

302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MÉXICO

INCORPORADA A LA UNAM

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

J  
20.

**RELACIÓN MADRE-HIJO E INFLUENCIA  
PSICO-SOCIO-CULTURAL COMO GÉNESIS  
Y CONSECUENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA**

**T É S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

**ELSA PRUNEDA HUIDOBRO**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. LAURA ROJAS HERNÁNDEZ.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

6565  
MÉXICO, D.F., 1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**- A mi querida madre Beatriz:**

Por su amor, cuidados y ternura de la que he sido objeto siempre, así como por impulsarme en la realización de mi carrera.

**- A mi esposo Leopoldo:**

Por su “invaluable” apoyo, amor, paciencia, ejemplo y sabios consejos brindados a lo largo de este camino y del que hemos recorrido juntos. ¡Muchas, muchas gracias!

**- A mis hermanos:**

Por alentarme a continuar mi formación.

**- A mi hermano Emilio:**

Por su confianza y ayuda brindadas durante este trayecto.

**- A la Lic. Laura Rojas Hernández:**

Por aceptar ser mi asesora de tesis, guiarme y apoyarme en este proyecto.

**- A mis maestros de la carrera:**

Por su dedicación y profesionalismo en la formación recibida.

**- A mis compañeras de la carrera:**

Por su compañerismo, solidaridad y amistad brindadas.



<b>Capítulo</b>	<b>2. Anorexia nerviosa.</b>	<b>57</b>
	2.1. Antecedentes.	57
	2.2. Definiciones.	58
	2.3. Etiología.	64
	2.3.1. Factores biológicos.	66
	2.3.2. Factores fisiopatológicos.	67
	2.3.3. Factores psico-socio-culturales.	69
	2.3.4. Factores familiares.	70
	2.4. Epidemiología.	71
	2.5. Signos y Síntomas.	73
	2.5.1. Rasgos de personalidad.	79
	2.6. Diagnóstico diferencial.	80
	2.7. Tratamiento.	82
	2.8. Pronóstico.	91
	2.9. Otros estudios.	94
	2.10. Bibliografía.	97
<b>Capítulo</b>	<b>3. La familia anoréxica.</b>	<b>104</b>
	3.1. La familia como un sistema.	104
	3.2. El modelo sistémico.	105
	3.3. La individuación dentro de las relaciones familiares.	107
	3.4. Patrones de disfunción familiar.	110
	3.4.1. Tensión emocional.	110
	3.4.2. Polarización y escalonamiento.	111
	3.4.3. La triangulación.	112
	3.4.4. La culpa.	114
	3.4.5. La comunicación.	115
	3.4.6. El liderazgo.	116
	3.4.7. Las alianzas.	117
	3.4.8. Disfunción de la identidad.	118
	3.4.9. Inmovilidad.	119
	3.4.10. Manejo de límites.	119

3.5. El perfil de los padres.	120
3.6. El credo familiar.	123
3.7. El rol de la familia en el curso de la enfermedad.	130
3.8. Configuraciones familiares.	135
3.9. Cómo es percibida la anoréxica por sus padres y cómo percibe ella a sus padres.	136
3.10. Personalidades de la anorexia.	136
3.10.1. Catalina de Siena. Doctor de la Iglesia.	137
3.10.2. Sissi. Emperatriz de Austria.	149
3.11. Bibliografía.	156
<b>Capítulo 4. La respuesta psico-socio-cultural.</b>	<b>159</b>
4.1. Antecedentes culturales.	159
4.2. Diferencias culturales.	162
4.3. La condición femenina.	164
4.3.1. La etapa adolescente.	166
4.3.2. El género femenino	168
4.3.3. La edad.	169
4.3.4. Niveles socioeconómicos.	169
4.4. Factores precipitantes.	170
4.4.1. Separaciones y pérdidas.	172
4.4.2. Situaciones personales.	174
4.4.3. La inanición.	175
4.4.4. Exceso de actividad física.	178
4.4.5. La fuerza de la publicidad.	179
4.5. Bibliografía.	183
<b>Capítulo 5. Metodología.</b>	<b>187</b>
5.1. Planteamiento del problema.	187
5.2. Objetivos.	187
5.2.1. General.	187

5.2.2. Particulares.	187
5.3. Definición conceptual	188
5.4. Procedimiento.	188
5.5. Tipo de investigación.	190
5.6. Diseño de investigación.	190
<b>Capítulo 6. Conclusiones.</b>	192
<b>Alcances y Limitaciones.</b>	194
<b>Glosario.</b>	196
<b>Bibliografía complementaria.</b>	204

## INTRODUCCIÓN

El tema central de este trabajo versa acerca del trastorno de ingesta llamado anorexia nerviosa. Consiste en la compilación de una buena parte de la información existente, que estudiosos e investigadores han aportado para dar a conocer sus teorías sobre este trastorno y asimismo analizarlas.

