstos, desde el punto de vista de Whitaker y Napier (Whitaker, C. y Napier, A. 1982).

### *Tensión emocional.*

Basados en sus investigaciones, Whitaker y Napier (Whitaker, C. y Napier, A. 1982), sostienen que un integrante común en la vida social y familiar es la tensión emocional cuyo origen es casi siempre misterioso. Todas las familias y todos los individuos viven con ella, pero los que buscan ayuda tienen más tensión de la que puedan manejar adecuadamente. En su opinión pueden identificarse tres tipos de tensión emocional:

*1) Situacional.* Es la crisis relacionada con acontecimientos o relaciones que se presentan en la vida. Pueden ser de dos tipos:

a) *Transicional:* derivada del paso de una etapa a otra del ciclo familiar como casarse, tener hijos, independizarse, etc.

b) *Súbita:* desencadenada por situaciones imprevistas e impredecibles como la muerte de una persona querida, un accidente incapacitante, la pérdida del trabajo, etc.

Ambos tipos de crisis envuelven una adaptación a una vida que se altera por las nuevas circunstancias y todas producen un sentido de ansiedad que puede traducirse en un desarrollo tanto físico como mental en alguno de los miembros de la familia.

*2) Interpersonal.* Involucra el conflicto que se presenta entre personas, especialmente en el caso de miembros de un grupo familiar de los cuales se esperaba solidaridad y cooperación. Un ejemplo de ésta crisis son las divisiones que a veces se producen dentro de un hogar y que pueden traducirse en declaraciones de guerra complejas. A menudo están relacionadas con eventos y problemas que se dieron en las familias de origen, los cuales son virtualmente reconocidos por los individuos de ésta generación.

*3) Intrapersonal.* Es la división y conflicto de una persona consigo misma. Se ha dicho que éste problema es el resultado de una presión extrema que el individuo internaliza. Un niño que repetidamente ha sido agredido por sus padres, termina atacándose a sí mismo y a los demás. La violencia parental y conyugal por ejemplo, genera individuos resentidos que a su vez producen en sí mismos o en otros las agresiones de que fueron víctimas.

### ***Polarización y escalonamiento.***

El siguiente proceso suele ser muy común dentro del sistema familiar; una persona provoca a otra, quién a su vez ofrece una retaliación propia y ello induce un contraataque de la primera. Cada uno de los implicados pone más fuerza y energía en cada respuesta, estos procesos de polarización y escalonamiento en que cada una de éstas partes se ubica en posiciones cada vez mas extremas; han sido comúnmente descritos en problemas conyugales y en contextos más amplios como entre países llegando en ocasiones a situaciones de guerra.

En sistemas como la familia puede reflejarse en la clásica competencia por el poder y la libertad entre un padre y su hijo adolescente. Cuando este asume una posición de autonomía, el progenitor lo controla y esto se traduce en mayor oposición del joven, quien puede terminar escapando del hogar.

Aunque todo sistema necesita cambiar y debe desarrollar los procesos antes mencionados, a veces los escalonamientos llegan a extremos tales que ponen en peligro la estabilidad total. Es necesario romper estos círculos viciosos que están inmersos en los problemas, para permitir la liberación y evolución de los sistemas que están estancados.

### ***La Triangulación.***

Se ha definido "el triángulo" como la unidad básica de todo sistema. Jay Haley (Haley, J. 1980. En: Pruneda, H. 1998) Por ejemplo, lo ha ubicado como el centro de cualquier disturbio emocional, poseedor de tres características fundamentales:

- a) Está conformado por dos personas de un nivel superior y una tercera de un nivel inferior.
- b) Existe una coalición entre una del máximo nivel y la del mínimo en contra de la que ha quedado excluida.
- c) Dicha coalición permanece encubierta.

El triángulo típico es el conformado por ambos padres y un hijo, en el cual cierto distanciamiento y conflicto conyugal se sobrelleva envolviendo a uno de sus vástagos en el mismo.

Minuchin (Minuchin, S. 1986, pp. 100) también describe cuatros formas en que éste triángulo puede manifestarse:

- a) Cada progenitor demanda que un hijo tome partido por él en contra del otro, colocándolo en un conflicto grave de lealtades.
- b) Los padres se unen en una aparente armonía para proteger un hijo enfermo.
- c) Los padres se unen para atacar un niño problema.
- d) Uno de los progenitores se une con un hijo en una coalición que establece en contra del otro cónyuge.

La persona ubicada como tercera, señala el autor, ejerce gran poder de su posición y no es una "pobre víctima" como pudiera pensarse.

### ***La culpa.***

Whitaker y Napier (Whitaker, C. y Napier, A. 1982, pp. 104) Destacan que la búsqueda de culpables es un proceso poderoso y observable en todo sistema, especialmente en aquel donde las relaciones adquieren un matiz de mayor intimidad como es la familia. A través de dichos movimientos se lanzan acusaciones y simultáneamente las personas se defienden, fenómeno claramente descrito en los conflictos conyugales y en las peleas entre padres e hijos.

En el campo de la salud mental se ha enfatizado la culpabilidad de la familia y más específicamente de los padres en los problemas del paciente o en caso contrario se ha tratado de mostrar al portador del síntoma como el causante de la desintegración de su grupo familiar, situación desafortunada desde el punto de vista terapéutico. Con los conceptos desarrollados por la teoría de sistemas se ha podido mostrar cómo todos los miembros de una familia están igualmente comprometidos en las situaciones de bienestar y en las conflictivas.

Este proceso de culpar nace quizá de la dificultad que se tiene de apreciar y aceptar los propios errores. Los autores emplean para poner un ejemplo, un dicho popular: *“es más fácil ver la paja en el ojo ajeno que la viga en el propio”* (Whitaker, C. y Napier, A. 1982).

Por su parte, Selvini-Palazzoli (Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 194) Refiere que el problema de la culpa radica precisamente en que cada uno de los miembros de la familia se desentiende siempre de los demás, ninguno de ellos está dispuesto a asumir realmente la responsabilidad cuando algo anda mal.

### ***La comunicación.***

La comunicación comprende no sólo los contenidos verbales sino también el comportamiento no verbal; el tono, la postura y los gestos con los cuales las personas intercambian mensajes. Cada familia va desarrollando un estilo propio y único que opera en privado y en público. Si se acepta que toda conducta es un mensaje, es imposible no comunicarse.

Actividad o inactividad, palabras o silencio tienen siempre un significado. Una persona que permanece callada durante una conversación puede estar expresando que no desea hablar con alguien. Su intención es percibida por los demás a través de ciertas actitudes y expresiones que los llevan a dejarla sola y a limitar su participación.

La modalidad más común en la comunicación que las familias anoréxicas suelen calificar de los demás miembros es *“el rechazo”*. Es muy raro que un miembro confirme lo que el otro está diciendo y habitualmente lo contradice. Es como si cada miembro de la familia reaccionará al mensaje del otro de la siguiente manera: *“Rechazo el contenido de los que dices, aún cuando estoy de acuerdo en cuanto a tu derecho a decirlo. Y rechazo también la definición que en tu mensaje propones de ti (y de mí) dentro de la relación”* (Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 151).

Sin embargo, dice la autora, la familia con una paciente anoréxica posee la capacidad de comunicarse y de focalizar la atención, de desarrollar temas completos y de canalizar significados congruentes; éstas personas califican sus propias comunicaciones de manera coherente tanto en el nivel verbal como en los sucesivos mensajes verbales. Parecen bastante seguros de cuanto dicen y de su derecho por decirlo, es decir, de su derecho a imponer reglas en la relación.



### ***El liderazgo.***

Minuchin (Minuchin, S. 1986, pp. 96) Subraya que en términos generales, una familia conformada por padres e hijos; la dirección y consecuentemente el poder, están centrados en los progenitores. Uno de los puntos de referencia principales para evaluar el liderazgo de un grupo, es la existencia de un acuerdo básico en la pareja, en los asuntos primarios de la vida en común y especialmente en el aspecto disciplinario: tipo y formas de sanciones y privilegios. El autor, le confiere suma importancia a la autoridad y sostiene que el funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. De esta forma; Selvini-Palazzoli, (Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 189) muestra lo que en opinión de Minuchin representa el problema del liderazgo en el modelo de la familia anoréxica, modelo que representa una característica más de estos padres: la dificultad que tienen para asumir en primera persona dicho liderazgo dentro de la familia.

Afirma el autor que cada uno de los padres siente la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro (Minuchin, S. 1986) Todos suelen hacer las cosas, no porque así lo deseen, sino por consideración a las exigencias de un tercero, y siempre por el bien de la otra persona.

En cuanto a la paciente identificada, también ella se ha sacrificado en aras de los demás, tal como lo exige la regla explícita de la familia, es decir "*su credo familiar*" (que posteriormente se expondrá).

### ***Las alianzas.***

A juicio de Selvini-Palazzoli, (Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 190-191) el juego de las alianzas representa el problema central y el más grave en las familias con pacientes anoréxicos. Los miembros de la familia se comportan como si una alianza abierta entre dos de ellos constituyese una traición al tercero. Al parecer este tipo de familias tiene la dificultad para funcionar en una relación de dos, del mismo modo que la separación del tercero, se percibe como una amenaza para todos. Tienen que estar juntos aunque estén mal. Sólo así se podrá evitar una alianza abierta, mientras la pseudoreciprocidad del grupo será la garantía del mantenimiento de la homeostasis.

En las familias compuestas por tres personas, señala la autora, la observación de los fenómenos referentes a las alianzas es relativamente más fácil que en las familias numerosas; ya que cada miembro de la familia está casado con dos personas: la madre, con el marido y la hija; el padre, con la mujer y la hija; la hija con el padre y la madre; así la paciente se ve obligada a ejercer, a la vez, el rol del marido oculto de la madre, y el rol de la madre oculto por el padre.

Este arreglo funciona bastante bien para los padres, pero no para la hija, a quién obligada como está a repartirse entre ambos de la manera más equitativa posible, no le restan energías ni encuentra el modo de desarrollar una existencia propia, y mucho menos de afrontar la crisis de la adolescencia. Es decir, la paciente señalada, se encuentra atrapada en un camino sin salida

(Selvini-Palazzoli, 1990).

Cada padre, profundamente decepcionado de su compañero, le pide, y se lo pide de manera encubierta, que sustituya al cónyuge en todo aquello que éste no puede darle.

### *Disfunción de la identidad.*

Whitaker y Napier (Whitaker, C. y Napier, A. 1982, pp. 101) Señalan que especialmente en periodos de crisis surge en toda la familia una amplia simbiosis, en la que todos los miembros se toman muy dependientes con miedo a perder el apoyo. Si bien ésta situación es necesaria y protectora temporalmente, puede prolongarse indefinidamente, impidiendo la autonomía e independencia de las personas.

La espontaneidad, creatividad y vitalidad de la familia, dicen los autores, se compromete para preservar la paz. Nadie se atreve a cuestionar al otro por temor a crear el caos. Aunque ésta simbiosis es una respuesta a una tensión interna o externa, genera una ansiedad adicional que puede terminar en un conflicto, el cual crea la división necesaria para que los miembros puedan separarse y funcionar automáticamente.

### *Inmovilidad.*

Es el proceso por el cual una familia se estanca en su desarrollo por temor a los cambios que todo crecimiento implica. En última instancia dicho recelo está estrechamente conectado con el miedo a la muerte, experiencia que está presente en todo ser humano. Las familias se detienen a veces en una etapa de su ciclo vital si perciben la renovación de uno de los miembros o del grupo en total como una amenaza a su estabilidad.

Esta situación nace de la forma en que se maneja la intimidad. El temor a depender de otro, a sentirse necesario, genera un distanciamiento que se coloca como barrera y como medio de diseminar la ansiedad implícita en toda relación humana. El paciente identificado surge como la presión de evolucionar, de ahí los movimientos en contra de parte del grupo familiar para impedirlo por miedo al cambio (Whitaker, C. y Napier, A. 1982, pp. 122)

### *Manejo de límites.*

De acuerdo a las características y propiedades antes mencionadas que poseen este tipo de familias, Minuchin (Minuchin, S. 1986, pp. 90) Manifiesta que la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Las familias con un paciente anoréxico se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre sus miembros. Como producto de ello, las distancias disminuyen y los límites se esfuman.

La diferenciación del sistema familiar dice el autor, se hace difusa y como consecuencia de esto, la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros; cada persona que conforma la familia es tan débil que ni puede definirse ni protegerse por sí sola. Esto lleva a las familias a un tipo de dependencia extrema donde la lealtad y la entrega son factores fundamentales para el bienestar del grupo, siendo éste “bienestar” lo que debe defenderse a toda costa. Siendo la familia anoréxica una familia psicossomática, evita los conflictos y las maniobras dirigidas a controlar, lo anterior lo disfrazan de preocupación y protección (Minuchin, S. 1986).

### *La infancia de las futuras anoréxicas.*

En un análisis retrospectivo que hace Stierlin, de las niñas que se convierten en jóvenes anoréxicas, encontró que con frecuencia suelen mostrarse particularmente unidas a sus progenitores, pero si se trata de armar un rompecabezas más preciso de la infancia de la enferma a partir de los relatos que hacen las mismas jóvenes, sus hermanos y hermanas, padres y abuelos, el trabajo parece complicarse.

Con frecuencia, el nacimiento mismo de la niña estaba rodeado de ansiedad, la madre se mostraba particularmente nerviosa en el curso del embarazo y ése nerviosismo no carecía de razón debido a que se ha encontrado que en muchas de estas familias existen recuerdos de repentinas muertes, pérdidas y catástrofes como resultado del (supuesto) descuido de los padres. De éste modo, la hija activa la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de la hija. La madre ve en esta hija un desafío para su capacidad materna, alguien a quien debe dar, amar y proteger todo lo posible. Así, constantemente muestra particular preocupación por esa hija, y parece amarla más que a las demás (en la medida en que ellos pueda reconciliarse con la ética igualitaria familiar). Pero una observación más detenida permite descubrir que esta apariencia es engañosa. No es de extrañar que con frecuencia la madre tenga sentimientos insólitamente ambivalentes hacia esa determinada hija (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 44). En primer lugar, ello adopta la forma de una actitud ansiosa y protectora, una inclinación a malcriar y sobreproteger a la niña, apartándola de todo posible peligro, y asegurándose de que tenga suficiente de comer. El lema parece ser: “yo te doy muestras de mi amor dándote buenas cosas que comer, y tú me das muestras de amor comiendo bien”.

Stierlin dice que en una serie de casos, los progenitores querían tener un hijo varón y, aunque ello nunca se mencionó o discutió dentro de la familia, se sintieron amargamente defraudados con el nacimiento de una niña. Una vez nacida la bebita, la madre debe darse cuenta de que no se sentirá recompensada, halagada o liberada, sino que deberá cargar con otro peso, el de la criatura que le plantea exigencias; (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 44) sin embargo, no puede admitir su desilusión, pues contravendría demasiado a su propio credo y el de la familia. La desilusión debe ser escindida o negada; pero ello no obstante, hallará expresión en la conducta de la madre. A través de sus actos ella expresa sus deseos ambivalentes de liberarse de la niña, o rechazarla. De manera no verbalizada, comunica el hecho de que se sentiría mucho mejor si no tuviera a la niña, o, al menos, si ésta no fuera “una carga tan pesada”. Estos deseos no se le escapan a la hija. Cuanto más sensible sea en su relación con la madre, más probable es que capte la comprensible ambivalencia de aquella hacía sí misma, sin

cuestionamientos. Y la duda la acosará toda su infancia, sin poder nunca hallar una respuesta definitiva. Una manifestación clara, después de todo, tal vez implique tener que aceptar la ambivalencia y los deseos de rechazo de la madre, o sea, darse cuenta de que no es amada sin cuestionamientos. De manera que hija y madre deben empeñarse en mantener la respuesta en la oscuridad. Pero en tanto ésta duda existencial no sea claramente explícita ni se le dé respuesta definitiva, se está preparando el terreno para un problema mayor que sólo más adelante (cuando se manifieste la anorexia nerviosa) se revelará en su plena medida (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 46).

Se puede decir entonces, que el tipo de vínculos que se han descubierto en las familias de anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa. En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar su propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas (abiertas) de la madre y convirtiéndose en un puñado de virtudes (filiales); En apariencia, a menudo lo logra. Una y otra vez se dice que las pacientes anoréxicas eran particularmente buenas, que destacaban en la escuela y los deportes. A diferencia de sus hermanas y hermanos más “problemáticos”, aquéllas nunca daban motivo de queja (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 46).

### *¿Por qué anorexia?*

Se consideran en primer lugar las relaciones de la anoréxica con sus pares: tarde o temprano, la joven, tímida y dependiente, oirá que le dicen: “ésta bastante robusta”. “¿Por qué no pruebas hacer una dieta?” o bien escucha comentarios elogiosos de sus compañeros acerca de la esbelta figura de alguna otra adolescente, y su buen aspecto general. Éstas experiencias, u otras semejantes, harán que decida bajar de peso por sí misma; sea, siguiendo una dieta planificada o quemando grasas con la práctica deportiva; o bien, (tal vez con mayor frecuencia) mediante una combinación de ambas (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 49).

Hasta aquí, éstas pacientes en un poco o nada difieren de muchas otras jóvenes colocadas en situaciones similares, que, en el contexto de sus relaciones con amistades o rivales, se ven enfrentadas a la ideología de la esbeltez generada en parte por la sociedad en la que vivimos. La única diferencia está en que las demás serán menos perseverantes e inflexibles en su propósito de bajar de peso.

Los motivos de una persistencia tan extrema son complejos. El más importante, tal vez, sea que ése patrón totalmente adaptado de obediencia y virtud repentinamente descubre en la enfermedad una posibilidad de poner a prueba su autonomía (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 50). Una de las maneras de encontrar la autonomía deseada, explica Stierlin, (op. cit.) está en desobedecer los valores familiares que afirman que el brindar comodidad física y abundante comida es la auténtica expresión de genuino amor. Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la joven rechaza esa expresión de amor, desafinando un principio central del credo familiar e iniciando su individuación contra los padres. Al hacerlo, sin embargo, no sólo da muestra de autonomía respecto de los progenitores, sino también

respecto de su propio cuerpo. Ese cuerpo, con todas sus tentaciones y deseos, es desde ahora el adversario al que hay que mantener a raya. Y, en muchos casos, éstas adolescentes son testigos del triunfo de la voluntad en éste tipo de peleas.

Librada ya desde algún tiempo la batalla contra el impulso por comer, se dice que experimentan una sensación de regocijo, triunfo y gratificación similar a la experimentada por personas que han observado exitosamente una dieta de hambre. Pero éste triunfo de la voluntad exige su precio. La pérdida de peso suele verse acompañada de cambios en el equilibrio hormonal y el mecanismo electrolítico, con los consiguientes efectos sobre los procesos metabólicos en el cerebro y al actividad cerebral general. Esta es al menos, la explicación postulada por expertos tales como Bruch (Bruch, H. 1973), de acuerdo al modo en que el sentido de realidad de éstas jóvenes gradualmente se ve distorsionado, o es tenido por anormal a ojos de terceros. Ésta distorsión es evidente en el hecho de insistir en que la delgadez cadavérica a la que han reducido sus cuerpos es normal, saludable, ciertamente placentera desde el punto de vista estético, y en que la mera idea de aumentar un solo kilo resulte absolutamente intolerable y repugnante. Es comprensible entonces, que los de afuera consideren a éste tipo de pensamiento como una visión distorsionada de la realidad, que bordea lo psicótico (Bruch, H. 1973).

Si se analiza detenidamente el supuesto triunfo de la voluntad, se observa que nunca es total. El cuerpo con todas sus necesidades, en particular la de alimento, sigue invadiendo la consciencia de la paciente (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

En otras palabras, el tema de la comida, sigue preocupándolas, acosándolas, y dictando así gran parte de los actos de éstas jóvenes. Como se había mencionado ésta familia está mal equipada para adoptar una reacción flexible ante el cambio. No está preparada para la tragedia de la separación y la reestructuración desencadenada por la adolescencia.

Stierlin (Stierlin, H y Weber, G. 1990, pp. 51), narra el pasaje de una anoréxica curada, que recordaba muy claramente lo azorado y sacudido que se sintió su padre al ver por televisión una película en que dos adolescentes de 16 años abandonaban su hogar y a sus padres. Fue entonces cuando la jovencita decidió *nunca* dejar a sus progenitores.

Los padres, por su parte, se muestran recelosos de los amigos de sus hijos, particularmente los del sexo opuesto y con frecuencia ven en ellos influencias negativas o creen que sus hijos no “deberían” juntarse con ellos. También aquí lo que los padres realmente dicen (por ejemplo, “por supuesto que queremos que estés con gente de tu edad y te diviertas”) suele no concordar con lo que comunican en forma indirecta y no verbal.

Otro aspecto a considerar es la lucha de toda la familia por el poder, la importancia y la atención. Como se ha ya indicado, dicha lucha va a adquirir formas muy especiales en éstas familias. El poder va a ser depositado en la persona que observe el credo familiar de manera más flexible, o sea, que exhiba el máximo grado de autosacrificio y abnegación. Y ésa persona es la hija anoréxica, que rehusa comer y generalmente se niega a sí misma más que a los demás. Esto le brinda una ventaja estratégica con respecto a la manipulación de los sentimientos de culpa,



particularmente desde que es vista, por ella misma y por los demás, no como quien toma de manera independiente sus propias decisiones, sino como la víctima desvalida de una condición patológica. Se trata de no dejar de lado el hecho de que fue la joven por propia decisión quien se embarcó en el proceso de adelgazar que la condujo a la anorexia. No obstante, el hecho suele relegarse al total olvido dentro de la familia (a menudo con ayuda de autoridades médicas) de manera que finalmente todos dejan de ver en la anoréxica a una persona responsable que ha decidido iniciar una huelga de hambre, para verla como una persona enferma; una suerte de adicta que debe ser tratada con consideración y comprensión. Un observador de afuera (un psicólogo, por ejemplo) pronto se da cuenta de que por debajo de la pareja fachada de armonía familiar y cariño mutuo existen una agresividad y hostilidad generalizadas (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 53). Esta situación está dirigida, sobre todo, a lograr que los demás se sientan impotentes, y a dejarlos presa de sus sentimientos de culpa. Dicho en otras palabras, por debajo del cuadro superficial de complementariedad armoniosa hallamos lo que los especialistas en terapia familiar sistémica denominan simetría o escalada simétrica, o, tal como lo expresa Selvini-Palazzoli una "simetría de escalada en los sacrificios" por la condición de puntero en los actos de abnegación (Selvini-Palazzoli, 1974).

En la opinión de Stierlin (Stierlin, H. y Weber, G. 1990) muchos de los casos de inicio en anorexia, tienen una razón específica, que es el darse cuenta que se ha producido una deslealtad o una traición. Éste autor ha visto que la joven anoréxica a menudo se ha sentido discriminada, intentando reiteradamente obtener la aprobación de sus padres, y de su madre en particular, por medio de la ambición y el logro. Impulsada por el sentimiento de ser amada sólo de modo ambivalente o aún posiblemente rechazada, se ha mostrado particularmente ansiosa por satisfacer las elevadas expectativas de sus padres, dar especiales muestras de obediencia y de afecto, y, en general, ser tan "buena" como resulte posible.

En el momento que aparece la enfermedad, se disipan todas las esperanzas de ser la favorita del progenitor a quién específicamente procuró complacer. La adolescente, por ejemplo, puede llegar a la irrefutable convicción de que su hermana, la cual (a su modo de ver) siempre obtuvo de todo con más facilidad, es amada y apreciada por los padres más que ella misma, quién desde el desencadenamiento de su anorexia, se ha convertido en un problema que sólo provoca en aquellos preocupación y disgusto.

Se desarrolla así, una dinámica de venganza, (Stierlin, 1981) al darse cuenta de que todos los sacrificios que han hecho con miras a satisfacer las expectativas de sus padres han sido en vano. De manera característica, el camino más eficaz que hallan para satisfacer sus sentimientos vengativos está en estructurar su conducta a fin de hacer que sus progenitores parezcan seres fracasados. En el contexto de ésta dinámica de vergüenza, la jovencita intensifica sus esfuerzos aún más; autodisciplinándose de manera excesiva, reduciendo al máximo el consumo de alimentos hasta el punto en que su propia vida corre serio peligro. En ello, es guiada por un pensamiento: "por más que mis padres me presionen y traten de controlarme con su atención, yo puedo revertir la situación negándome a comer". El desafío y la frustración abren una nueva e intensa etapa en la lucha por el poder, la escalada simétrica: "me va a ir mal si dejo que alguien me



ayude” o, tal como lo expresó una paciente, “podré estar al borde de la desesperación, ¡pero no tanto como mis padres!” (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

A medida que avanza la lucha por el poder y se produce una escalada en el juego del martirio, la hija adquiere cada vez más poder y se acostumbra tanto a él, que no está dispuesta a cederlo a pesar de todos los sufrimientos autoinfligidos y que le inflige a la familia. En éste drama se puede ver la culminación del conflicto que había estado latente desde un comienzo en la relación madre e hija. No importa qué puede haber orillado a la hija a su huelga de hambre, qué motivaciones adicionales pueda haber, su conducta se ha convertido en un grito constante: “¡me estoy muriendo de hambre, necesito alimento!” A la vez, sin embargo, su negativa a comer y sus vómitos dicen: “éste alimento que me dan no es el que necesito, no es el que ansío. Necesito aprobación, amor a mí misma, afecto independiente de mis logros”; pero los padres son incapaces de decodificar este mensaje indirecto y aparentemente contradictorio, y la hija no está interesada en que lo logren. De ahí que *reaccionen ante* la extrema *reducción de peso* intensificando sus esfuerzos para *brindarle* a la hija *alimento*, y atención a su bienestar físico general. Y la reacción de la hija es seguir rechazando esa atención (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

Si se observa la enfermedad desde un ángulo diferente, se puede decir que esta reducción de peso potencialmente letal significa que la anoréxica puede realmente obtener la atención de toda la familia, que eso es lo que tal vez todo el tiempo quiso lograr. Pero no hay en ello la fuente de gratificación que uno podría prever. Aunque se le conceda mayor atención e incluso adquiriera mayor importancia dentro de la familia, debe preguntarse a sí misma si la raíz de todo ello no está simplemente en los síntomas que exhibe, sólo abandonando los síntomas podría determinar si algo ha cambiado en la familia y si todavía puede ella seguir teniendo la misma importancia y recibiendo la misma atención. Normalmente opta a favor de la atención ambivalente que le garantizan sus síntomas, más que el riesgo de ser “traicionada” una vez más y perder su poder. Se obtiene así, un cuadro de la anoréxica como persona que se siente con justicia impulsada a librar una lucha en la que se da una escalada simétrica en dos planos diferentes: ella se ve contrapuesta tanto a sus propias necesidades físicas como a los miembros de la familia que le exigen que coma más.

Está luchando contra la atención que le brindan los otros (particularmente la madre) y, a la vez (y por sobre todo), luchando contra sí misma (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 54).

Se mencionan finalmente las funciones “positivas” (por lo menos desde el punto de vista de los miembros de la familia) que la radical pérdida de peso en la hija tiene para la familia. Las hijas que despliegan curvas femeninas durante la pubertad representan una inconfundible referencia a la sexualidad, a la que tales familias consideran peligrosas para su cohesión. Al mantenerse la joven delgada y dejar de menstruar, deja de representar una tentación, tanto a sus propios ojos como ante los demás (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

Tal vez más importante aun sea el hecho de que los síntomas anoréxicos y la atención que se le brinda a raíz de ellos. Vuelven a unir a la familia. Ya no hay riesgo de separación. Los padres

una vez más tienen una tarea en común y comparten una preocupación; además de que las cosas quedan como estaban y la familia vuelve a asentarse sobre bases firmes. Esto podría explicar la asombrosa falta de alarma que muestran algunas de estas familias cuando la hija pierde peso de manera tan extrema que aun su vida corre peligro. La familia ha recuperado un equilibrio que se garantiza como duradero gracias a los síntomas que se han vuelto parte integral de la interacción familiar (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

De lo que se ha mencionado hasta ahora, se desprende que debiera ser fácil entender por qué a estas jóvenes les resulta tan difícil romper ese círculo y decir: “me marchó, voy a trabajar en otra parte para satisfacer mis necesidades, ustedes tendrán que arreglárselas sin mí”. Las presiones provocadas por la culpa y los vínculos de lealtad las retienen dentro de la familia, particularmente al no estar preparadas para valerse por sí mismas afuera, y también por tener que ceder el puesto de importancia que han obtenido dentro de la familia. Los padres, análogamente, están poco preparados para una vida propia y creen que necesitan de una tercera persona (la hija anoréxica) para estabilizar su relación, darle un sentido a su vida y hacer que valga la pena vivirla. (Stierlin, H. Y Weber, G. 1990, pp. 55).

### *El perfil de los padres.*

Stierlin y Weber (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 37-38) Presentan una descripción de lo que se podría considerar como el perfil de los padres de una paciente anoréxica. Éstos, señalan los autores, con frecuencia han sido en sus familias de origen, los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres y por lo tanto, los más influidos por las actitudes y juicios de valores de éstos.

Lo anterior, significa que suelen ser los hijos que más se avienen a cuidar de sus padres cuando éstos se vuelven ancianos y frágiles: suelen llevárselos a vivir a sus propias casas, con lo que demuestran que son quienes más completamente han interiorizado *el credo familiar* de autosacrificio, autocontrol, cohesión familiar y trato justo para todos sus miembros. Esto puede observarse especialmente en las familias de las madres.

En muchas de las familias la bisabuela ya era un ejemplo particularmente llamativo de abnegación y autosacrificio. La abuela iba luego un paso más allá, representando una figura santa que siempre era paciente y estaba dispuesta a ayudar a los demás. La madre adoptaba los mismos lineamientos, imponiéndose a sí misma aún más restricciones que su propia madre y superando a ésta en capacidad de sacrificio y altruismo. Finalmente, la hija anoréxica parece ser un paladín aún más ferviente del credo familiar, llevándolo hasta límites absurdos. Por un lado, es aún menos complaciente consigo misma, se castiga y atormenta mediante una negativa radical y coherente a comer, con lo que avergüenza a todas sus predecesoras; A la vez, se muestra interminable e infatigablemente preocupada por el bienestar psicológico y sobretodo físico de los demás miembros de la familia, para los cuales a menudo compra alimentos o cocina con mayor devoción y cuidado, la anoréxica se ve así ante una cadena transgeneracional de exigencias cada vez más grande e interiorizada de autosacrificio. Para los eslabones de ésta cadena, resulta

discernible una ulterior consecuencia significativa. Una persona que constantemente practica el autosacrificio y permanentemente da más de lo que recibe, a la vez tiene derecho a una recompensa; la cual, tal como se dan las cosas, puede ser reclamada a los miembros de las siguientes generaciones, o sea, los propios hijos de esa persona. De ahí el mensaje inconsciente transmitido al hijo detrás de los sacrificios de la madre: "mira, es tanto lo que le he dado a *mi* madre, a *mis* padres, que ahora a *tú* te toca resarcirme". Y la hija que se convierte en delgada cada más obediente y atada a su madre, tanto más procura satisfacer las exigencias (por lo común implícitas) de esa madre. Es seguro que esta situación conduce a dilemas que sólo se revelan en su misma disfunción cuando la familia finalmente se ve enfrentada a un caso de anorexia nerviosa en su seno.

En la medida en que estos progenitores han aceptado y adoptado el credo familiar, particularmente el de no dejarse llevar por las emociones y controlarse a sí mismos y a las propias pasiones. Stierlin prevee que a lo largo de su vida, estos progenitores tarde o temprano se ven rechazados o decepcionados por novios o novias de inclinaciones románticas, que suelen ser más desinhibidos, anticonvencionales y llenos de exigencias sexuales. En otras palabras, hallan a esas parejas incompatibles, y ven en ellos seres frívolos y poco confiables. Tras esas desilusiones, buscan a alguien que les pueda garantizar orden, confiabilidad y seguridad social. Con una mezcla de resignación y de alivio. Optan por un "*matrimonio por conveniencia*" en el que el interés mutuo, la comprensión y la armonía son más importantes que el "*amor*". El sexo matrimonial pierde importancia. A los cónyuges les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos de sus propios padres, que buenos amantes el uno con el otro; de ahí que tomen sus deberes como progenitores muy seriamente. En lo que atañe al cumplimiento de esos deberes se encuentra que los roles se distribuyen según el modelo tradicional. La madre es responsable de administrar el hogar y cuidar de los hijos; mientras que el padre es el sustento económico y es en general responsable del status social y la seguridad familiar (Stierlin, H. y Weber, G., 1990).

La ausencia aparente de fuertes pasiones, las poderosas ataduras y la distribución tradicional de los roles suelen combinarse, a pesar de las tensiones que alientan bajo la superficie para hacer que esos matrimonios sean más sólidos y duraderos que muchas relaciones maritales modernas.

Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. 1978. En: Stierlin, H. 1990. pp. 38.), afirman haber quedado sorprendidos por la estabilidad de los matrimonios de los padres de pacientes anoréxicas (algo que aparentemente no se aplica en la misma medida a los padres de hijas bulímicas). Esta estabilidad en los matrimonios de los padres de las anoréxicas suele lograrse a expensas de ciertas restricciones y rigidez. Tienen dificultades para afrontar desafíos en pos del cambio y el desarrollo, por una razón crucial: las actitudes y pautas de conducta descritas anteriormente.

Stierlin afirma que la evolución familiar se torna extremadamente difícil, por no decir imposible, en las relaciones matrimoniales regidas por el lema de que no hay que dejarse llevar por las emociones, y que debe conservarse la armonía, respetar las convenciones y mantenerse juntos a cualquier precio (Stierlin, H y Weber, G. 1990, pp. 37-39).

En el seno familiar, las relaciones entre los padres juegan un papel central, Selvini-Palazzoli

(Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 152) comenta que las relaciones de la pareja pueden caracterizarse por que todo conflicto es negado; la impresión superficial es la de una relación sin problemas entre marido y mujer; tras ésta fachada de paz a cualquier precio. Sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En lo concerniente a las relaciones con los hijos, cada padre parece satisfecho en la medida en que el hijo experimenta insatisfacción respecto al otro, a así, el hijo(a) permanecerá inmaduro y dependiente.

Selvini sostiene, que en la pareja parental, se describe una modalidad particular de relación simétrica: los cónyuges moralistas, cada uno de los cuales se considera aprisionado en una relación compulsiva, competirán inevitablemente entre sí por la superioridad moral; el modo más simple de hacerlo es asumir el papel de víctima". Se trata de una simetría caracterizada por una "escalada de sacrificios" (Selvini-Palazzoli, 1990, pp. 152-153).

### ***El credo familiar.***

A manera de introducción de estas familias, Stierlin y Weber (Stierlin, H y Weber, G. 1990, pp. 33- 39) Delinean a continuación el tipo ideal con un miembro anoréxico. Un tipo "ideal" o sea un "constructo artificial", un esquema que da orientación entre la confusa variedad de procesos y sistemas sociales interrelacionados.

Como se mencionó en el apartado anterior, los padres de las hijas anoréxicas se caracterizan entre otros aspectos por los lazos que los unen con sus familias de origen, y por un poderoso vínculo de lealtad, que hace que los hijos se vuelvan sensibles a las esperanzas, deseos y expectativas que les transmiten, abierta o encubiertamente sus padres. Estas expectativas pueden exceder la capacidad de la hija, tal vez imponerle un desarrollo de tipo marcadamente unilateral y tarde o temprano envolverla en una serie de conflictos y problemas. Tal ligamiento se materializa infaliblemente cuando determinados sentimientos, supuestos básicos o valores prevalecen entre las paredes involucradas en una relación y reanudan en ciertas pautas de conducta específicas. Estas pautas, a la vez, afectan los sentimientos, supuestos y valores de los cuales surgieron.

Los elementos antes comentados no se pueden describir aisladamente, pero de alguna manera se tratará de distinguir unos de otros. En primer lugar la atención se centra en los "supuestos básicos" compartidos por los miembros de la familia de origen. Señalan los autores que éstos supuestos se manifiestan como un código interiorizado de conductas construido en torno de principios implícitos tales como: es mejor dar que recibir, la abnegación eleva a la persona, mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como las de los demás, sólo me siento bien si los demás se sienten bien, somos un grupo de gente unido por el destino: ninguno debe ser abandonado en el camino.

La insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal pronto se manifiesta en una dinámica de unión que seguramente habrá de interferir seriamente en los progresos efectuados en aras de la individuación, y en la coindividuación y coevaluación a través de toda la familia (Stierlin, H. y Weber, G., 1990, pp. 39-44).

Un elemento con frecuencia concomitante del autosacrificio, que subraya la importancia del bienestar de la familia, como un todo y niega la gratificación de necesidades y deseos personales, es un marcado control de los impulsos. El autocontrol significa mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada y, en particular suprimiendo sentimientos o actitudes “malas” (o sea, hirientes, ofensivas, despreciativas, airadas o envidiosas). En general, opinan los autores, lo que pueden hacer los miembros de una familia anoréxica, es no ponerse en evidencia en modo alguno, sino, más bien cómo concentrarse en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás: no sólo padres, abuelos y parientes sino también vecinos y la sociedad en general; Esto significa, ajustarse a las normas impuestas por el medio, actuando de manera convencional y estando siempre alerta a reaccionar con sentimientos de profunda culpa y vergüenza si se desvían de dichas normas.

Con frecuencia, éste tipo de preocupación por la adaptación social también entraña la interiorización de “sentido de justicia”. En los padres, esto suele adoptar la forma de un mandato auto impuesto de amar y tratar a todos los hijos igual. No debe haber algún hijo favorito; ningún hijo debe ser engañado o estafado emocionalmente, ni en algún otro sentido. Esta preocupación por la justicia, junto con la preocupación por la cohesión familiar, milita en contra de todas las alianzas o coaliciones abiertas dentro de la familia. Como todos los integrantes tienen iguales derechos al amor y la aceptación, nadie necesita apartar a nadie de la familia como un todo.

Ese principio de justicia demuestra con particular claridad el grado hasta el cual ciertos tipos de contradicción, conflicto y dilema están programados para aparecer en estas familias. Por deseable e imperativa que la justicia en familia parezca a todos sus miembros y no importa hasta qué extremo pueda haber preferencias o injusticias temporales o permanentes en el curso de la existencia familiar. Ellas deben ser negadas o apartadas de todo diálogo y de la conciencia general de la familia. Esto, a su vez, significa que los miembros de la familia, en particular los hijos, se ven expuestos a mensajes contradictorios.

De ese modo, el concepto extremo de justicia en muchas de estas familias emerge como ulterior elemento en una dinámica que refuerza las ataduras y obstaculiza la individuación, cuando no la impide totalmente. Un credo familiar que de manera tan insistente exige e idealiza la cohesión, la armonía familiar y el trato igualitario para todos por parte de todos, mantendrá un férreo control sobre sus miembros y bloqueará cualquier tipo de movimiento hacia la separación o la individuación (Stierlin, H. y Weber, G., 1990).

La individuación conlleva implícitamente la idea de separación física y emocional; Sin embargo, el concepto de separación tal como se aplica en el lenguaje cotidiano es más incisivo y profundo que el de individuación. La palabra separación, señalan los autores, evoca experiencias existenciales que ciertamente han ejercido una muy marcada influencia sobre las actitudes, el clima de las relaciones y las expectativas de muchas de las familias anoréxicas.

Un examen más extenso demuestra que en muchas de estas familias se ha dado una proporción muy elevada de tempranas separaciones y pérdidas tan repentinas como desastrosas, que parecieron extenderse como ondas de un cataclismo a lo largo de generaciones siguientes, sin desvanecerse jamás por completo (Stierlin, H. y Weber, G., 1990).



La ubicuidad de la pérdida y la separación es entonces según Stierlin, un ulterior factor en la “*voluntad de unión*” de estas familias, una motivación más para que sus miembros se mantengan unidos a toda costa, se aferren el uno al otro y a la vez, dependan entre sin cuestionamiento, para conservar así las esperanzas de supervivencia en un mundo peligrosamente imprevisible. Esto, a su vez, significa que los temores de separación y pérdida se transforman en preocupación o, en afectuoso interés y creciente responsabilidad, con frecuencia tiende a centrarse en el bienestar físico de los demás. Las madres de las pacientes anoréxicas parecen particularmente propensas a manifestar esa preocupación, preguntándose constantemente, llenas de ansiedad, si se habrán ocupado lo suficiente de su “hijita”, si tomaron medidas para resguardar su salud, si la mantuvieron lo suficientemente alejada de otras personas y sobre todo, si le dieron suficiente de comer (Stierlin, H. y Weber, G., 1990, pp. 42).

Esa “*voluntad de unión*” encuentra expresión en casi todas las estructuras y procesos de las familias en cuestión. Internamente, se manifiestan en una tendencia hacia la fusión, el desmantelamiento y oscurecimiento de fronteras entre individuos y generaciones. Externamente, este tipo de vinculación conduce a la impermeabilidad, la erección de muros de contención de los impulsos, la información y las novedades procedentes del mundo exterior, que representan un peligro potencial para la cohesión y estabilidad de la familia.

Una familia tal, evoca la imagen de una casa en la que todas las habitaciones están intercomunicadas y todas las puertas están abiertas, y de hecho esto es así. Siempre es posible que cualquier miembro de la familia entre en el cuarto del otro sin llamar a la puerta. A menudo incluso el dormitorio de los padres se deja abierto sin llave de por medio o no cuenta con una puerta. Minuchin y cols. (Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. 1978, pp. 160) Fueron de los primeros en describir las características esenciales de esas ataduras y la “*voluntad de unión*” en dichas familias. Haciendo mención de ellas nuevamente son: *el entrelazamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto*. De acuerdo a éstas características Minuchin y cols., identifican las siguientes pautas de interacción:

- 1) Relaciones familiares que adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos.
- 2) Sobreprotección generalizada hacia los hijos.
- 3) Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no-aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y adolescencia.
- 4) Ausencia de resolución de conflictos que se producen y
- 5) La implicación del hijo en la conflictividad conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología.

Una más de las características de estas familias, expresan los autores, es la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo (como se había ya mencionado).

En situaciones de crisis (o sea, en situaciones en que parecen estar por producirse cambios), hay un vacío de liderazgo. Los progenitores se paralizan y se sabotean entre sí, particularmente en lo que atañe a cuestiones referidas a la crianza de los hijos. En cuanto uno de los padres le



plantea ciertas exigencias a un hijo, el otro pasa directa o indirectamente a la defensa de ése hijo, acusando al otro progenitor de actuar con demasiada severidad o de manera injusta, insistiendo en que el hijo(a) es incapaz de llevar a cabo lo que se le ha pedido, rompiendo a llorar o gritar, y así sucesivamente. Es así como de manera característica, un progenitor ve al hijo en cuestión como un ser débil o enfermo, y el otro, como desobediente o insuficientemente motivado; Selvini (Selvini-Palazzoli, M. 1974.).

Cuando las relaciones de poder están mal definidas y las estructuras de liderazgo no existen, se corre el riesgo de que las luchas por el poder se emprendan *“subterráneamente”*. Estas batallas también son regidas por reglas, compatibles con los valores y normas familiares antes mencionados.

El generalizado *“mantenimiento de abnegación”* inevitablemente genera una rivalidad en torno de quien da más, se sacrifica más, se controla mejor, reprime sus propias necesidades eficazmente, etc. Ante ésta rivalidad, cualquier intento de autonomía y autorrealización será tildado de egoísta. Todo aquel que tome para sí un poco más que los demás, y tal vez sea un poco más capaz de placer y goce que éstos, es acusado de dejarse llevar por sus emociones y seguir el camino fácil. En dicho esquema familiar, el poder será obtenido por el miembro de la familia que dé más, se sacrifique más y satisfaga menos sus propias necesidades personales; Stierlin y Weber (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 42).

Otra tipología familiar que cubre las características centrales de las familias anoréxicas es la de Beavers (Beavers, W. R. y Voeller, M. 1983. En: Stierlin, H. Weber, G. 1990) que se basa en la evolución de la competencia, adaptabilidad y dirección en que se desarrollan dichas familias. Con este modelo, Beavers adoptó el término *“centrípeto”* a partir de Stierlin, quien luego llamó familias centrípetas a todas aquellas *“estrechamente unidas”*. Este modelo presenta los siguientes rasgos:

- *Poseen rígidas fronteras externas.*
- *Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación y, se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.*
- *Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza.*
- *Se evitan los conflictos.*
- *La coalición materno-paterno es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.*
- *Se asigna gran valor a las palabras.*
- *Las familias recurren a terapia pero suelen delegar sus problemas en los terapeutas.*

Es importante destacar que los modelos, características y tipologías de los diferentes autores antes presentados no difieren unos de otros de acuerdo a la dinámica familiar en cuestión.

## La individuación dentro de las relaciones familiares.

Stierlin (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 31-33) al igual que Bertalanffy considera a la familia como un sistema que, por paradójico que parezca, debe seguir experimentando cambios a fin de sobrevivir como tal. Los cambios ocurridos en determinados puntos surgen de las distintas exigencias inherentes al progreso de los ciclos vitales de cada miembro (individualmente) y de la familia como un todo. Entre los factores que provocan cambios el autor expone los siguientes: cuando los hijos crecen y dejan el hogar, el reencuentro y reorganización de los padres al quedarse solos; también lo están los cambios de residencia, enfermedades, pérdidas del trabajo del padre, convulsiones políticas y sociales y otros imprevistos. Se puede decir que la medida en que puede describirse a una familia como funcional o sana, está en relación directa con la medida en que sus miembros son capaces de enfrentar dichos cambios, tanto los previsibles como los imprevisibles, reformulando sus relaciones, reajustándolas y experimentando cambios ellos mismos.

Sin embargo, no todo cambio es sinónimo de desarrollo, entendiendo como desarrollo el hecho de que los miembros de una familia den signos de pasar por un proceso continuo de individuación, que básicamente significa, en opinión del autor:

1) Ser capaz de estar dispuesto a trazar fronteras internas y externas, distinguir claramente entre mis deberes, mis deseos mis fantasías, mis derechos, particularmente los relacionados con mi cuerpo y sus necesidades y las percepciones, deseos, fantasías, derechos y deberes de los demás.

2) Ser capaz de definir y alcanzar satisfactoriamente metas y objetivos propios que difieran de los declarados deseables por el medio.

3) Ser capaz de aceptar una amplia gama de aspectos contradictorios y a menudo penosos de sí mismo y resistir la tensión producida por esa ambivalencia.

4) Ser capaz de asumir responsabilidad por la propia conducta.

Se puede hablar de desarrollo en una familia si la individuación también significa que los miembros no sólo se vuelven más independientes sino que a la vez moldean sus relaciones con personas tanto dentro como fuera de la familia. Así, la individuación, en éste sentido se ve acompañada de manera característica, por un sentido de libertad personal y autonomía. Y así también, el desarrollo significa que hay un progreso hacia niveles siempre novedosos de individuación y de relación (Karpel. 1976 en: Stierlin, H y Weber, G. 1990).

Respecto a los padres se puede decir que, para que un hijo alcance una individuación satisfactoria, éstos (y particularmente la madre) deberán, en primer lugar mantener una relación estrecha, a tono con las necesidades del niño, todavía muy dependiente y, creando una atmósfera de estabilidad y protección.

Señala Stierlin, (Stierlin, H y Weber, G. 1990) que los padres deberán reducir la complejidad del mundo para el niño, en tanto sea necesario, comunicándole reglas, expectativas y valores claros y coherentes. Al mismo tiempo, deben permitir que el niño delinee su propia identidad en medida cada vez mayor y, de ser necesario, que logre su individuación *a pesar* de ellos, o sea, distinguiendo sus propios deseos, valores e ideas de las propias de los padres. En otras palabras tanto los padres como los hijos deben crear una base a partir de la cual los conflictos que

inevitablemente sobrevendrán puedan ser vistos explícitamente como tales, elaborados y resueltos. Esto significa que ambas partes de una relación deben tener oportunidad de formular sus diferentes metas, intereses, puntos de vista y valores, y concretarlos en la medida de lo posible. Pero no debe permitirse que esas diferencias en metas, intereses, puntos de vista y valores conduzcan a una interrupción del diálogo dentro de la familia, dando como resultado conflictos violentos o la desintegración de la relación. Parece justo decir que si éste diálogo ha de ser satisfactorio, entonces ambas partes (en éste caso padres e hijos) deben siempre restablecer un consenso fundamental y alcanzar un acuerdo sobre lo que, para los dos, es un tipo válido y funcional de realidad social y relacional.

Minuchin sostiene que los procesos que llevan a un buen funcionamiento familiar dependen en gran parte de la edad de los hijos. Cuando éstos son pequeños predominan las funciones de alimentación, para luego dar paso al control y la orientación, que asumen una mayor importancia. A medida que el niño madura, especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres empiezan a entrar en conflicto con las demandas de los hijos para lograr una autonomía (individuación) adecuada a su edad. Es así como la relación de paternidad se convierte en un proceso difícil, dando como resultado un conflicto violento llegando en ocasiones hasta la desintegración de la relación. El autor, exhorta a los padres a que posibiliten esa contienda de amor de la cual se requiere una mezcla de constancia, por un lado y flexibilidad y adaptabilidad por el otro, misma que en sí debe de ser cuidadosamente calibrada a la etapa de desarrollo individual del niño (Minuchin, S., 1978).

### *Relación entre hermanos.*

Las niñas que con el tiempo se vuelven anoréxicas por lo general no son hijas únicas. A menudo, sin embargo, tienen una hermana con la cual existe poca diferencia de edad.

Si la niña anoréxica es hija única, cabe presuponer que la ambivalencia y tensión propias de la relación madre-hija sean particularmente intensas (Stierlin, H. y Weber, G. 1990, pp. 46-47). La madre tiene esa sola hija ante quien probar que es una progenitora bondadosa y protectora, y sólo esa hija de quién esperar (encubiertamente) una recompensa por los extremos de abnegación a que ha llegado en su conducta para con su propia madre y su familia. Además, sólo tiene esa única hija con la cual mantener una relación confidencial, que suele llegar a ser mucho más estrecha que la sostenida con el padre (cada vez más aislado).

Si la hija anoréxica tiene una hermana con la cual hay poca diferencia de edad, puede preverse que esa relación también será ambivalente y cargada de tensiones y rivalidad. Sin embargo, como el credo familiar impone armonía y prohíbe la envidia y el odio, la anoréxica tratará de hacer que la relación con la hermana parezca armoniosa, amistosa y nada problemática.

De manera característica, suele darse una historia de fuerte rivalidad entre hermanas a lo largo de varias generaciones. En anteriores generaciones a menudo esto parece haber sido provocado por la sensación que tenía una hermana de haberse sentido tratada injustamente por los padres. De manera reiterada, las madres de éstas pacientes hacen declaraciones de la siguiente índole: "ha ella (la hermana de la madre) le dieron cuánto a mí me negaban. Conseguía cuanto

quería". Otras madres, a la vez que destacaban la justicia desplegada por sus familias, fueron incapaces de esconder la oculta agresividad y rivalidad hacia sus hermanas. En éstos casos, descubrimos con frecuencia que la anoréxica latente era identificada con la hermana a la que se había acordado un trato preferencial: "podría ser la hija de mi hermana", o "se lleva particularmente bien con mi hermana" (Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

En general, la anoréxica aparece constantemente preocupada por la posibilidad de que la hermana que (al menos ante sus propios ojos) ha cumplido y sigue cumpliendo relativamente bien con las abiertas expectativas de los padres y las exigencias de abnegación no sea amada y apreciada más que ella misma. Aquí entonces, se presenta también el problema de un trato justo e igualitario así como la posibilidad de deslealtad y traición (Stierlin, H y Weber, G. 1990, pp. 47-48).

### *El rol de la familia en el curso de la enfermedad.*

Fleck (Fleck, S. 1982. En: Stierlin, H. y Weber, G. 1990) ha revisado varios estudios que se han realizado en las últimas décadas con el objeto de mostrar la interacción entre la familia como factor contribuyente a la enfermedad física o mental. Los determinantes etiológicos han sido evaluados no solo desde el punto de vista genético y biológico, sino también cultural y social, mostrando cómo se transmiten también valores, actitudes, costumbres y mecanismos de resolución de problemas de generación en generación.

Fleck dice que los factores de tipo orgánico (Fleck, S., 1982. En: Stierlin, H. y Weber, G.) son fácilmente identificables en enfermedades físicas hereditarias; sin embargo, cuando se aborda una enfermedad mental y aún ciertos síndromes psicósomáticos, se deben revisar otros elementos psicológicos y sociales para explicar la determinación múltiple de un problema de esta índole.

Según Fleck (Fleck, S. 1982. En: Stierlin, H. y Weber, G. 1990), la relación entre la familia y la enfermedad puede ser vista desde dos perspectivas diferentes:

#### 1.- La familia ante la enfermedad.

El impacto de una enfermedad en el sistema familiar es siempre una situación que debe evaluarse desde el marco de los cambios en las relaciones, la comunicación, las tareas y los roles.

Si la paciente es uno de los cónyuges y el proveedor económico principal, su limitación puede llevar a otros miembros a asumir sus funciones sin estar preparados para ello o aún sin quererlo. El enfermo puede resentirlo y crearse una serie de dificultades y conflictos en el manejo de la autoridad, del afecto, de la toma de decisiones, etc. en las otras personas del grupo puede presentarse el fenómeno de adolescentes o cónyuges que quedan atados al cuidado del enfermo, limitando sus actividades y autonomía.

En las familias estables que han evolucionados sin mayores tropiezos, estas enfermedades son manejadas apropiadamente y la intervención del terapeuta es temporal. Los recursos que ellos mismos poseen son movilizados en la recuperación o rehabilitación del miembro enfermo.

Fleck expresa que en ocasiones, aún en familias "normales", la integridad es amenazada y el grupo se descompone pero luego tiende a reorganizarse. Esto último se presenta más

comúnmente en familias con perturbaciones previas en donde un problema cunde por todo el sistema ocasionando disfunciones graves; pero en otros casos dice el autor, ha llagado a ver que dichas crisis en grupos con un mal funcionamiento pueden ser el impulso necesario para desempeñarse de mejor manera. Los miembros antes divididos y distanciados, se unen para enfrentarse a un problema y ello genera unidad y energía para superar otras dificultades.

El fenómeno de crisis corre el riesgo de convertirse en un factor estabilizador del sistema total. En un grupo con problemas previos, éstos pueden ser minimizados, ocultados o puestos en segundo lugar por la enfermedad de un miembro de la familia, para quien será difícil recuperarse, si ello implica la reparación de las graves dificultades que eran preponderantes antes de que él enfermase (Fleck, S. 1982. En: Stierlin, H. y Weber, G. 1990).

## 2.- La tensión familiar como determinante de la enfermedad.

El autor hace mención que algunos investigadores han tratado de estudiar las relaciones entre las tensiones y angustias de los individuos y el desarrollo de enfermedades. Las enfermedades más analizadas han sido las de tipo psicossomático, en algunas de las cuales, se ha comprobado la influencia de la problemática familiar en el desarrollo, mantenimiento y pronóstico de dicha sintomatología.

Uno de los trabajos más serios ha éste respecto fue realizado por Salvador Minuchin y sus colegas (Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. 1978, pp. 164) Quienes evaluaron dos condiciones: la anorexia nerviosa y las hospitalizaciones frecuentes en niños con ataques de asma aguda o acidosis diabética sin explicación médica que justificará tales situaciones. La investigación dejó ver la influencia de los factores familiares en los sistemas metabólicos y en el control de esas enfermedades. El grupo de Minuchin llegó a dos conclusiones:

- a) Ciertos tipos de organización familiar están estrechamente relacionados con el desarrollo y mantenimiento de síntomas psicossomáticos.
- b) Los síntomas psicossomáticos desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

Stierlin al estudiar a fondo las familias de pacientes anoréxicos encontró que tenían ciertas características en común tales como: la excesiva preocupación por el bienestar de todos, la rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones de vida, el sobre involucramiento de unos con otros y el evitamiento del conflicto, generalmente realizado a través del paciente identificado (Stierlin, H y Weber, G. 1990).

Es de particular interés el caso de la llamada fobia escolar, en la cual la dificultad puede ubicarse a nivel del niño, de su familia y de la escuela o en la interacción de esos tres sistemas. En algunos casos representa por ejemplo la ansiedad de separación de esos tres sistemas. En algunos casos representa solamente la ansiedad de separación entre el niño y una madre estrechamente unida a él (Stierlin, H. y Weber, G. 1990). Ciertas estructuras familiares (como las de los enfermos psicossomáticos), crean un clima propicio para la evolución de una enfermedad, ésta a su vez puede estabilizar un grupo patológico, perturbar una familia sana o proteger de una desintegración a una familia al borde de la crisis. De modo que no se puede decir a ciencia cierta quién afecta a quién y dónde es el principio o el fin.



## La Terapia Sistémica.

La estrategia en la terapia sistémica es poner a todos los integrantes de la familia en un mismo nivel, esto previene ataques por parte de uno de los miembros hacia la paciente señalada o que al terapeuta se le considere o perciba como el más importante.

La meta principal del equipo terapéutico es que la familia descubra, interrumpa y, eventualmente, cambie sus reglas de juego. Que la familia pueda crear una solución a su problema, diferente de la meta del terapeuta. A la pareja parental se le alienta a recuperar las habilidades que aumenten su función de liderazgo (Carlos, J., Sperry, L., Lewis, J. A., 1997. En: Pruneda, H. 1998).

La terapia sistémica se ha distinguido, en primer lugar por lo espaciado entre las sesiones, que pueden ser hasta de un mes y el uso de un equipo de dos terapeutas en cada sesión, originalmente un hombre y una mujer. El método original de Milán se ha descrito como una terapia "larga y breve" (Tomm, 1984. En: Pruneda, H. 1998 ), ya que se tienen pocas sesiones (generalmente diez), que se dan a lo largo de un año o más, dependiendo de que tan espaciadas sean las sesiones. El tiempo entre sesiones era largo por dos razones: una era porque las familias tratadas tenían que hacer viajes muy largos y porque las prescripciones y rituales que les eran recetados debían hacerse en un periodo de tiempo lo suficientemente largo para que se vieran los cambios dentro del sistema familiar. Dentro del protocolo de la terapia sistémica está la firme regla de no dar sesiones extras, esto se debe a que el terapeuta no se someterá al juego de la familia ni se subyugará a sus reglas para mantener el control de la relación terapéutica, además esto puede significar que la familia está experimentando cambios, lo cual es esperado por los terapeutas (Hoffman, 1987).

La terapia comienza con la primera llamada telefónica. Durante esta entrevista, el grupo de Milán habla con el miembro de la familia que pide tratamiento por 15 o 30 minutos. Esto se hace para obtener la información necesaria para formular una hipótesis antes de que el equipo terapéutico vea a la familia y para decidir quien deberá invitar a la familia a una primera sesión (Carlson et. al., 1997. En: Pruneda, H. 1998 ). Se toma en cuenta el tono de voz y quién hizo la llamada. En una primera sesión se requiere que toda la familia esté presente, posteriormente el equipo puede decidir el ver a unidades distintas, por ejemplo: sólo el paciente señalado, según se considere (Hoffman, 1987).

Las sesiones duran aproximadamente una hora, aunque Salvador Minuchin trabaja durante dos horas con una familia, tomando el almuerzo con ellos. Minuchin respalda esta práctica sosteniendo que, compartiendo una comida con la familia hace posible el trasladar el foco de la alimentación de la paciente señalada "a las transacciones interpersonales de la familia que se desarrollan en torno a la comida: control, obediencia/desobediencia, chantaje y exigencias de lealtad" (Minuchin, S. 1985).

El grupo de Milán utilizaba una sala con un espejo; del otro lado del espejo se encuentra otra pareja de terapeutas que observan y dan opiniones a la pareja que se encuentra trabajando con la familia (en un pequeño receso que se hace durante la terapia).



El primer paso dentro de la terapia es establecer el juego en el que está envuelta la familia. Generalmente esto se resume en que la familia presenta una persona enferma a la que hay que cambiar, pero que ellos (su juego) no cambien. Esto sería un cambio de primer orden; en el que un miembro de la familia cambia y las pautas del sistema prevalecen (Minuchin, 1985). La terapia sistémica, sin embargo, busca los llamados cambios de segundo orden; esto es, que si un miembro del sistema cambia afecta a los demás miembros haciendo que las pautas del sistema cambien (Brabendery y Fallon, 1993. En: Pruneda, H. 1998).

El papel del terapeuta es completamente neutral, hace preguntas circulares, y ocasionalmente hace observaciones y comunica hipótesis formuladas con el equipo terapéutico. Es primordial señalar que el terapeuta debe permanecer neutral durante el proceso, de manera que no se perciban alianzas con alguno de los miembros y así evitar la resistencia de los demás. La tarea del terapeuta será notar en que se desvía la familia que acude a la consulta, sin hacer demasiado hincapié en el síntoma o la historia de la aparición del mismo. La terapia, entonces, consiste en rediseñar la organización familiar, estableciendo un cambio de segundo orden.

Después de la entrevista telefónica se formula una hipótesis. El grupo de Milán afirma que una hipótesis debe ser circular y relacional (Madanes, 1980. En: Hoffman, 1987), esto es, que se pondrán en orden todos los datos incorporados a un síntoma, de manera que tengan sentido en el marco de las relaciones familiares (op. cit.). Esta puede ser rechazada el término de la sesión y modificada posteriormente. Los propósitos de la hipótesis son el relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción, ordenar las preguntas circulares que se harán durante la sesión e introducir a la familia en el encuadre de la terapia sistémica; se formula con base en la información que la familia da durante la entrevista telefónica y con la familia, en las experiencias previas del terapeuta con un problema similar tomando en cuenta la religión, cultura, posición sociocultural y patrones repetitivos.

Una hipótesis será útil durante el proceso terapéutico si se relaciona con la problemática central de la familia, si se encuentra la verdad que le mantiene, si se configura y confirma la hipótesis de la familia y el terapeuta sobre la verdad del problema. Siempre que haya una evolución en la interacción terapéutica se deben planear nuevas hipótesis de acuerdo con el momento terapéutico (Sánchez, 2000).

Habiendo observado las modalidades de comunicación se atribuyen motivos positivos para el patrón de comportamiento de una familia o individuo; a esto se le conoce como connotación positiva y no va dirigida a una persona en particular sino a las tendencias de automantenimiento del sistema global; esto ayuda a que la familia reduzca su resistencia al cambio, ya que se está viendo el síntoma desde el punto de vista homeostático de la familia (Boscolo, L. et. al., 1989. En: Pruneda, H. 1998), aún cuando los comportamientos sean los que se etiquetan en psicología como destructivos y perjudiciales.

La connotación positiva está cargada de mensajes implícitos:

\*El terapeuta gana su status gracias a que no está desaprobando ninguna conducta, todo

lo contrario, está aprobando conductas que no aprobarían muchas autoridades, pero siempre explica el por qué de su aprobación.

\*El terapeuta demuestra que todos están a favor de la preservación de la unidad familiar y su estabilidad, esta afirmación lleva un absurdo ¿Cómo puede ser que la preservación de familia exija un precio tan elevado como el padecimiento de la Anorexia en uno de los miembros?.

\*El terapeuta desplaza al paciente de su lugar habitual a un lugar en el que complementa el juego familiar. El paciente “no puede evitar” sacrificarse por la familia, haciéndolo mediante su enfermedad y la familia hace lo mismo “sin poder evitarlo”.

\*Además del tono coercitivo en el que la paciente no puede evitar sacrificarse, el terapeuta también admite que el síntoma está siendo beneficioso para el sistema y define como síntomas las modalidades conductuales de los demás familiares que no pueden evitar y se les da la misma connotación positiva (Selvini, 1990).

Después de haber dado una connotación positiva al síntoma que se ha de atacar se hace una prescripción, ésta son intervenciones paradójicas por medio de las cuales a la familia o ciertos miembros de la misma, se les pide que realicen el comportamiento sintomático, y así demostrar que el síntoma está bajo control voluntario. Si se resiste ésta realización, la familia abandona el síntoma problemático (Carlson, J. et. al., 1997). En el caso de la Anorexia se le pide a la paciente que continúe comiendo al mínimo y a los padres en continuar con sus modalidades de conducta habituales (Selvini, 1990).

La prescripción es paradójica: la familia acude a terapia para que ayude a eliminar el síntoma y el terapeuta lo refuerza. Además al prescribir el síntoma, implícitamente lo rechaza como tal, pero lo prescribe de manera espontánea, que el paciente ya no cumplirá de la misma manera por el hecho de que el terapeuta lo haya pedido. La paciente entonces, se ve empujada a abandonar el síntoma, a causa de una rebelión contra el terapeuta. A la siguiente sesión se presentará con una mejoría que el terapeuta no menciona, aunque siguiendo la lógica de la prescripción, el mejorar (comer con más regularidad y mejor) es una desobediencia al terapeuta; esto encierra otra paradoja.

Además de las prescripciones están los rituales que son un método de prescripción por medio del cual los miembros de la familia ponen en acción una serie de comportamientos designados a alterar el juego familiar. El terapeuta expone las especificaciones de la prescripción detalladamente. Este es el tipo de prescripción que dirige a la familia hacia un cambio de conducta bajo ciertas circunstancias. Así el terapeuta espera cambiar el mapa cognitivo o el significado del comportamiento (Carlson, J. et. al., 1997. En: Pruneda, H. 1998). El ritual además se acompaña de fórmulas verbales y todos los miembros de la familia deben participar. Como cualquier ritual debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según tiempo y lugar específicos. El fin principal de un ritual es “curar” al paciente, asignando al grupo una tarea común, en este caso el ritual, que introduce un nuevo sistema normativo entre los miembros de la familia. Los rituales son diferentes dependiendo de la familia (ya que cada una tiene reglas y juegos peculiares) y del problema por el cual acudieron a consulta. El ritual conduce a la sustitución de un rito insano (la Anorexia) por uno sano (el abandono del síntoma) (Selvini, 1990).

Las sesiones se manejan con algo que el grupo de Milán ha nombrado interrogatorio circular, ésta técnica de entrevista se funda en la creencia de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar formaciones en lazo ("loop formations"), más que secuencias lineales de causa y efecto, lo que estas preguntas abarcan es una cadena de retroalimentaciones mutuamente causales, de modo que se engendran circuitos de trazado completo y no lineal. Las preguntas generalmente se dividen en categorías: percepción de los vínculos; diferencias de grado; diferencias de "entonces" y "ahora"; diferencias hipotéticas o concernientes al futuro (Boscolo, et. al., 1989. En: Pruneda, H. 1998).

Los propósitos del cuestionamiento circular son:

- 1.- Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- 2.- Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
- 3.- Proponer la conducción de la terapia.
- 4.- Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
- 5.- Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente y futuro) del problema.
- 6.- Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
- 7.- Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro de ésta, como el flojo, el enfermo, el regañón, el loco, el tonto, etc., y determinar cuándo y por qué se dio.
- 8.- Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico (Sánchez, 2000).

El cuestionamiento circular está dirigido a cada miembro de la familia en relación con, quién hace qué, cuándo, cómo y dónde; también sobre la hipótesis, el problema y el síntoma.

El cuestionamiento debe contener preguntas relacionadas con la hipótesis; el terapeuta no pregunta usando el verbo "ser", lo sustituye por otro; esto se hace para no calificar a algún miembro de la familia y que esto se confunda con una alianza entre el terapeuta y alguno de los miembros de la familia en contra de un tercero. Este método parece enriquecer la calidad y la cantidad de información que se puede obtener en una entrevista. El cuestionamiento circular básicamente plantea preguntas que buscan definir una relación o que enfoquen una diferencia, por ejemplo: preguntar quién ha sufrido más por la pérdida de alguien o el calificar de uno a diez la preocupación de la madre por alguno de los hijos. También se hacen preguntas de antes y después para marcar una diferencia.

Éstas preguntas ayudan a la reflexión de los miembros de la familia e impiden una respuesta estereotipada y parecen desencadenar más del mismo pensamiento "diferente", que se busca dentro del interrogatorio porque introduce la idea de vínculos formados por perspectivas cambiantes (Hoffman, 1987). Este tipo de interrogatorio es útil para el terapeuta ya que puede formular preguntas muy cargadas sin necesidad de velos o frenos de su parte, ya que sólo se

están expresando opiniones con respecto a otro. Incluso el solo señalar un comportamiento puede bloquearlo, formulando una pregunta hipotética sobre el peor de los casos, como el preguntar a la familia “¿Qué efecto tendría sobre la familia, el que X muriera?”. Esto pone de manifiesto los temores con respecto a una situación dada (Hoffman, 1987).

El concepto de neutralidad dentro de la Escuela de Milán es muy importante; implica una actitud apacible y respetuosa durante la entrevista, pero firme en la determinación de no entrar en el juego de la familia, so riesgo de crear una alianza aún sin intención. Los terapeutas están conscientes del poder que tiene una familia para volverlos impotentes, así que utilizan todas sus técnicas para que el equipo mantenga una posición desde la cual pueda lograr el máximo cambio.

Los Asociados de Milán describen la neutralización como: la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas y enredos lineales (Hoffman, 1987). Si al final de la sesión los miembros de la familia entrevistada están de acuerdo en que el terapeuta no se puso del lado de ninguno, se puede decir que se ha logrado la neutralidad.

Ya que el trastorno aparece típicamente en la adolescencia el terapeuta debe hacer una exploración acerca de cómo se resuelve la autonomía dentro de la familia y cómo los padres han pasado de la obediencia de los hijos a la supervisión y negociación con ellos. Otro objetivo terapéutico es explorar las fronteras familiares, en especial las más disfuncionales; pudiera ser necesario fomentar límites más flexibles hacia el mundo exterior; algún comportamiento de rivalidad o competencia con los hermanos y cómo está situado el paciente dentro de la triangulación en el sistema parental de coaliciones y el conflicto conyugal (Chinchilla, 1994). Esto se logra con el cuestionamiento circular, de manera que todos los miembros expresen su opinión acerca del problema y de las relaciones familiares; ya que en una misma familia dos hijas pueden ser tratadas de igual manera por la madre y solo una padece el trastorno. Minuchin (Minuchin, S., 1985) hace hincapié en que, como pre-requisito para la recuperación, la paciente señalada confronte directamente los problemas que no están relacionados con la comida.

En el transcurso de las entrevistas se intenta una reestructuración final de las relaciones familiares, de forma que, al final, los hijos puedan desenredarse del conflicto parental para reestructurar la jerarquía entre ellos. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando al aspecto sintomático (recuperación del peso), simultáneamente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación. Por último se trabaja con la autonomía de los subsistemas. Se pone a cargo de los padres el tratamiento médico del hijo y de la desaparición del síntoma. Más tarde se trabaja en conseguir la diferenciación adecuada del subsistema fraterno y se intentará promover la autonomía funcional de los subsistemas familiares (Chinchilla, 1994).

El equipo de Milán se dividió en dos; por un lado Boscolo y Cecchin, y por otro Selvini y Prata. Fueron Selvini y Prata quienes desarrollaron el modelo al que se le llamó “método invariante”, ya que las prescripciones eran similares para padecimientos y familias similares, lo que daba un

punto de partida para el desarrollo terapéutico (Sánchez, 2000).

La base del modelo post - Milán son: Entrevista telefónica, sesión previa, encuentro terapéutico, sesión posterior, prescripción y el tiempo entre las sesiones. Sánchez y Gutiérrez (Sánchez, 2000) comparan los dos modelos encontrando las siguientes diferencias:

1.- En el modelo de Milán se analiza el caso para realizar la terapia familiar, se plantea una hipótesis y se considera si es o no conveniente invitar a cada uno de los miembros a la primera sesión. En el modelo post - Milán no se planean hipótesis y todo los miembros de la familia pueden asistir a todas las sesiones desde la primera.

2.- La estructura de la sesión es la misma.

3.- En el modelo de Milán el terapeuta desarrolla la hipótesis enfocándose en el problema que llevó a la familia a terapia. El modelo post - Milán hace preguntas en el ámbito individual y social, además de las preguntas acerca del motivo de consulta.

4.- El modelo de Milán tiene dos objetivos principales: dar una nueva carga de información al sistema y proveer un panorama exhaustivo de todos los puntos de vista y contradicciones de la familia. En el modelo post - Milán el terapeuta puede proporcionar información en cualquier punto de la sesión, y la libertad de dar una opinión que la familia puede aceptar o rechazar. En éste modelo se cierra la sesión repitiendo las reglas del juego.

5.- En el modelo de Milán se comienza con un número de integrantes y gradualmente se van eliminando. En el modelo post - Milán todos los integrantes de la familia son invitados desde el principio.

6.- El proceso de ambos modelos involucra dos fases: *asesoramiento y tratamiento*. El asesoramiento se da desde el primer contacto con la familia hasta la tercera sesión. En ésta fase el objetivo principal es evaluar si el equipo puede ayudar a la familia, lo que significa determinar la cantidad de integrantes, delimitación de territorios, como se relacionan entre sí y el papel de cada uno en el mantenimiento del juego. Otro de los objetivos consiste en determinar la motivación del sistema familiar hacia la terapia. El tratamiento empieza en la tercera sesión y en las sesiones posteriores el equipo terapéutico busca establecer y reforzar la autoridad de los padres en el núcleo familiar.

7.- Ambos modelos reconocen tres reglas con respecto al terapeuta: a) el terapeuta debe obtener información de cada uno de los miembros a diferentes niveles, para comprender el problema sistémico; b) el terapeuta debe estar abierto a lo que diga la familia y a los cambios de opinión que se susciten durante la sesión; c) el terapeuta debe elaborar puntos de vista individuales. El terapeuta será quien otorgue la oportunidad de intercambiar lo que entiende cada integrante con relación al problema.

8.- Para el éxito de una sesión se deben tomar en cuenta dos reglas: que todos los miembros de la familia puedan participar tanto por parte del terapeuta como de la familia; y que el terapeuta debe controlar que las normas no se rompan, por ejemplo: si un miembro interrumpe a otro, es papel del terapeuta decidir si continúa o si la palabra es del interrumpido.

9.- En el modelo de Milán el terapeuta plantea directamente a cada miembro de la familia preguntas circulares sobre el problema. El modelo post - Milán usa paradojas y metáforas que en la interacción le proporcione información que ayude a resolver el problema.

Las diferencias entre ambos modelos consisten en el modo en que los objetivos se logran. En el modelo de Milán los puntos de vista de los terapeutas no se expresan durante la sesión, sino hasta el final. Se trata de que cada miembro de la familia cambie de actitud hacia el problema gracias a las preguntas del terapeuta, manteniendo una distancia entre éste y la familia. El modelo post – Milán emplea la prescripción paradójica y se involucran el terapeuta y la familia: ambos realizan preguntas y permitirán la interacción de los miembros de la familia. El modelo de Milán lleva el tratamiento por medio de hipótesis, neutralidad, rituales, paradojas y contraparadojas, siendo las preguntas circulares de gran ayuda. El modelo post–Milán permite a los coterapeutas una participación más activa, en cualquier momento, interactuando como un todo junto con la familia y el terapeuta. Se utilizan todas las ventajas y principios originales con excepción de la hipótesis.



*“No he visto mi nacimiento  
pero espero ver mi muerte”.*

*Las indomables: Ginette Rimbault.*

## Capítulo 4

## Marco Teórico Psicodinámico.

Como la estructura general del síndrome, la Anorexia Nerviosa es la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimentaria.

Steiger e Israël (1999, pp. 741) comentan que autores como Waller, Kaufman y Adaeutsch en el modelo psicodinámico temprano, interpretaban los síntomas anoréxicos como una defensa nueva en el manejo de conflictos sexuales (idea alimentaria para invocar fantasías sexuales, y negativa de comida para reducir la asociada ansiedad). En cambio, Sours menciona que las teorías psicodinámicas contemporáneas mayormente la de psicología del self y escuelas de relaciones de objeto, construyen a la Anorexia Nerviosa como un síntoma de un defecto fundamentado en la maduración del self. Ésta visión enfatiza el problema en las bases del desarrollo para déficits en autonomía, autorregulación e identidad, y su rol en la predisposición para una alimentación inadaptada. Un supuesto implícito, según Steiger e Israël (1999, pp. 742), es que la maduración de sucesos depende de la formación de experiencias de relaciones de parentesco que ayudan al niño a archivar la estabilidad de auto-concepto, auto-confianza, y con eso permitir la capacidad a comprometerse en relaciones personales saludables; para este modelo, la Anorexia Nerviosa es concebida a envolver creencias en experiencias formativas. Siendo la Anorexia Nerviosa vista como un fracaso en el esfuerzo adaptativo en la fase de demandas sociales abrumadoras, tal como en la pubertad.

Bruch hizo énfasis en la sobreprotección materna y el fracaso en las respuestas apropiadas a conductas autoafirmativas del niño, como la razón fundamental para la aparición de los sentimientos de poco auto-valor, ineffectividad y déficits en la conciencia de sí mismos.

Steiger e Israël (1999, pp. 742), mencionan que teorías relacionadas con el tema, describen dificultades similares que impiden el desarrollo de un sentido cohesivo del self y autoconfianza en el niño con negativas alimentarias como una adaptación a la intrusión y sobreprotección familiar. Específicamente, éstas teorías conceptualizan a la Anorexia Nerviosa como un significado de auto-afirmación en la fase de exceso de sobreprotección familiar y sentimiento de autoinadecuación; en éste contexto, el síndrome de Anorexia es pensado para servir funciones duales, creando un sentido artificial de auto-control que sustituye la ocupación de estabilizar y satisfacer relaciones consanguíneas con una curiosa intensa relación con el cuerpo. El cuerpo no la palabra interpersonal llega a ser la escena para una afirmación de independencia y necesidad maestra. Si se piensa en la Bulimia Nerviosa, los autores mencionan que, la teoría introduce dimensiones adicionales de psicopatología: 1) déficits auto-regulatorios; 2) dramáticas fluctuaciones en el autoconcepto; y 3) efectos erráticos para regular tensiones internas. Asimismo, refieren que autores como Humphrey y Johnson mencionan que semejantes características son ideadas para ser conectadas al extenso modelo de interacción familiar caracterizado por la hostilidad, negligencia, críticas abiertas, rechazo y censura.

## Psicología del Self.

Bachar (1998, pp. 147-166. En: Pruneda, H. 1998), comenta que Geist en 1989 mencionó que la psicología del self veía a los desordenes alimentarios como desórdenes del self. Por lo tanto, los pacientes de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa no pueden confiar en las demás personas para cumplir sus necesidades de relación de objeto. Más bien éstos pacientes acuden a la comida para cumplir tales necesidades. Siguiendo ésta línea, el autor comenta que en 1971, Kohut describió dos necesidades principales de relación de objeto: 1) reflejo de las necesidades de objeto, e 2) idealización de las necesidades de objeto. Derivando el paciente con Anorexia Nerviosa su satisfacción de necesidades de objeto a través de la comida, principalmente a través de reflejar experiencias de relación de objeto; su necesidad no se satisface con la admiración o aprobación de sus compañeros, sino de su propia noción de que ella posee poderes sobrenaturales que le permiten evitar la comida. La eliminación o el ignorar la comida, refleja el cumplimiento de las necesidades de objeto. Entonces, el paciente con Anorexia Bulímica deriva la satisfacción de sus necesidades de objeto a través de la comida principalmente a través de idealizar las experiencias de relación de objeto.