El objetivo principal es permitir apreciar en forma clara, sencilla y sistemática, la importancia de toda una gama de factores que hacen posible la aparición de dicho trastorno y el cual puede servir para prevenir o detectar en su oportunidad el nacimiento de los primeros signos y síntomas, principalmente partiendo de la etapa oral, dado que esta etapa constituye en buena parte la base de lo que pudiera ser una personalidad sana, que puede verse afectada en la etapa de la adolescencia y más aún, cuando el individuo se enfrenta a la masiva y agresiva fuerza publicitaria en la que estamos inmersos y que influye de manera significativa en el comportamiento alimenticio. También se toman en cuenta dentro de este análisis las investigaciones y aportaciones médicas dedicadas al tema.

El texto está constituido por seis capítulos. El primero de ellos, está dedicado a revisar la importancia que entrañan las relaciones objetales en la conducta alimenticia dentro del desarrollo psicológico del niño desde su nacimiento. Se trata de una fase en extremo importante, puesto que su desarrollo armonioso es el que condiciona los primeros contactos del lactante con el mundo. Para ello, se habla de los trastornos de la ingesta y de acuerdo al comportamiento infantil ante la alimentación, se señalan los tipos de anorexia que se presentan tanto en el primer semestre de vida como en el segundo. Asimismo, se exponen una serie de teorías de autores que se han abocado al estudio de dicho desarrollo por considerarlo en buena parte la base de la salud



mental y emocional para la formación de una personalidad sana o viceversa, durante la vida de un individuo.

Ofreciendo sus principales aportaciones, se revisaron algunas de las teorías de destacados autores que provienen de la Escuela Inglesa de Relaciones Objetales en Psicoanálisis, la cual se genera a partir de Freud y de sus seguidores. Entre estos investigadores se encuentran Melanie Klein, Michael Balint y Donald W. Winnicott. También se tomaron en cuenta las teorías de las Relaciones de Objeto procedentes de la Escuela Estadounidense, entre quienes sobresalen Margaret Mahler, Rene Spitz, Heinz Kohut y Erik Erikson.

Asimismo, se incluyen las teorías denominadas cognoscitiva y de fijación. En la primera de ellas su máximo representante es Jean Piaget y en la segunda John Bowlby. Por último se mencionan las aportaciones realizadas por investigadores de la talla de Salvador Minuchin y Mara Selvini-Palazzoli dentro del enfoque sistémico; así como también forma parte de este capítulo el modelo interpersonal de H. Bruch.

En el segundo capítulo se mencionan a algunos investigadores que se han dado a la tarea de definir dicho trastorno en forma científica. Presentando su etiología; es decir, las causas que lo originan, la epidemiología, signos y síntomas, los rasgos de personalidad que la mayoría de las jóvenes exhiben, su diagnóstico, tratamiento y diagnóstico a seguir; así como otros estudios de fechas recientes.

En el tercer capítulo se analizan los factores que se encuentran relacionados con el modelo de lo que pudiera definirse como una familia anoréxica. Destacados investigadores como Selvini-Palazzoli, Salvador Minuchin, Josep Toro, Eric Vilardell, Helm Stierlin, G. Weber entre otros ponen de manifiesto sus investigaciones y prácticas, mismas que nos

brindan una luz para conocer el tipo de conceptos que lleva a una familia anoréxica a comportarse como tal. El capítulo incluye dos historias de personajes que han tenido un papel destacado en la historia y que han sufrido de anorexia nerviosa en tiempos en los que no se sabía a ciencia cierta de dicho padecimiento. Ellas son Catalina de siena, Doctor de la Iglesia y Sissi, Emperatriz de Austria.