Como menciona Sands (Bachar, 1998. En: Pruneda, H. 1998), la comida es experimentada como un poder omnipotente proporcionando alivio, calma, consuelo y regulando dolorosas emociones, como el enojo, depresión, vergüenza y culpa.

Goodsitt en 1985 (Bachar, 1998), identificó en la paciente Anoréxica una manifestación extrema de su incapacidad para referirse a los seres humanos y para cumplir sus necesidades objetales; ella desea comportarse como si fuera un ser humano generoso. Para asegurar desinterés, ella cumple necesidades de objeto para otros, principalmente sus padres; aferrándose a ésta posición de ser un objeto para otros, sirve como una barrera que impide a otras personas ser una objeto para ella. Su interés, que incluso ignora, es expresado por sus necesidades básicas: nutrición y el ocupar espacio en el mundo. Para Goodsitt, el gran sentimiento de triunfo de la paciente anoréxica al perder cada vez más peso, realmente significa que ella está pareciendo grandiosa en cuanto a las maneras de satisfacer las necesidades de nutrición; pero detrás del sentimiento triunfante, está de nuevo el desinterés. Esto es por que ella está diciendo: en efecto yo puedo ser abandonada por mí éxito en abandonarme. El Autor menciona que la singularidad de los desordenes alimentarios, es que en algún punto crucial en el desarrollo infantil, no se cubrieron las necesidades narcisistas cruciales aprendidas empíricamente, por lo que se inventó un nuevo sistema restaurativo en el que el modelo del desorden alimentario se usa en lugar del ser humano para satisfacer necesidades objetales.

Según Geis (citado en Bachar, 1998. En: Pruneda, H. 1998 ) el subdesarrollo del self se expresa como un sentimiento maligno central de vacío; como una defensa contra este vacío; como una defensa contra este vacío el paciente con desorden alimentario organiza algún mando sobre el miedo de vacío a través de sus síntomas; controla el sentimiento de vacío por medio del comer compulsivo, o creando vacío controlado mediante el vómito o evitando la comida. Sobre éste objeto ella tiene mando completo. Bachar (1998) refiere que Sands en 1991 comentó que la

comida es el primer medio a través del cual las experiencias de alivio y confortabilidad fueron transferidas de las figuras paternas.

Ulman y Paul (citado en Bachar, 1998. En: Pruneda, H. 1998 ) sugieren que, cuando el paciente con Anorexia Bulímica no cree que merece la indulgencia, su vomitar es un esfuerzo mágico por deshacer su sobre indulgencia. La inadecuada conducta alimentaria le permite, el lujo, al paciente anoréxico restrictivo o bulímico algún tipo de autonomía sobre la confianza en las personas, le proporciona alguna defensa contra la fragmentación total y desintegración.

Duker y Slade (1995), mencionan que la paciente anoréxica es una paciente cuya experiencia al nacer engendró fuertes sentimientos positivos y negativos y que, durante la adolescencia, cuando lucha por su autonomía, estos sentimientos reaparecen y su lucha la realiza en los mismos términos que en la primera infancia, confiriéndole al alimento el mismo simbolismo que tuvo entonces. Suponiendo que la reducción progresiva de alimento ingerido es sólo un defecto colateral del modo en que la persona enfrenta las tareas de desarrollo de la adolescencia, estos autores mencionan que el especialista cuyo enfoque teórico tenga en cuenta los efectos psicológicos de la inanición considerará a la Anorexia un estado cada vez más incapacitante, en el cual se verifican distintos procesos.

En cambio, para la teoría centrada en la pérdida del interés sexual, la adolescente ante la necesidad de establecer un sentido de sí misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición precisamente por que embota su interés sexual; como ya no existen deseos de establecer una relación sexual, se elimina un componente esencial de ésta crisis de identidad. Para los autores, mencionados (Duker y Slade, 1995) la anoréxica con deficiencias de peso se encuentra, en el aspecto endocrino, en estado pre-adolescente. Hablan de la experimentación de regresión, que en éste caso se alcanza por procesos fisiológicos. Por tal motivo, en el contexto de ésta teoría se emplea el término regresión psicobiológica. Para la teoría de la inanición como espiral, los efectos de la inanición son diversos y afectan otros aspectos a demás del relativo a la sexualidad. Éste enfoque se centra en los cambios intelectuales y emocionales que se presentan a medida que avanza la inanición, y en particular en la manera en que dichos cambios afectan gradualmente tanto la capacidad del individuo para elegir y tomar decisiones como la naturaleza de éstas decisiones, incluyendo algunas tan arriesgadas como la de no sólo mantener sino intensificar el control alimentario. Y sus efectos actúan directamente en la experiencia total del individuo para generar un cambio integral ( Duker y Slate, 1995).

### *Otras Interpretaciones.*

Recordando que desde la perspectiva psicoanalítica, la Anorexia Nerviosa no es más que la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimenticia; el rechazo de alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo. Ciertos alimentos constituirán un tabú y posteriormente se producirá la generalización a los alimentos en general (Toro y Vilardell, 1987).

Toro (1996) cita a Ajuriaguerra, quien en 1976 refería que con frecuencia el hecho de

comer esta ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica.

Estos fantasmas serían por tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la Anorexia, implicando el comer, la asimilación y la destrucción simultáneamente, (posteriormente se abordará la Teoría Kleiniana, que sugiere lo anterior).

Chinchilla (1994, pp. 185) comenta el significado que tiene la Anorexia Nerviosa para distintos autores. Primeramente, menciona que para Freud la Anorexia, en sus primeros trabajos, es un síntoma de conversión histérica (expresión de erotismo oral). En los segundos trabajos ya ve matices depresivos; hay por una parte pérdida de apetito en la anoréxicas, y en el plano sexual, pérdida de la libido. Comenta que en 1927 Freud en su escrito de *La vida sexual* añade respecto a la Anorexia: el papel del trauma, ahora interno, la pérdida de la realidad, la perversión el valor del feticchismo como negación del aparato genital y protección contra la angustia y la castración. Asimismo refiere que para Abraham, el hecho de comer significa inconscientemente quedar embarazada, lo que podría rechazar o inhibir la alimentación, siendo pues la Anorexia secundaria al rechazo psicológico. En cuanto a Feldman éste define la Anorexia Nerviosa como una neurosis actual en relación con la crisis de maduración de la pubertad y no una estructura neurótica relacionada con una neurosis infantil. Los conflictos a veces son reprimidos y otros son conscientes, siendo en consecuencia su polarización variada, así como la crítica.

Mara Selvini (Chinchilla, 1994) *bajo una óptica doble, existencial y kleniana* dice: la Anorexia Nerviosa es una psicosis monosintomática, a medio camino entre la esquizofrenia y la depresión, y en realidad se explica como una defensa paranoide intrapersonal; situándola entre otros trastornos como la situación hipocondríaca, la dismorfofobia y la despersonalización somatopsíquica. La consecuencia sería el cuerpo distanciado por la escisión entre el Yo corporal y el Yo central.

Raimbault y Eliacheff (1991) mencionan que: Anna Freud en 1936 define a la Anorexia Nerviosa como el ascetismo de la adolescencia; sitúa la Anorexia mental de la joven en lo que ella denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepubertad, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere.

Martínez de Bagattini (1995) comenta que la conducta anoréxica es fruto de un movimiento de deslibidación objetal profundo; en donde los objetos vivos son sustituidos por la búsqueda de la no-satisfacción del deseo y el recoger sensaciones sin cesar renacientes, pero nunca jamás satisfechas. Siendo el cuerpo propio paradójicamente también objeto de desinversión y

convirtiéndose en un cuerpo máquina para vaciar o llenar, en lo que denomina “cuerpo tubo”, que va tomando el lugar de toda relación viva y diversificada. Para Jammet los recuerdos parecen borrarse al borrar toda actividad fantasmática y sería producto de este empobrecimiento lo que las llevaría a un tipo de pensamiento operatorio, como el descrito por la escuela de Psicósomática Psicoanalítica de París. Se anula todo proceso asociativo y la vida imaginaria, sentida como amenazante es eliminada.

La estética de lo feo obedece a la imperiosa necesidad de familiarizarse con las figuras espectrales pertenecientes al universo del narcisismo de muerte; por lo que la estética onírica de los anoréxicos revela las sombras sofocantes y asfixiantes del narcisismo de muerte tras la cual se agitan, hormigueantes fantasías donde la oralidad canibalesca y las angustias de devoración se entremezclan con fantasías de penetración y de violación.

Por lo tanto, las ogresas de ímagos y de objetos de amor perdidos para siempre parecen no tener a su disposición sino su cuerpo, y la fascinación del Otro que de él emanan, para denunciar cabalmente el dominio que ejercen sobre ellas espectros vampíricos incorporados en tiempos inmemorables (Givre 1997. En: Pruneda, H. 1998).

Chinchilla (1994) menciona que Bruch en 1978 refirió que la anoréxica posee unos padres permanentemente en competición por sacrificar ante su hija; mientras que al mismo tiempo le plantearían unas exigencias muy extremas, difícilmente realizables, especialmente en lo que concierne al aspecto físico, el comportamiento general de rendimiento (éxitos). Los problemas específicos que conducirían a la anoréxica se iniciarían, en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo; donde la madre, en estos casos, no reaccionaría coherentemente a los estados de privación o saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de sus sensaciones internas. Bruch destaca tres trastornos centrales en la Anorexia Nerviosa: la alteración de la imagen corporal, las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas, y el sentimiento de ineficacia personal.

Calvo (1992, pp. 210-227), informa que las señales afectivas no se perciben y la imagen corporal se distorsiona produciendo sentimientos de incapacidad o ineficacia. Por lo que cuando surgen los cambios en la pubertad: crecimiento, menstruación, cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, surge paralelamente la amenaza de la pérdida de control. Volviéndose la preocupación por el peso del cuerpo un intento de la paciente de manejarse con esta ansiedad, y el ayuno autoimpuesto un medio de controlar la madurez corporal.

Toro, (Toro y Vilardell, 1987) comenta que en el abordaje del problema anoréxico, las relaciones entre los padres juegan un papel central: en las relaciones de pareja, todo conflicto es negado dando la impresión de que no existen problemas entre ellos; sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En lo concerniente a las relaciones con los hijos, cada padre parece satisfecho en cuanto a padre en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto al otro. El pequeño permanecerá así inmaduro e independiente.

Melanie Klein propone en su posición esquizoparanoide del desarrollo del Yo del infante, lo que viene a ser en la anoréxica la implicación del comer, como la asimilación y destrucción



simultánea (Toro, 1987). Es decir, comer para aniquilarse y para desarrollarse, en sentido paradójico; sin embargo, antes de que se desarrollen elementos psicodinámicos complejos, se recordará brevemente la posición de Melanie Klein en el desarrollo psíquico; innova y amplía conceptos freudianos utilizados durante su práctica clínica. Es el caso del término fantasía en el que Klein refiere "la expresión mental de los instintos", (Segal, 1975). La fantasía está en función directa del instinto, así existe una fantasía para cada expresión del instinto y es ésta parte del individuo tanto en la salud como en la patología.

Antes de seguir adelante con la exposición del tema, se debe recalcar que la fantasía es una función yoica, de lo que se desprende que para Klein el Yo (self), ya existe desde el nacimiento, sólo que éste Yo es un Yo inmaduro, fragmentado y desintegrado, de modo que a lo largo del desarrollo, de lo que se trata es de que el Yo adquiera esa integridad de la que se irá hablando con más detalle posteriormente. Por ahora se regresará al problema de la fantasía. La fantasía no es siempre ajena a la realidad. Sino que es en gran medida la que conecta (por así decirlo) al recién nacido con el mundo externo y con su mundo interno.

También media su interacción con la realidad, de modo que muchas de las resultantes o interpretaciones del mundo externo e interno son debido a la fantasía (Segal, 1975). Sin embargo la realidad también ejerce su influencia sobre la fantasía, por lo que se puede decir que la fantasía cumple una función dinámica en el contacto con el mundo externo y evidentemente en el desarrollo de la personalidad; para Segal la importancia del factor ambiental sólo se puede evaluar correctamente si se tiene en cuenta cómo lo interpreta el bebé en función de sus propios instintos y fantasías (op. Cit, pp. 22)

Por otro lado la fantasía no sólo facilita satisfacciones sino que es también un elemento de defensa contra la realidad externa, de aquí que tenga que ver con los mecanismos de defensa. Segal distingue entre la fantasía y los mecanismos de defensa, en que la fantasía es la expresión mental de un mecanismo defensivo; y el cómo fantasea una persona, es el proceso de defensa que se efectúa de manera no consciente con diversas funciones que tiene que ver también con la estructura de la personalidad debido a que ésta última está determinada por los contenidos sobre sí y sobre el mundo externo (objetos externos) que le ha proporcionado la fantasía. Cualquier cambio en la fantasía inconsciente tiene una repercusión directa sobre la estructura de personalidad, de ahí la importancia de la fantasía en la constitución e integración del Yo primitivo del que se hablaba anteriormente.

Klein supone la existencia de un Yo desintegrado, primitivo, y que el proceso de maduración se ayuda de la fantasía y la realidad en su conformación. De modo que al nacer, el pequeño ya tiene la capacidad para sentir ansiedad y también la de utilizar ciertos mecanismos defensivos primitivos ante el instinto de muerte y la ansiedad de aniquilamiento que le genera. Debido a la fantasía, el Yo es en éste momento capaz de tener contacto con algunos objetos y así empezar sus primeras relaciones con el mundo externo. Es durante los primeros tres meses de vida, en que aparece la posición que Klein denominó como esquizo-paranoide determinante en la Anorexia Nerviosa, la cual consiste en que el bebé comienza su integración yoica mediante la relación con otros objetos. Primero, el Yo expulsa de sí el instinto de muerte proyectándolo hacia el exterior,

particularmente en el objeto original: el pecho. El pecho proporciona gratificación, alimenta; sin embargo, también frustra cuando no cumple con su función de modo que es en ésta parte de frustración donde se facilita la proyección del instinto de muerte en el pecho. Por otro lado, el instinto de vida, líbido, se identifica con ése pecho alimentador y se introyecta en el primitivo Yo a fin de enriquecerlo. Así, se tienen dos representaciones de un mismo objeto, pero con opuesta concepción. El objeto proyectado (malo) se vuelve perseguidor del objeto alimentador (bueno) y del Yo, ya que el Yo cree que abasallará al objeto bueno y aniquilará al Yo, ésta experiencia es generadora de gran ansiedad (Segal, 1975; Bleichmar y Leimberman, 1989). Como medida de defensa, el Yo proyecta parte de la energía libidinal en el objeto bueno, que se convierte el ideal. La fantasía de éste objeto ideal se asocia con el sentimiento de ser amado y alimentado por la madre externa real, mientras que a la fantasía persecutoria se atribuyen sentimientos de dolor, de desesperanza y extinción (Segal, 1975, pp. 30).

La función principal de la posición esquizo-paranoide puede delimitarse como sigue: “el objeto del bebé es trata de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, que es para él quien le da la vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte” (Segal, 1975, pp. 31). Ésta posición es esquizo-paranoide debido a que la escisión del mismo objeto es un rasgo esquizoide, y por otro lado la angustia de persecución es de naturaleza paranoide. Ahora se hablará de los mecanismos defensivos que utiliza el recién nacido en su afán de posesión del objeto ideal y por la persecución del objeto externo (malo).

En cuanto a la primera, es la Introyección la que permite al Yo incorporar al objeto ideal y hacerlo parte de sí; mientras que en cuanto a la persecución es la Proyección la que hace que el objeto se viva como malo, no es más que la propia agresividad la que está desplazada hacia ése objeto que se vuelve peligroso al Yo. En éste momento del desarrollo del Yo con la ayuda de la Identificación y la Proyección, surge un nuevo mecanismo de defensa mediante el cual las partes agresivas del Yo son separadas y depositadas (desplazadas) hacia el objeto externo, de modo que la propia agresividad se vive como identificatoria del Yo, pero escindida de él. A éste mecanismo Klein le llamo identificación proyectiva ya que a de algún modo, la agresividad desplazada del Yo con éste mismo, sólo que de manera que el Yo la viva como ajena a él. Esto le permite al Yo organizar las instancias agresivas y conservadoras de vida que serán parte de su propia estructura, sólo que en éste momento del desarrollo, el Yo no está tan integrado como para conjugarlas. La Anorexia parte de ésta ambivalencia de identificación, proyección, ya que el alimento es identificado, no asimilado y después proyectado como persecutorio, lo que genera elementos paranoides (Caparros y Sanfeliau, 1997). Más adelante se mostrarán los elementos que repercuten en la adolescencia de la anoréxica para entrever su genesis. Siguiendo la línea kleiniana, Lacan propone que el infante podrá quedar satisfecho fisiológicamente después de haber sido alimentado pero mantiene su deseo (incestuoso) por el pecho materno y lo alucina; se encuentra satisfecho en cuanto a su hambre pero no en cuanto a su demanda. Si se recuerda brevemente que el deseo se vuelve incestuoso por la falta básica del ventre materno, de ahí la separación de la necesidad fisiológica y del deseo (incumplible, a menos que como síntoma) del sujeto. En la Anorexia las mujeres quieren mantener vivo el deseo; es decir, no se alimentan para no tener un

estado doble: el estar satisfecha físicamente pero no en el plano del deseo, es decir que la anoréxica cruza necesidad y deseo, de modo que la fórmula de su existir se torna en la paradoja "si como, me alimento, pero también cumplo con mi deseo y entonces ¿qué caso tiene vivir?". La Anorexia es el mentenimiento intacto del deseo (Nasio, 1995), ya que si cumple el deseo, éste es equivalente a la aniquilación ya que en la neurosis el incumplimiento del deseo promete la propia existencia, así la anoréxica se encuentra atrapada en un absurdo existencial: "si como, muero", o más bien: "si vivo, muero". Para el anoréxico hay deseo, pero el Otro (la madre en muchos casos o la persona maternizante) obstruye éste deseo satisfaciendo una necesidad. Para que exista un deseo debe haber dos demandas, pero la madre no deja que el niño exprese éste deseo y lo "sobrealimenta", procurando la necesidad pero dejando insatisfecho el deseo (el deseo se satisface por amor); en la Anorexia el sujeto no come porque en la relación con su madre, o la persona maternizante, su deseo queda reducido a la necesidad, pues lo atiborra de comida, o de otros objetos, cada vez que efectúa una demanda de amor, (Baravalle et. Vaccarezza, 1993). El goce de la anoréxica es lo que Lacan llamó apetito de muerte, un deseo de nada; de que su cuerpo no contenga nada, llevando la negación al extremo (Op. Cit.).

David Garner (1997), concibe a la futura anoréxica como una persona con problemas en la etapa de incorporación oral, la cual impide la separación - individuación. La anoréxica fantasea con una incorporación de un objeto maternizante malo y controlador. Ésta introyección maternal es después equivalente al cuerpo de la anoréxica y experimenta la identificación de su cuerpo como el de su madre. La inanición es un intento de la adolescente por detener la feminización de su cuerpo y para minimizar la confusa y ambivalente identificación con su madre (Garner & Garfinkel, 1997).

Los adolescentes anoréxicos perciben su cuerpo como el último vestigio de una grandiosidad arcaica situada en la infancia, en la cual son el centro de atención alrededor del cual gira el mundo, eso los hace sentirse perfectos y en control de todo lo que les rodea. Los anoréxicos en focan éstas necesidades narcisistas en sus propios cuerpos por lo que éstos no deben cambiar, deben ser perfectos y estar en completo control de ellos.

Los cambios en la pubertad amenazan la grandiosidad y la perfección del niño, lo que amenaza el frágil equilibrio de la psique del adolescente (Garner & Garfinkel, 1997).

Sours (1973) resume los procesos psicodinámicos sobre la Anorexia Nerviosa: Sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico; Apatía y depresión por la pérdida del objeto; Intento complaciente por acercarse a la madre a través de una identificación agresiva; Deseos de muerte contra la madre a través de una identificación regresiva; Deseos de muerte contra la madre, vías impulsos incorporativos destructivos; Relación hiperdependiente y seductora con el padre; Respuesta de evitación ante un intenso conflicto post puberal; Intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento; Rechazo del deseo de estar embarazada mediante la privación de alimento; Tendencias sadico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos; Control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural; Identificación femenina en los pacientes

varones; Deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina; Intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento que conduce a la interrupción del metabolismo sexual, y por lo tanto de la excitación sexual; Incapacidad de diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debidos al desarrollo bajo la influencia y al servicio de otra persona; Perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos; Omnipresente sensación de ineficiencia (Sours, J. A. 1973).

### Perfil psicológico de la familia anoréxica para Feinstein, S. C. Y Sorosky, A. D.

A pesar de que el diagnóstico psiquiátrico en los casos de anorexia nerviosa fluctúa entre la neurosis y la psicosis, y de que los síntomas nos dan evidencias dramáticas del conflicto, las chicas anoréxicas suelen negar rotundamente sus conflictos. La mayoría de los autores que han investigado éste tema, están de acuerdo en que las pacientes son llevadas al consultorio (en la gran mayoría) por sus padres, los cuales aparecen bastante "preocupados". Estos padres están, por lo general, altamente motivados, tienen buenas intenciones y están dispuestos a cualquier esfuerzo para curar a la niña. Es saludable para un niño criarse en un hogar en el que existen reglas, límites, un ejemplo parental del control de impulsos, responsabilidad y una conducta ética. Sin embargo, en su hiperscrupulosidad, los padres de anoréxicos controlan en exceso a sus hijos. La adolescente anoréxica se encuentra en una situación de dependencia realista y neurótica de su familia, motivo por el cual los cambios en las conductas de los padres hacia ella pueden ser cruciales para el éxito terapéutico. Algunos padres intentarán retirar prematuramente a la hija del tratamiento por que no tolerarán la rebeldía y las conductas antisociales que aparecen cuando se resuelven los síntomas anoréxicos (Feinstein, S. 1988, pp. 86).

Puede suceder que ellos mismos necesiten terapia para poder aceptar los cambios emocionales de su hija y comprender algunas interacciones patológicas que tienen con ella. Las investigaciones sobre las familias anoréxicas dieron como resultado el siguiente perfil psicológico de la familia anoréxica dividido en seis partes. (Un acrónimo útil para el perfil sería **PRIDES**: P = perfeccionismo; R = represión de la emoción; I = infantilismo en la toma de decisiones; D = dieta y temor a la gordura; E = exhibicionismo en las relaciones sexuales y en el baño; S = selección emocional del niño).

1.- Todas las familias exhiben **Perfeccionismo**. Los padres de los anoréxicos restrictivos son hiperscrupulosos y ponen el énfasis en el buen comportamiento y en la conformidad social de sus hijos. En su mayoría, son gente exitosa que dedica tiempo a las actividades cívicas, religiosas y caritativas. En muchas familias hay médicos, educadores, ejecutivos de empresas o líderes religiosos, es decir, pilares de la sociedad. Los padres de los bulímicos parecen tener, a pesar de su perfeccionismo, una mayor tendencia a la neurosis, al conflicto conyugal, al divorcio y a la adicción, que los padres de los restrictivos. En los demás aspectos, el perfil psicológico de ambos grupos coincide salvo algunas variaciones. Por ejemplo: algunas de las madres de los bulímicos eran adictas (al alcohol, a la morfina), pero sus adicciones eran secretos familiares,

éstas mujeres eran profesoras universitarias, eran compulsivas y tan perfeccionistas que intentaban ser madres perfectas. Sus adicciones expresan un acto de rebeldía contra su estructura de carácter hipermoral (Feinstein, S. 1988).

2.- *Represión* de las emociones es una característica que se encuentra en todos los grupos familiares; su origen es la hipermoralidad de los padres. En varios casos, los padres mantienen un control tan estricto sobre sus emociones que nunca tienen un altercado delante de los hijos. El enojo, la pelea y los conflictos característicos de los padres de bulímicos eran contrarias al Yo. No se permite la conducta agresiva en los niños, y la agresión en general es negada. La mayoría de las familias se ríe de la figura de autoridad del padre y lo consideran un “aguafiestas” de la relación sexual; la madre es la figura moral superior. La autoridad del padre disminuye además, en la mayoría de las familias, por sus ocupaciones que le dejan poco tiempo para sus hijos (Feinstein, S. 1988, pp. 87).

3.- El perfeccionismo hiperescrupuloso de los padres tenía como resultado una infantilización de la toma de decisiones y un hipercontrol de los niños. En algunas familias no se permitía la diversión por la diversión misma. Todo debía tener un noble propósito; la principal actividad parental dentro del hogar era la discusión intelectual y la lectura erudita. No sorprende que la hija anoréxica odia las largas horas de estudio a las que se veía obligada. Menciona Wilson, que en la terapia es difícil para los anoréxicos tornarse independientes y maduros y sacarse de encima el sentimiento humillante de ser títeres manejados por sus padres (Feinstein, S. 1988).

4.- En todos los casos que Wilson expone (Wilson, 1983), se evidencia una excesiva preocupación por la gordura y por la dieta. La madre y/o el padre y otros parientes temían ser gordos y hacían dieta. En algunas familias el complejo de “temor a la gordura” predominaba en el padre. Los conflictos y actitudes específicos de la madre y/o del padre predisponen al niño al desarrollo de síntomas psicósomáticos (por ejemplo, la excesiva preocupación de la madre por los movimientos de vientre del hijo puede predisponerlo a una colitis ulcerativa). El factor etiológico específico de la anorexia es la preocupación parental por la dieta y su temor a la gordura, que se transmite a la hija por identificación. Las demás características de este perfil se encuentran también en los padres de pacientes que sufren de síntomas psicósomáticos tales como asma, jaqueca y colitis. Las últimas dos características del perfil sólo pueden revelarse, en general, a través del psicoanálisis.

5.- *Exhibicionismo de los padres en sus conductas sexuales y en el baño* fue una característica que Wilson encontró en todas las familias y cuya significación fue completamente negada. En estas familias no se cerraban las puertas. Estas quedaban a menudo abiertas en el caso del dormitorio y del baño, lo cual despertaba la curiosidad del niño y facilitaba la observación de relaciones sexuales y de la intimidad de los padres en el baño. Los niños a menudo habían sido testigos del coito de los padres. Tales experiencias, unidas a la hipermoralidad y al puritanismo, provocaban una inhibición del desarrollo psicosexual normal en las hijas anoréxicas. Muchas eran vírgenes, reprimidas emocionalmente y temían a los varones (Feinstein, S. 1988).



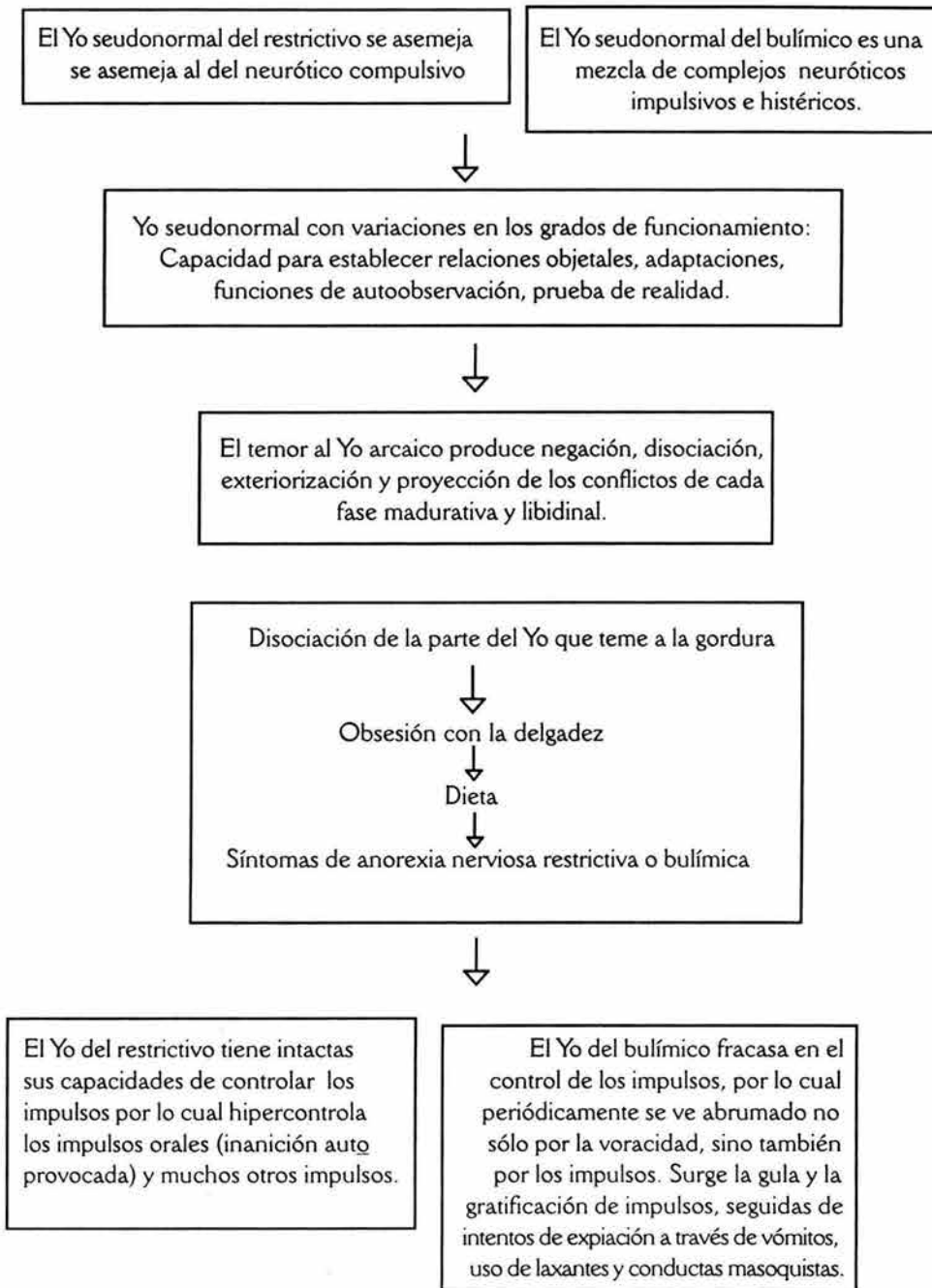
6.- En estas familias, había una elección emocional hacia uno de los niños por parte de los padres, para el desarrollo de anorexia. Éste niño era tratado de manera diferente que los otros. Tal elección puede resultar de: a) el saldo de un conflicto emocional no resuelto por los padres en su infancia (por ejemplo, el niño puede representar un padre, hermano o hermana inconscientemente odiados); b) una intensa necesidad de controlar al niño, de manera tal que éste es tratado casi como una parte del cuerpo de uno de los padres; c) una situación psicológica y un estado emocional particulares en uno de los padres o en ambos en el momento del nacimiento del niño, que dañó seriamente la relación padre-hijo (por ejemplo, el niño puede ser infantilizado por ser el último bebé o puede ser sobreinvertido por un padre que ha sufrido una pérdida reciente) (Feinstein, S.C. 1988, pp. 88).

En investigaciones psicodinámicas que se han realizado, entre ellas las de Wilson (Wilson, C., 1983, pp. 85) con 100 familias de pacientes anoréxicos revelaron un perfil psicológico parental que parece ser el causante de trastornos de personalidad en sus hijos, que más tarde se manifiestan como anorexia nerviosa. Los análisis de Sperling (Sperling, M., 1978) sobre niños anoréxicos y sus madres constituyen la base para éstas investigaciones. Esta autora descubrió que la predisposición para la anorexia nerviosa se establece en la primera infancia por una perturbación en la simbiosis madre-hijo.

Cuatro de las seis características del perfil psicológico se correlacionan con las actitudes parentales y las conductas descritas por Bruch (Bruch, H., 1978) en cincuenta casos. Sours (Sours, J., 1973) confirma éstas características en su investigación sobre la familia. Las dos características de éste perfil no descritas por estos autores generalmente se revelan sólo a través del psicoanálisis, una modalidad que ellos no utilizan (Wilson y col., 1983). En los primeros estudios del autor antes mencionado y en los de Bruch no había diferencias entre las familias de anoréxicos restrictivos y las de anoréxicos bulímicos; pero hoy en día se tienen diferencias específicas de estos tipos de Anorexia.

A continuación se presenta un cuadro diferencial de las estructuras yoicas del anoréxico restrictivo y del anoréxico bulímico.





### *Excepciones al perfil psicológico de la familia.*

Hogan (Hogan, C. C., 1983<sup>a</sup>) pone en discusión la validez de un perfil psicológico familiar, a pesar de que confirma las diferencias en la estructura de carácter del restrictivo y del bulímico. Señala el caso de un anoréxico restrictivo que se crió con padres alcohólicos. Sperling describió el análisis de una anoréxico restrictivo cuya madre era psicótica (Wilson, C. P., 1983<sup>a</sup>). Un anoréxico restrictivo provenía de una familia en la cual el padre, la madre y los hermanos eran todos obesos. Otro provenía de una familia en la cual el padre, la madre y los hermanos eran todos obesos. Otro provenía de una familia en la que el padre era un jugador alcohólico. No hay duda de que el número de casos que se mencionan es limitado y las complejidades del desarrollo temprano son múltiples. Es más, se ha observado que en algunas familias puede haber un restrictivo y un bulímico. No obstante, en la gran mayoría de los casos el perfil psicológico familiar es aplicable. En muchos casos de adolescentes es absolutamente necesaria una terapia individual y/o asesorías con los padres, haciendo hincapié en los aspectos del perfil psicológico familiar, para lograr un éxito terapéutico (Wilson, C. P., 1983<sup>a</sup>, pp. 89).

La fijación preedípica a la madre no resuelta contribuye a la dificultad en el desarrollo psicosexual y a la intensidad del desarrollo edípico. La anorexia nerviosa o fobia a la gordura puede considerarse un resultado patológico específico de conflictos edípicos no resueltos en una niña cuya relación preedípica con la madre la ha predispuesto a esta reacción ante circunstancias conflictivas.

Las influencias genéticas que contribuyen a la formación de éste complejo son los conflictos parentales en relación con el peso y los alimentos en particular y con las expresiones agresivas y libidinales en general. Además, los padres neuróticos y/o adictos son exhibicionistas en el baño y el dormitorio así como otro tipo de conductas puedan tener algún efecto sobre el niño. Otros factores genéticos son las influencias culturales, sociales y las influencias médicas en general, así como la identificación secundaria con mujeres y/u hombres que comparten el complejo de temor a la gordura”.

Desde el punto de vista económico, la presión permanente de pulsiones agresivas y libidinales, de fantasías y de conflictos reprimidos no sublimados, es una cuestión central para estos pacientes inhibidos. El terror a la pérdida de control (es decir, a engordar) comprende el temor consciente de sobrealimentarse y el temor inconsciente de incorporar partes del cuerpo, oler o comer las heces, sangrar a muerte, mutilar o ser mutilado o masturbarse y/o tornarse ninfomaniaca, lo cual podría tener como resultado placer orgásmico (Feinstein, S. 1988, pp. 92).

Todas éstas temidas explosiones pulsionales son refrenadas por el temor a la venganza del Super-yo sádico arcaico. Estos conflictos se desplazan y se condensan en el miedo a la gordura. El Yo defectuoso del anoréxico bulímico es incapaz de contener los impulsos de sobrealimentarse; hay una entrega a la voracidad y luego un intento de autocastigo y anulación a través del vómito y/o el uso de laxantes. En el anoréxico bulímico hay también intentos del Yo de suprimir y reprimir fantasías, pulsiones e impulsos agresivos y libidinales. Esta renuncia a los impulsos y este comportamiento masoquista expresan también el autocastigo y la anulación de la acción.

Desde un punto de vista estructural, las consideraciones del Yo son centrales. En los años preedípicos, el Yo del niño propenso a la anorexia bulímica (fobia a la gordura) se escinde. Una de las partes se desarrolla de manera seudonormal: las funciones cognitivas, la parte autoobservadora del Yo, las capacidades adaptativas y otras funciones yoicas parecen operar normalmente. Mientras los anoréxicos restrictivos suelen ser descriptos en su infancia como “perfectos” y tienen excelentes calificaciones en la escuela, los anoréxicos bulímicos evidencian mayor desobediencia y rebeldía en el hogar y en la escuela.

En la adolescencia hay mayor comportamiento antisocial, promiscuidad sexual y adicciones. El Yo reprime, niega, desplaza, exterioriza y proyecta conflictos en el complejo de “temor a la gordura”. En muchos casos, los conflictos se desplazan hacia hábitos tales como la succión del pulgar, enuresis, ecopresis, mordedura de uñas, golpearse la cabeza y arrancarse los cabellos. En

## Psicodinámica de la anoréxica.

Se ha escrito mucho acerca de la psicodinámica de la anorexia nerviosa. Los autores analíticos han señalado en general que hay una fuga de la sexualidad adulta acompañada por una regresión a defensas más primitivas. Ésta regresión incluye conflictos alrededor de fantasías orales sádicas y canibalísticas primitivas. Los típicos mecanismos de defensa pregenitales están en juego.

Wilson (Wilson y col., 1983, pp. 90) ha confirmado los descubrimientos de Sperling (1978) de que las fijaciones a las dificultades en el desarrollo psicosexual y de que las muchachas anoréxicas desplazan los conflictos sexuales y masturbatorios de los genitales a la boca igualando el alimento y la alimentación con objetos y actividades sexuales prohibidos.

La mayoría de los autores analíticos concuerdan en que la regresión de los pacientes anoréxicos es una fuga de las propias necesidades instintivas insaciables contra las que se defienden mediante defensas primitivas de igual fuerza. Sperling (Sperling, M., 1978) caracterizó correctamente la anorexia nerviosa como "un trastorno en los impulsos".

El papel que juegan las fantasías de embarazo inconscientes en la génesis de esta enfermedad es casi universalmente reconocido por los autores psicoanalíticos. El paciente anoréxico teme y niega estas fantasías. Los vómitos y la ingestión de laxantes son síntomas sobredeterminados. Son intentos de anular la fase precedente de gula y aplacar al Super-yó arcaico. El vómito es un recurso que apunta al control. Muchos anoréxicos bulímicos informan acerca de sentimientos de tranquilidad luego de vomitar o usar laxantes. A través de éstos síntomas se materializan varias fantasías inconscientes y se expulsan objetos internalizados. Los vómitos tienen un mayor significado oral, mientras que el uso de laxantes tiene connotaciones anales (Wilson y cols., 1983, pp. 90).

Wilson al igual que Sperling no coinciden con la opinión de Bruch y Selvini-Palazzoli, de que debería evitarse un abordaje psicoanalítico de estos pacientes.

La opinión de Wilson y sus colaboradores es diferente ya que para él, las investigaciones psicoanalíticas son de fundamental importancia en la comprensión de esta enfermedad y de que el psicoanálisis es, en la mayoría de los casos, el tratamiento elegido.

### *Psicodinámica de la anoréxica bulímica.*

En términos psicodinámicos, este complejo tiene su origen en conflictos sadomasoquistas no resueltos de la fase oral que provocan una relación ambivalente con la madre. La fijación a esta fase del desarrollo con sus concomitantes temores a la pérdida de objetos tiene su origen en un exceso de control y de énfasis de la madre y/o el padre en la comida y en las funciones alimenticias como símbolos de amor.

Este conflicto no resuelto influye sobre cada una de las siguientes fases del desarrollo, de manera que quedan sin resolver conflictos de las fases anal, edípica y conflictos evolutivos posteriores (Wilson, C. P., 1983<sup>a</sup>, pp. 91).

otros casos, hay un desplazamiento concomitante y una proyección del conflicto en objetos fóbicos reales. En algunos pacientes, la anorexia bulímica alterna con otros síndromes de enfermedad psicósomática, tales como la colitis ulcerativa, la jaqueca y el asma. Esta escisión del Yo se manifiesta en la negación intensa y de carácter psicótico de los deseos, fantasías y conflictos desplazados. En otras palabras, en el complejo de “temor a la gordura” se niega la parte neurótica escindida de la personalidad (Feinstein, S. 1988, pp. 93).

Desde el punto de vista adaptativo, los conflictos de cada fase madurativa y libidinal son negados, desplazados y proyectados en el complejo de “temor a la gordura”. Los conflictos en la separación-individuación son extremos y son negados por los padres y por el niño. Los conflictos adaptativos normales son evitados y negados. Muchos padres de anoréxicos bulímicos educan a sus hijos en un mundo irreal y sobreprotegido. Los padres perfeccionistas perjudican las funciones de toma de decisiones del Yo de los hijos con su intrusión infantilizante en cada aspecto de la vida de estos. La terapia deberá hacer foco en todos los casos en las relaciones objetales pregenitales, que tiene su origen en las relaciones parentales no resueltas y en los conflictos en la separación –individuación.

A diferencia de Sperling, Mintz ha demostrado (Sperling, M., 1978), que los hombres anoréxicos bulímicos tienen fijaciones preedípicas, edípicas y problemas no resueltos en la separación – individuación, conflictos homosexuales latentes severos y una identificación femenina, y el mismo complejo de “temor a la gordura” visto en las mujeres, originado en una identificación con el complejo de “temor a la gordura” de la madre y/o del padre.

### *Relación de la anoréxica bulímica con la adicción y los hábitos de la infancia.*

Para comprender y tratar a los anoréxicos bulímicos, es necesario comprender el desorden en los impulsos, la estructura de personalidad adictiva y los hábitos de la infancia, que son frecuentemente los precursores evolutivos de la bulimia. Se ha subrayado que la bulimia es una fobia a los alimentos, una adicción. En los anoréxicos bulímicos se observan con frecuencia las conductas de succión del pulgar, mordedura de uñas, masticación y tragado de cutículas, golpeo de la cabeza, arrancado e ingestión de cabellos y otros desordenes en los impulsos infantiles tales como ecopresis y enuresis. En algunos casos, hay una historia infantil de excesiva buena conducta. Sin embargo, la terapia descubre episodios aislados o fases de rebeldía. El Yo utiliza las mismas defensas en su lucha contra un hábito de la infancia o un desorden en los impulsos infantiles que las que utiliza más tarde para intentar arreglárselas con la anorexia nerviosa bulímica u otros desordenes en la alimentación. Por lo tanto, los mecanismos de defensa de negación, escisión, desplazamiento, exteriorización, retención y, mentira están profundamente impregnados en la estructura del Yo del anoréxico bulímico. En algunos casos se observa una estructura del Yo caótica, por ejemplo cuando un hábito infantil coexiste con la bulimia y con una adicción.

En la investigación de Wilson (Wilson, C. P., 1983b, pp. 94), acerca del temor a la gordura, descubrió que éste temor generalmente se torna intenso en la adolescencia, el periodo de mayor ocurrencia de la bulimia.

El temor a entregarse al hábito, a no ser capaz de controlarlo, es el precursor del complejo de "temor a la gordura". Cuando se interrumpe un hábito o una adicción, los pacientes temen volverse gordos, sobrealimentarse y perder el control sobre otros aspectos como la compostura y las actuaciones (*actings out*).

### ***Imagen corporal.***

En el temor a la gordura (anorexia), el conflicto básico se origina en una represión preedípica masiva de conflictos sadomasoquistas de la fase oral que han sido elaborados por el Yo con nuevas estructuras defensivas en las sucesivas fases de desarrollo libidinal y madurativo. En la imagen corporal de la anoréxica se ha proyectado la superficie del pecho de la madre y, por extensión, su figura. El temor a la gordura refleja el temor a la incorporación oral sádica del pecho de la madre y luego de otros objetos.

Unos pocos restrictivos y varios bulímicos no ofrecen signos de trastorno de la imagen corporal definido, a pesar de ser todos fóbicos a la gordura. En estos caso, el Yo es más sano y la psicopatología es fundamentalmente edípica. (Wilson, C. P. 1983B, pp. 95)

### ***Escisión del Yo.***

Para poder entender un poco más la estructura del Yo del anoréxico bulímico debe tenerse presente la escisión del Yo. Wilson, señala que desde un punto de vista estructural, la consideración del Yo es central. En la etapa preedípica, el Yo del niño propenso a la anorexia se escinde. Una parte se desarrolla de una manera seudonormal; las funciones cognitivas, las funciones de autoobservación del Yo, la capacidad de adaptación y otras funciones yoicas parecen operar normalmente. El Yo suprime, reprime, niega, desplaza, exterioriza y proyecta conflictos en el complejo de "temor a la gordura".

Las parte seudonormal del Yo del anoréxico abstigente (restrictivo) evidencia muchas de las características vistas en las neurosis compulsivas. La parte seudonormal del Yo del bulímico es una mezcla de rasgos histéricos y compulsivos.

Las conclusiones de Strober (Strober, M., 1981, 1983. En: Pruneda, H, 1998) acerca de las diferencias entre restrictivos y bulímicos se correlacionan con los resultados de las investigaciones de Wilson. Para Strober los restrictivos evidencian "obsesividad" y perfeccionismo en todas sus actividades, mientras los bulímicos presentan "un perfil diferente de poca fortaleza del Yo, impulsividad, propensión a las conductas adictivas y dinámica interpersonal más turbulenta".



## La psicoterapia psicoanalítica de la anorexia nerviosa.

En los últimos treinta años se ha hecho cada vez más evidente que la anorexia nerviosa, un término genérico que se utiliza para incluir tanto el síndrome bulímico como el restrictivo, es un trastorno psicosomático.

Específicamente, el paciente bulímico tiene controles yoicos estrictos pero ineficaces, en la medida en que son incapaces de regular el impulso de comer (Wilson, C. P., 1982/1983, pp. 81). Este defecto en el autocontrol es tan amenazante para el paciente, que el menor aumento de peso puede producir pánico, excesivos ejercicios, inanición autoprovocada y vómitos. El paciente anoréxico bulímico no sólo es incapaz de controlarse en la alimentación, sino que tampoco puede controlar otros impulsos tales como la promiscuidad sexual, la delincuencia, el robo, la mentira, conductas que aparecen con mayor frecuencia que en el famélico paciente anoréxico restrictivo. Éste defecto en los controles del Yo surge en parte de la identificación con padres que discuten, pelean y actúan destructivamente con mayor frecuencia que los padres anoréxicos famélicos. (Feinstein, S., 1988, pp. 83).

La anorexia nerviosa restrictiva y la bulímica son complejos sintomáticos que ocurren en una variedad de trastornos del carácter: histérico, obsesivo-compulsivo, fronterizo (*"borderline"*) y, en algunos casos, aparecen conductas cercanas a la psicosis. No obstante, aun en los casos más perturbados, existen áreas de funcionamiento yoico relativamente intacto así como la capacidad para establecer una relación transferencial.

Wilson y col. (Wilson, C. P., 1983, pp. 81) comprobaron que con un tratamiento psicodinámico exitoso desaparecen todos los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa, excepto los daños de dientes y encías, producidos por el exceso de alimentación y los vómitos. Sin embargo, la menstruación puede no retornar (a pesar de la normalización del peso corporal) si no se han resuelto conflictos importantes acerca del embarazo.

El trabajo psicodinámico con estos anoréxicos restrictivos y bulímicos ha hecho foco en este "temor a la gordura" que aparecía como trastorno de la imagen corporal y en el "temor a la gordura" en tanto como complejo. Los pacientes neuróticos evidenciaban además un "temor a la gordura obsesivo" (menos intensamente investido pero bien definido) y trastornos en la imagen corporal. Estos descubrimientos, unidos a la investigación no analítica, llevaron a la conclusión de que en nuestra cultura la mayoría de las mujeres y algunos hombres, aquéllos que no tienen resueltas las identificaciones femeninas, padecen de temor a la gordura. Las mujeres "normales" admiten fácilmente este temor. Por más "perfecta" que sea la figura de una mujer, ésta tendrá (en caso de que se le diga que está gorda) una reacción emocional desproporcionada con la realidad. Por el contrario, si se le dice que está delgada o que ha perdido peso, se sentirá muy halagada.

Una hipótesis central de algunas investigaciones es que los síntomas de las anoréxicas bulímicas y restrictivas se producen por un temor abrumador a la gordura causado originalmente por una identificación con un padre o con padres que tienen un temor semejante a la gordura, y

que la anorexia (fobia a la gordura) se ve reforzada secundariamente por el generalizado temor irracional a la gordura que padecen otras mujeres y muchos hombres en nuestra cultura (Ceaser, M., 1977. En: Pruneda, H. 1998).

### *Técnica.*

En la técnica de análisis o de psicoterapia analítica, la primera fase de tratamiento, la transferencia, se lleva a cabo según los principios propuestos por Kernberg (Kernberg, O. F., 1975) en relación con los casos fronterizos (*borderline*):

\*La transferencia predominantemente negativa se elabora sistemáticamente sólo en el presente evitando los esfuerzos iniciales dirigidos hacia interpretaciones genéticas acabadas.

\*Las constelaciones defensivas típicas del paciente se interpretan en el marco de la transferencia.

\*Los límites se instauran con el objeto de bloquear las actuaciones en la transferencia, en la medida en que esto es necesario para proteger la neutralidad del terapeuta (pero con sus limitaciones).

\*Los aspectos más primitivamente determinados de la transferencia positiva no se interpretan en un principio, pues su presencia intensifica el desarrollo de una alianza terapéutica y de trabajo (siempre que se observen éstas alianzas como parte de la transferencia positiva), si bien las idealizaciones primitivas que refleja la escisión de las relaciones objetales "totalmente buenas" y las "totalmente malas" son interpretadas sistemáticamente como parte del esfuerzo de elaboración de ésas defensas primitivas.

\*Las interpretaciones se formulan de manera tal que las distorsiones por parte del paciente, de las intervenciones del terapeuta y de la realidad presente (especialmente las percepciones durante la sesión), puedan ser sistemáticamente clarificadas.

\*La transferencia altamente distorsionada "en ocasiones de naturaleza psicótica" que pueden reflejar relaciones objetales internas fantaseadas, que pertenecen a perturbaciones tempranas del Yo, se elabora primero, con el objeto de alcanzar las transferencias relacionadas con experiencias infantiles reales.

La interpretación precoz de la negación de la conducta suicida (masoquismo) es comparable a la técnica de Sperling (1978) y Hogan (1983), utilizada con pacientes psicósomáticos y se correlaciona con la técnica terapéutica utilizada en la terapia de trastornos esquizofrénicos, fronterizos (*borderline*) y del carácter por Boyer y Giovacchini (1980), Kernberg (1975) y Volkan (1976: 1) en la primera fase del tratamiento estos pacientes no suelen asociar libremente; esto también sucede en el análisis de niños y de pacientes con trastornos del carácter. 2) el terapeuta adopta una posición activa, utilizando a menudo la construcción y la reconstrucción; 3) las respuestas actitudinales pueden ser interpretadas; 4) los sueños deben utilizarse en el contexto de la psicodinámica del paciente; 5) primero se interpreta el masoquismo de éstos pacientes (su Superyó arcaico y la culpa que les provoca admitir un conflicto); 6) como próximo paso, se interpretan las defensas contra los impulsos agresivos; 7) tales interpretaciones son inexactas y,

a menudo, no son confirmadas por las asociaciones del paciente; 8) en el caso de éstos pacientes, que tienen un Superyó racional; 9) las interpretaciones deben realizarse de una manera firme y consistente y 10) con tales pacientes, el analista debe tener autoridad (Feinstein, S. 1988, pp. 96-98)

Dado que los pacientes anoréxicos pueden, en sus identificaciones proyectivas, detectar matices casi imperceptibles en el tono de voz, la expresión facial, los movimientos e incluso los sentimientos del analista, provocan intensas reacciones contratransferenciales.

Es importante que el psiquiatra esté a cargo del proceso de tratamiento. Un fragmento de transferencia con el médico especialista puede viciar el tratamiento, la hospitalización debe reservarse para las verdaderas emergencias. Como sucede con otros síntomas psicósomáticos, cuando los síntomas de la anorexia se aquietan aumentan las actuaciones (*actings out*). La paciencia es esencial en el análisis de pacientes bulímicos, cuyos hábitos, en su nivel más primitivo, ocultan conflictos preedípicos, cuentan con los medios para comunicar el impacto y los efectos de sus traumas preverbales tempranos (Sperling, 1978 en: Wilson y cols. , 1983, pp. 99).

En lo que respecta a los hábitos, ha de utilizarse la intuición para saber cuándo confrontar a los pacientes con el hecho de que mencionan nada acerca de los mismos en la terapia. No se los puede acosar permanentemente con preguntas acerca del hábito ni pedirles que lo abandonen. Debería señalarse la razón para interrumpirlos. Por ejemplo, para destapar fantasías y conflictos ocultos por el hábito. Al igual que los pacientes obesos, los bulímicos desean el control mágico y creen en él, y pretenden acabar con el hábito totalmente sin analizarlo, debe interpretarse repetidas veces los propósitos defensivos de los mismos, ya que ocultan impulsos y conflictos suicidas. Si el terapeuta no interpreta y confronta activamente a los pacientes con el sentido de sus síntomas y hábitos bulímicos, que sirven a propósitos defensivos, éstos se tomarán más intensos, mientras la conducta de los pacientes durante el tratamiento continuará siendo agradable y decente.

### ***Estructura del Yo e interpretación de la transferencia.***

La técnica terapéutica debe adaptarse a las diferentes defensas del Yo. Los pacientes bulímicos utilizan las actuaciones, las racionalizaciones, la negación, la abstención y la mentira en forma más intensa y persistente que los restrictivos. En muchos casos, una vez mitigada la crisis del anoréxico restrictivo, el curso de la terapia es semejante al del neurótico compulsivo. por supuesto existen variedades de estructuras yoicas en los pacientes anoréxicos.

La técnica varía según el paciente y el grado de regresión encontrado. También varía según el estilo individual y la experiencia del terapeuta. La mayoría de los psicoanalistas atiende al paciente cara a cara en la primera fase diádica del tratamiento. Sin embargo, algunos anoréxicos restrictivos y bulímicos pueden analizarse de acuerdo a pautas más clásicas, utilizando el diván desde el principio. (Wilson y cols. 1983, pp. 103).

La técnica de la interpretación está determinada por factores múltiples tales como la transferencia y la calidad de las relaciones objetales. Una consideración crucial es la escisión del Yo del anoréxico y la medida en que ésta escisión es comprendida por las funciones de

autoobservación del Yo del paciente. La primera fase del tratamiento consiste en hacer consciente a la parte más sana del Yo, de la existencia de una parte escindida, primitiva y dominada por los impulsos de sus modos de funcionamiento.

Las defensas y las cualidades del carácter típicas del anoréxico bulímico son: 1) negación y escisión; 2) creencia en las soluciones mágicas; 3) sentimientos de impotencia; 4) demanda de perfección en los objetos y en las personas (de lo contrario, no tienen valor); 5) necesidad de control; 6) desplazamiento y proyección del conflicto; 7) ambivalencia; 8) perfeccionismo masoquista, que defiende contra los conflictos, particularmente los que se relacionan con la agresión; 9) ideal del Yo patológico de paz y amor; 10) fantasía de simbiosis madre-hijo perfecta y libre de conflicto.

Tanto el anoréxico restrictivo como el bulímico hacen un uso extenso de la defensa de identificación proyectiva. El anoréxico proyecta aspectos no aceptados de la personalidad (impulsos, autoimagen, introyecciones superyoicas) en otras personas, particularmente en el terapeuta y luego se identifica con los elementos de sí mismo proyectados.

La negación psicótica extrema del conflicto por parte del anoréxico tiene su origen en la identificación proyectiva primitiva en otros, de introyecciones superyoicas destructivas arcaicas (Wilson y cols. 1983, pp. 104).

Sperling observó (1978) que una parte de los conflictos del anoréxico son conscientes. Wilson y cols. (1983) subrayan que la abstención, la racionalización, la distorsión y la mentira conscientes, son defensas características del anoréxico restrictivo. La mentira y el hurto de los bulímicos tiene su origen básicamente en una rebelión contra su Superyó arcaico primitivo, que demanda una perfección absoluta. Es necesario interpretar repetidas veces esta proyección de las introyecciones superyoicas arcaicas en el terapeuta y en otros objetos. Este comportamiento pseudopsicopático es analizable (Hogan, 1983).

Una clave para el tratamiento del bulímico es traducir la ansiedad despertada por la conducta autodestructiva del paciente en interpretaciones de su masoquismo. De esta manera, la persistente interpretación de las defensas, tales como la negación y la racionalización, los puede llevar a aceptar la responsabilidad por los daños (en ocasiones irreversibles) de los dientes y las encías y/o por los efectos secundarios de los hábitos bulímicos, que atentan contra la vida, tales como el bajo nivel de potasio en sangre.

## Sed, hambre y simbolismo de la arena en la anorexia nerviosa.

El ascetismo defensivo de los anoréxicos, señalado por varios autores como son: Mogul (1980) y Risen (1982), se representa en los sueños de estos pacientes mediante símbolos de arena. El análisis de los símbolos de arena en los sueños de los anoréxicos tiene una importancia fundamental. Spitz (1955) subrayó que los niños experimentan sed pero no hambre en los estados alucinatorios. En un escrito reciente, Wilson observó que la arena puede utilizarse como un símbolo pregenital en el que se representan conflictos orales y anales reprimidos en forma regresiva. La arena simboliza la sed de la fase oral y/o las heces sin forma del niño (diarrea). En contraposición, representa una actitud característica del anoréxico, a saber, el ascetismo, o sea, la habilidad para arreglárselas sin la leche materna, para controlar la gratificación de los impulsos. (Risen, S. E., 1982. En: Wilson y cols., 1983).

Las representaciones de arena en los sueños pueden simbolizar aspectos de conflictos y procesos involucrados en adicciones tales como el cigarrillo, el alcohol o la comida, como es el caso de los desórdenes en la alimentación.

La inanición y la deshidratación autoprovocadas ocultan y expresan el hecho de que provocan una boca seca (sedienta). Por ejemplo (Wilson y cols. 1983), una anoréxica bulímica que estaba haciendo conscientes los significados orales de sus sueños de arena, aportó en su análisis el siguiente material clínico mientras hacía el duelo de la reciente muerte de su madre.

Acababa de pagar la cuenta del funeral de la madre y había expresado fastidio de pagar los honorarios del terapeuta. En su análisis estaba intentando analizar tres hábitos: los vómitos, el uso de laxantes y el cigarrillo. Sus palabras fueron: "tengo la boca seca. Ayer tenía tanta sed que bebí una botella de jugo de naranja, pero fue inútil. Durante años, mientras era anoréxica, tenía sed. Apenas tomaba un sorbo de agua. Cuando estoy deprimida, tengo más sed. Ayer estuve llorando; la extraño tanto a mi madre. ¿Por qué teníamos que pelearnos tanto?".

Se le interpretó que ella no sólo quería el amor de la madre, sino que también deseaba que el analista la amara, la mimara y le obsequiara regalos como lo había hecho su madre. Esto incluía no cobrar los servicios, sino ofrecerlos como un "regalo". La paciente comenzó a llorar y dijo: "Sí, mamá me dio tanto; ella decía 'Mí dinero es tuyo'. Yo intentaba rechazar sus regalos, pues no los necesitaba. Pero ella lograba que yo los aceptara" (Wilson y cols. 1983, pp. 105).

### *El fenómeno de la "pequeña persona".*

Volkan (1976) describió una paciente anoréxica con una parte de su Yo arcaica escindida: una "pequeña persona". Este autor relacionó esta estructura yoica patológica con el fenómeno del "pequeño hombre" descrito por Kramer (1974) y Niederland (1956, 19965). En la experiencia que tiene Wilson tratando pacientes anoréxicos restrictivos y bulímicos, además de pacientes psicósomáticos; menciona que todos éstos tienen un Yo primitivo arcaico escindido. Una manifestación consciente de este Yo escindido está representada por el complejo de "temor a la gordura". (Volkan, V. D., 1976. En: Wilson y cols., 1983).

Susana, una estudiante de secundaria, anoréxica impulsiva, presentó una serie de sueños que contenían imágenes de una niña inocente de grandes ojos que le recordaban pinturas al óleo



sentimentales, que representaban a una niña inocente, andrajosa y con lágrimas en sus enormes ojos. Susana estaba comenzando a comprender cómo esas pinturas mostraban cómo ella intentaba llegar a la gente y al analista. Luego de que estos sueños fueran analizados tuvo un sueño con un pequeño príncipe que ella deseaba controlar. El análisis demostró que este pequeño príncipe era su "pequeña persona", o sea, el Yo arcaico escindido. El pequeño príncipe era narcisista, omnipotente y mágico. El hecho de que fuera varón era un reflejo de su deseo secreto de ser varón. Para ella, los varones eran agresivos y mágicos, mientras que las mujeres eran inocentes, pasivas y masoquistas. La parte escindida de su Yo estaba llena de furia asesina y de odio. (Wilson y cols. 1983, pp. 106-107).

### *El uso de medicación antidepressiva.*

Debido a la creciente cantidad de informes del uso de antidepressivos en el tratamiento de anoréxicos bulímicos, se ha explorado recientemente la psicodinámica y la etiología de la depresión de los anoréxicos. El tratamiento del anoréxico debe guiarse por el diagnóstico psicodinámico del caso individual y por la situación clínica que se presenta. (Wilson y cols. 1983, pp. 99). Puede tratarse de alcoholismo, drogadicción y/o una crisis suicida.

Obviamente, si el paciente es un suicida agudo, debe preservarse su vida y si una droga antidepressiva puede mejorar su condición debe ser usada, al igual que otra medicación o nutrición parental. Sin embargo, siempre que la psicoterapia psicoanalítica o el análisis sean factibles, el paciente deberá ser desacostumbrado de la droga con la cual puede haber desarrollado una adicción psicológica.

La depresión bulímica tiene su origen en conflictos preedípicos y edípicos múltiples. Un objetivo crucial de la psicoterapia de la bulimia es reforzar el Yo de la paciente, de manera tal que ésta pueda afrontar y tolerar tanto la depresión realista como la neurótica. Al igual que la restrictiva, la anoréxica bulímica está obsesionada con fantasías de pertenecer eternamente joven y estar libre de conflictos, realistas o neuróticos. No desean crecer (Wilson y cols., 1983). Niegan los conflictos que manifiestan, como por ejemplo, su dependencia de los padres o subrogados. Niegan vehementemente la naturaleza masoquista de sus síntomas y su estructura de carácter. El objetivo del tratamiento psicodinámico es analizar sus defensas contra las emociones penosas, particularmente los sentimientos de depresión. Es un logro conseguir que se depriman y lloren en terapia. La mitigación de la depresión mediante medicación impide el análisis del aspecto más importante de la neurosis. Es más, las anoréxicas bulímicas experimentan estados de hiperactividad, en estos estados de ansiedad, no sólo comen y vomitan (desafortunadamente), sino que desobedecen las restricciones de la dieta que deberá cumplir al recibir fármacos IMAO (o sea, inhibidores de la monoaminoxidasa), con lo cual induce efectos secundarios peligrosos, y puede ingerir cantidades riesgosas de la medicación prescrita. Hubo intentos de suicidio con aspirina, acetaminofeno, ipecacuana, imipramina y amitriptilina. La sobredosis de laxantes es una manifestación de la naturaleza ambivalente del funcionamiento del Yo. Debido a los conflictos orales no resueltos, los pacientes como se había mencionado, creen en soluciones mágicas para sus problemas, no toleran la demora y son ambivalentes respecto de un proceso de aprendizaje



tan largo como una terapia analítica. La remoción temporaria de los síntomas puede tener como efecto una interrupción prematura del tratamiento (Wilson y cols., 1983, pp. 100).

La fuerza terapéutica crucial es la neurosis de transferencia. Los pacientes deben volver a experimentar en la transferencia la relación diádica con la madre, y comprender la depresión y la furia que les provoca el no ser capaces de controlar al terapeuta como controlaban a la madre. De la misma manera emerge más tarde en la terapia el triádico complejo de Edipo, que puede ser analizado en la neurosis de transferencia. Si el paciente está medicado, la transferencia pierde en intensidad y las interpretaciones del terapeuta se tornan débiles e intelectuales. Desde el punto de vista yoico y psicodinámico, emerge una paradoja. Sólo aquellos anoréxicos que están motivados y tienen un Yo fuerte pueden ser medicados sin correr el riesgo de desarrollar síntomas alternativos o tener actuaciones (*actings out*); sin embargo, estos pacientes más sanos son los que tienen un pronóstico psicoterapéutico más favorable.

En aquellas situaciones en que el uso de medicación (particularmente de antidepresivos) es necesario, es decir en las crisis médicas o cuando los pacientes no pueden ser motivados para hacer una psicoterapia, o cuando se produce un estancamiento en el tratamiento, o cuando hay problemas de costo y de disponibilidad de terapeutas, el uso de drogas es una salida que tiene consecuencias potencialmente desfavorables. Los estancamientos en el tratamiento pueden ocurrir en los casos de anorexia crónica en los que ha habido una gran resistencia al *insight* y al cambio, en la terapia analítica.

Si bien en algunos casos intratables, la medicación puede facilitar la terapia, se ha comprobado que incluso en los estados regresivos severos, las interpretaciones han resuelto encrucijadas. Antes de recurrir a medicación, conviene realizar una consulta y/o una supervisión.

En los casos que se refiere han sido vistos en consulta o supervisión, las encrucijadas terapéuticas han sido resueltas a través de una comprensión psicodinámica más profunda, una revisión de los conflictos contratransferenciales del terapeuta y una exploración del a menudo sutil sabotaje del tratamiento por parte de los padres, quienes a menudo son incapaces de aceptar las conductas de autoafirmación de la paciente. Debe tenerse presente que la buena medicación puede hacer más receptivo al paciente pero no modificara el trastorno de personalidad impulsivo y masoquista subyacente (Wilson y cols., 1983, pp. 101-102).

*Diferencias pronósticas en el tratamiento de las anorexias restrictivas y bulímicas.*

Muchos anoréxicos bulímicos (aquellos que diagnósticamente serían calificados de neuróticos) aparentan tener un funcionamiento yoico saludable (seudonormal). Dado que evidencia una mezcla de rasgos histéricos, sus emociones sufren una represión menor. Desarrollan una alianza terapéutica aparentemente buena. Wilson y Bruch consideran que el pronóstico es más pobre para la bulímica crónica. Hogan ve una diferencia pequeña. En general, dado el menor grado de actuaciones y la mayor fortaleza del Yo, el pronóstico parecería ser más favorable para la anoréxica restrictiva; sin embargo, en algunos casos de bulimia, en los que los síntomas son de un desarrollo reciente y se limitan a la gula y a los vómitos, el pronóstico puede ser favorable pues existe una disposición para la expresión de los afectos. Muchos analistas siguen sosteniendo que la neurosis histérica es más fácil de analizar que la neurosis compulsiva, sin embargo, el grado de psicopatología preedípica es el factor limitativo, tanto en las neurosis histérica como en la compulsiva y tanto en la anorexia bulímica como en la restrictiva (Hogan, C.C., 1983).

*“Que el alimento sea tu única medicina y  
que tu medicina sea tu alimento”.*

*Hipócrates.*

## Capítulo 5

### Marco Teórico Cognitivo-Conductual.

Puede decirse que la terapia cognitivo-conductual está fundada en dos escuelas teóricas principalmente: la teoría conductual y la psicoanalítica. Hay propuestas acerca de que la teoría cognitiva surgió de la modificación de conducta, trabajo realizado por Bandura, siendo ésta la piedra angular. De la escuela conductista los teóricos cognitivos-conductuales adoptaron el método científico, como el establecer metas claras, enfocarse en el medio conductual y una gran variedad de técnicas y estrategias derivadas de la terapia conductual. Dentro del psicoanálisis, la tendencia hizo énfasis en la cognición culminando en la fundación de la escuela cognitiva (cognitive - volitional school).

El principio de la psicoterapia cognitiva como una escuela de pensamiento separada, coincide con la partida de Beck y Ellis del psicoanálisis para desarrollar una nueva terapia en la primera mitad de los años 60's.

De la escuela psicoanalítica la terapia cognitiva ha recogido la importancia de comprender las características individuales es decir: todo lo subjetivo, las percepciones del paciente sobre sí mismo y sobre el mundo, el diálogo interno y los procesos que pueden influenciar la percepción de una persona, de situaciones pasadas, presentes o futuras y la importancia del *insight*.

El término cognición se refiere a ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones. No sólo se hace referencia a un proceso intelectual, sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. Bruner dice que el concepto fundamental de conducta humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados. (Feixas, 1993).

Autores posteriores a Skinner, principalmente Bandura pusieron de manifiesto que ciertas conductas si eran resultado de contingencias tanto ambientales como cognitivas, es decir, que la percepción o el pensamiento o la actitud de una persona hacia un estímulo también determinaba su conducta y que era posible utilizar éstos nuevos elementos en el análisis conductual y sobre todo en los métodos de tratamiento.

De acuerdo con la definición según Beck y Hollon, la terapia cognitivo-conductual incluye las aproximaciones que intentan modificar desordenes existentes o anticiparlos alterando las cogniciones o los procesos cognitivos ( Beck y Hollon, 1986. Citado en: Brabendery y Fallon, 1993. En: Barbosa, F., 2001). Kendal y Bemis, incluyen todas las aproximaciones que comparten la meta de corregir una relación desadaptativa entre eventos y cogniciones con base en la premisa que un desorden en el proceso de mediación da pie a estados emocionales y patrones conductuales desadaptativos (Kendal y Bemis, 1983. en: Brabendery y Fallon, 1993. En: Barbosa, F., 2001). Una cognición se puede definir como pensamientos automáticos habituales y creíbles o imágenes visuales que generalmente operan fuera de la consciencia inmediata del individuo pero que ésta cognición puede ser identificada (Beck, 1979 citado en Garner Y Garfinkel, 1997, pp. 483).

Beck (1976) utilizó la terapia cognitiva con pacientes depresivos, pero fue utilizada por primera vez con pacientes bulímicos en 1985 gracias a Fairburn (Garner Y Garfinkel. 1997, pp. 484).

La premisa del enfoque cognitivo-conductual sostiene que hay una interacción entre las maneras en las cuales los individuos se conceptualizan y contribuyen a sí mismos, sus mundos y su futuro. El foco principal son las cogniciones y corrección de cogniciones defectuosas.

Éste enfoque (cognitivo-conductual), se compone de dos aspectos: los conductuales y los cognitivos.

Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objeto de cambiar directamente conductas anómalas, es decir se enfocan al aquí y al ahora. El modelo propone que las percepciones de un individuo o cogniciones (generalmente negativas) acerca de sí mismo, el mundo y el futuro son el resultado de distorsiones perceptivas. Estas distorsiones se generan cuando un estresor interno o externo activa un esquema cognitivo subyacente, siendo éste el substrato de donde emergen las distorsiones cognitivas (Brabendery y Fallon, 1993. En: Barbosa, F., 2001); esto sucede con las mujeres que desarrollan anorexia.

Dentro de la escuela cognitivo-conductual existen conceptos centrales. Uno de ellos es la *triada cognitiva*. Esta se refiere a las visiones negativas o distorsionadas que los individuos pueden tener acerca de: 1) ellos mismos, 2) el mundo y 3) el futuro (Brabendery y Fallon, 1993. En: Barbosa, F., 2001). Están también los esquemas cognitivos. Las personas organizan de manera individual las experiencias sociales e información acerca de sí mismos en categorías, a esto se le llama: "esquemas"; éstas son estructuras cognitivas duraderas que funcionan procesando, organizando e integrando información compleja (Garner y Garfinkel, 1997).

Los desordenes emocionales se dan cuando se confía desmesuradamente en ciertos esquemas demasiado rígidos o extremos, que llevan a interpretaciones disfuncionales, erróneas o poco realistas. Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anónimas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos ante determinados alimentos), como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones, tendencia al aislamiento, ambivalencia) que determinan un trastorno alimenticio (Chinchilla. 1994, pp. 107).

Los aspectos cognitivos comprenden las creencias y pensamientos irracionales del paciente hacia la comida, el aumento de peso y la imagen corporal como termómetro para medir el valor de una persona. Las distorsiones cognitivas son el resultado de esquemas subyacentes o un sistema de creencias (p.e. la religión). Cuando se tiene una creencia, aún cuando hay evidencia que la refuta o cuando existe una aplicación inflexible de alguna creencia, ésta se vuelve disfuncional (Freeman, 1987 citado en Brabendery y Fallon, 1993). La terapia cognitiva parte de la premisa que, si estas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso, se superan.

La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los individuos con anorexia o bulimia nerviosa a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas.

Dentro de la Psicología Cognitiva la Anorexia esta construida en términos de déficits cognitivos individuales y constructos que han sobre-evaluado actitudes y creencias que resultan disfuncionales, las cuales pueden ser tanto causa como resultados de los efectos psicológicos de la inanición.

La Anorexia Nerviosa ha sido construida en términos de una falta en la capacidad del pensamiento abstracto (que caracteriza la etapa de pensamiento formal) en términos de una pobre ejecución cognitiva, y en términos de pensamientos irracionales como son el pensamiento de todo o nada, el pensamiento supersticioso y el pensamiento egocéntrico.

El discurso cognitivo ha constituido a la Anorexia como una manifestación de esquemas sobre- evaluados con relación al peso y la comida. Sin embargo es prioritario señalar que esta visión individualista de la Anorexia no es radical, ya que las cogniciones se comparten en un contexto social (Zerubabel, 1997. En: Barbosa, F., 2001), así la Anorexia se convierte de un problema de percepciones individuales a un problema de percepciones socioculturales y políticas, pudiendo considerarse así, como un problema de salud pública.

Entre los precursores principales del movimiento cognitivo se encuentran la teoría de los constructos personales de Kelly, que se basa sistemáticamente en las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de dichas estructuras en los propios términos del sujetos. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo (Feixas, 1993).

Aunque varias perspectivas psicológicas asignan un rol central al significado del peso del cuerpo y de la figura para diagnosticar un desorden de la alimentación, la Psicología Cognitiva asigna este concepto en términos de cogniciones individuales. La existencia de un esquema cognitivo en particular producirá errores sistemáticos en el proceso de información relevante a ese dominio, y se sugiere que tales esquemas podrían jugar un rol dentro de la Anorexia y otros Trastornos Alimenticios (Vitousek y Hollon, 1990; en: Malson, 1998. En : Ortiz, J. G., 2002).

Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos ante determinados alimentos), como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones, tendencia al aislamiento, ambivalencia) que determinan o mantienen un trastorno alimenticio (Chinchilla, 1994, pp. 109).

Durante el proceso de la Anorexia Nerviosa se presentan cambios en el ámbito cognitivo, es decir, existen *distorsiones cognitivas* relacionadas con el aspecto y valoración estética del cuerpo y se manifiestan de forma reiterada a lo largo del cuadro. Estos pensamientos se expresan como: "estoy gorda; parezco una ballena; para alcanzar la felicidad debo estar delgada; para gustar debo estar flaca; y por lo tanto para lograrlo debo dejar de comer y controlarme al máximo".

Albert Ellis, proporciona una serie de *pensamientos irracionales* que determinan la conducta, así el pensamiento irracional se vuelve contingente en la génesis de la conducta. Algunos de los pensamientos irracionales más comunes son:

- \*Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás casi en todo momento.
- \*Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
- \*Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas, condenarlas y castigarlas con severidad.\*Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.



\*Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares.

\*Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con cosas provechosas de autodisciplina.

\*Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme o perturbarme por ello.

\*Mi pasado sigue siendo importante, y sólo por que haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.

\*Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de mi vida.

\*Puede alcanzar la felicidad a través de la inercia y no la acción, o "disfrutando de mí mismo" pasivamente y sin comprometerme.

\*Todas las cosas deben estar ordenadas, y yo debo de estar seguro de ello para sentirme bien.

\*La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y autopercepción, dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.

Se puede observar como estas constantes de pensamiento se presentan comúnmente en la Anorexia Nerviosa, como contingentes de gran influencia para el sostenimiento de la conducta anoréxica.

Es normal y natural que bastantes mujeres (sobretudo adolescentes preocupadas por su apariencia física) tengan éste tipo de pensamientos, sin embargo lo que empieza como una normalidad sostenida por hechos objetivos, se transforma en distorsiones cognitivas que aparecen a cada momento; su reiteración va en aumento, convirtiéndose en el tema único y exclusivo, al mismo tiempo que va asociándose con creciente ansiedad. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Garner y Bemis (Garner y Bemis 1982, en: Toro, J., y Vilardell, E., 1987) trabajaron con las irregularidades del pensamiento anoréxico estando ya presente el trastorno: concluyeron que se presentaban varias alteraciones:

a) Abstracciones Selectivas: toman ciertos aspectos del tema para hablar de ellos y controlar su conducta.

b) Generalizaciones Excesivas: toman conclusiones parciales y las plasman en toda su realidad.

c) Magnificación de posibles consecuencias negativas: todo pensamiento negativo por mínimo que sea, se transforma en único y se engrandece convirtiéndose en generador de ansiedad.

d) Pensamiento Dicotómico: se vuelven extremistas; todo o nada.

e) Ideas de Autoreferencia: miedos dirigidos a ellos mismos para reafirmar su posición.

f) Pensamiento Supersticioso aceptando relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes: crean conclusiones drásticas.

Estas alteraciones del pensamiento precipitan la presencia del cuadro (llegando a la decisión de seguir una dieta restrictiva) y al mismo tiempo constituyen un factor de mantenimiento resistente a la crítica racional. De esta forma se vuelven cogniciones de origen desadaptativo que envuelven un potencial ansiógeno y generan la mayor parte del conflicto existente entre la anorexia y las personas que viven con ella.

Las anoréxicas, apoyadas por estas distorsiones cognitivas presentan *autoestima baja*, debido a esto no se aceptan a sí mismas, y creen no agradar en general, además de que tienden a opinar que no se conocen. Creen *carecer de control* sobre su desarrollo corporal, adecuación física y sobre peso. Valoran negativamente su *aspecto personal*, es decir, apariencia en general. Son muy *críticas* con su ingesta en el sentido de cuándo, cómo y qué comen. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Dentro del cuadro anoréxico, y con relación a las percepciones se presentan también *alteraciones cognitivas de la imagen corporal*, la anoréxica parece sobre valorar sus dimensiones, y no reaccionar ante ellas; siempre se percibe gorda aunque este extremadamente delgada. Su negación de enfermedad parece, en ocasiones, estar estrechamente relacionada con esta tendencia a negar o no querer ver (pensamiento rígido). Esta ausencia de objetividad en la percepción de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan impactante que se ha hablado de *dimensiones delirantes* (Toro, J., y Vilardell, E., 1987). Siguiendo la misma línea, existen dos tipos de anomalías relacionadas con la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo:

1.-Auténticas distorsiones perceptivas: errores significativos en la percepción de determinadas características corporales.

2.-Evaluaciones distorsionadas: a partir de una percepción más objetiva que según su contenido producirán reacciones de ansiedad o pueden contribuir a mitigarla.