El cuarto capítulo está dedicado a exponer la mayoría de los factores psico-socio-culturales que ejercen una gran influencia en la población y que pueden desencadenar en algunos casos el trastorno de ingesta llamado anorexia nerviosa. sobre todo si se toma en cuenta que dicho trastorno es un problema mayoritariamente de índole femenino y que por lo general las mujeres son más comprometidas a la moda y la estética que impone la sociedad.

El quinto capítulo es el relativo a la parte metodológica del mismo, donde se encuentra el planteamiento del problema, los objetivos tanto el general como los particulares, el procedimiento; así como el tipo y diseño de investigación.

Este trabajo pretende ser un apoyo para todas aquellas personas que se interesan en esta rama de la psicología y especialmente en lo relativo a las enfermedades psicosomáticas; dado que una familia con un enfermo de esta naturaleza tiende a cambiar las pautas interaccionales dentro de su contexto provocando que toda la familia se vea afectada y sufra un desequilibrio emocional.

“El reconocimiento del objeto total está acompañado por el comienzo de un sentimiento de dependencia, y por lo tanto, de la necesidad de independencia. Asimismo, la percepción de la confiabilidad de la madre hace que esa misma cualidad surja en el niño”.

D.W. Winnicott.

## Capítulo I

### El Desarrollo del Niño en la Etapa Oral

#### 1.1. Antecedentes.

E. Kerstenberg, J. Kerstenberg, y S. Decobert (1) 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 (2) afirma que en estos 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 (3) 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 es una experiencia corporal; la experiencia de maldad, de mal, de malestar, también lo es"*. Partiendo de la base que por buena experiencia corporal se entiende sentir, en la 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.

---

(1) Kerstenberg, E., Kerstenberg, J. y Decobert, S. *La faim et les corps*. París: Presses Universitaires. 1972.

(2) Kohut, H. *The Analysis of the Self*. New York: International University Press. 1971.

(3) Selvini-Palazzoli, M. *Crónica de una Investigación*. Ed. Paidós. 1ª. Edición. Barcelona. 1990.

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 (4) 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 (3) 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 agrade 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.

(4). Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Masson. 4ª. Edición. Barcelona.1983.

(3). Selvini-Palazzoli. Op. Cit. pags. 159-161.

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 anoréxica 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 insiste 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 (5) ha sido otro de los investigadores que ha realizado estudios acerca de las relaciones de 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.

(5) Sours J. *The anorexia nervosa syndrome*. International Journal Psycho-Anal., pags. 54, 125. 1974.

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 (6) 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 Glauber (7) 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.

## 1.2. Trastornos de la ingesta.

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 no come nada, menganito se tarda mucho tiempo en comer lo que le doy, a perengano no le gusta la carne, se presentan frecuentemente. Las madres por lo regular suelen emplear amenazas, chantajes, regañíos 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.*

(6) Kramer, S. A discussion of the paper by John Sours. *The anorexia nerviosa syndrome. International Journal. Psycho-Anal.*, pags. 55, 577. 1974.

(7) Glauber, P. *Dysautomatization: a disorder of preconscious ego functioning. International Journal Psycho-Anal.*, pags. 48, 89. 1968.



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 conferieren 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. (8) 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.

(8) Novoa B. José. *Mi hijo no quiere comer*. Ed. Diana. 16a. impresión. México. 1994.

**b). Segundo grupo.** Son aquellos niños que comen suficiente cantidad, pero no los alimentos adecuados ni en los momentos oportunos. En este 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 un sarampión. La mayoría de las enfermedades suelen quitar el hambre. A este respecto Hibert y Hibert (9) 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 caprichoso, lo que comienza a alarmar a la madre que estima que su hijo necesita alimentarse para recuperar las fuerzas. 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.

---

(9) Hibert G. y Hibert O. *El apetito de su hijo*. Ed. Planeta. 1a. edición. Barcelona. 1980.

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 han 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 (9) hacen 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 cualquiera que sean sus disposiciones personales nada, ni siquiera una enfermedad infantil, podrá 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 ningún interés por él y ni siquiera podrá jugar con él.

---

(9). Hibert G. y Gibert O. Op. Cit. pags. 17-25.