El sobredimensionamiento, como lo llama Toro (Toro, J., y Vilardell, E., 1987) parece servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte. Cabe aclarar que estas distorsiones no son necesariamente en todo el cuerpo, sino que se dan principalmente en zonas concretas como muslos, abdomen, caderas y glúteos. Resaltaremos que son áreas corporales con dimensiones que marcan una clara diferencia entre sexos. Con respecto a esto, no es clara la razón por la que las anoréxicas tienden a distorsionar las dimensiones de su cuerpo. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987). Crisp en 1980, como señala Toro, teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente-juvenil, apunta que el error puede resultar del fracaso en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal. Bruch (Op. cit), basándose en Piaget, sugiere un predominio excesivo de los procesos de acomodación sobre los de asimilación. Profundizando, Piaget describe a la asimilación como un proceso cognoscitivo mediante el cual las personas integran nuevos elementos perceptuales, motores o conceptuales a los esquemas o patrones de conducta existente (Wadsworth, 1989). Mientras que la acomodación consiste en la creación de nuevos esquemas o de la modificación de los antiguos, de cualquiera de las dos formas se da un cambio o desarrollo en las estructuras o esquemas cognoscitivos (Wadsworth, 1989). Todo cuanto preocupa, es más atendido y observado, facilitándose así la distorsión del precepto. Preocuparse de algo provoca ansiedad, aun cuando la ocupación sea sólo mental.

Dentro del cuadro anoréxico hay evidencia de alteraciones interoceptivas (percepción interna). Las anoréxicas perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos "normales" se asocian la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar más relacionada con sus experiencias cognitivas de la alimentación que con los estados internos. Garfinkel y

Garner (1982, pp. 488) sostiene que pueden presentar un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden tener factores cognitivos mediadores de la ingesta que logran prevalecer sobre los mecanismos internos (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Parece ser que en el cuadro de anorexia los estímulos internos relacionados con el hambre, saciedad y otras sensaciones corpóreas como su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga y la falta de apetito sexual, fueran percibidas de manera anormal. Así como su dificultad para abordar e informar con certeza acerca de sus estados físicos y emocionales. Llegan a presentar confusiones interoceptivas expresadas como desconfianza en el sentido de cómo el organismo puede llevar los procesos reguladores automáticos sin control consciente, pueden llegar a considerar algunas anoréxicas que su cuerpo es extraño y desafiante, al cual hay que poner en orden. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Sin embargo, no queda claro si lo anterior es un trastorno en sí mismo, disfunciones primarias o la consecuencia de la evolución de la anorexia nerviosa. Estas alteraciones afectan drásticamente los momentos de la ingesta, condicionan el uso de laxantes, facilitan la sensación de escaso control y la necesidad de ejercicio. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

## La conducta anoréxica.

El inicio de una dieta restrictiva suele ser la manifestación pública que dará comienzo a un trastorno alimenticio, por lo tanto, los primeros cambios son los relacionados con la ingestión de alimentos, generalmente el curso es el mismo: reduciendo o suprimiendo el consumo de alimentos que contienen hidratos de carbono, siguiendo con las grasas y continuando con los que contienen proteínas. En casos muy extremos suelen llegar a reducir la ingesta líquida, que conlleva a una deshidratación que involucra una hospitalización inmediata.

Aproximadamente la mitad de las anoréxicas, sobretodo aquellas entre los 18 y 19 años presentan *episodios bulímicos* de periodicidad irregular. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987). Satisfacen un apetito largamente coartado, pero pagan por él un precio muy alto.

Estos consumos críticos en la mayoría de los casos conllevan a otra irregularidad conductual: *vómitos voluntarios*. Estos vómitos tienen la función de regular la ingesta desequilibrada por su crítica voracidad (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Los episodios bulímicos provocan una ingesta excesiva de alimento que da como resultado una intensa respuesta de ansiedad. Todo está condicionado por las consecuencias de la clandestinidad en la que se desarrollan estos eventos. El guardar esto en forma clandestina desde un principio aumenta el carácter ansiógeno de la situación. El vómito, restablece aunque sea parcialmente el equilibrio perdido. Por lo que aunque es percibido como una irregularidad conductual, resulta un reforzador negativo al lograr que se reduzca la ansiedad. El problema no termina cuando finalizan los episodios bulímicos, sino que una vez que se le da el carácter de reparador al vómito; éste se establece como un hábito y se puede presentar aun en ausencia de los episodios bulímicos. Las anoréxicas dejan de vomitar por la ingesta excesiva y lo hacen en función de sus sobrevaluadas molestias postprandiales, es decir, la menor ingesta desencadena malestar y ésta parece desaparecer con el vaciado del estomago. Cuando es muy intenso, se vuelve voluntario adoptando características reflejas, en otras palabras, se torna condicionado (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Otra característica conductual es el uso de laxantes. La restricción alimentaria produce constipación (estreñimiento pertinaz). Para contrarrestarlo utilizan laxantes de todo tipo. Pero mientras permanezca la condición anoréxica el estreñimiento facilita, real y subjetivamente, molestias abdominales difusas que conducen a un mayor uso de laxantes.

La utilización de diuréticos, se presenta para disminuir la retención de los líquidos. Suelen presentarse conductas que se pueden considerar extravagantes, raras o compulsivas, es decir, aumentan las conversaciones, lecturas y observaciones de los contenidos relacionados con la alimentación y el peso. Se informan continuamente sobre el contenido calórico de los alimentos, de todas las dietas posibles para disminuir el peso, del uso de cremas, dietas sintéticas y ejercicios físicos que facilitan la pérdida del peso, de recetas de cocina, y del peso y dieta o régimen alimentario de sus familiares y amigos. Llegan a coleccionar libros, revistas, recetas y recortes.

Presentan conductas obsesivas: desmenuzan la comida, la reparten en el plato, la esconden

en sus bolsillos o en sitios propicios, la almacenan en la boca para escupirla después, toman alimentos del plato de los demás que luego no prueba y los dejan, se deterioran sus modos de comer. Puede ocurrir que aumenten súbitamente la frecuencia de cepillarse los dientes, para así lograr vomitar en soledad, o llegan a depositar los vómitos en botellas vacías que ocultan esperando la oportunidad propicia para deshacerse de ellas (Toro, J., y Vilardell, E. 1987).

Suelen aparecer también episodios de hiperactividad, se entregan a una actividad física superior a lo normal tanto en intensidad como en frecuencia que se sigue de manera obsesiva. El ejercicio reduce el consumo de alimentos en los seres humanos, aunque vaya contrario al sentimiento común. Estudios verifican el incremento de ingesta cuando transcurre cierto tiempo a partir del incremento de actividad (Toro, J., y Vilardell, E., 1987), con el tiempo suficiente la ingestión se adapta a los niveles de actividad, aunque para que esto se logre, el alimento no debe estar restringido. Los resultados de algunos experimentos demuestran que animales situados bajo un programa de alimentación restringida disminuyen el consumo de alimento si se les da la oportunidad de dedicarse a una actividad motora (Epling y cols., 1983; en: Toro, J., y Vilardell, E., 1987). Esto sugiere que la influencia entre actividad física e ingesta de alimentos tiene un carácter recíproco. La restricción alimentaria voluntaria inducirá mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría, por lo menos en un principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose un dramático círculo vicioso. Esto supone la posibilidad de que la anoréxica incrementará sus actividades físicas en función de dos mecanismos:

- 1) Estrictamente cognitivo-conductual: sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevan a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.
- 2) Esencialmente psicofisiológico: la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

La interacción tendría un sustancial efecto potenciador, a partir del momento en que la hiperactividad fisiológica resultara reforzada cognitiva-conductualmente. La hiperactividad se ha considerado como un factor que empeora el pronóstico del trastorno (Toro, J., y Vilardell, E., 1987). Los resultados han confirmado incrementos en la actividad motora al incrementar el peso debido al progreso del tratamiento. La actividad detectada como incrementada se producía dentro del hospital. Partiendo de una hiperactividad facilitaría la reanudación. Lo que pueda decirse de la hiperactividad de las anoréxicas resulta ambiguo (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Por último, la alteración del sueño que suele presentarse entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide reducir sus horas de sueño en la medida en que según sabe, esto implica un mayor consumo energético. Para esto suele acostarse más tarde justificándose con las obligaciones escolares. Lo cierto es que la inanición parece cursar con insomnio, especialmente terminal, ya que no podemos dejar de lado la frecuencia de síntomas depresivos que acompañan a la anorexia, que puede ser lo que produce las alteraciones del sueño (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

Habiendo delimitado la conducta anoréxica de nada sirve que se conozca la conducta si no se tiene un marco de referencia objetivo y cuantificable para su análisis y para ello es necesario que dejemos claro lo que es la unidad de análisis dentro de esta corriente. La ciencia de la conducta pretende descubrir leyes o afirmaciones que describen las relaciones funcionales entre

la conducta y el medio ambiente, y es aquí donde se verán reflejadas las respuestas. En la anorexia nerviosa, la respuesta medible es el peso y/o el índice de masa corporal, que corresponde a su unidad de análisis.

La evaluación del peso es imprescindible. El peso es una combinación de la grasa corporal, el esqueleto y los órganos internos. El procedimiento más común es el comparar el peso del individuo con lo que debería pesar según su edad y talla (peso ideal), que se obtiene en las tablas estandarizadas. La fórmula que se utiliza para conseguir el resultado es:

$$\% \text{ Diferencial del peso ideal: } (\text{peso actual} - \text{peso ideal} / \text{peso ideal} \times 100)$$

Es de suma importancia conocer el índice de tejido adiposo o masa corporal que necesita una evaluación precisa y la fórmula para conseguirlo es:

$$\text{IMC} = \text{Kg./metros cuadrados}$$

Un valor de 16 o menos es indicador de Anorexia Nerviosa.

Cuando se sitúa dentro de lo anterior al miedo a engordar, se puede pensar que el cuadro anoréxico se plantea como un modelo fóbico. Esto es, una vez establecido el miedo a engordar (respuesta de ansiedad ante el aumento de peso), cualquier comportamiento que consiga evitar dicho aumento o incluso reducir el peso resultaría un reforzador negativo con relación a la disminución de la ansiedad. (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).



## La Terapia Cognitivo – conductual Familiar.

La terapia cognitiva parte de la premisa que, si éstas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán (Chinchilla, 1994, pp. 185). La terapia cognitivo conductual plantea el cuadro anoréxico de acuerdo a un modelo fóbico, basándose en el miedo a engordar que desarrolla la paciente (Toro, J., y Vilardell, E. 1987), aunque también plantea que ésta psicopatología se basa en el intento de compensar deficiencias de autoestima definiéndose y evaluándose de manera exagerada en términos de peso y figura. Ello supone que una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que condiga evitarlo o reducirlo debiera resultar reforzado negativamente merced a la disminución de la ansiedad (Toro, J., y Vilardell, E., 1987).

La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los individuos que sufren de este trastorno, así como de otros relacionados con la alimentación a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas. Actualmente los modelos cognitivo-conductual de terapia familiar aplican principios del aprendizaje humano derivados desde el laboratorio ya sea para cambiar o modificar la conducta inadaptada, problemática o disfuncional que prevalece en la relación familiar. Para algunos terapeutas familiares conductuales, la teoría precede a la práctica. Esto es, los procedimientos de intervención siguen de la teoría conductual y en muchas otras aproximaciones a la terapia familiar las técnicas terapéuticas exitosas se desarrollan primero y sólo a partir de ahí se trata de construir o explicar las teorías.

Siendo menos antimentalistas que en el pasado, los conductistas de hoy son más propensos a considerar a las personas no tanto como dirigidos por fuerzas internas o externas exclusivamente, sino que entienden la conducta como el resultado de un continuo de la interacción recíproca entre la conducta y el control que ejercen las condiciones sociales. También reconocen que el funcionamiento cognitivo (habilidad para pensar y tomar decisiones) debe ser también tomada en cuenta, en esencia la terapia cognitivo-conductual intenta modificar pensamientos y acciones que están influenciados por patrones de pensamiento consciente individual (Meichenbaum, 1977; en Goldenberg, 1990. En: González, S. G., 1996).

Algunos conceptos básicos acerca del conductismo que tienen influencia directa en la terapia cognitivo-conductual familiar son los 10 siguientes:

- 1) Toda la conducta normal y anormal es adquirida y mantenida por medios idénticos (de acuerdo a los mismos principios de aprendizaje).
- 2) Los desordenes de la conducta reflejan patrones inadaptados aprendidos que no presuponen una causa o motivo oculto que se infiera.
- 3) La conducta inadaptada, como tales los síntomas, es en sí misma un desorden, tanto en su manifestación, como una señal que manifiesta un desorden o un proceso enfermizo.
- 4) No es lo esencial el descubrir la situación exacta o el conjunto de circunstancias bajo las cuales el desorden fue aprendido; tales circunstancias son generalmente irreparables, así el

objetivo debería ser la medición de los determinantes actuales que apoyan y mantienen la conducta indeseable.

5) La conducta inadaptada, que ha sido aprendida, puede extinguirse, y reemplazarse por nuevos patrones conductuales aprendidos.

6) El tratamiento incluye la aplicación de hallazgos experimentales en el campo psicológico, enfatizando el desarrollo de nueva tecnología que se especifica de manera clara y específica, objetivamente evaluada y fácilmente repetible.

7) La evaluación es una parte continua del tratamiento, así como la efectividad del tratamiento es continuamente evaluada y técnicas específicas son adaptadas a problemas específicos.

8) La terapia conductual se enfoca en problemas de "aquí y ahora" en lugar de descubrir o intentar reconstruir el pasado. El terapeuta conductual se enfoca en ayudar al cliente a identificar y cambiar aquellos estímulos ambientales actuales que refuerzan o mantienen la conducta no deseada.

9) Los resultados del tratamiento son evaluados en términos de cambios conductuales medibles.

10) Las investigaciones en técnicas específicas terapéuticas son realizadas por terapeutas conductuales.

La terapia conductual familiar está enfocada a incrementar la interacción positiva entre los miembros de la familia, alterando las condiciones ambientales que se oponen a dicha interacción, y entrenando a los miembros de la familia a mantener la conducta deseada. No se investigan motivos inconscientes ni se diagnostican condiciones patológicas que producen la conducta indeseada, se enfatiza en la influencia situacional, u en los determinantes sociales que eliciten la conducta indeseada (Kazdin, 1984 en: Goldenberg, 1990. En: González, S. G., 1996). La teoría del aprendizaje social, representa un esfuerzo por integrar los principios básicos del aprendizaje con una apreciación de las condiciones sociales sobre las cuales "ese" aprendizaje se desarrolla. Desde esta perspectiva, las personas son capaces de aprender vicariamente, por observación de la conducta de otros, así como de las consecuencias que recaen sobre otros por la imitación; los niños aprenden muchas conductas a través de estos medios (Bandura, 1977 en: Goldenberg, 1990. En: González, S. G., 1996).

Así, la teoría del aprendizaje social ofrece una más amplia perspectiva que las teorías del aprendizaje clásicas. Además de que alerta sobre el rol de las cogniciones y los sentimientos en la contingencia de la conducta. Esta teoría ha sido ampliamente aceptada en el tratamiento familiar, y una de las técnicas más exitosas ha sido la del modelo de la conducta deseada a través de un miembro de la familia. Así, la imitación comienza a ser el factor determinante en la génesis del cambio conductual en la dinámica familiar, y eventualmente ésta imitación se convierte en el propio repertorio conductual del observador.

La asociación para el avance de la terapia conductual define ampliamente a la terapia conductual como " la aplicación de principios derivados de la investigación experimental y la psicología social para el alivio del sufrimiento humano y de la explicación del enigma del funcionamiento humano (Franks & Wilson, 1975 en: Goldenberg, 1990. En: González, S. G., 1996).

La aplicación de los principios sugeridos en investigación, dicen que la medición y la evaluación juegan un rol importante no nada más en la planeación del tratamiento, sino también a lo largo de éste, ya que las intervenciones y modificaciones que el terapeuta hace, también

están sujetas a estos dos elementos. El tratamiento que se debe aproximar a problemas familiares debe ser en función de las necesidades de la propia familia. En el principio, el terapeuta conductual hace un cuidadoso y sistemático análisis de la conducta del paciente y de los patrones conductuales inadaptados de la familia, puede usar un tipo de cuestionario para enfatizar exactamente qué necesidades conductuales están alteradas y cuáles eventos preceden y siguen en la manifestación de esta conducta. La definición operacional de la conducta blanco, es muy importante para delinear o definir cuál es el significado que la familia le da a esta conducta (por ejemplo, cuando la madre de la anoréxica define la restricción alimenticia como un mero berrinche).

El terapeuta conductual debe investigar los alcances de este problema y los factores ambientales que mantienen la conducta problemática, así la medición de las circunstancias ambientales es especialmente crucial, desde que el terapeuta conductual cree que toda la conducta (deseable o indeseable) está mantenida por sus consecuencias.

En términos generales, el trabajo del terapeuta conductual familiar tiene algunas características que lo distinguen de las aproximaciones sistemáticas, entre las cuales se pueden considerar:

- Un enfoque directo en la conducta observable, tales como síntomas, sin poner énfasis o esforzarse para establecer causas intrapsíquicas o interpersonales.
- Una cuidadosa y continua medición específica de la conducta que está alterada.
- Preocupación por el aumento o decremento de la conducta específica con la manipulación directa de las contingencias externas del reforzamiento.
- Esfuerzo para entrenar a la familiar a monitorear y modificar sus propias contingencias de reforzamiento.
- Un interés en la evaluación empírica de los efectos de las intervenciones terapéuticas.

De acuerdo a las características antes descritas, la terapia familiar funcional está diseñada para actuar sobre cambios cognitivos y conductuales en los individuos y sus familias. Éste modelo que emplea un punto de encuentro entre las propuestas: sistémica, cognitivo y conductual, va más allá de los modelos conductuales que enfatizan el cambio conductual; supone que la necesidad del cliente consiste en ayudarlo primero a entender, y en cambiar la función que su conducta juega en la interacción de sus relaciones, ya sean familiares y sociales en general (Goldenberg, 1990. En: González, S. G., 1996). El terapeuta familiar funcional cree que toda la conducta es adaptativa. Más que considerar una conducta "buena" o "mala" la conducta se considera siempre en función de representar un esfuerzo para crear un resultado específico en las relaciones interpersonales. Mientras que los juegos interpersonales de las funciones de los miembros individuales pueden aparecer en una ilimitada variedad de formas, estos terapeutas ven en última instancia como esfuerzos para lograr uno o tres estados: contacto/acercamiento (fusión), distancia/independencia (separación), o una combinación de las dos (punto medio).

El terapeuta funcional hace todo para comprender por qué la conducta existe y cómo y por qué está mantenida por otros dentro de la familia. Éste enfoque no comparte la crítica tradicional del conductismo a la teoría sistémica en el sentido de que los conductistas se enfocan

en una unidad de análisis diádica, mientras que en la teoría sistémica es triádica. En el modelo diádico, la conducta inadaptada puede estar sostenida por una relación de contingencia que puede incluir sólo a un miembro de la familia y al miembro que presenta la conducta no deseada, mientras que en el modelo triádico, la conducta no deseada está sostenida en función de dos o más contingencias de conductas familiares. Éste último modelo corresponde más directamente con el análisis funcional de la conducta.

Contemplando el contexto familiar, el terapeuta funcional familiar debe especular acerca de los juegos interpersonales que la conducta de la anoréxica ofrece dentro de los miembros de la familia. Para analizar estos juegos de contingencia familiar algunos autores ofrecen una serie de funciones que pueden tener un miembro familiar y estas son:

\*Puede estar habilitado un miembro de la familia para justificar su coerción en términos de acciones que pueden estar jerárquicamente justificadas.

\*La responsabilidad puede recaer en el primer miembro jerárquico, que controla funcionalmente la conducta de todos los miembros.

\*Los puestos jerárquicos pueden variar en función de la dinámica familiar.

El terapeuta conductual funcional tiene la misión de estudiar cuál función Interpersonal está sirviendo para qué en la conducta problemática; así, debe de orientar a la familia para encontrar formas más efectivas en el logro de conductas adaptativas. El terapeuta no trata de cambiar las funciones pero sí las conductas específicas que se usan para mantener el mismo resultado, en este caso desadaptativo.

El terapeuta funcional realiza su análisis de las interacciones familiares desde los tres estados interpersonales mencionados anteriormente. Así, el análisis de las funciones en relación con los estados determinan las contingencias que sostiene alguna conducta y es en ésta etapa (la que genere o sostenga la conducta desadaptada) en donde se proporcionan habilidades terapéuticas para cambiar la función que sostiene la conducta inadaptada.

Los análisis funcionales de las relaciones familiares, como hemos visto incluyen aspectos conductuales y cognitivos en el mantenimiento de una conducta desadaptativa dentro de la contingencia familiar; así la inclusión de elementos conductuales y cognitivos en la explicación de la anorexia nerviosa es de crucial importancia en el desarrollo de tratamientos y técnicas en ésta área.

### *Componentes Principales del Tratamiento:*

La principal característica del tratamiento es su duración en el tiempo. Se considera que los cambios progresivos necesarios que debe hacer la paciente requieren un promedio de dos a cuatro años de duración, de forma que se asegure la estabilidad de la recuperación.

Cualquier mejoría inmediata debe ser avalada por un seguimiento posterior, ya que el propio proceso de tratamiento suele cursar con fases de mejoría inestables y aparentes retrocesos (Chinchilla, 1994, pp. 186)

Para poder tomar en consideración los resultados del tratamiento, éstos deben reunir, al menos, estas características:

- Una definición rigurosa del síndrome, diferenciando la Anorexia Nerviosa primaria de cualquier otra Anorexia o pérdida de peso psicógenas.
- Utilizar métodos directos en el seguimiento, ya que los métodos indirectos o cuestionarios por correo, llamadas telefónicas, llevan a fuertes sesgos en la información obtenida.
- Seguimientos de larga duración. Las recaídas son muy comunes y varios estudios han mostrado que la recuperación inmediata del peso no está directamente correlacionada con el resultado a largo plazo.
- Criterios adecuados que definan todo el síndrome. La mejoría en un área no refleja necesariamente la mejoría en otras áreas. Se deben tener en cuenta los aspectos más importantes de la paciente, respecto a su salud y su adaptación: estado nutritivo, función menstrual, estado mental, estado socioeconómico, ajuste sexual. Actualmente se destaca, además, la necesidad de evaluar, de la forma más objetiva posible, la preocupación por el peso/ la silueta corporal y las pautas de alimentación.

El tratamiento va a requerir intervención *individual y en grupo*. Su objetivo es producir un cambio paulatino en el que se necesitan diferenciar dos grandes fases: En una 1ª fase lo primordial es tratar de proteger la vida de los pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerlos de algunos recursos, para poder pasar a una 2ª fase en la que se les pide una corresponsabilidad en su auto-cuidado y el afianzamiento de sus habilidades de "coping" (afrentamiento).

En esa 1ª fase en la que se debe proteger la vida de la paciente, la evaluación e intervención médicas (Especialistas en Nutrición, Internistas), se optimizan con el apoyo del equipo psicológico. Lograr establecer una colaboración sincera de la paciente es lograr, "casi", la mitad del tratamiento.



## Terapia individual

### *1. Establecimiento de la colaboración del paciente.*

Además de la empatía, sinceridad y calidad del terapeuta, las primeras sesiones psicológicas se dirigen a establecer una relación terapéutica para lograr la voluntariedad en el tratamiento. Existen múltiples estrategias que el terapeuta trata de realizar, entre ellas, las que se señalan a continuación:

#### 1. Valoración conjunta de terapeuta y paciente.

El tratamiento puede requerir periodos de ingreso hospitalario y una acción ambulatoria a largo plazo. La capacidad de realizar el tratamiento de forma ambulatoria o la necesidad de ingreso conviene hacerla tomando decisiones conjuntas, el terapeuta y el paciente. Si el ingreso se considera necesario, pero la paciente se opone, suele ser una práctica habitual evitar las peleas y realizar un compromiso de 2 ó 3 semanas, pidiéndole pequeños incrementos de peso, evaluando conjuntamente el terapeuta y el paciente, si lo pueden conseguir o no.

#### 2. Cambios en la atribución de la enfermedad.

Es muy importante cambiarles la idea de culpa sobre su enfermedad (creen que ellas la han provocado voluntariamente). Para ello, se trata de diferenciar entre los objetivos que quieren conseguir, y los métodos que emplean para conseguir dichos objetivos. Es necesario hacerles comprender que sus metas son buenas, (estar delgada, tener control sobre su vida, marcar límites), son metas que la mayoría de las personas "normales" tienen y por lo tanto no las deben de cambiar. Esto produce la disminución de los sentimientos de culpa. Pero también es necesario hacerles comprender que sus métodos (perder peso, pautas anómalas de comida, sometimiento a los demás, etc.) son erróneos, lo cual les va a permitir aceptar aprender métodos alternativos y la participación activa y responsable en su cuidado.

#### 3. Identificación y resolución de temas que la paciente considera problemáticos.

Algunos temas son: estreñimiento, plenitud gástrica, miedo a perder el control al iniciarse a comer, exploraciones médicas, intervenciones (análisis sangre, alimentación por sonda, etc.).

Muchas pacientes cuando necesitan ser ingresadas debido a su estado de emaciación, presentan diversos temores hacia lo que van a encontrar; prestar atención a éstos problemas y darles una solución adecuada ayuda a descender las ideas irracionales que la paciente tiene sobre el tratamiento. Como ejemplo: el estreñimiento que es un problema universal en todas ellas; la eliminación progresiva del uso de laxantes con la enseñanza de tensión-relajación en la zona del vientre, permite una mejoría en la evacuación y descende la sensación aversiva de sentirse "lleno", facilitándoles la motivación, al proporcionar a las pacientes un alivio de una de sus zonas corporales más conflictivas, y de uno de sus temores más universales: "la tripa hinchada" (Chinchilla, 1994, pp. 187).

#### 4. Reatribución del sentido de la normalización de la comida y el incremento de peso.

Se trata de que la paciente llegue a aceptar que un incremento progresivo de peso es la forma de conseguir su objetivo de estar delgada. Es por ello importante diferenciar entre estar delgada y estar emaciada. El objetivo es enseñarles a comer normal, para conseguir una silueta delgada.



### ***Normalización de la comida y el peso.***

Prácticamente, en todos los programas de tratamiento, existen estos componentes operantes más o menos especificados, según el grupo de trabajo. Es de gran ayuda establecer siempre un programa de Refuerzos positivos y Extinción; Refuerzo positivo (atención, privilegios) a formas de comer adecuadas e incrementos progresivos de peso; y extinción de atención a hábitos de comer inadecuados y apariencia de extrema delgadez.

Éste programa tiene que realizarse por todo el equipo, especialmente por todo el personal cuidador y por la familia, a los que se les deben dar los conocimientos teóricos suficientes para que los pongan en práctica. El programa operante se tiene que realizar tanto durante el periodo de internamiento como durante el periodo de tratamiento ambulatorio (Chinchilla. 1994, pp. 188).

#### **A) Durante el ingreso hospitalario.**

Al comienzo de la hospitalización se negocia un peso mínimo de alta y un peso de reingreso que queda escrito, facilitando la eliminación de discusiones posteriores. Esos pesos se ajustan entre la paciente y el médico de nutrición, de acuerdo a las características físicas de la propia paciente (edad, talla, sexo).

Igualmente con criterio médico se ajusta una dieta individualizada, procurando evitar siempre la comida excesiva. La restricción de visitas familiares, sólo se hace si su relación se centra en una continua atención a la comida o al peso. Los incrementos en el nivel de peso y salud se refuerzan con permisos de fin de semana.; permisos que permiten conocer la generalización de su mejoría en el medio habitual y las dificultades de adaptación.

#### **B) Durante el tratamiento ambulatorio.**

1) Se establece un compromiso terapéutico que incluya: un peso mínimo "real" para estar delgada (calculado con las tablas adecuadas), pactado entre el médico y la paciente.

### ***Compromiso terapéutico, régimen ambulatorio.***

"El tratamiento ambulatorio sólo es posible si mi salud física es buena y mi peso mantiene el mínimo". Para que el proceso terapéutico tenga éxito, es conveniente seguir una serie de normas. Por esta razón las pacientes se comprometen a seguir las normas del compromiso siguiente:

- Mi peso mínimo normal es de...
- Me pesaré a petición del terapeuta.
- Hasta que se adquiera y se estabilice el peso mínimo normal, la ganancia mínima de peso a la semana será de un mínimo de 300 gr., y un máximo de 3 Kg.
- Durante al menos dos meses, debo comer en un sitio separado, lo que quiera y como quiera, pero de la misma comida que mi familia.
- Nadie de mi familia debe controlarme la comida, el peso, ni hacerme comentarios sobre mi apariencia corporal.

- No puedo comer entre horas, ni comprar, preparar o cocinar la comida ni para mí, ni para mi familia.

- Al menos durante tres meses, tengo que llevar un autorregistro diario de las comidas y de las calorías que ingiero. Si tengo atracones y vómitos, o abuso de laxantes necesito recibir un tratamiento específico en grupo, organizado para ello. Es necesario también que realicen las revisiones analíticas mensuales. Si los síntomas son muy intensos tendré que venir diariamente al hospital y realizar un programa especial (Chinchilla. 1994, pp. 189-190).

2) Es necesaria una reorganización ambiental de la casa que facilite una situación alimentaria en la que la probabilidad de reforzar la comida negativa disminuya o se elimine. A veces se hacen aproximaciones sucesivas o pasos intermedios, hasta que el paciente logra incorporarse a la comida familiar. Estos pasos intermedios pueden ser: ir a comer durante algún tiempo al hospital, comer en otra habitación de la casa, o en horario distinto y acercarse paulatinamente a la normalidad de comer con todos, e incluso salir a comer a un restaurante.

3) Establecer unas etapas progresivas de adquisición de su peso que se relacionan con los momentos en que la paciente puede ir incorporándose a sus actividades cotidianas, (estudios, deporte, salidas, etc.). En ocasiones, si la paciente no necesita hospitalización pero las pautas de alimentación no se normalizan, conviene una separación de la familia.

4) Conviene proporcionar a las pacientes en ésta fase de normalización de la comida y el peso, hojas de registro y gráficas de peso.

Las hojas de registro y las gráficas se utilizan en el tratamiento con dos objetivos: *I.-* La paciente al registrar su peso, aprende a diferenciar sus pensamientos y sus sensaciones corporales de gordura y los puede comparar con los datos objetivos: al comparar el peso ideal (deseable), el peso mínimo "real" para estar delgada y su peso actual tiene un información de las diferencias entre lo que ella siente e interpreta ("he engordado varios kilos, etc...") y lo que ha sucedido realmente.

Observando estas diferencias puede facilitarse que la paciente acepte sus errores y la necesidad de un incremento progresivo de peso hasta conseguir ese peso mínimo para estar delgadas. *II.-* La información de los registros establece un *feedback* entre la cantidad de comida ingerida y su repercusión en el peso, ayudando a paliar nuevamente los pensamientos obsesivos de gordura.

C) Preparación para el alta hospitalaria.

Antes de dar el alta hospitalaria se preparan las posibles situaciones que al volver la paciente a su medio habitual puedan producir estrés, retrasando la mejoría o incluso perdiéndola.

Los temas más comunes que se afrontan son los siguientes:

- Visitas de familiares/vecinos, en las que se comenta la intencionalidad de su enfermedad; el sufrimiento de los padres y familiares, etc.

- Invitaciones a comer, regalos de comida.
- Comentarios sobre su aspecto corporal que ellas todavía consideran íntimo, etc. Por ejemplo: decirles, “estás mejor”, significa “estas más gorda” y estar gorda significa “tengo que pasar hambre”, lo cual suele llevar a recaídas muy rápidas.

Se aconseja que al volver a casa coman solas durante 2 meses. Este tipo de normas exige una gran tolerancia en su cumplimiento por parte de los terapeutas, ya que dicho cumplimiento sólo tiene sentido si ayudan a la paciente.

## *II. Desarrollo de la auto-conciencia corporal.*

### Incremento de la Auto-conciencia Corporal.

La realización de técnicas de relajación no sólo lleva a una distensión mental y corporal, sino que incrementa la percepción corporal de forma notable. Al aumentar la conciencia corporal se posibilita un cambio tanto en la interpretación como en el comportamiento con el propio cuerpo, y ello a su vez implica una mejoría en la forma de afrontamiento de las situaciones temidas (Chinchilla, 1994). Este conocimiento del cuerpo debe incluir aspectos perceptivos, emocionales y motores.

Con la percepción de las sensaciones corporales -que en los pacientes anoréxicos suelen estar evitadas, mal interpretadas o incluso no interpretadas (alexitimia) -se realiza un trabajo de observación positiva: ver sus características, qué parte del cuerpo está involucrada, los cambios que experimenta y la valoración agradable o desagradable, además de creencias y pensamientos asociados.

Esta observación pasiva de las sensaciones corporales, no sólo incrementa la conciencia corporal y ayuda a reinterpretar las señales, sino que puede actuar como técnica de inundación a las sensaciones corporales que las pacientes interpretan como gordura, manteniéndose la exposición hasta que la sensación se va extinguiendo (Chinchilla. 1994, pp. 191).

### Observación de pensamientos asociados.

La observación de los pensamientos asociados a las sensaciones sirve para iniciar un cambio de las creencias irracionales y para la práctica de respuestas emocionales alternativas.

Este trabajo terapéutico se basa en la aceptación actual de la existencia de un condicionamiento circular entre cogniciones y sensaciones, tanto desde el punto de vista del procesamiento de la información como de las teorías más cognitivistas. La toma de conciencia del cuerpo incluye fenómenos cognitivos de atención que pueden ser una respuesta alternativa a las cogniciones asociadas a las sensaciones corporales (tensión abdominal como gordura, deseos de llorar como debilidad, ansiedad como hambre insaciable, etc.).

Corrección de la percepción corporal de delgadez.

Mediante un *feedback* externo, se ayuda a incrementar la autoestima corporal. Esta intervención terapéutica se realiza con más facilidad en grupo. El grupo suele ser el vehículo a través del cual, las pacientes dejan de negar que no están enfermas, o de minimizar su situación, ya que a los otros miembros del grupo no se les puede engañar. Se pueden utilizar "dramatizaciones" en un contexto humorístico que permita recibir esa información sin connotaciones agresivas.

### *III. Manejo de los trastornos fóbicos y la ansiedad.*

En el área de los aspectos fóbicos y de ansiedad hay que considerar: la fobia a la gordura, el miedo al descontrol, el miedo al fracaso escolar, a hacer daño a los allegados y todos los demás que la propia paciente considere que le producen ansiedad; para ello, se les pide que hagan una "Hoja de Registro" (Chinchilla. 1994, pp. 192).

Hoja de Registro de "X":

- "Ser tragona (que los demás piensen)" \_\_\_\_\_
- "Todo el dinero que se gastaron conmigo en el psiquiatra particular" \_\_\_\_\_
- "Los recorridos tan largos que se da mi madre para ir con los médicos" \_\_\_\_\_
- "Que la gente diga a mis padres: ¡qué delgada se ha quedado su hija!, por que eso los hace sufrir" \_\_\_\_\_
- "Que nadie de la familia haya ido de vacaciones por mí culpa" \_\_\_\_\_
- "Que mis hermanos me recriminen o me dejen de hablar" \_\_\_\_\_
- "Que me mire un chico por la calle" \_\_\_\_\_
- "Que piensen mis padres que soy una mala hija" \_\_\_\_\_
- "Me siento la mala de la casa, mis hermanos son los buenos" \_\_\_\_\_
- "No tengo amigas" \_\_\_\_\_

El manejo de los trastornos antes mencionados requiere la utilización de técnicas específicas con dos enfoques complementarios:

a) *Técnicas de Inoculación de estrés*, que facilitan el incremento progresivo del autocontrol y el manejo de situaciones de estrés: respiración, relajación, auto-instrucciones.

b) *Técnicas de Desensibilización Sistemática* a distintas jerarquías de ansiedad, con descripciones concretas de cómo se ven gordas, e Imaginación Positiva, con descripciones de una imagen corporal delgada pero sana y comiendo una cantidad normal con otras personas.

Ejemplos: "Si como voy a tener tripa, voy a parecer embarazada de gemelos".

"Me da asco la comida grasienta (...) y mis piernas me dan asco por que están gordísimas".  
"Estoy mejorando y recuperando mi peso, estoy empezando a estar delgada y fuerte".

#### ***IV. Afrontamiento de las crisis bulímicas.***

Tanto si las pacientes anoréxicas presentan trastornos bulímicos desde el inicio del tratamiento, como si la comida compulsiva y los atracones surgen en el curso del tratamiento (posibilidad muy frecuente), realizan, al menos, dos enfoques complementarios: 1) Técnicas cognitivo-conductuales de auto-control y 2) Técnicas de prevención de respuesta y corrección cognitiva (Chinchilla. 1994, pp. 192-193)

#### ***V. Técnicas de Auto-control.***

Las técnicas de auto-control y terapia cognitivo-conductual, bien de forma individual o en grupo, se acomodan fundamentalmente a pacientes cuya gravedad del trastorno permita realizarlas en régimen ambulatorio, y que tengan una alta tasa de motivación al cambio.

Son tratamientos, generalmente de duración limitada (entre 16-20 sesiones).

Si la paciente no se adhiere a las instrucciones terapéuticas, algunos autores sugieren que se posponga el tratamiento a un momento posterior en que la paciente haya incrementado su actitud de colaboración.

a) Una alternativa a esta solución es el realizar análisis funcional de los factores que interfieren con la *adherencia al tratamiento* y realizar una intervención previa que incremente dicha motivación.

Este enfoque de auto-control implica la enseñanza de los principios del cambio conductual y sus implicaciones en una mejoría gradual y no en cambios "todo-nada". Además exige realizar auto-registros de los episodios de comida descontrolada, auto-registros y estudios de los antecedentes y consecuentes, y la enseñanza de técnicas de resolución de problemas.

b) *Utilización de auto-registros de comida.* Cada terapeuta debe elaborar una hoja de auto-registro más apropiada para su paciente. Conviene recordar que son más eficaces los registros con poca información pero que ésta sea clave.

Es necesario evaluar tanto la comida (cantidad y variedad) como las situaciones asociadas, bien ambientales, bien emocionales y/o cognitivas. Debe hacerse el registro durante 1 ó 2 semanas antes de comenzar el tratamiento, como línea base y durante el tratamiento. Los registros no sólo van a proporcionar información, sino que ayudan al autocontrol. Estos auto-registros son la base del análisis funcional de los que se deriva el manejo de:

c) *Los estímulos antecedentes y el control del acto de comer.* Son normas similares a las sugeridas en pacientes obesos:

- \*No hacer otras actividades mientras come, tanto la comida normal como las atracones.
- \*Restringir la comida a una sola actividad de la casa.
- \*Comer sentada, con manteles y cubiertos.
- \*Limitar la cantidad de comida disponible mientras se come.
- \*Practicar dejar comida en el plato. Tirar las sobras.
- \*Tener en casa, limitada la comida "peligrosa".

d) *Elaboración de las conductas alternativas paliativas.* Estas actividades auto-reforzantes deben servir para ocupar los tiempos entre las comidas, de forma que reduzcan las probabilidades del atracón y les ayuden a manejarse en las situaciones en las que se sientan "llenas" o "gordas". (Chinchilla, 1994) Las actividades deben ser los más incompatibles que se pueda con seguir comiendo o vomitar. Ejemplo de ello ha sido el sugerirles telefonar a un amigo o allegado, salir a dar un paseo, hacer ejercicio físico, tomar un baño, etc.

e) *El entrenamiento en la demora* es de gran importancia para el auto-control del atracón y así mismo la forma de darse las auto-instrucciones de ésta demora, ya que incrementan la probabilidad de dicho autocontrol. Nunca deben decirse "no" al deseo de comer una comida "peligrosa", tienen que decirse "sí", pero deben comerla de forma espaciada. Los intervalos de las demoras deben incrementarse de forma progresiva, incluso comenzando con periodos muy pequeños de tiempo, procurando que el paciente tenga algún éxito en conseguirlo.

Cuando llega el momento de comer la siguiente porción de comida el paciente no debe omitirla (a no ser que se le haya olvidado) para que el efecto beneficioso de la demora no se pierda. El tiempo de espera entre porción y porción de comida deseada debe emplearse para observar qué pensamientos, sensaciones y emociones tienen que les impiden una comida adecuada.

Por ejemplo: si el deseo es comerse 30 panes, la paciente debe decirse que sí, pero dividírselos en espacios de tiempo de forma que llegue a comérselos en treinta días, con lo cual se lograría una comida normal.

f) La filosofía terapéutica general común a todas las *intervenciones conductuales* ha sido:

- \*Reforzar los logros progresivos en regularizar la comida.
- \*Discutir las dificultades que tienen para adherirse a éstas pautas de alimentación.
- \*Ayudar a ponerse metas realistas y a aprender de sus "fallos".
- \*Estudiar la "función" de los atracones y los vómitos, en definitiva, estudiar los factores que mantienen la comida problemática. Un atracón puede servir para muchas "funciones": distracción de pensamientos negativos; alivio de un estado disfórico; ocupar el tiempo libre; inducir al sueño; alivio de una dieta muy rígida; auto-castigo y/o castigo a las personas que les quieren ayudar; alivio de la tensión abdominal; alivio de la ansiedad a la gordura.

La idea de que su trastorno es funcional y situacional suele producir tranquilidad en el paciente e incrementa la esperanza de cambio.



g) *Reestructuración Cognitiva*: La identificación de las creencias irracionales sobre la comida y de las imágenes corporales distorsionadas les proporcionan la base para la reestructuración de su pensamiento extremo y perfeccionista. La tarea fundamental es enseñar al paciente cuándo está usando éste estilo cognitivo, principalmente las estrategias siguientes:

- \*Observación y registro de sus pensamientos.
- \*Observación y registro de la conexión entre ciertos pensamientos y conductas desadaptadas.
- \*Sustitución de las interpretaciones incorrectas por otras más apropiadas, etc.

h) En ésta etapa el planteamiento terapéutico se apoya en el *Entrenamiento en resolución de problemas*, que incrementa la capacidad de afrontamiento a sus problemas específicos.

### *V. Técnicas de exposición y prevención de respuesta sintomáticas.*

Considerando el vómito como un reforzador de la comida compulsiva, al aliviar a la paciente del miedo a engordar o de la culpa, el tratamiento se realiza de forma similar a cualquier trastorno obsesivo-compulsivo. Ello implica sus dos componentes básicos (Chinchilla, 1994, pp. 194):

- Exposición al estímulo temido.
- Prevención de la respuesta de escape.

Para ello se pide a las pacientes que realicen un auto-registro durante 2 semanas, antes de comenzar el tratamiento y durante todo el tratamiento.

Además se tienen que evaluar:

- Las comidas que se evitan cuando no se puede vomitar.
- El tipo y cantidad de comida que habitualmente termina en vómito.

La exposición se hace en la consulta, supervisado por el terapeuta, la paciente debe de comer y no vomitar durante 2 y media horas después de la ingesta y 1 y media horas antes de haber comido.

Debe comer lo suficiente para que se tenga el impulso a vomitar. La cantidad se incrementa progresivamente en las sesiones. Se previene el vómito. Durante la prevención se tienen que observar y registrar los pensamientos y sensaciones que están surgiendo, por ejemplo: miedo a ganar mucho peso, que alguna zona se está engordando, si vomito me quito lo que he comido y esperar a que baje la ansiedad.

Además, se les pide que realicen esa exposición en casa una vez al día. Es necesario hacer las sesiones seguidas. Como en cualquier otra dependencia (alcohol, juego, etc.) se ha visto que es necesario incluir sesiones adicionales posteriores para prevenir las recaídas. Conviene tener en cuenta que el resultado probable del tratamiento es un descenso gradual de las pautas anómalas de comida pero que no deben esperar "curarse" en un sentido convencional. La comida problemática puede ser una respuesta que surja en periodos de estrés, lo que implicaría no un fracaso en el tratamiento, sino la necesidad de un fortalecimiento de las conductas más adaptadas.

## VI. Aspectos Educativos.

La mayoría de las pacientes inician el tratamiento con una gran variedad de errores conceptuales sobre la comida, la dieta, la regulación del peso, nutrición. (Chinchilla. 1994, pp. 195)

El material educativo es un componente más de todos los aspectos del tratamiento, pero se ha encontrado que muchas pacientes (esencialmente bulímicas) se benefician, e incluso algunas se recuperan, al conocer los factores que mantienen el trastorno y las complicaciones que se derivan. En las pacientes anoréxicas, sobre todo en estadios graves, cuando están delirantes, la información aversiva no les mejora y a veces acrecienta la ansiedad de la paciente y su miedo "oculto" a morir. Así que es preciso elegir el tiempo adecuado para introducir esta información.

Otra información educativa a proporcionar se refiere a la regulación del peso o "set point". La mayoría, sino todas las pacientes, creen que si el peso comienza a subir con lo que comen, esa curva ascendente no va a parar y se pondrán obesas. Les cuesta mucho creer que el peso tiene un punto de inflexión en el que se hacen asintóticas.

No suelen admitir que existe un mecanismo que mantiene el peso del cuerpo alrededor de un peso preferente y que la tasa metabólica tiende a adaptarse mediante un mecanismo de termogénesis inducido por la dieta.

El tercer bloque educativo es la enseñanza de que los vómitos, laxantes y diuréticos son ineficaces para producir cambios de peso estables. El vómito actúa como refuerzo negativo del atracón al eliminar la ansiedad por el exceso de comida, incrementando su probabilidad.

Los laxantes y diuréticos reducen poco las calorías a pesar de que se produzcan grandes diarreas, produciendo además el efecto rebote cuando se deja de tomar, con un incremento en el estreñimiento y en la retención de líquidos y por tanto una dependencia .

Igualmente es aconsejable esta educación a los padres de las pacientes. En muchas familias hay ya tal descontrol, que se han perdido los criterios de cantidad y forma de comida "normales". Incluso el tiempo de las comidas suele estar alterado debido a creencias distorsionadas. Muchas pacientes no comen durante el día y lo guardan todo para la noche como forma de evitar los descontroles, consiguiendo el efecto contrario, un hiperconsumo nocturno que suele producir gran malestar abdominal y el ciclo vómito y vuelta a comer. (Chinchilla. 1994, pp. 195)

## VII. Trabajo en grupo de pacientes.

La terapia de grupo se ha realizado fundamentalmente como un componente más de los programas de tratamiento. Si la terapia individual es considerada como una de las más difíciles, la terapia de grupo en anorexia suele ser desalentadora y amedrenta al más experimentado terapeuta. (Chinchilla, 1994)

Incapaz de expresar sus sentimientos de baja autoestima e hipersensibilidad a la crítica de los demás, las pacientes producen muchas intelectualizaciones que dificultan la relación terapéutica. Expresiones tales como: "el grupo no parece que ayude a alguien"; "el grupo me deprime", etc., muy frecuentes en los comienzos llevan a que algunas pacientes abandonen el

tratamiento. La tendencia de las pacientes a permanecer en silencio, preocuparse únicamente por la comida e incluso la competición de las pacientes para ver quién es la más delgada del grupo han llevado a muchos terapeutas a no utilizar la terapia de grupo.

Sin embargo, una selección adecuada de las pacientes, el uso de las técnicas correctas y un terapeuta que tenga experiencia y apoyo de los compañeros, puede ofrecer a la paciente, a través del grupo, la oportunidad de cambios permanentes en las relaciones sociales, incrementar la autoconciencia y la habilidad para afrontar emociones, de forma que refuerce las probabilidades de éxito en la terapia individual, y reduzca las recaídas.

El grupo óptimo, en régimen ambulatorio, se ha considerado entre 4 y 6 pacientes. Es casi imposible que sea un grupo cerrado debido a la alta tasa de pérdidas que ocurren al principio. (Chinchilla, 1994)

En ocasiones el grupo es el único vehículo a través del cual dejan de negar que están enfermas, o minimizar la situación, ya que a los otros miembros del grupo no se les puede engañar. En la mayoría de los casos el grupo se hace únicamente con pacientes con anorexia nerviosa, aunque en ese momento estén en un peso normal.

Conviene incluir tanto las restrictivas como las bulímicas. Parece también conveniente incluir pacientes parcialmente recuperadas que puedan ser un modelo asequible: el aprendizaje vicario (por imitación) se realiza mejor si el modelo tiene problemas similares y observan cómo los afrontan.

La duración de cada sesión depende de la resistencia del terapeuta, pero todos los que tienen experiencia de grupos con anorexia hacen referencia a la lentitud con la que se inicia el grupo, que el máximo de interacción empieza a surgir a la hora y lo difícil es cortar. Se ha sugerido entre una hora y cuarto el mínimo de duración y dos horas el máximo. También se considera importante que sea un grupo abierto, pero indefinido o al menos con una duración superior al año. La terminación del tratamiento raramente se puede planificar de forma adecuada, ya que en cuanto están mejor necesitan irse para demostrarse que pueden recuperarse ellas solas. La norma general es confiar en sus posibilidades y no provocar su hostilidad. Se suele dar la oportunidad de volver otra vez al grupo si lo necesitan y mantener el contacto con el terapeuta. Las sesiones de seguimiento, el contacto por teléfono y carta facilitan la petición de ayuda en las dificultades futuras.

En el grupo se trabaja fundamentalmente con sus características de sometimiento y aparente docilidad, la falta de habilidades sociales y los pensamientos distorsionados.

La primera ventaja que se encuentra el terapeuta al hacer el grupo, es que muchas pacientes se tranquilizan al ver que su problema no es único. No sentirse tan "rara" como pensaba, permite en la paciente el reconocimiento de sus trastornos y la aceptación de la enfermedad. (Chinchilla, 1994, pp. 197)

La mejoría suele ser algo relativamente íntimo hasta que se estabiliza y cuando los comentarios sobre su buen aspecto no los equipara a "estar gorda" ó "haber cedido".

El *feed-back* sobre el estado corporal, (volumen, peso, color, cambio en la forma de vestir, etc...)lo

hacen mutuamente las pacientes con una fiabilidad asombrosa. Eso les permite darse cuenta de que su criterio de evaluación sobre la talla de su cuerpo era erróneo, únicamente cuando lo hacen sobre su propio cuerpo, influenciado por su miedo a la gordura y su interpretación distorsionada de las sensaciones corporales. A partir de ahí, aceptan el criterio objetivo del peso y la información de las compañeras como el referente fiable durante su proceso de enfermedad.

### ***VIII. Pensamientos distorsionados.***

La gran cantidad de pensamientos distorsionados requieren el uso continuado de estrategias cognitivas. El principio subyacente de este trabajo del grupo de pacientes y del grupo de padres, es introducir un concepto de moderación, que represente un balance entre la contención absoluta y la pérdida de control. En este tipo de pacientes no hay punto medio entre no comer y el atracón; entre el trabajo y el tiempo lúdico; entre la independencia que les implica aislamiento, y el sometimiento que les implica la compañía.

En todos los pacientes se encuentra una gran cantidad de pensamientos extremos:

-Sobregeneralización y Causalidad Temporal: "si una vez comencé a comer algo y no lo pude controlar, siempre va a ser así".

-Abstracción colectiva: Dirige la atención a las pacientes que tardan en mejorar, olvidando rápidamente las pacientes que se han ido de alta.

-Auto-referencia: Cuando no comen o vomitan son el centro de atención de toda la familia.

-Negación de la responsabilidad: La afirmación "he adelgazado tanto que se me cae la dentadura", no implicaba incrementar la ingesta, ni acudir al dentista, sino quejarse al terapeuta del tratamiento.

-Otros pensamientos irracionales muy comunes en el grupo son:

\*Comer lo que te ponen es similar a someterse.

\*Comer una pequeña cantidad de comida "prohibida" es similar a engordar varios kilos.

\*No dar atención a una conducta negativa es similar a abandonarlos.

\*Ser independiente es irse de casa "ya", etc.

Las altas no se realizan sólo con criterios del terapeuta, sino por la petición de la paciente de seguir mejorando por ella misma. En todos los casos se valora que es más importante reforzar su capacidad de iniciativa que emprender una pelea.

Siempre se deja abierta la vuelta al grupo. La tendencia a desaparecer por temporadas y volver, también se afronta con esta misma filosofía de reforzar los intentos de independencia y aprender de los fracasos. (Chinchilla. 1994, pp. 199)

Cuando finalmente, las pacientes aceptan abiertamente las ventajas de la terapia de grupos se refieren a éste con autoevaluaciones de este tipo:

-Me siento comprendida y arropada.

-No se critica sin más mi comportamiento, me ayuda a aceptarlo aunque a veces me cueste.

-Me sirve para dar explicación a cosas que no veía o lo hacía de otra manera.

-Ahora no necesito echar la culpa a los demás de mi vida y mis fracasos. Soy capaz de responsabilizarme de mis actos.

-Me relaja y descansa.

-Creo que es fundamental estar en un grupo para salir de mi egolatría.

-Me ha ayudado, yo creo que afortunadamente para mí, a ampliar mi visión de la vida que yo tengo tan reducida y a abrir un poco mi mente. Esto es debido a los temas que tratamos en cada sesión.

-El simple hecho de venir me ha servido, sobre todo al tener que hablar en público de mí y de mis sentimientos. También me ha servido el hacer actividades propuestas en la terapia, tales como entrar en una tienda y probarme cosas sin comprar.

-El trato con el resto de las chicas también es positivo porque me da ánimos y esperanza.

-Otra cuestión que ha influido para bien es el hablar de algún tema en concreto relacionado con nosotras, aunque no necesariamente con la enfermedad y dando opiniones (Chinchilla. 1994, pp. 200).

### ***IX. Interacción social y actitudes de sumisión.***

El modelado y el ensayo conductual son el medio de conseguir una actitud asertiva en la familia y en las relaciones sociales (Chinchilla. 1994, pp. 198). Se da gran importancia a la enseñanza de:

- La utilización del pronombre personal “yo” para fomentar la individualización y establecer límites en la estructura familiar.

- *Feed-back* para que el contenido no sea agresivo; el tono de voz sea firme y se mantenga la mirada al hablar.

- La expresión de discrepancias con las ideas terapéuticas, reforzando siempre el que se atreva a decir algo en público, pero cuidando de no fomentar el “pseudo-yo”.

- El incremento de iniciativas, de la expresión de sus facetas como personas normales (fiesta de fin curso, disfraces, bailes, autoimagen de sana y normal) y la aceptación de que están pasando por una etapa de enfermedad.

La falta de autoestima se trabaja: reforzando el terapeuta cualquier pequeño logro; insistiendo en no utilizar auto-castigos; y en el auto-registro y auto-refuerzo de sus éxitos y valores: corporales, emocionales, intelectuales. (Chinchilla. 1994, pp. 198)

### ***X. Habilidades de coping y resolución de problemas.***

Muchos de los procesos de coping (enfrentamiento) son anticipatorios y se inician antes de confrontarse con la situación temida. El desarrollo de habilidades para el manejo de situaciones amenazantes facilita una mayor adaptación y un descenso de la ansiedad de expectación.

En muchas ocasiones algunas conductas anoréxicas, como vómitos, se realizan en situaciones percibidas como estresantes y por tanto representan mecanismos de coping desadaptados.

El auto-registro de los pacientes indica diversos estímulos antecedentes al vómito:

- Manejo de la agresividad.

- Forma de conseguir la atención.

- Forma de manejar los pensamientos de gordura.
- Descensos de la sensación de sentirse lleno, etc.

Esta conducta de vómito que se caracteriza por la gratificación inmediata, (alivio), y la demora de las consecuencias negativas, (riesgos para su salud), está influenciada por las expectativas o anticipación de los efectos deseados, siendo muy difícil de sustituir por conductas más adaptadas pero de efectos más moderados, como son el inicio de asertividad, práctica de la relajación, objeción de atención por conductas positivas, etc.

En éstas conductas destapadas se piden siempre cambios graduales que incrementan la probabilidad de éxito (bajar la tasa de vómitos de tres al día a dos al día, 1 ó 2 días a la semana, y así sucesivamente).

El grupo es muy positivo para modelar diálogos asertivos. Cuando se hace en una de ellas, rápidamente surgen ideas para situaciones similares. (Chinchilla. 1994, pp. 198)

### *XI. Trabajo en grupo de padres.*

El grupo se realiza con una periodicidad de una vez por semana y en situaciones de crisis dos veces en la semana. Es un grupo de estructura abierta en la que conviven los padres cuyas hijas están en diferentes momentos de su recuperación.

Los padres son un elemento muy importante en el tratamiento, sin embargo no son un elemento esencial ya que la paciente puede mejorarse y salir de la enfermedad sin que ellos vengan al tratamiento o incluso si están en contra de él.

*Reestructuración del rol de los padres en el tratamiento:* La principal idea que interfiere con su colaboración es que si ellos aceptan tener que cambiar algunos aspectos de su forma de comportarse es que están aceptando que son los culpables de la enfermedad de la hija.

Cambiar la idea de culpa pero manteniendo su responsabilidad y compromiso necesita la utilización de ejemplos concretos que expresen en síntesis, ésta aparente contradicción.

*Colaboración en la organización de las tareas en la casa:* Los padres pueden organizar las tareas de la casa de forma que se potencien unas pautas de alimentación más normales y una distribución de los quehaceres domésticos más racional. (Chinchilla. 1994, pp. 201).



## Avances en la Investigación, Prevención y Tratamiento de la Anorexia Nerviosa dentro del modelo Cognitivo-Conductual.\*

El Dr. Joseph Toro experto en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa en el Hospital "Casa de Maternidad" en la Ciudad de Barcelona, España, ofreció los días 11 y 13 de Marzo del 2003 en la Facultad de Psicología de C.U., un seminario con relación a éste trastorno; se obtiene del mismo, la información más confiable y reciente de la prevención y el tratamiento que se le da hoy en día a la Anorexia Nerviosa; así como algunos aspectos generales de ésta, que se han descubierto de la Investigación Española. (La Terapia Cognitivo-Conductual es la más útil en la "recuperación" de las pacientes anoréxicas y es la única que investiga exhaustivamente acerca del trastorno). La información que a continuación se presenta aún no ha sido publicada, y el Dr. Joseph Toro fue invitado a México con la intención de que ofreciera éstos avances de orden mundial. Como ya es sabido y se ha mencionado frecuentemente en ésta investigación hay una proliferación en el padecimiento de la Anorexia Nerviosa; en el año 1975 se ingresaba sólo a una paciente con Anorexia nerviosa al mes; hoy en día se hospitalizan en Barcelona de tres a cinco chicas a la semana (en estado agudo sin contar las ambulatorias).

En el tratamiento del trastorno, el Dr. Toro menciona que es de vital importancia en la intervención psicológica lograr cuatro cosas: 1) que la paciente tenga consciencia de su enfermedad.; 2) que reconozca la importancia de su problema; 3) que se le motive para el cambio; y 4) que crea en su propia capacidad. Estos 4 puntos debe fomentarlos el psicólogo a cargo de la paciente pues si no los logra no habrá avance y se corre el riesgo de muerte; una vez más se reitera la importancia de la adecuada capacitación para atender éste tipo de trastornos alimenticios. En Barcelona se les imparte a los terapeutas a cargo, un curso de "motivación para el cambio"; tomándo en cuenta lo anterior sugiero que en el programa de la licenciatura se incluyan más prácticas en la materia de Motivación, pues no sólo en el tratamiento de éstos trastornos se necesita "motivar" a un paciente. Las características del Terapeuta motivacional son:

a) Comprender el marco de referencia del paciente, es decir; "al paciente". Se sugiere que a un paciente con algún trastorno alimenticio se le debe comprender más pues de entrada éstos pacientes no han sido comprendidos, y como los terapeutas juegan del lado contrario, para las pacientes es muy difícil entender que van a ser comprendidas por el "bando opuesto".

b) Expresar Aceptación y Firmeza: el terapeuta debe hacer sentir a la paciente que no va a ser criticada y que se va a aceptar lo que diga, pero siempre el terapeuta debe mostrar seguridad de acción y conocimiento; ésta seguridad del terapeuta va a brindar "seguridad" a la paciente de que lo que el terapeuta propone y dice acerca de su problema es cierto, lo importante es sembrar la duda en la paciente.

c) Filtrar los pensamientos de las pacientes, ampliando las ideas motivacionales y amortiguando las no-motivaciones.

d) Provocar expresiones auto-motivacionales: reconocimiento del problema, preocupación por el mismo, deseo e intención de cambiar.

e) Armonizar el proceso motivacional con la fase de cambio.

f) Afirmer la libertad de elección y autonomía del paciente. (Miller. Behavior and Cognitive Therapie. 2000).

\*Toro, Joseph, "Seminario de Actualización de Tratamientos y Pronóstico de los Trastornos Alimenticios", Seminario de la Facultad de Psicología, UNAM Ciudad Universitaria, México., 11 y 13 de Marzo del 2003.

En una investigación realizada en Barcelona, se corelacionó (con el "Beck Depression Inventory"), la Motivación para el cambio y la Depresión, encontrándose que a más depresión menos avance en el tratamiento debido obviamente a la baja motivación para el cambio y la acción que se presenta en las fases depresivas.

Es primordial en la Terapia Familiar tratar todo aquello que ya es resultante del trastorno, tanto en la paciente como en los padres, éstos últimos llegan a terapia llenos de culpa y "ansiedad", labor muy importante para el psicólogo es reducirla en lo posible, informar sobre los síntomas y trastornos, explicar qué conductas son derivadas del trastorno y cuáles por la edad, tratar los conflictos interpersonales.

El Dr. Toro menciona qué, como estrategia fundamental al intervenir terapéuticamente a una paciente anoréxica, NO hay que dejar de mencionar el hecho de el objetivo principal es lograr que suba de peso, pero se le dice que va a ser gradualmente y no al principio, pues de no manejar la situación de la forma antes dicha, se le desmotiva a la paciente y se le orilla a dejar el tratamiento (debido a que lo que menos desea es subir de peso); es vital que en el primer contacto con la paciente se le haga ver que en el manejo de su enfermedad se le va a ayudar a ser "feliz".

Si un paciente adulto no quisiera tomar un tratamiento médico o psicológico para ayudarse en su problema no se le puede forzar a tomarlo, por lo tanto el Dr. Toro insta a luchar por la formulación de leyes que salvaguarden la vida de las pacientes anoréxicas o cualquier enfermo que estando en riesgo de muerte y no deseando ingresar en un plan terapéutico, se le pueda "obligar" (ésto es entre comillas ya que la mayoría de éstos pacientes están pidiendo a gritos "somáticos" ayuda, amor, y atención).

El terapeuta que decida trabajar con trastornos alimenticios necesita contar con un adecuado autoconcepto y autoimagen así como información basta del tema; ya que en una investigación realizada por el Dr. Toro, correlacionando imagen e inconformidad corporal y sexo femenino, se encontró que NINGUNA mujer está conforme al 100% con su cuerpo y la imagen que proyecta éste. Todas presentaban un trastorno de la imagen corporal sin ser anoréxicas. Después se correlacionó la distorción corporal de las chicas experimentales con la ansiedad que presentaban, encontrándose que a mayor ansiedad haya en una persona, más distorción corporal y preocupación por zonas "problema"; ésta preocupación se acentuaba en regiones de la cintura para abajo (cintura, cadera, muslos).

Hay una generalización por la "preocupación del cuerpo" debido a la insatisfacción integral de las chicas "en riesgo", presentando Gupta y Jhonson la siguiente lista:

Preocupación por:	
la piel	79%
dientes	62%
cabello	53%
altura	28%
mandíbula	24%
ojos	23%
orejas	21%
nariz	15%

Fuente: Gupta y Jhonson.  
Int. J. Eat Disorders. 2000.

La ansiedad es una característica común en la Anorexia Nerviosa y sus familiares (como se ha mencionado a lo largo de ésta investigación), sin embargo no se ha podido comprobar en la totalidad de las pacientes anoréxicas; A diferencia del Perfeccionismo, La Distorsión Corporal, y la Obsesividad.

El Dr: Joseph Toro ha comprobado que sí hay un componente, vía interacción *genética*, para ser Anoréxicas, y éste es la *Obsesividad*, teniendo en cuenta que indiscutiblemente ésta paciente carga una Historia Familiar de Perfeccionismo y Compulsividad.

Al observar la drástica evolución que ha tenido el trastorno de la Anorexia Nerviosa en contraste con la mínima investigación que se hace al respecto se puede caer en la cuenta que muchos médicos diagnostican con estándares desfasados en el tiempo, pasándo por alto un gran número de chicas en riesgo, que por el simple hecho de no cumplir un "listado" se les envía a sus hogares sin más atención e información, pero a los pocos meses éstas chicas son atendidas de gravedad pues presentan ya los síntomas manifiestos, éste ingreso de urgencia puede evitarse con un adecuado diagnóstico. Por lo tanto es necesario y forzoso comenzar a crear y actualizar los criterios diagnósticos para la Anorexia; el estandarizar criterios permitiría dar ayuda a todas las personas que lleven a una institución con muchos o pocos rasgos anoréxicos sin necesidad de presentar el trastorno de forma abierta. Con lo anterior se puede reflexionar que sí hacen falta terapéutas involucrados un tratamiento eficaz, pero los que más se necesitan son "Investigadores" en el trastorno, y que éstos no sólo realicen la investigación fuera de México sino dentro del país, pues no existe hoy en día un Instituto o entidad "x" que se encuentre realizando investigación en el tema.

La Prevención es fundamental en cualquier trastorno, pero es lo más difícil y complejo; el Dr. Toro comenta que ni siquiera España cuenta con una prevención efectiva, no tienen programas públicos de prevención de la anorexia nerviosa y sólo se difunden campañas de publicidad masiva; lo que tiene éste país a diferencia de todos los demás es que en él sí realiza mucha investigación sobre el tema, y cada uno de los estados de España cuenta con una o varias Asociaciones de Familiares de Anoréxicos y Ex- Pacientes, que colaboran en la difusión de información del trastorno y a la vez colaboran en el tratamiento de pacientes con ayuda económica, que ellos mismos recaudan de diversas formas.

Tomando en cuenta lo expuesto por el Dr. Toro en *materia preventiva*, A continuación se presentan algunas *propuestas personales* (muy variadas) que podrían aplicarse en México, ya que el contexto en nuestro país es muy diferente al de España.

Las propuestas son las siguientes:

\*Hacer programas escolares a diferentes niveles en los cuales se toquen temas como el autocuidado, autoconocimiento, autoestima, asertividad, alimentación y desarrollo humano, habilidades sociales, relajación y reflexión, etc., para que ésta información surta efecto deben realizarse talleres obligatorios en todas las instituciones escolares sean públicas o privadas, para llegar de ésta forma a un gran número de escolares. Los trastornos de la alimentación constituyen un tema nuevo para la mayoría de la gente y por lo tanto, ni los padres ni los hijos logran identificar si algunos cambios que están teniendo en hábitos familiares, escolares y demás

son propios al desarrollo de cada individuo o hay algo mal en éste.

\*Muy conveniente sería impartir cursos de Nutrición a los Padres de Familia en todas las instituciones escolares, siendo éstos cursos, requisito fundamental para que el alumno ingrese al nivel siguiente; México no cuenta con una Cultura Nutricional y Psicológica, y éstos “Cursos de Cocina” (de hábitos nutricionales, desde cómo poner un “buen” lunch), serían una puerta abierta para abordar posteriormente temas de Pedagogía y Psicología, que tanta falta le hacen a nuestra sociedad.

\*Así como hay publicidad (aún cuando sea poca) para las campañas de vacunación; se deben mostrar en T.V, Espectaculares, Revistas, en fin, cualquier medio visible, las terribles consecuencias que trae un trastorno alimenticio, mostrar de forma simple “focos de alarma” en conductas de riesgo, para que cualquier persona que vea el medio de comunicación, se familiarice con las características del trastorno y pueda identificarlas si están sucediendo en su persona o algún conocido; y que ésta publicidad siempre vaya acompañada de teléfono e instituciones donde poder acudir en caso de reconocer un trastorno alimenticio. Con ésta difusión se puede impedir que los niños y jóvenes sigan creciendo con un modelo de belleza impuesto por los países dominantes, y que tanto mal hace a la juventud, pues sólo ha generado una fijación en el “peso *ideal*”.

\*Para que el punto anterior tenga auge es necesario que profesionistas en la Salud Mental comiencen a entrar en la Política, pues ésta es el único medio que se tiene para ingresar a la repartición “proporcional” de presupuesto en el área de salud mental, ya sea en la creación de “Clínicas de Salud Alimenticia” de bajo costo, las cuales cuenten con todos los elementos físicos y humanos para una atención integral.

\*Que del presupuesto del país se designe más porcentaje para la investigación, prevención y tratamiento de los trastornos alimenticios, para lograr que México comience a tener una Cultura de Salud Física y Mental *completa*; se necesita gente con ímpetu de lucha, que se atreva y se abra paso para ingresar en el Gobierno de la Nación, con el objetivo de desarrollar y hacer crecer el área de interés ya expuesta.

\*Es necesario exigir que éstos temas alimenticios se incluyan en los libros de Primaria y Secundaria, pues los casos de niños con Anorexia Nerviosa cada año aumenta indiscriminadamente.

\*Indispensable es que todas las instituciones del orden al que pertenezcan, cuenten con un “Departamento Psico-Pedagógico”, no sólo para detectar a tiempo problemas tan devastadores como la Anorexia Nerviosa sino cualquier otro trastorno. Implantar en la Psicología una imagen de calidez y auto-ayuda, en vez de promoverla como castigo o “sanación” de una supuesta locura.

*“El lugar del cuerpo es encrucijada,  
disyuntiva entre una ética de la vida  
y una estética de la muerte”.*

*Mirta Bicecci.*

## Capítulo 6 Marco Teórico Socio-Cultural.

**P**artiendo de la base de que la literatura médica dedicada a revisar el trastorno de alimentación llamado Anorexia Nerviosa ha visto todo tipo de planteamientos más o menos acertados como son la teorías sobre la relaciones objetales, las teorías conductistas, las cognitivas, las dinámicas, los factores tanto biológico como familiares; así, como los agentes psicológicos y somáticos existentes; todo lo anterior explica simplemente que nada ha quedado fuera de las hipótesis causales. Es importante señalar que la Anorexia Nerviosa también tiene su génesis en la influencia que ejercen los factores psico-socio-culturales ya que puede asegurarse que sin su existencia, no habría tampoco el trastorno en cuestión. Toro y Villarder (1987) aseveran que no puede entenderse la Anorexia Nerviosa sin tener en cuenta determinados fenómenos que parten y se desarrollan en el medio social que envuelve a las pacientes.

Cabe señalar que a través de la historia, las dimensiones femeninas han sido valoradas de modo muy distinto. Los cambios históricos entrañan cambios culturales que, entre otras cosas, acarrear modificaciones en los patrones estéticos corporales. La existencia de un modelo, un ideal de belleza establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población. Quienes encarnan las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente; aquellos que se apartan de él, sufren y suelen padecer una baja autoestima. Y ello es así en toda sociedad, en cualquier época y cualquiera que sea el cambio.

En los países donde la comida es escasa, la obesidad no es considerada como un trastorno de la ingesta, sino como un signo externo de prestigio social, un vestigio manifiesto de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de la delgadez, y específicamente la femenina se da en las sociedades con clase media, media alta y alta, donde la obtención del alimento no es tanto problema puesto que en ellas hay cierta abundancia tanto cuantitativa como cualitativa.

Más no basta dejar de comer para conseguir un cuerpo con dimensiones más reducidas. Para que la restricción ingestiva se inicie y se mantenga, es preciso que la persona o personas implicadas sufran las influencias sociales pertinentes. No tendría por qué existir un estereotipo estético corporal en el caso de una persona que viviera en una isla desierta. El modelo son los demás, o por lo menos se canaliza a través de los demás... del ambiente social.

Estos modelos estéticos corporales se generan por muchos caminos; uno de ellos es el referente a los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en un mundo y en un momento histórico en que prensa, videos, televisión, cine, revistas ilustradas, radio, internet, etc., bombardean permanentemente a todos los ciudadanos con múltiples mensajes. Sin embargo, en nuestras sociedades lo que aparece en una pantalla de televisión o en una revista no es sólo un posible mensaje o influencia que partiendo del medio incide y afecta al receptor,



paralelamente ése medio de comunicación está reflejando aquella opinión o juicio que, de algún modo, tiende a ser predominante entre la ciudadanía a la que se dirige. En un proceso dinámico, interactivo, de influencia mutua.

El otro camino a seguir, lo constituiría el tipo de ocupación que existe entre determinados grupos homogeneizados en función a ciertos intereses o actividades, por mencionar algunos estarían las modelos de revistas para caballeros, las bailarinas de ballet, las candidatas a certámenes de belleza, actrices, cantantes, etc.

Los factores fisiológicos y familiares pueden dar cuenta de la aparición de síntomas de Anorexia Nerviosa; sin embargo, dichos factores no pueden explicar del todo el aumento en el número de casos que con éste padecimiento o con desórdenes en la conducta ingestiva se han dado en los últimos treinta años.

En algunas sociedades, la atención se centra en la posesión de un cuerpo esbelto, que la mayoría de las veces se pretende que sea un cuerpo extra delgado. Es de ésta forma que muchas mujeres se autoexigen permanecer delgadas, hecho que arrastra consigo complicaciones serias, como los trastornos alimenticios y digestivos que ponen en peligro no sólo la salud sino la vida de dichas mujeres.

### ***Condición Femenina.***

Para entender el fenómeno de la Anorexia Nerviosa, así como los principales trastornos en la ingesta, es necesario relacionarlos con determinadas características de la condición femenina. Dado que no existe ninguna prueba de que el trastorno anoréxico se halle viculado al sexo biológico, es de importancia absoluta constatar la evidente inclinación de la balanza epidemiológica en favor o mejor dicho *en contra* del sexo femenino. En consecuencia, el dramático predominio de las mujeres sobre los varones en cuanto al padecimiento del trastorno, debe guardar relación forzosa con los aspectos psico-socio-culturales del sexo.

Cabe mencionar, que no están asociadas a la Anorexia Nerviosa ninguna estructura genital ni dotación hormonal concretas; ni tampoco lo está una determinada distribución corporal del tejido adiposo sexualmente específica. La Anorexia Nerviosa, sí esta asociada y mucho, con el papel sexual, es decir, con el conjunto de comportamientos, cogniciones y sentimientos que son comunes a los individuos de un sexo dado y de una comunidad dada, y que se adquieren merced al proceso de tipificación sexual; Toro (1987). Es el medio social en el que uno nace y se desarrolla quien decide el papel sexual que en líneas generales le acompañará a lo largo de toda su vida. Y el papel femenino dominante a estas alturas del siglo veintiuno entre muchas otras desventajas y también ventajas, conlleva a la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta en cuestión.

Actualmente, se está viviendo una marcada influencia corporal, de la delgadez, que induce prácticamente a todo el mundo a no incrementar su peso, pero que está afectando negativamente, y muy especialmente a la mujer (Toro, J. 1987).

Cuando la delgadez se establece como valor altamente positivo, como meta a alcanzar, como modelo corporal a imitar y seguir, como criterio central de la evaluación estética del propio cuerpo, ser delgada es sinónimo de triunfo, de éxito, de ser mujer como hay que serlo, de demostrar control sobre sí misma y mil cosas más.

Por el contrario, no ser delgada, engordar, aumentar de peso, es fracasar, ser diferente, no agradar ni agradarse, no conseguir lo que se desea aunque se intente esforzadamente, no cumplir con los mínimos autodecididos (aunque prácticamente estén decididos por multitud de otras instancias más o menos inaccesibles e imperceptibles) es imperdonable.

La presión para que las cosas sean así es enorme, múltiple, intensa y creciente; Gloria R. Leon (1983). Es un hecho el que la mujer debe comer en público guardando unas formas que no son las mismas que se exigen a los varones, comer mucho o incluso cantidades medianas de alimento, en presencia de otras personas suele ser considerado vergonzoso o impropio de su condición si quien lo hace es una mujer. En el caso de los varones puede y suele ocurrir exactamente lo contrario. La comilona no sólo es aceptada, sino que es exhibida. Parece como si la cantidad de comida que ingiere un varón, estuviera asociada a su propia masculinidad, poder, su fuerza. A éste respecto, se formula la hipótesis de que la ansiedad, la vergüenza y la autodepreciación desesperada que experimentan las bulímicas tras una de sus voraces ingestas, pudieran estar relacionadas con la interiorización persistente de estas valoraciones conductuales, a pesar de tratarse habitualmente de ingesta en solitario. Es decir, además del riesgo de aumento de peso que supone el episodio bulímico, pudieran empeorar drásticamente las cosas el percibirse entregada a una conducta no femenina (León, G. R. y Finn, S. 1984).

La forma corporal ideal también señala importantes diferencias entre ambos sexos, cada sexo otorga una importancia distinta a los rasgos físicos; Es decir, en la persecución de sus respectivos modelos corporales, el empeño de uno y otro sexo no es el mismo. Las mujeres parecen tener un concepto de su cuerpo mucho más claramente definido que los hombres. La presión social actúa muy precozmente y la naturaleza ayuda a ello en la medida en que la adolescente sufre una serie de transformaciones que la obligan a centrar su atención sobre su cuerpo. La menstruación es la menor de éstas transformaciones. Desde muy jovencitas, aprenden a dedicar una atención especial a sus cuerpos. La preocupación por el peinado e incluso el cuidado en la elección del vestido constituyen formas más o menos indirectas de mantener el fuego sagrado de la estética corporal. La mujer, mucho más que el varón, tiende a identificarse ella misma con su cuerpo. Su cuerpo es mucho más autoimagen, que en el hombre el suyo (León, G. R. y Finn, S. 1984).

En efecto, el contexto social determina que el ideal de peso corporal atractivo haya "adelgazado" en los últimos 25 años. La sociedad que pide al hombre que sea fuerte ( y no importa si esto implica tener unos kilos de más ), exige a la mujer que sea flaca. Seguramente esto es lo que determina que un 90 o 95% de las consultas por Anorexia y Bulimia las realizan mujeres y el resto hombres, ya que se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina; Jones y Colls (1980).

El movimiento feminista ha elaborado una serie de postulados y explicaciones en torno al fenómeno anoréxico, por lo que vale la pena hacer referencia a algunos de éstos planteamientos.

Toro (1996) cita a Chernin quien en 1983 habló de la omnipresente tiranía de la delgadez la cual estaría limitando el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista, social, personal y físicamente. Para él, la mujer a diferencia del hombre, parece tener la obligación de avergonzarse de su cuerpo y, en consecuencia, proceder a modificarlo. De ahí los mil y un procedimientos vigentes en nuestros días destinados a adelgazar, remodelar y ocultar o suprimir lo supuestamente sobrante. La mujer se hallaría mucho más incómoda en su cuerpo que el varón en el suyo. Todo se basa en los intentos ancestrales del varón por mantener su dominio sobre la mujer. La autora defiende la existencia en el hombre de una especie de temor original hacia la mujer. Este temor se forjaría a través de sus experiencias infantiles relativas al cuerpo de su madre.

La época actual, caracterizada por el incremento y desarrollo del papel social de la mujer, estaría dando lugar a un aumento de ese temor; el hombre reaccionaría intentando (y al parecer logrando) que la mujer ocupa cada vez menos espacio, concretamente a través de la reducción de su cuerpo.

Toro (1996) comenta que la mujer ha aceptado la presión social que le exige poseer un cuerpo delgado cuando su motivación más o menos inconsciente tendería a lo contrario. Por lo que la restricción alimentaria, consecuencia de la aceptación e interiorización de una absurda normativa social, conduciría a la lógica ingestión compulsiva exigida por el organismo y causante de la desesperación de la mujer. Así pues, los atracones más o menos voluminosos serían consecuencia directa de la opresión social ejercida sobre el sexo femenino. La sociedad ejercería la influencia adelgazante a través de la restricción de funciones laborales e incluso domésticas de la mujer, por un lado, y de la presión de los medios de comunicación y de la industria productora de agentes adelgazantes, por otro.

Chinchilla (1994, pp. 184) refiere que el feminismo con su modelo de delgadez como meta para el éxito y la felicidad, con la preocupación por la apariencia, valoración del sexo de forma diferente, que daría junto a factores de vulnerabilidad biológica el cuadro de la bulimia nerviosa. Striegel en 1993 elaboró un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señalando que el conjunto de factores sociambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la "supermujer" podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

Behar (1992, pp. 119-122. En: Pruneda, H. 1998) refiere que para la teoría de género, la anoréxica, a causa de su gran receptividad femenina, se ve obligada a ambicionar y a obtener fácticamente éxito social y profesional que la familia impone en pro del mantenimiento y mejoramiento de su estatus socioeconómico, lo que sería homologable al estereotipo del rol genérico masculino. Los miembros de la familia no se permiten expresar emocionalmente ni reconocer el logro de la paciente, provocando en la anoréxica una profunda autodesvalorización en su feminidad.

### *La Adolescencia como etapa de mayor riesgo.*

La Anorexia Nerviosa se presenta preferentemente en la edad adolescente y en el inicio de la juventud, que es la etapa en la que se presenta el mayor porcentaje de casos de A.N., y es lógico que así sea. El adolescente y la adolescente están experimentando su propia identidad en un periodo de tiempo relativamente corto, tienen que adquirir las pautas conductuales, cognitivas y aún emocionales que rigen en su medio social a eso le denominan Toro y Vilardell (1987, pp. 127-128) "madurar", y entrar en la vida adulta. La imagen que tienen de sí mismos, trascendental para el equilibrio emocional, se forja conforme a la experiencia y especialmente a través de los rendimientos personales, las consecuencias de los propios actos y la aprobación y desaprobación obtenida o no de los demás. Se trata de unas edades en que la aprobación social más significativa no es ya la de los adultos, ni la de los educadores o tal vez la de los padres, sino la del grupo coetáneo.

Pero el grupo adolescente es un conjunto de individuos dotados de cuerpos en evolución, no definitivos, cuyos criterios al respecto, están sumamente determinados por los modelos sociales oficiales. De ahí la radical importancia de todo lo que contribuye a la creación social de modelos estéticos corporales, especialmente la publicidad manifiesta o encubierta, las características físicas de actrices, bailarinas, cantantes, gimnastas, modelos, etc. . Todos éstos personajes además suelen ser jóvenes, como corresponde a un momento sociohistórico en el que el culto a la juventud embarga todos los estamentos de la sociedad. Para el adolescente su cuerpo en evolución le plantea no sólo como es, sino como desearía ser, ya que la percepción de los cambios tiene que obligar a incertidumbres, esperanzas, deseos, etc. Parece que puede elegir su cuerpo en forma y volumen, pero tal cosa no es cierta, esto que se llama genética decide en un 90%. De ahí la frustración en muchos casos. Y las decisiones radicales, autolesivas, mutilantes, suicidas. Pero ¿cómo luchar contra ello, cuando toda la sociedad, la prensa, las compañeras, la madre, las amigas, la televisión, las revistas, el internet, los propios pensamientos y sueños, en definitiva empujan hacia el adelgazamiento. Es así como aumentar de peso o no perderlo significa para la anoréxica alejarse del modelo vigente e interiorizado, arriesgarse a la desaprobación explícita o implícita del grupo, fracasar en lo que se constituye el proyecto de vida, autodemostrarse un control insuficiente, ceder a la presión de los padres una vez más!, en favor del aumento de peso, y muchas otras cuestiones. Todo ello situado en un marco sociohistórico en un momento cultural en el que el hedonismo y culto al cuerpo se han convertido en valores primordiales, preeminentes; en donde el juzgarse a sí mismos en función de su organismo biológico, y no en función de sus actos, se hace costumbre.

En la investigación realizada por López Contreras Ma. Cristina en el 2000 (López C., María, C. *Imagen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo...*, 2000. México. Universidad Salesiana.) con un grupo de estuantes de bachillerato de 15 y 16 años de nivel socioeconómico medio; se encontró que las mujeres delgadas y con peso normal elegían en el cuestionario presentado en el estudio (*"Estudios sobre Alimentación y Salud de la UNAM"*), la figura que

correspondía a una silueta muy delgada como modelo ideal; mientras que las chicas con sobrepeso y obesidad eligieron una silueta entre delgada y normal como ideal corporal. Ésto confirmó el culto a la delgadez y el rechazo a la obesidad que se dá hoy en día, promovido entre otros, por los medios publicitarios, como en el caso de la revista "Somos", quiénes en su edición especial de las "50 personas más bellas en México", promueven el estereotipo de la mujer "bella" siendo delgada pero bien formada y joven (Gómez Pérezmitre, Saucedo y Unikel, 1999 en: López C., María C. *Imágen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo...*, 2000. México. Universidad Salesiana.)

En ésta investigación se encontró que las mujeres preadolescentes y adolescentes mexicanas tienen insatisfacción corporal, todas éstas desean ser más delgadas y además todas tienen alteración de su Imágen Corporal ya que sobrestiman su peso (se ven más gruesas de lo que en realidad son y por lo tanto se encontró en la investigación que todas éstas mujeres habían relizado un régimen alimenticio debido a éstos dos factores). Estos resultados obtenidos son alarmantes si se considera que la insatisfacción de la imagen corporal por la alteración de la misma es ampliamente descrita como factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio (López C., María C. *Imágen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo...*, 2000. México. Universidad Salesiana.).

### *La Fuerza de la Publicidad.*

Se ha hecho referencia a los medios de comunicación haciendo incapié en que nos encontramos inmersos en un mundo y en un momento histórico en que prensa, radio, televisión y todos los medios de difusión son portavoces y creadores a la vez de estereotipos estéticos que surgen e influyen en la población general. Las fotografías de las revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento, la literatura pro adelgazante en libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, todo ellos contribuye a determinar ése estado de opinión o evaluación corporal por hoy existente. Pero además, todo ese arsenal de imágenes y palabras crean un importantísimo y suculento mercado descubierto y cultivado por los comerciantes y productores de los mil y un recursos, que real o "supuestamente" facilitan el adelgazamiento.

Con sus mensajes, en general cada vez menos subliminales, incorporan el estereotipo estético mayoritario tan anhelado principalmente en el sexo femenino; lo potencian, lo concretan, intentan dar razones y motivos más o menos plausibles y amplían en mercado y, claro está, procuran vender todo cuanto pueden.

Toro y cols. (1985) Realizaron un análisis en los años 1984 y 85 de la publicidad pro-adelgazamiento incluida en las revistas "femeninas" españolas. De todas éstas revistas fueron elegidas aquellas que contaban con más de un 60% de sus lectoras del sexo femenino y contaban a sí mismo con una difusión superior a los 100, 000 ejemplares.

Así, se relacionaron 10 revistas que constituían alrededor del 80% de todas las revistas



leídas por la población femenina. Se analizaron todos los anuncios aparecidos en esas revistas, seleccionando todos aquellos que directa o indirectamente incitaran al uso o consumo de productos destinados a delgazar o hicieran deseable el adelgazamiento. En los resultados obtenidos se constata que casi 1 de cada 4 anuncios que llegan a un público predominantemente femenino invitan directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo.

Otro estudio sobre el particular, lo constituye el "coeficiente de impacto" (C.I) de los distintos productos anunciados. (El C.I. mide la capacidad de difusión de un mensaje en una población dada). Los resultados se exponen en la tabla I, en la que pueden apreciarse los cambios sobrevenidos de uno a otro año estudiado. Hay que hacer hincapié en la prioridad otorgada, y al parecer en aumento, a las cremas y pomads supuestamente adelgazantes; es decir, a productos de acción específica e inmediata; en segundo lugar, aparecen los alimentos hipocalóricos de todo orden, es decir; aquellos productos alimenticios que paradójicamente, tienen el encanto de no alimentar o de hacerlo escasamente.

Toro y cols. Llegaron a la conclusión de que la difusión de la publicidad se produce predominantemente en el sexo femenino entre los 15 y 24 años de edad en las clases sociales medias y altas; así como en las grandes capitales. Es decir, la difusión de los mensajes publicitarios pro-adelgazamiento siguen un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la Anorexia Nerviosa (Toro y cols. 1985).

Tabla I

Productos pro-adelzamiento anunciados.

	%del C.I. 1984	%del C.I. 1985	Diferencia % C.I.
1.-Productos de aplicación dérmica	24.05%	43.37% +/-	19.32
2.-Alimentos hipocalóricos (yogurt, leces, dietas,...)	22.70%	34.90% +	12.20
3.-Bebidas hipocalóricas	18.30%	14.45% -	3.85
4.-Infusiones adelgazantes	12.70%	3.60% -	99.10
5.-Fármacos: laxantes	10.10%	1.20% -	8.90
6.-Gimnasios, clínicas, etc.	4.60%	2.40% -	2.20
7.-Ropa, aparatos, libros.	7.50%	- -	-

Fuente: Toro, J. Y cols. (1985).



La presión contra las mujeres por lucir delgadas (pero bien formadas), es tan fuerte que tienen que hacer lo imposible para ser “bellas” en su cultura, como ejemplo de ésta presión y agresión contra las mujeres se presenta la siguiente noticia transmitida en el Noticiero “Radio Red” en Marzo del 2000 (López C., María C. *Imagen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo...*, 2000. México. Universidad Salesiana.), ésta noticia informaba que en Brasil se las había prohibido a las mujeres obesas utilizar bikinis en las playas pues era una vergüenza; mientras que a las mujeres “bien formadas” se les permitía mostrar sus senos; es decir, no utilizar sostén.

A cada uno de los lectores de ésta tesis, la información contenida en la misma puede generar diferentes opiniones, pensamientos y sentimientos, pero lo mencionado en el párrafo anterior resulta indignante, agresivo, discriminatorio y falta de respeto hacia la mujer, pero es el fiel y más claro ejemplo de la gran influencia social que sufren todas las mujeres en sus distintas sociedades.

En el programa “Diálogos en Confianza” transmitido el día 3 de Octubre del 2002, por el canal 11 de Televisión Abierta; se trató el tema de “*Anorexia Nerviosa... La Influencia Social*”, lo más relevante de dicho programa en relación al tema fue lo siguiente:

\*Todos los especialistas invitados estuvieron de acuerdo en que las pacientes experimentaban hipercontrol en su hogar, por lo consiguiente, no habiendo otra cosa que controlar toman su cuerpo como deposito de todo su enojo, coraje, insatisfacción, y ansiedad; convirtiéndolo así, en un “cuerpo hablante”; una paciente entrevistada de 25 años de edad decía lo siguiente: “Isí, es una forma de llevarles la contraria... yo me siento a gusto como estoy, pero parece que a ellos (mis padres) nunca les doy gusto!”.

\*En las familias con un trastorno alimenticio no hay comunicación efectiva, por lo cual sus miembros buscan mostrar sus sentimientos y pensamientos de alguna u otra forma; éstos trastornos ocurren (según el dato transmitido del Instituto Nacional de Nutrición) en un 80% en familias disfuncionales (padres divorciados, familias agredidas física y psicológicamente, etc.).

\*Hay que tomar en cuenta que el mundo ha ido cambiando y como se mencionaba anteriormente, el modelo de belleza existente hoy en día es muy diferente al de antaño; con ésto, de debe tener muy claro que las niñas y las bebés ya traen consigo una gran carga cultural con respecto “al culto a la delgadez”; éste es el mundo que les toca vivir; ya están insertas en éste contexto; a ésta niñas “las precede la Anorexia Nerviosa”.

\*Una niña ya tra en su sistema simbólico la Anorexia Nerviosa.

\*La Anorexia Nerviosa es la tercer causa de muerte en las mujeres de 15 a 25 años.

\*En éste programa al igual que se había mencionado en el capítulo referente a la Terapia

Familiar, se habla de un vínculo de amor/odio entre la madre y la paciente anoréxica, el cual imposibilita obviamente el óptimo desarrollo de la paciente. Se debe recordar que la madre es la que enseña a comer al bebé, con el pecho de la madre se nace, se crece y comunica con el mundo. La Comunicación y la Nutrición adecuada es la base de la salud.

En fin, la Sociedad está en contra de las Adicciones, se familiariza con la Depresión, la Obesidad, la Angustia, y se aterroriza con el SIDA, el Cáncer, y la Anorexia Nerviosa, sin embargo NADIE se queja al ver o tener un cuerpo delgado. Gran parte del trastorno viene del mundo externo de la paciente, por que cuando se le reincorpora a la paciente a su núcleo social recae; es como si se metiera a un paciente "sano" en una sala de pacientes con tuberculosis; es el medio el que está contaminado no el paciente que ingresa; en el caso de la Anorexia Nerviosa no hay una vacuna existente que ataque éste "virus" social.

*A decir verdad, la cuestión no es  
cómo ser curado, sino cómo vivir”.*

*Joseph Conrad*

## Capítulo 7

### Análisis y Síntesis comparativa entre los modelos explicativos de la Anorexia Nerviosa.

#### *Modelo Sistémico:*

\*En la Terapia Sistémica todos y cada uno de los integrantes de la familia son los responsables de la estabilidad o desestabilidad del núcleo familiar.

\*En éste modelo al igual que en el Cognitivo-Conductual y en el Analítico, se deben respetar las jerarquías de grupo; la similitud entre éstos tres modelos es que en todos se busca dentro del tratamiento recuperar la jerarquía perdida, el volver a implantar límites y normas; con lo anterior se puede reiterar la importancia de mantener límites entre el grupo de padres/hijos, maestro/profesor, terapeuta/paciente, amigos, etc..., ya que éstos grupos envuelven todas las esferas sociales del ser humano. El mantener siempre cada quien la jerarquía que le corresponde sin dejar de ser flexibles es lo que permite la diferenciación de cada miembro, contribuyendo así, a una identificación completa.

\*El marco sistémico pasa del estudio del paciente anoréxico al de su familia.

Hay una diferencia significativa al comparar la Terapia Sistémica con la Psicoanalítica, ya que caen completamente en lo opuesto al tratar el trastorno; es decir, el segundo pasa por alto el que las personas se desenvuelven en un medio social y mantienen vínculos sociales donde se manifiesta el problema, enfocando la patología en una sola persona (el paciente), en cambio la primera inserta por completo al individuo en su núcleo familiar que pierde la noción de quién es el que está pidiendo a gritos la ayuda.

\*Siguiendo con la comparación de los dos modelos anteriores se puede decir que, el que se modifiquen los patrones de interacción dentro del núcleo familiar y por ende la conducta problemática, no significa que el paciente no merezca y necesite una terapia individual a profundidad, ya que él y no otro miembro de la familia es el que presenta la sintomatología (sin mencionar las familias polisintomáticas).

\*Algo de atención en la Terapia Familiar para la Anoréxica, es que se interesan en el cómo se mantiene el síntoma y no en el cómo se produjo; ésto es de importancia ya que es necesario conocer ambas partes para dar un diagnóstico completo y así proporcionar el tratamiento adecuado.

Aún cuando al indagar con un paciente el cómo es que se originó su Anorexia nos lleve a un análisis transgeneracional (y por tanto se lleve más tiempo en el diagnóstico y evaluación de la familia), es de vital importancia que se haga un análisis verdaderamente eficaz y significativo; pues así se conocerá a fondo el *contexto familiar general*, y posteriormente se podrá hacer una comparación entre las familias de las pacientes anoréxicas y ver tal vez, si de ésta forma se pueden encontrar puntos en común y en concreto de las mismas y el síntoma; por supuesto que el realizar una investigación tan compleja reclama profesionales que estén dispuestos a brindar trabajo de calidad.

\*La sociedad ejerce un fuerte control sobre los cambios que se generan dentro del sistema familiar, y de cómo éste debe abordar el problema de la Anorexia; ya que la sociedad a tiempo de irse moldeando, moldea todo a su paso; hoy en día el estar delgado y lucir “bien” es un valor en muchas familias (principalmente de clase media alta y alta, ya que tienen mayor poder adquisitivo), pues sólo así, sus miembros pueden ingresar con más facilidad a un nivel socioeconómico superior. El ser humano instintivamente busca la superación y el crecimiento en todos los sentidos; al estudiar la Anorexia Nerviosa no se puede pasar por alto, el hecho de que México es un país en constantes crisis, y que sus habitantes tratan de aferrarse fuertemente a lo que tienen (incluyendo por supuesto su posición social y su economía) y de ser posible obtener más. Muchas veces se ha escuchado que el dinero es sinónimo de felicidad, y que en las grandes ciudades se compra lo que se quiere si es que se puede: tratamientos faciales; cirugías reconstructivas; membresías en clubes y en gimnasios; títulos profesionales, nobiliarios; automóviles; casas; plazas en “X” trabajos; en fin, prácticamente *lo que se desee para ser “feliz” (aparentemente)*. Si se recuerda que los padres de un gran número de chicas anoréxicas (de clase media alta y alta) han notificado en el historial clínico que sus hijas eran muy brillantes intelectualmente, parecían contentas, contaban con la atención y el afecto de amigos y familiares, se les compraba todo lo que deseaban, entonces... ¿qué es lo que les faltaría a éstas chicas para triunfar en la vida, y ser plenamente felices?

\*La etapa por la que atraviesan las adolescentes es el blanco perfecto para la Anorexia, en éste desarrollo las chicas se enfrentan a múltiples cambios, y dado que la familia de la anoréxica no es capaz de enfrentar “los cambios”, no reformula sus relaciones familiares, impidiendo así, el “sano” desarrollo individual y familiar.

\*Se postula que la Anorexia Nerviosa proviene de un deseo de la paciente por *tener algo propio, algo que controlar*, y al ver que su cuerpo es el medio para alcanzar independencia, lo aprovecha; se ha dicho que las anoréxicas no alcanzan una óptima individuación y autonomía, pues están inmersas en la dependencia familiar, sienten un control excesivo donde no cabe la opinión propia.

\*El que la chica antes obediente y sumisa comience a ser rebelde, desobedeciendo a sus padres, y en general a cualquier figura de autoridad, genera un vínculo de amor/odio, el cual aleja a la paciente de sus progenitores; y a éstos, de la percepción de necesidades de la chica, creándose así, una atmósfera inestable y de no contención; confundiendo cada vez más a la adolescente pues no puede diferenciar sus propios deseos de los de sus padres.

Al sentirse toda la familia en medio de una “lucha”, se dan los contraataques constantes entre los miembros de la familia, pero más afanosamente entre la anoréxica y sus padres. En la Terapia Familiar no se culpabiliza a alguien en especial de la aparición del síntoma, ni siquiera al portador de éste, sino en general a todo el sistema familiar, lo complicado de ésta generalización, es que todos los integrantes de la familia acepten su *culpabilidad* en la aparición de la enfermedad, ya que cada uno se desentiende de los demás, y se ha visto que ninguno está dispuesto a aceptar su responsabilidad cuando se haya abierto claramente en la Terapia.

\*La Terapia Familiar dice que los padres de las chicas anoréxicas se sienten en su mayoría atacados y con toda la responsabilidad del síntoma, y que por lo tanto para no sentirse amenazados en su función paterna deciden que la paciente abandone el tratamiento, saboteándola constantemente de una u otra forma.

\*Se debe recordar que la anoréxica al igual que todos los miembros de su familia, mantienen la homeostasis del sistema, y que si la paciente comienza a abandonar su síntoma, todos los roles en la familia tendrán que reestructurarse, y siempre hay algún miembro en la familia que no está dispuesto a ello, y como la comunicación en éstas familias es contradictoria y de imposición de reglas, no dan la pauta para un verdadero entendimiento y libre expresión de deseos para poder llegar a acuerdos y que todos puedan estar lo más conformes con su nueva función. *Tal vez ésta sea la razón por la cual los integrantes de éstas familias utilicen su cuerpo para hablar.*

\*Para Selvini Palazzoli (1990), las alianzas representan el problema central y el más grave en las familias anoréxicas; los miembros de la alianza tienen que estar juntos pero a la vez no permiten que los demás se separen, pues la separación la perciben como amenaza para todo el sistema, aun cuando el estar juntos sea un campo de batalla; se ha comprobado que cuando la paciente anoréxica se encuentra lejos del hogar, mejora de sobremano, a diferencia de su familia, la cual empeora y siente irse a pique, por eso hacen todo lo posible por que la paciente regrese al "nido" (a seguir cumpliendo su función), por miedo a separarse; el miedo de los padres a que sus hijos crezcan y se alejen, crea un microcosmos el cual tiene límites rígidos al exterior pero nulos en el interior, tendiendo así, a la sobreprotección y a la extrema preocupación familiar, inculcando a los hijos el autocontrol, el autosacrificio y por supuesto la cohesión familiar.

\*La Anorexia desde la visión sistémica debe indagarse por medio de un análisis transgeneracional ya que hay un mensaje muy claro que pasa de generación en generación: "el autosacrificio", cada vez mayor según avanzan las generaciones, con fin de resarcir o compensar con un mayor autosacrificio a todas las generaciones involucradas, esto llega al climax con la aparición de la Anorexia Nerviosa frecuentemente en la cuarta generación (Sperling, 1978).

\*Si éste autosacrificio se aparea con el modelo de belleza existente en nuestros días, se dan las condiciones necesarias para que se cumpla con el mandato generacional y con los cánones de belleza que exige la sociedad; al realizar dicha acción se logra entrar dentro del selecto grupo de las trinfadoras, exitosas, atractivas e inteligentes; dándose así, *una satisfacción personal*; más, si se ve estimulada por comentarios agradables de "la hermosa figura delgada" con la que cuenta, perteneciendo de ésta forma a un grupo social "favorable"; obteniendo así, *la aceptación que tanto añora en casa, donde sólo se sacrifica para un bien común, no particular.*

\*La Terapia Familiar sostiene que la paciente Anoréxica se sacrifica por los demás, y es la que mejor cumple el credo familiar de autosacrificio y autocontrol, por lo tanto es la que tiene el poder sobre los demás (su ganancia secundaria), ése precisamente es el beneficio que le da el síntoma en su hogar, por eso debe de mantenerse firme con él.



\*La enfermedad corre el riesgo de convertirse en un factor estabilizador del sistema total.

En un grupo con problemas previos, éstos pueden ser minimizados, ocultados o colocados en segundo término por la enfermedad de un miembro de familia, para quien será difícil recuperarse si ello implica reparar las graves dificultades que eran preponderantes antes de que él enfermarse.

\*La Terapia Familiar muestra como factor etilógico la ambivalente relación madre-hija; la madre está dentro de un desafío para su función materna debido a que debe cuidar al máximo a ésta hija para que no vaya a morir, ya que en la historia de la mayoría de las madre ha sucedido esto con algún hermano, sobrino, etc. debido al supuesto descuido de la madre; así sobreprotege a la hija; pero ¿qué tanto ésta madre, sintiéndose presionada en su labor materna, no ha deseado desde el fondo, ver a ésta hija (causante de su presión) “muerta”, y ésta niña lo capta, percibe y *lo actúa*; recibiendo el mensaje de muerte y dejándolo de comer.

\*La madre le da muestras de amor a la hija, otorgándole la comida y pidiéndole que la coma y la satisfaga de ésta forma, pero tal vez la hija no lo hace como forma de devolver ese rechazo que siente de la madre.

\*Stierlin (1990) ha encontrado en una serie de casos que la madre comunica de forma no verbal el hecho de que se sentiría mejor si no tuviera a la chica, o al menos si ésta no fuera “una carga tan pesada”. ¿Qué tanto ésta niña no se siente exactamente *ésa carga tan pesada* y desea ser ligera para no “pesarle” tanto a su madre y así obtener un amor real y abierto.

\*Se puede decir entonces, que el tipo de vínculos que se han descubierto en las familias de anoréxicas, casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa (Stierlin, H., y Weber, G. 1990). Ésta hostilidad, tensión emocional, enojo de la hija, debe ser negado y nunca mostrarse (abiertamente); pues de ser así, rompería con el credo familiar e incurriría en la traición y la deslealtad. Se tendría que pensar si el cuerpo de la Anoréxica es el que está hablando (por ella) ésa hostilidad y ése enojo contra si misma y su familia.

\*La hija anoréxica tiene la atención de toda la familia (lo que tanto había deseado) y los padres vuelven a tener “algo” en común por lo cual estar juntos y unidos; ambas partes vuelven a estar estables y felices. Ninguno quiere correr el riesgo, las hijas no están preparadas para marcharse de casa y valerse por sí mismas (además esto implicaría ceder el puesto de importancia que han obtenido) y los padres (análogamente) no están preparados para vivir una vida propia y creen necesitar de una tercera persona para darle sentido a sus vidas.

### *Modelo Cognitivo-Conductual:*

\*Éste modelo utiliza el Método Científico, que establece metas claras, observables y de corto plazo; ejemplo: "recuperar X cantidad de kilos en X tiempo".

\*La Terapia Cognitiva trata de *corregir* una relación desadaptativa entre eventos y cogniciones.

\*La premisa del enfoque Cognitivo Conductual sostiene que hay una interacción entre las formas por las cuales los individuos se conceptualizan y contribuyen así mismos, sus mundos y su futuro. *El foco principal son las cogniciones y corrección de cogniciones defectuosas.*

\**Ésta teoría se sitúa en el aquí y el ahora;* en problemas actuales, en vez de descubrir o intentar reconstruir el pasado. La C.C. sólo se enfoca en ayudar al cliente a identificar y cambiar aquellos estímulos ambientales actuales que refuerzan o mantienen la conducta no deseada.

\*Propone como factor etiológico de la Anorexia Nerviosa, las distorsiones cognitivas que tiene el individuo de su persona, su mundo y su futuro, las cuales se generan por un estresor interno o externo que activa un esquema cognitivo subyacente; siendo éste el sustrato de tales distorsiones cognitivas. Ésta teoría dice que los desordenes emocionales se dan cuando se confía desmesuradamente en ciertos esquemas demasiado rígidos o extremos que llevan a interpretaciones disfuncionales, erróneas o poco realistas. Los aspectos cognitivos comprenden las creencias y pensamientos irracionales del paciente hacia la comida, el aumento del peso, y la imagen corporal como termómetro para medir el valor de una persona.

\**La posición Cognitiva parte de la premisa de qué, si éstas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso, se superan.*

\*Ésta teoría a diferencia de la Terapia Familiar se enfoca (hasta éste momento) solamente a la paciente; y en similitud, tampoco al inicio del tratamiento se culpabiliza a alguien en específico.

\*La Terapia C.C. está diseñada para ayudar a personas anoréxicas a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más sanas. También considera que la Anorexia Nerviosa está construida en términos de déficit en la capacidad de pensamiento abstracto en términos de una pobre ejecución cognitiva y de pensamientos irracionales como son los de "todo o nada", pensamientos supersticiosos y egocéntricos.

\*La Anorexia Nerviosa para el contexto Cognitivo Conductual se convierte de un problema de percepciones individuales a un problema de percepciones socioculturales y políticas, considerándolo así, en problema de salud pública.

Esta terapia habla de una posible génesis de la Anorexia desde la sociedad, sin dejar fuera uno de otro, y describe el conflicto por cogniciones (pensamientos en primer plano).

\*La preocupación por desaparecer las curvas en determinadas partes del cuerpo (cambios secundarios en general), que enmarcan lo femenino son vistas por la posición C.C. como un predominio excesivo de los procesos de acomodación sobre los de asimilación; en cambio para la Terapia Familiar el querer eliminar las curvas femeninas, es el resultado de la no provocación sexual para no sentirse amenazada en el equilibrio familiar; y para el Psicoanálisis significa la no aceptación de la Femenidad.

\*La Terapia C.C. sabe que las anoréxicas tienen una distorsión en su percepción interoceptiva, motivo por el cual comienzan a presentar la sintomatología de la enfermedad; pero, en lo que no están seguros, es que si ésta distorsión está presente desde antes de las primeras manifestaciones anoréxicas ó a partir de ellas.

\*En lo C.C. se enfocan más a describir conductualmente las manifestaciones de las pacientes, no tanto a encontrar una explicación; para la Terapia C.C. el hecho de que la anoréxica comience a recuperar peso es señal verídica y cuantificable de que también está recuperando sus funciones cognitivas básicas; *ésta posición psicológica utiliza patrones cuantificables y objetivos*, ya que si se recuerda, su premisa es que, si éstas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán.

\*La Teoría C.C. plantea el cuadro anoréxico de acuerdo a un modelo fóbico o bien como un intento de compensar deficiencias de autoestima definiéndose y evaluándose de manera exagerada en términos de peso y figura. Para eliminar éste cuadro anoréxico propone un plan de estímulo-respuesta utilizando reforzadores positivos y negativos; intenta modificar pensamientos y acciones que están influenciadas por patrones de pensamiento consciente individual.

\*Para la Terapia C. C. a diferencia del Psicoanálisis, no es lo esencial el descubrir la situación exacta o el conjunto de circunstancias bajo las cuales el desorden fue aprendido; tales circunstancias son generalmente irreparables; así, el objetivo debe ser la medición de los determinantes actuales que apoyan y mantienen la conducta indeseable.

Esta Terapia predica la "Sanación", ya que creen que toda conducta inadaptada que ha sido aprendida puede extinguirse y remplazarse por nuevos patrones conductuales aprendidos.

\*Los resultados del tratamiento son evaluados en términos de cambios conductuales mesurables.

\*La Terapia C.C. utiliza el aprendizaje vicario, postulando que si un miembro de la familia comienza a cambiar "esas" conductas indeseables, los demás comenzarán a hacerlo por imitación, logrando así, un cambio conductual en la dinámica familiar.

\*Algo muy importante que tienen en común éstas posturas psicológicas (Familiar; Analítica; Cognitiva), es que todas realizan una evaluación de las conductas existentes para comenzar un tratamiento, y constantemente pero de diferente forma realizan una medición de dichas conductas.

\*La Terapia C.C. "asegura" estabilidad en la recuperación de la enfermedad, en un tiempo de dos a cuatro años (aún cuando se han comprobado recaídas en menos de un año).

\*En el tratamiento se trabaja en la disminución de la culpa de la paciente, así como aprender métodos alternativos para el mantenimiento de su peso y para el cumplimiento de sus metas; se les inculca una participación activa y responsable en su cuidado.

\*La Terapia C.C. plantea un ingreso hospitalario, en el cual se maneja como se había mencionado, "el reforzador positivo": llamadas telefónicas de y a amigos, visitas, salidas los fines de semana, etc., ésta última parece ser un filtro muy eficaz que deja permear la realidad en la rehabilitación de la paciente, ya que al salir del hospital la chica se enfrenta a su mundo real con todas sus preguntas y exigencias, es aquí donde muchas pacientes después de haber mostrado una gran mejoría recaen, aún cuando hayan "practicado" algunas situaciones comunes, previas a su salida.

\*Algo que me parece favorable en el tratamiento Cognitivo Conductual, son las técnicas de relajación que ayudan a la paciente a *incrementar su percepción corporal*, con la percepción de las sensaciones corporales se realiza un trabajo de "observación positiva": ver sus características, qué parte del cuerpo está involucrada, los cambios que experimenta y la valoración agradable o desagradable, además de pensamientos y creencias asociados. Ésta observación pasiva de las sensaciones corporales no sólo incrementa la consciencia corporal y ayuda a reinterpretar las señales sino que puede extinguir la sensación corporal de gordura.

\*También favorable en la C.C. es que utilizan la Terapia de Grupo, y éste suele ser el vehículo a través del cual las pacientes *dejan de negar su enfermedad* y por lo tanto comienzan a aceptarla y de ésta forma realizan su rehabilitación. También en ésta posición se fomenta el auto-control en la ingesta alimenticia, nunca se prohíben los alimentos "peligrosos" sino más bien se le motiva a la paciente a comer "eso" que se le antoja, pero en vez de hacerlo en un atracón, que lo haga de forma espaciada.

\*Adecuado en la Terapia C.C. es que en la recuperación de la paciente el terapeuta supervisa que ésta coma y no vomite durante 2 ½ hrs, (en su presencia). *El terapeuta registra los pensamientos y sensaciones que están surgiendo en ése momento de recuperación.*

\*En la Terapia de Grupo que se utiliza en la C.C., a la paciente se le da la oportunidad de volver al grupo cuantas veces quiera o si siente necesitarlo; por medio del grupo se mantiene un contacto con el terapeuta, dando pie a que el seguimiento sea más fácil por contacto telefónico o por carta, ayudando así, a las dificultades futuras que la paciente pueda tener. *En el grupo se trabaja fundamentalmente con las características de sometimiento y aparente docilidad, la falta*

*de habilidades sociales y los pensamientos distorsionados.*

\*El trabajar con el grupo ayuda mucho a aligenar el sentimiento de unicidad (ser única en su padecimiento), ésto permite el reconocimiento de la enfermedad y su aceptación. Además de que el grupo ayuda a que se genere el feed-back sobre el estado corporal, pues las demás pacientes *se evalúan con una fiabilidad asombrosa.*

\*La posibilidad de regresar al grupo está abierta, pues ésto ayuda a aprender de los fracasos, sobre todo si las pacientes lo vieron como reforzador de la independencia.

\*La Terapia Cognitivo Conductual hace trabajo también con Grupo de Padres aunque es un tanto difícil que asistan, cuando lo hacen ayudan en demasía a la recuperación de la hija; el grupo se reúne una vez por semana y en crisis 2 veces por semana.

\*La filosofía terapéutica general común a todas las intervenciones conductuales ha sido:  
-Reforzar los logros progresivos en regularizar la comida.  
-Discutir las dificultades que tienen para adherirse a éstas pautas de alimentación.  
-Ayudar a ponerse metas realistas y aprender de sus "fallos".  
-Estudiar la "función" de los atracónes y los vómitos; en definitiva, estudiar los factores que mantienen la comida problemática. Un atracón puede tener varias "funciones": distracción de pensamientos negativos; alivio de un estado disfórico; ocupar el tiempo libre; inducir al sueño; alivio de una dieta muy rígida; auto-castigo por las personas que les quieren ayudar; alivio de la tensión abdominal; alivio de la ansiedad a la gordura.

### *Modelo en base al Desarrollo Infantil y las Relaciones Objetales:*

\* De acuerdo a ésta teoría, en la Anorexia Nerviosa las relaciones objetales están gravemente alteradas por un proceso disociativo de la imagen corporal en el que se mantienen simultáneamente imágenes idealizadas y rechazadas del propio cuerpo que se proyectan en los objetos del mundo externo. Además sostiene que las pacientes anoréxicas son en extremo narcisistas, que tienen fallas severas en su desarrollo temprano y fijaciones arcaicas tras episodios traumáticos.

Selvini Palazzoli refiere que en la fase precoz del niño la incorporación del objeto es inevitable pues no hay otra forma de relacionarse con él, y sostiene que: partiendo de la base que por "buena experiencia corporal" se entiende *sentir* (en relación con la madre) al propio cuerpo como fuente de sensaciones predominantemente placenteras sin excitación prematura de tensiones genitales que por ser agresivas son ansiógenas, *ésto significa: tratar la relación primaria del niño con el objeto bueno como una erotización placentera del cuerpo con una carga mínima agresiva.* El niño que todavía no percibe el objeto como ajeno a él, vive su propio cuerpo como bueno, lo que constituye la base del sí mismo corporal bueno. Selvini está convencida de que, en las

anoréxicas cuando aparece el miedo al embarazo por vía oral no tiene el significado de miedo sexual, sino es el símbolo sexual de una angustia mucho más importante: *la de ser invadida y deformada por el objeto, es decir por la madre*. Ésto se puede relacionar con la terapia Familiar, la cual dice que las relaciones de la madre y la hija son hostiles e incluso de muerte; y también con que la Teoría Psicoanalítica propone algunas sesiones con la madre y la paciente, ya que de igual forma percibe un vínculo agresivo entre las dos.

\*En el nivel del inconsciente no hay posibilidad de agredir al objeto, por que éste es demasiado fuerte. *Sólo cuando el objeto omnipotente llega a ser el propio cuerpo se le agrede conscientemente escatimándole el alimento, de modo que la paciente tiene consciencia de que el cuerpo es suyo pero lo trata como si no lo fuese*. La incomodidad de la imagen corporal podría provenir de tres fuentes:

A) Psicológicamente: de la fusión del cuerpo con el objeto malo y consiguientemente de su negación.

B) Neurológicamente: por algún daño a éste nivel.

C) Aprendido: un condicionamiento equivocado, impuesto por la madre inaccesible al no reconocer y no satisfacer con cuidado las necesidades originales del niño.

El primer inciso podría hacer pensar en ¿Qué tanto una paciente trata de destruir a ése objeto “malo” internalizado por medio de ella misma (de su cuerpo) y en verdad no darse cuenta que no es a la madre a la que trata de destruir sino su persona. Aquí también se podría relacionar lo anterior con lo que postula la Terapia Familiar en base a que la paciente no ha podido controlar su vida, que al presentarse ésta oportunidad de controlar “algo” (su cuerpo) la toma; pero, ¿Qué tanto en verdad inconscientemente no está tratando de controlar a su madre y las sensaciones que de ella percibía?. De igual forma lo anterior podría hablar de que la paciente sabe que sus padres y la familia en general sufren por su enfermedad pero siguen en su comportamiento como una especie de cobrar “deudas” pasadas.

En el tercer inciso se puede remontar a lo que plantea la Terapia Cognitivo Conductual en la cual como parte del tratamiento se le enseña a los padres a tener mejores pautas de conducta con su hija, las cuales lleven a la familia a funcionar de forma adecuada, fomentando la cercanía familiar estrecha y la comunicación (lo mismo hace en éste aspecto la T. Familiar).

\*Dentro de las Relaciones Objetales: Sours describe que en las historias que han tenido sus pacientes con Anorexia Nerviosa, todas manifiestan una relación de la hija con una madre dominante y controladora que condiciona sumisión y perfección suprema en la realización de las necesidades de la madre en la hija, éste testimonio de Sours se puede relacionar con aquel “Credo Familiar” que llevaba de forma abierta la sumisión y la abnegación, pero a la vez el mandato de satisfacer las necesidades de los padres y retribuirlos en el sacrificio que éstos han hecho con sus propios padres.



\*Si la paciente considera a su madre y se considera como imperfecta (por la internalización), ya no hace las cosas a la perfección, no cumple el credo familiar y a la vez hace todo lo posible por eliminar los caracteres secundarios que la caracterizan como mujer y por lo tanto, si deja de ser mujer deja de identificarse con su progenitora.

\*Al dejar la hija de hacer las cosas a la perfección debido a la enfermedad, deja de serle fiel a la madre en su "mandato de perfección"; pero a la vez, como la lleva internalizada le dice inconscientemente a su madre que no es "perfecta" tal como ella lo cree. Si deja de hacer las cosas a la perfección como estaba acostumbrada deja de cumplir el credo y comienza a separarse de su familia.

\*Si deja de comer comienzan a desaparecer de su cuerpo las características secundarias que la distinguen e identifican como mujer; y si deja de parecer mujer, inconscientemente deja de parecerse a su madre, de relacionarse con ella y por tanto tiene la oportunidad de separarse, aunque sea de ésta forma.

\*Anna Freud en la tercer fase de desarrollo que plantea. Habla de los impulsos agresivos, explicando que son algo más que una reacción ante la frustración, que son equiparables a los sexuales e inherentes a la naturaleza humana; que existen y buscan expresarse desde el comienzo de la vida. Cuando por factores externos e internos son excesivamente controlados o prohibidos, producen resultados patológicos, de éstos *el más terrible se manifiesta cuando la agresión en lugar de estar dirigida hacia el mundo externo se vuelve contra el cuerpo del individuo o contra su propia persona, produciendo un desorden psicossomático o la formación de un Super Yo exageradamente estricto, que a su vez puede llevar a una neurosis obsesiva, a una depresión, etc.* (rasgos que presentan éstas pacientes).

Como se puede observar, lo anterior explica muy bien hacia dónde se va toda ésa agresión en la Anorexia Nerviosa. Cuando todo en la vida se le ha controlado y se ha tomado una actitud de sumisión; si siempre la paciente ha sido "la buena hija", hermana, amiga, etc., tendiente a la perfección, sin oportunidad de mostrar sus sentimientos, menos a enojarse o de utilizar la agresión, etc.; ¿Toda esa emoción hacia donde va?, ¿Hacia el cuerpo?, ¿Todos ése control la está destruyendo, incapacitando, matando..., y sólo eso es lo que manifiesta el cuerpo de la anoréxica?... si no puede hablarlo mejor lo actúa.

\*Algunos bebés rechazan el alimento como protesta que sirve para llamar la atención de la madre. Hibert y Hibert afirman que el placer que obtiene el niño de sus comidas, está asociado directamente a la imagen tranquilizadora de la madre, ésto que dicen los autores se puede relacionar con la Terapia Familiar, en que si recordamos, ésta madre es ansiosa, y así es como la paciente la internaliza; ésta madre le imposibilita tener un placer en los alimentos.

\*M.Soulé asevera que las primeras formas de "relaciones madre e hijo" van íntimamente ligadas a actos de comer. El placer narcisista que a ciertas madres les produce el ver comer a su hijo sin complicaciones, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechas puede modificar

favorablemente la relación inicial; el niño gordito y tragón la alivia, la libera de culpas y le confiere un nuevo valor al ofrecérsela esa función materna que siempre temiera no ser capaz de desempeñar. El que es poco comedor desespera a la madre ansiosa y acarrea la agresividad de una madre inconscientemente hostil; esto se relaciona con lo que plantea la Terapia Familiar, en que la madre al ver comer a su hija se siente una "buena" madre y se libera de la culpa inconsciente de no serlo.

\*Desde las primeras etapas de vida se puede observar una relación hostil entre la madre y la hija anoréxica; hay una doble relación del infante con el objeto, gracias a la introyección, proyección, escisión: el bebé proyecta al interior los impulsos destructivos y los impulsa al pecho frustrador (el pecho malo); al mismo tiempo se crea internamente un pecho bueno y uno malo, el pecho bueno interno y externo se convierte en prototipo de todo lo amable y bienhechor; mientras que el malo, es el de los objetos dañinos, tanto internos como externos. Cuando está el niño libre de hambre y tensiones, se puede tal vez crear un perfecto equilibrio entre impulsos tanto de la libido como agresivos. El equilibrio se rompe cada vez que la privación viene a reforzar los impulsos agresivos o si éstos obedecen a una causa interna o externa. Todo esto hace pensar ¿Qué tanto, la anoréxica no tiene apareado el pecho con el alimento, la hostilidad y el daño; tal vez deja de comer para no revivir esa sensación de tensión y desequilibrio.

\*Anna Freud señala que los rechazos alimenticios del destete se manifiestan como cólera a la vista del alimento, como insatisfacción ante nuevos sabores y consistencias y como un no querer descubrir nada nuevo en cuanto a comida se refiere y como falta de gusto en la zona oral. A veces el destete produce el fenómeno contrario, bulimia y temor a tener hambre. Anna Freud expone el destete como causa primaria relacionada a la Anorexia Nerviosa y el rechazo por los alimentos.

\*Melanie Klein distingue dentro de las Relaciones Objetales dos periodos durante el primer año de vida: las posiciones esquizoparanoide y depresiva. La primera la concibe como una estructura que organiza la vida mental en los tres primeros meses de vida; está constituida por tres factores, entre ellos una ansiedad persecutoria, donde la angustia principal que siente el Yo es la de ser atacado por factores internos como la pulsión de muerte que actúa como una fuerza destructiva dentro del individuo, y factores externos como las experiencias de frustración en el medio ambiente. ¿Se puede preguntar de dónde es que viene esta ansiedad tan persecutoria que actúa como fuerza destructiva en la anoréxica. Ésta fuerza pueden ser las pulsiones libidinales agresivas de muerte que se juegan a la hora de estar amantando. Melanie también postula que el Yo se protege de la angustia persecutoria con mecanismos de defensa intensos y omnipotentes, como la disociación (división de lo bueno y lo malo; lo interno y lo externo; la realidad de la fantasía, para después proyectarlo); la proyección, la identificación proyectiva, la introyección y la negación; todo esto se puede relacionar con el Psicoanálisis y la Terapia Familiar en cuanto a los mensajes dobles en las familias esquizofrenizantes.

\* Si se pudiera suponer que la enfermedad de la Anorexia Nerviosa fuera parte de la estructura del individuo tendría que investigarse más acerca de las Relaciones Objetales de éstos pacientes, ya que los sucesos que se dan al comienzo de la vida en la relación madre-hijo resaltan la importancia que éste periodo tiene para el logro de la salud o para el establecimiento de la enfermedad.

\*Pudiéramos pensar que en la Anorexia Nerviosa existe una falla básica severa ya que la relación que tienen las anoréxicas con sus madres es compleja, de rigidez y opresión; ésta falla podría ser el resultado de que las necesidades psicobiológicas del infante hubiesen sido cubiertas estrictamente y con demasiada ansiedad; lo anterior recuerda lo dicho por la Terapia Familiar la cual dice que hay ansiedad en la madre de la anoréxica por temor a no ser una “buena” madre, por no cumplir las necesidades de la infante y dejarla morir.

\*Bowlby menciona que en las primeras etapas de desarrollo del niño, mientras éste se encuentre cómodo y tenga a la vista a quién lo cuida, el niño puede quedar apartado a buena distancia antes de que se exceda el límite de proximidad para la situación y se estimule la conducta de fijación en el niño o en quién lo atiende. Si no se puede lograr la proximidad suficiente con rapidez, el niño sentirá gran malestar, a lo cual el autor llamó: “ansiedad”. El párrafo anterior y lo ya mencionado demuestra que una de las características principales en la Anorexia Nerviosa es la ansiedad, tanto de los padres como de la hija.

\*Hilda Bruch reitera que una madre con falta de empatía no responde adecuadamente a las señales incipientes del bebé, lo atiende cuando se le ocurre más no cuando existe la necesidad, con esto suprime las expresiones tempranas del bebé quien finalmente abandonará sus intentos de comunicación, lo cual provoca que no pueda reconocer sus propias señales, rigiéndose entonces por los estímulos que vienen de fuera y adquiriendo por esto un self mimético, “falso”. Ésto explica muy bien la imposibilidad de expresión verbal que tiene la paciente anoréxica y a la vez el no poder reconocer las señales de su propio cuerpo, si desde pequeña le fueron reprimidas, “ignoradas” por la figura que tenía que reconocérselas. Ésta misma anulación del self le va a causar la distorsión de la imagen corporal, de la autoimagen interna que se estructura a base de estímulos internos y respuestas internas y que por la falta de equilibrio entre unos y otros va a provocar que la autoimagen se deforme y que por lo tanto no refleje la realidad. Lo anterior habla también del control que tienen los padres con la hija al decirle siempre lo que debe hacer, imposibilitándola a que “hable”; hasta que, como se ha dicho, ésta hija decide romper el silencio y el sometimiento, desarrollando la Anorexia Nerviosa.

*“La información contenida en éste apartado, es el resultado del análisis que se realizó entre los modelos explicativos antes expuestos, lo cual permite tener un panorama amplio de lo que representa la Anorexia Nerviosa en diferentes contextos. El observar explícitamente las relaciones teóricas que pueden existir entre cinco posturas psicológicas distintas, da la pauta de intervención en el trastorno”.*

## Conclusiones.

Las constataciones epidemiológicas e históricas conducen a afirmar que los trastornos de la conducta alimentaria aparecen en un “contexto determinado”, el cual incluye las *tres grandes esferas de la persona (biológica, psicológica y socio-cultural)*. En la Anorexia Nerviosa es de vital importancia indagar éstos tres contenidos, pues como se ha visto a lo largo de ésta investigación, éste trastorno no tiene una etiología específica y por eso se dice que es complejo y “multideterminado” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; p.p. 140-141).

Dentro de la sociedad se encuentra la familia que es la base fundamental para el desarrollo de la personalidad, es por eso que éste núcleo debe tomarse siempre en cuenta para el diagnóstico e intervención del trastorno.

Los trastornos alimentarios se manifiestan sobre estructuras económicas y de personalidad muy variadas que van desde estratos medios bajos a altos y que abarcan tanto psicosis como neurosis, ésto da como resultado que la enfermedad abarque una inmensa cantidad de la población.

La sociedad actual ofrece un modelo narcisista, modifica los hábitos alimentarios, prolonga y agrava la dependencia y confiere a la mujer, primera “candidata” a los trastornos alimenticios, un lugar y un papel incómodos (Guillemont, M. 1994; p.p. 93).

En éstas condiciones no es de asombrarse que tales conductas se multipliquen masivamente hasta aparecer como síntomas asociados a un contexto múltiple. El síntoma continúa siendo siempre un medio de comunicación, y las anoréxicas utilizan la comida-cuerpo-lenguaje para dirigirse a los demás.

La Anorexia Nerviosa ha pasado de ser un problema de percepciones individuales y familiares a un problema de percepciones socioculturales y hasta políticas, por lo tanto debe considerársele como un problema de Salud Pública.

En el capítulo 3 se mencionó que se encuentran en las pacientes anoréxicas, sentimientos de dependencia y falta de autodirección, de autonomía y control sobre el cuerpo; éstas características encubren un trastorno en la personalidad de la joven, el cual para ser manifiesto necesita indiscutiblemente de los factores socioculturales.

Como se ha podido apreciar en el desarrollo de ésta investigación, la Anorexia Nerviosa está caracterizada por un terror casi fóbico a engordar, una distorsión de la imagen corporal, una percepción de las áreas del cuerpo más anchas de lo que son, reducción drástica de la ingesta calórica, abuso en el consumo de comprimidos y diuréticos para adelgazar, malestar epigátrico, vómito, estreñimiento, intolerancia al frío, dolor de cabeza, poliuria, lanugo, edemas, baja presión sanguínea, alteraciones del sueño, incremento excesivo en alguna o varias actividades físicas; otros síntomas son la angustia, la ansiedad, depresión, vulnerabilidad a la presión social, miedo a crecer, desconfianza, perfeccionismo, sentimiento de ineficacia, etc.

En el caso de los trastornos de la alimentación y específicamente en la Anorexia Nerviosa, pueden pasar varios años desde el inicio de la enfermedad hasta que la paciente reciba el tratamiento, pues la persona no suele ir a consulta hasta que los signos externos son dramáticos y evidentes para la familia o alguna persona cercana a ésta.

Un problema con el que se topan las pacientes en el diagnóstico de su enfermedad, es que consultan diferentes doctores antes de llegar a una clínica especializada, con el fin de que los médicos consultados alivien los síntomas fisiológicos consecuentes a su enfermedad (ginecólogo=irregularidades menstruales; gastroenterólogo=estreñimiento, dolor epigástrico; odontólogo=problemas dentales); Sin embargo, en la mayoría de los casos, éstos “especialistas” no precizan un diagnóstico, de ahí la importancia de que haya una difusión extensa del trastorno y sus síntomas, en todos los ámbitos posibles (familiar, escolar, médico, psicológico, etc.), esto evitará en gran medida que las pacientes vayan de un especialista a otro, y facilitará la intervención precoz, colaborando a un mejor pronóstico.

Es alarmante saber que uno de los mayores temores de los jóvenes en México es el “subir de peso”, lo cual se encuentra entre sus 11 preocupaciones más grandes; éste miedo ocupa el octavo lugar, estando por encima de éste, el temor a perder un ser querido, contraer SIDA, el fracaso, la infidelidad de la pareja, consumo de drogas, embarazo no deseado y la muerte (Segunda Encuesta Nacional de Jóvenes, 2002).

Los jóvenes poseen un alto nivel de preocupación por su apariencia debido a que las expectativas que tienen son mucho más altas de lo que eran antes. Socialmente el cuerpo es más importante por cuestiones de *apariencia y aceptación* que de salud; el hacer ejercicio constante se realiza con el único fin de lucir delgados. Los trastornos alimenticios se han detectado mucho más, en niños muy pequeños, que comienzan a hablar de la preocupación por su cuerpo, y el no querer ser “gordos”, entendiendo de ésta palabra “algo feo”, malo y oscuro, de ahí que hoy en día más que en otras épocas, la gordura sea vista como un ícono negativo y de fealdad en contraste con la delgadez que se percibe como “lo ideal” (Barriguete En: Segunda Encuesta Nacional de Jóvenes, 2002).

De lo anterior se deriva la necesidad de trabajar arduamente en la elaboración y difusión de programas de Prevención de la Anorexia Nerviosa. Las campañas de prevención deben de estar enfocadas en tres sectores: la familia, la escuela y los medios de comunicación; uno de los objetivos en éste último rubro consiste en hacer que la industria de la moda y los medios masivos de comunicación dejen de promover un cuerpo delgado como sinónimo de felicidad y bienestar, y más bien fomenten en la sociedad una imagen femenina más cercana a la realidad, la cual haga énfasis al nivel interno y no externo, tratándose de evitar que el cuerpo obtenga toda la atención del público y por lo tanto sea “cosificado”.

Si se colabora exhaustivamente en la difusión del ser humano como único e irreplicable, portador de una íntegra personalidad, compuesta por la asertividad, el autocuidado, las adecuadas

---

habilidades sociales y de comunicación, y el autoconocimiento, se podrán frenar en gran medida las terribles consecuencias de ésta invasión de los medios de comunicación en la frágil mente de los niños y jóvenes.

Como se ha dicho anteriormente las nuevas generaciones ya nacen con una predisposición y un sistema simbólico referente a la Anorexia Nerviosa, por tanto se debe trabajar arduamente en la construcción de un psiquismo "sano", que a la par con una cultura deportiva y de nutrición lleven a cada niño al óptimo desarrollo que se merece; si se ponen en práctica las propuestas preventivas antes citadas y se crean otras, se hará de éste país, y por que no... del mundo entero, un lugar más adecuado para vivir.



---

## Límitaciones y Sugerencias.

Al realizar ésta investigación me topé con una realidad a nivel institucional y nacional: “México, no tiene una cultura en investigación”; por lo mismo, se nos complica realizar trabajos de ésta índole.

En el Distrito Federal no contamos con investigación referente al tema de la Anorexia Nerviosa; no hay alguna institución que realice investigación con éste tipo de pacientes; no contamos con un trabajo que vaya más allá de una “terapia psicológica” como parte de un supuesto “tratamiento”; si a ésto le sumamos el hecho de que las instituciones son muy cerradas y de difícil acceso, tenemos un resultado bastante desagradable a nivel nacional; pues, cómo se le va a informar a la gente acerca del trastorno si no hay tal información.

Mientras las instituciones no realicen investigación al respecto del padecimiento seguiremos basándonos en información del extranjero realizada en gente de condiciones muy distintas a las nuestras y tendremos que seguir esperando hasta que ésta información pueda ser difundida y llegue a una gran población. Por lo anterior, propongo que en todas las escuelas se incluyan más materias del área de investigación sin importar el nivel escolar, pues si se le mantiene y/o fomenta a un niño de primaria el gusto y la inquietud por investigar, éste crecerá con un panorama más amplio (en todos los sentidos).

Se puede empezar ésta “cultura de la investigación” dejándo pequeños trabajos de investigación a niños de primaria sin que éstos trabajos se rigidicen, más bien que sean realizados sin premura ni reglas, que en éstas investigaciones los niños puedan expresar abiertamente sus inquietudes y sus “por qué´s”; y así, despejen sus dudas de forma creativa y dinámica; una vez ya familiarizado el niño con éstos trabajos y al pasar al nivel medio, que éstas investigaciones aumenten en grado de complejidad y así subsecuentemente al pasar de un nivel a otro, para que al llegar a la universidad o cursar otros grados, sea fácil cualquier proyecto de investigación para ellos y, como ya va a existir en ellos ésa cultura de la que se habla, haya muchos más investigadores “nacionales” de los que existen hoy en día. Éste aprendizaje se vería reflejado indiscutiblemente en el desarrollo general del país.

Si las instituciones que realizan investigación no se tornan flexibles en la divulgación y el fácil acceso a ésta, su trabajo no vale de mucho, pues lo que México requiere es difusión de información de calidad, la cual poco a poco se vaya filtrando en televisión abierta y radio (menciono principalmente éstos dos medios pues todos sabemos que: “en un hogar mexicano puede faltar el sustento pero no una televisión, de ahí el impacto que han ocasionado éstos “monstruos de la comunicación” al respecto de la Anorexia). Si la información se oculta y estigmatiza, mucha más gente padecerá algún trastorno alimenticio.

Se insta a las instituciones y a los investigadores a que coordinen esfuerzos para profundizar y sistematizar el estudio de la Anorexia Nerviosa, sobre la base de que la enfermedad comienza a tomar dimensiones cada vez más severas.

---

Es indispensable a nivel mundial, la elaboración de un instrumento de evaluación con base en cuestionarios que sin asignarle un mayor o menor peso a cada una de las teorías explicativas antes expuestas, lleve a la detección temprana del padecimiento. Desde el punto de vista médico ya existe un cuestionario llamado: "Eating Attitudes Test" que permite determinar la presencia de Anorexia Nerviosa pero, éste cuestionario no toma en cuenta elementos psicológicos individuales, familiares o sociales, que invariablemente están inmersos en el trastorno.

Siguiendo ésta línea de coordinar esfuerzos, estoy convencida que la Anorexia Nerviosa es una enfermedad multicausal y que de la misma forma debe ser tratada, pero una de las cosas que imposibilita el tratamiento interdisciplinario es el hecho de que cada una de las profesiones considera ser la mejor, y en su afán por serlo, hacen todo lo posible por defender su postura y dejan de lado al paciente, incluso egresados de la misma licenciatura se pelean entre sí, por el simple hecho de haberse formado en distintos institutos; éste, como ya se había mencionado, es uno de los objetivos de ésta investigación: "el que los profesionistas de diferentes áreas o corrientes filosóficas, psicológicas y sociales, al leer ésta investigación puedan darse cuenta que hay muchos puntos en común entre todas las escuelas psicológicas, sociológicas y médicas, y que sólo uniendo fuerzas y conocimientos, se logrará frenar y tratar éste y otros trastornos alimenticios".

La diversidad no separa, "une"; pues si cada médico, psicólogo, trabajador social, etc. que trate éste padecimiento aporta "algo" de su conocimiento y técnica "personal" al trabajo con éstos pacientes, se enriquecería de gran magnitud la información que se tiene sobre la Anorexia Nerviosa, su detección, evaluación, diagnóstico, e intervención.

Propongo que los psicoterapeutas que hacen labor con pacientes anoréxicas formen un "Asociación de Psicoterapeutas en contra de la Anorexia" en la cual realicen sesiones informativas entre ellos para comunicarse los avances que existen en relación al trastorno, comentar el desarrollo e intervención que llevan con sus pacientes para que haya una retroalimentación entre cada uno; que todos dejen de lado su posición ideológica y la grandiosidad atribuída a ésta, para que estén abiertos a escuchar sin juzgar, a aportar sus conocimientos en forma sana, e intentar técnicas nuevas aún cuando no comulge su postura ideológica-formativa con lo propuesto; pues no hay "la" terapia para la Anorexia Nerviosa; ya que ninguna escuela psicológica ha demostrado ser mejor o peor que la otra en el tratamiento de la enfermedad.

Por último quiero dar sugerencias en cuanto a investigación posterior a ésta, y proponer un Modelo para tratar el trastorno alimenticio que nos incumbe.

El modelo propuesto es el siguiente:

Como primer paso se interviene médicamente, con el objetivo de subir a la paciente de peso y detectar conductas y pensamientos nocivos, hasta aquí deben coordinarse médicos, nutriólogos, enfermeras, trabajadores sociales, y terapeutas cognitivo-conductuales, realizando "la fase de salvamento" (reavivar a la paciente); la paciente debe asistir a pláticas informativas de

---

temas diferentes a la Anorexia (para captar su atención en algo ajeno a su cuerpo) y cuando ya se encuentre mejor de salud, comenzar con la terapia de grupo (iniciando gradualmente la socialización directa). Sus padres, familiares y gente cercana deben comenzar con las asesorías (ésto con el fin de empapar a dichas personas en el padecimiento y cobrar en ellas conciencia de la importancia en el apoyo para su conocido; éstas asesorías sirven también para despejar dudas y dar comentarios). Las pacientes que denoten mejoría en la terapia de grupo y que sus padres asistan constantemente a éste y lo trabajen adecuadamente, podrán iniciar una terapia familiar (con el fin de comenzar a reestructurar vínculos familiares, roles, comunicación, etc); una vez que hayan cumplido los objetivos en dicha terapia, es el momento adecuado para que la paciente entre a un psicoanálisis (ya que el análisis profundo e individual de su problemática será el “sellador” en la misma). En todo el tiempo de recuperación la paciente forzosamente debe estar inscrita mínimo a dos talleres “extras” los cuales desarrollen su iniciativa e ingenio, y la mantengan “ocupada” (cine, cerámica, lectura, etc.; éstos talleres se “obligan”, con la finalidad de que las pacientes se perciban útiles y con capacidad de crear algo “bello”).

Una vez que la paciente se haya rehabilitado y se maneje *sin recaídas* en sus “salidas a casa”, se da de alta, llevándola con ella un seguimiento de por lo menos dos años (por e-mail, correo aéreo, visitas domiciliarias, visitas por parte de las chicas a la institución, etc). (Aunado a lo aquí propuesto, aconsejo manejar actividades, talleres, conferencias, etc., que hayan dado resultado en las diferentes instituciones que asisten éste trastorno; por lo mismo, reitero la importancia de que los profesionistas se mantengan en contacto, dejándola un tanto de lado los intereses personales e institucionales).

El esquema terapéutico pluridimensional que sugiero no se deriva de un conjunto de medidas prácticas, sino que es *consecuencia directa* de la información que *he obtenido a lo largo de la investigación*, y por eso cuenta con la posibilidad de adaptarse a las distintas necesidades de cada paciente.

La eficacia de un tratamiento se mide por la tasa de curación lograda, y ésta a su vez, debe compararse con la frecuencia de remisiones espontáneas, además de la duración del tratamiento hasta la desaparición máxima de la sintomatología y la estabilidad del restablecimiento. No se debe olvidar que cualquier valoración del resultado de un tratamiento debe enfrentarse con el problema de definir qué es la salud o qué puede considerarse psíquicamente “normal”; de ahí, el volver a insistir en la pronta comunión de teorías y profesiones para tener criterios diagnósticos y de intervención más reales y eficaces.

Se que ésta propuesta puede sonar a “utopía”, pues la pronta y sincera comunión de varias opiniones es difícil y habría muchos problemas a la hora de poner en práctica lo acordado, pero hoy día más que en otras décadas no se puede trabajar aisladamente un problema que abarca tangiblemente todas las esferas del hombre (como la Anorexia Nerviosa). Hay muchas enfermedades psiquiátricas (y no psiquiátricas) que se tratan únicamente en el plano fisiológico ya que el psicológico *es incierto*, ésto habla de la enorme necesidad que existe en nuestra área para aportar información real y concreta a infinidad de cuestionamientos familiares y sociales.

---

El tratamiento de la Anorexia Nerviosa exige un manejo interactivo de diversas técnicas terapéuticas, médicas y sociales, para abordar de ésta forma todas y cada una de las esferas de la vida de la pacientes sin dejar alguna fuera, la cual pueda dar pauta a que el trastorno tenga fuga. Si “atacas” el problema desde *todos* los ámbitos *posibles*, no tendrá escapatoria y se rendirá.

Algunos temas que se podrían investigar en relación a la Anorexia Nerviosa son los siguientes:

- Indagar más sobre el vínculo madre-hija como génesis de la Anorexia Nerviosa.
- Hacer un análisis transgeneracional en la vida de las pacientes anoréxicas.
- Cuál es la importancia del Padre en la familia anoréxica.
- Hacer “Historias de vida” en las pacientes anoréxicas.
- Investigar a profundidad la “presión social” en el género femenino como causa de la Anorexia Nerviosa.
  - Analizar los sueños de pacientes anoréxicas.
  - Relación del “role femenino” y factores de riesgo alimenticio en personas homo y heterosexuales.

En fin, hay un sin número de temas de investigación en torno al trastorno que nos incumbe, todos interesantes y no menos importantes uno del otro; así que, cualquier tema que deseen escoger será útil para entender más acerca de la Anorexia Nerviosa.

---

## Directorio de Instituciones dedicadas a la Orientación y/o Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación.

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Vasco de Quiroga # 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, 14080. México, D.F.  
Teléfonos: 55731200 55730611. Fax: 56551076.  
Correo Electrónico: [inns@quetzal.innsz.mx](mailto:inns@quetzal.innsz.mx).  
Sitio Web: [www.innsz.mx](http://www.innsz.mx).
- Instituto Nacional de Psiquiatría: Ramón de la Fuente;  
*Clinica de Trastornos de la Conducta Alimentaria*  
Calz. México Xochimilco # 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370. México, D.F.  
Teléfonos: 56552811.  
Sitio Web: [www.impcdsm.edu.mx](http://www.impcdsm.edu.mx).  
Coordinación de Salud Mental de la Secretaría de Salud.  
Teléfonos: 55958139 55955740.
- Avalon, Centro de Tratamiento para la Mujer  
Bosques de Reforma # 758, Col. Bosques de las Lomas, Miguel Hidalgo, 11700, México, D.F.  
Teléfonos: 52458322 52458323  
Paseo de Lomas Altas # 16, Col. Lomas Altas, Miguel Hidalgo, 11950. México, D.F.  
Teléfonos: 55701195 52598165  
Correo electrónico: [informacion@avalon.com.mx](mailto:informacion@avalon.com.mx) ó [fundacion@avalon.com.mx](mailto:fundacion@avalon.com.mx).  
Sitio Web: [www.avalon.com.mx](http://www.avalon.com.mx)
- Eating Disorders México  
Clínica precursora en México para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos alimenticios.  
Paseo de las Palmas # 751-1002, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, 11000. México, D.F.  
Teléfonos: 55703052 55400493  
Correo electrónico: [clinica@eatingdisorders.com.mx](mailto:clinica@eatingdisorders.com.mx)  
Sitio Web: [www.eatingdisorders.com](http://www.eatingdisorders.com)

- 
- **Clínica Juvan-Ellen West**  
Creada en 1995, se especializa en prevención y tratamiento de los trastornos alimenticios  
Paseo de las Palmas # 745-805, Col. Lomas de Chapultepec. Miguel Hidalgo, 11000.  
México, D.F.  
Teléfonos: 55205242 55400233  
Correo electrónico: [informes@juvanellentwest.com](mailto:informes@juvanellentwest.com)  
Sitio Web: [www.juvan-ellenwest.com](http://www.juvan-ellenwest.com)
  - **GENS de México, S.C.**  
Río San Angel # 66-1, Col. Guadalupe Inn. Alvaro Obregón, 01020. México, D.F.  
Teléfonos: 56611917 56619664  
Sitio Web: [www.gensmexico.org.mx](http://www.gensmexico.org.mx)
  - **Comedores Compulsivos Anónimos**  
Eugenia # 272, Col. Narvarte, Benito Juárez, 03020. México, D.F.
  - **Instituto Milton H. Erikson de la Cd. de México**  
Miguel Laurent # 15-Bis, tercer piso. Col. del Valle, Benito Juárez, 03100. México, D.F.  
Teléfonos: 55591877 55752315 Fax: 5592554.  
Correo electrónico: [ericksmh@ivm.com.mx](mailto:ericksmh@ivm.com.mx)
  - **Fundación CBA (Comedores Compulsivos, Bulimiy Anorexia)**  
Fundada en 1993. tratamiento gratuito a laa personas que lo necesiten  
Shakespeare # 15, Piso 9. Col. Anzures, Miguel Hidalgo, México, D.F.  
Teléfonos: 55452138

*Otras Instituciones:*

- Hospital 20 de Noviembre del ISSTE.
- Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM (C.U.)
- Fundación Nacional para el Estudio y Tratamiento de las Adicciones, A.C.





## Bibliografía.

Abraham, S. *Anorexia y Bulimia: desordenes alimenticios*; tr. Schofield, D. Ed. Alianza. Madrid. 1994.

Ackerman, N. *Psicoterapia de la Familia Neurótica*. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1969.

Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Masson 4ª edición. Barcelona. 1983.

Bachar, E. *Contributions of self psychology to the treatment of Anorexia and Bulimia*. American Journal of Psychotherapy 52(2). 1998. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bakan, R. *The role of zinc in anorexia nervosa: Etiology and treatment*. Med. Hypotheses. 1975. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Balint, M. *The basic fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock Publications. Londres. 1968.

Baravalle, J. Y Vaccarezza. *Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica*. Ed. Paidós. España. 1993.

Barbosa, F. A., *Aproximaciones Cognitivo-Conductuales*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 2001.

Behar, A. *Roles genéricos y Anorexia Nerviosa*. Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina, 38(2). 1992. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bertalanffy, L. Von. *Teoría General de Sistemas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1986.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. *Terapia Familiar Sistémica de Milán; diálogos sobre teoría y práctica*. Amorrortu Editores. Buenos Aires Argentina. 1989. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bowlby, J. *The nature of child's tie to his mother*. International Journal Psycho-Anal. 1968.

Brabendery, V., Fallon, A. *Models of impatient group psychotherapy*. APA Washington D.C. 1993. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bruch, H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*, Cambridge, Mass., Harvard University Press. 1978.

- Bruch, H. *Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa*. Psychological Medicine. 1962.
- Caparros, N., Sanfeliau *La Anorexia: una locura del cuerpo*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1997. Ceaser, M., *The role of maternal identification in four cases of anorexia nervosa*, Bulletin of the Meninger Clinic 41(5): 475-487. 1977. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Carlson, J., Sperry, L., Lewis, J. A. *Family therapy. Ensuring Treatment Efficacy*. Brooks/Cole Publishing Company, California U.S.A. 1997. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Chinchilla, M. A. *Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Ed. Ergon. Madrid. 1994.
- Crispo, R., Figueroa, E. Y Guelar, D. *Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Ed. Gedisa. 1996.
- David M. Garner, Paul E. Garfinkel. *Handbook of treatment for eating disorders*. Segunda edición, Nueva York, 1997. Duker, M., y Slade, R. *Anorexia y Bulimia*. México: Limusa. 1995.
- Duker, M., y Slade, R. *Anorexia y Bulimia*. México: Limusa. 1995.
- Erikson, Erik. *Infancia y sociedad*. Ed. Hormé. 2ª edición. Buenos Aires. 1966.
- Feinstein, S.C. Y Sorosky, A. D. *Trastornos en la alimentación: Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa*. Nueva Visión. Buenos Aires. 1988.
- Feixas, G. *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción*. Paidós. 1993.
- Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat. 1982.
- Freud, S. *Normality and pathology in childhood*. International Universities Press. Nueva York. 1965.
- Freud, A. *El Psicoanálisis y la crianza del niño*. Ed. Paidós. 1ª reimpresión. Barcelona. 1980.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York. Brunner / Mazel. 1982.
- Garner, D., & Garfinkel, P., *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa*. En: David M. Garner., Paul, E. *Handbook of treatment for eating disorders*. Edited 2ª edition. N.Y. 1997.
- Givre, P. *El rostro desfigurado por los ojos*. Revista Semestral Temática acerca de Psicoanálisis, Psicopatología y Ciencias Humanas. 1997. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Goldman, H. Howard. *Psiquiatría General*. Ed. Manual Moderno. 2ª edición. México. 1989.

- González, S. G., Anorexia Nerviosa. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1996.
- Guillemont, A., Laxenaire, M; tr. Rodríguez. M. A. *Anorexia y Bulimia: el peso de la cultura*. Barcelona 1994.
- Gull, W. Anorexia Nervosa (apepsia hysterical) *British Medical Journal*. 527-528. 1874.
- Glauber, P. *Dysautomatization: a disorder of preconscious ego functioning*. *International Journal Psycho-Anal.* Pags. 48, 89. 1968.
- Haley, J. *Terapia para resolver problemas*. Ed. Amorrontu. Buenos Aires. 1980. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Halmi, K.A. *Treatment of anorexia nervosa: a discussion*. *Journal of Adolescent Health Care*. 4, 47-50. 1983.
- Hibert, G. y Hibert, O. *El apetito de su hijo*. Ed. Planeta. 1ª edición. Barcelona. 1980.
- Hoffman, L. *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. FCE. México. 1987.
- Hogan, C. C. *Anorexia versus Bulimia*. En C. P. Wilson, C. C. Hogan e I. L. Mintz (comps.), *Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Ed. Aronson. Nueva York. 1983.
- Jones. D. J., Fox, M. M., Babigan, H. M. Y Hutton, H. E. *Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe Country, New York, 1969-1976*. *Psychosomatic Medicine*. 1980.
- Kernberg, O. F. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Ed. Aronson. Nueva York. 1975.
- Kreisler, L. *La anorexia mental del lactante*. En: S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soule., (Eds.) *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente*. España: Biblioteca Nueva. 1990.
- Kerstenberg, E., Kerstenberg, J. y Decobert, S. *La faim et les corps*. París: Presses Universitaires. 1972. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Klein, M. *Envidia y Gratitude*. Ed. Nova. Buenos Aires. 1960.
- Kohut, H. *The Analysis of the Self*. New York: International University. Press. 1971. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Kramer, S. A discussion of the paper by John Sours. *The anorexia nervosa syndrome*. *International Journal Psycho-Anal.* Pags. 55, 557. 1974.
- Lacan, J. *Seminario sobre la relación de objeto, 22 de Mayo de 1957*.

- Lasser, L. I., *Anorexia nervosa in children*. American Journal. Ortho-psychiat. 1960. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- León, G. R. y Finn, S. *Sex-role stereotypes and development of eating disorders*. En: Widom, C. S. (ed.) *Sex roles and psychopathology*. Nueva York: plenum. 1984.
- León, G. R. *Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa, bulimia*. Lexington; Lewis. 1983.
- López, M. C. *Imágen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo...*, Universidad Salesiana. 2000. México.
- Mahler, M. *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. Ed. Joaquín Mortiz. México. 1972.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. (DSM-IV). 1995.
- Martínez de Bagattini, C. *Cuerpo, Tiempo y Recuerdos en la Anorexia Nerviosa*. Montevideo, Uruguay. 1995. <http://uyweb.com.uy/psychemet/revista/anorexia.htm>.
- Masterson, J. *Primary Anorexia Nervosa, in Borderline Personality Disorders*. Hartocollis. De: IUP New York. 1977.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.
- Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa Mexicana, S.A. 3ª edición. México. 1986.
- Minuchin, S. *Calidoscopio familiar*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1985.
- Nasio, J. *Cinco lecciones sobre Jaques Lacan*. Gedisa. 1995.
- Navarro, G.J. *Técnicas y programas en terapia familiar*. Ed. Paidós. España. 1992.
- Novoa, B. J. *Mi hijo no quiere comer*. Ed. Diana. 16ª impresión. México. 1994.
- Ortíz, J. G., *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 2002.
- Piaget, J. *Seis estudios de psicología*. Ed. Ariel. 3ª reimpresión. Barcelona. 1989.
- Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Raich, R. M. *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide. 1994.
- Raimbault, G. y Eliacheff, C. *Las indomables: Figuras de la Anorexia*. Buenos Aires: Nueva Vision. 1991.

- Risen, S. E. *The psychoanalytic treatment of an adolescent with anorexia nervosa*. *Psychoanalytic Study of the Child* 37: 433-459. 1982. Wilson, C. P. *The fear of being fat and anorexia nervosa*. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9: 233-255. 1982
- Sánchez y Gutiérrez, D. *Terapia familiar: modelos y técnicas*. Manual Moderno. México. 2000.
- Schwabe, A.D., Lippe, B.M., Chang, J., Pops, M. A. y Yager, J. *Anorexia nervosa*. UCLA Conference. *Ann. International Medical*. 1981.
- Selvini-Palazzoli, M. *Crónica de una investigación*. Ed. Paidós 1ª edición. Barcelona 1990.
- Selvini-Palazzoli. *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*; tr. Gentilevitale, J.C. Paidós. Barcelona. 1999.
- Selvini-Palazzoli, M. *Self Starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Nueva York. Jason Aronson. 1974.
- Soulé, M. En: *La clinique psychosomatique de l'enfant*. *Psychiat. Enfant*. 10/1, 157, 198. 1967.
- Sours, J. *The anorexia nervosa syndrome*. *International Journal Psycho-Anal.* pags. 54,125. 1974. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Sours, J. A., Caplan, G. y Lebovici, S. *La anorexia nervosa, nosología, diagnóstico, pautas de desarrollo y dinámica de poder y control, en psicología social de la adolescencia*, Ed. Paidós. Buenos Aires. 1973.
- Sperling, M. y Massing, A. *Anorexia Nervosa*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.
- Sperling, M. *Psychosomatic Disorders in Childhood*. Nueva York. Ed. Aronson. 1978.
- Spitz, R. *A genetic field theory of ego formation*. International University Press. Nueva York. 1959.
- Stierlin, H. y Weber, G. *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. Ed. Gedisa. 1ª edición. Barcelona. 1990. Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós. Buenos Aires. 1975.
- Steiger, H. & Israël, M. *A Psychotherapy for Anorexia Nervosa*. *Journal of Clinical Psychology / In Sesión*, 55(6). 1999.
- Strober, M. y cols. *A controlled family study of anorexia nervosa*. *Journal of psychiatric research*, 19. 1981. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.
- Swift, W. J., Andrews, D., Barkiarage, N. E. *The relationship between affective disorders and eating disorders*. A review of the literature. *American Journal Psychiatry*. 1986.



Taipale, V., Larkio-Miettinen, K., Valanne, E. H., Moren, R y Aukee, M. *Anorexia nervosa in boys*. Psychosomatics. pag. 240. 1972. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Tannenhaus, N. *Anorexia y Bulimia*. Ed. Plaza & Jones. 1ª edición. Barcelona. 1995.

Thomä, H. *Anorexia nervosa*. Berna; Hans Huber, Stuttgart; Ernest Klett. pag. 11-14; 1961. En: Pruneda Huidobro, Elsa. *Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Toro, J. *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Ed. Ariel. Barcelona. 1996.

Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. *Influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento*. V. Mediterranean Congress of Social Psychiatry. 1985.

Toro, J y Vilardell, E. *Anorexia nerviosa*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

Vandereycken, W. y Meerman, R. *Anorexia nervosa: is prevention posible*. International Journal of Psychiatry in Medicine. 1984.

Wadsworth, B.J. *Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo*. Ed. Diana. 1989.

Waldstreicher, J. *Anorexia nervosa presenting as morbid exercising*. Lancet. I. 1985.

Whitaker, C. y Napier, A. *El crisol de la familia*. Ed. Amorrontu. Buenos Aires. 1982.

Wilson, C. P. *The fear of being fat and anorexia nervosa*. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 9: 233-255. 1982.

Wilson, C. P. *Fat phobia as a diagnostic term to replace a medical misnomer: anorexia nervosa*. American Academy of Child Psychiatry. 1983a.

Winnicott, W. D. *Transitional Objects and Transitional Phenomena*. En: *Playing and Reality*. Basic Books. Nueva York. 1971.

Winnicott, W.D. *Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects*. International Journal Psycho-Anal. 1966.

Yellowlees, A. J. *Anorexia and Bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric simptomatology*. British Journal of Psychiatric. 1985.