El niño indican los autores, se sentirá igualmente frustrado ante el gran número de pequeñas exigencias, tales como el 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 las 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 destacan *"que esta 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 la 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 (8) que también es perjudicial 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 insostenible la espera, o de modo inverso, tener demasiado sueño en el momento de tomar sus alimentos para que los acoja complacido.

Hibert y Hibert (9) 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 no haber llegado nunca tarde a dar el biberón.

Incluso se puede decir que es normal, y aún más, saludable, 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.

(8) Novoa, B. J. Op. Cit. pags. 21-24.

(9) Hibert G. y Hibert O. Op. Cit. pag. 15

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 (9) observan otras conductas que presentan rasgos patológicos en el comportamiento alimenticio.

(9) Hibert, G. y Hibert, O. Op. Cit. pags. 28-30.

**1). Las rumiaduras:** Se detectan esos 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 alrededor. Si el niño suele repetir esta 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 atribuyen fácilmente a una alteración digestiva.

Por lo regular, suele 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 nunca 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 el 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 (4) 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, superprotectoras 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 terrero 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.

(4) Ajuriaguerra J. Op. Cit. pag 183

La autora, 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 regimen, 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 la autora, 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.

M. Soule (10) asevera, *"que las primeras formas de relaciones madre-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 satisfechos, 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"*. Anna Freud (11) distingue dos satisfacciones: la de saciar el apetito y la satisfacción erótica oral. *"En cuanto al hambre, en la fase narcisista el recién nacido oscila entre la tensión del hambre y la tensión satisfactora. Posteriormente la búsqueda de satisfacciones comenzará a tornarse hacia la comida, también fuente de placer. En la fase objetal llevará a su afecto hacia la madre que le proporciona el alimento"*.

(10) Soule, M. En: *La clinique psychosomatique de l'enfant*. Psychiat. Enfant. 10:1, 157, 198. 1967.

(11) Freud A. *La normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. de D. Widéocher. Gallimard. Paris 1965.

Por su parte, Melanie Klein (12) 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 frustración 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 contribuyen 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 imputa al pecho frustrador (el pecho malo).

---

(12) Klein Melanie. *Envidia y Gratitud*. Ed. Nova. Buenos Aires. 1960.

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 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 aumentan el temor de ser objeto de persecución y la angustia depresiva*".

Anna Freud (11) 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 una anorexia auténtica; ya que dice la autora "*el apetito entra comiendo*"

(11) Freud A. Op. Cit. pags. 76-80.

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 anoréxica misma no tardará en advertir; compasiva, se tornará 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.

Como se puede apreciar en lo anteriormente citado y tomando en cuenta que la anorexia nerviosa se desprende en gran parte de un mal comportamiento en el plano alimenticio desde el nacimiento, a continuación se presentan las teorías de algunos de los autores que se han abocado al estudio de las relaciones objetales en el desarrollo del niño en la etapa oral, señalando la importancia de dicho proceso.

### **1.3. Teoría de Relaciones Objetales en Psicoanálisis.**

**1.3.1. Sigmund Freud** (13) de origen austriaco y conocido como el padre del psicoanálisis propone que en su teoría, la personalidad de un recién nacido consiste en un solo componente operacional llamado "ello". Es este 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, esta 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.

(13) Freud, S. *Normality and pathology in childhood*, International Universities Press, Nueva York. 1965

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 y 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 brinden 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 éstos, entonces genera una angustia.

**1.3.2. Melanie Klein** (12) 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 de lo malo; lo interno de lo externo, de 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 los objetos internos, y la negación, la 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 y los impulsos y fantasías internas.

---

(12) Melame Klein. Op. Cit. pags. 135 y 136.



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 predice 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.

**1.3.3. Donald W. Winnicott,** (14) en su larga práctica como pediatra y psicoanalista es considerado sin duda el investigador más relevante dentro de la escuela inglesa.

(14) Winnicott, W. D. *Transitional Objects and Transitional Phenomena in Playing and Reality*, Basic Books, Nueva York, 1971.

Sus aportaciones a la teoría y la 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 un 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 esta área; en un extremo estaría la madre que no puede aproximarse y sentir a su bebé, y en el otro a 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 le 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. Winnicott define 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 al yo necesario, la madre, debido a sus propias ansiedades, no logra realizar su función de sensibilizarse a los requerimientos de omnipotencia de su 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.

**1.3.4. Michael Balint** (15) 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 temprana fase 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 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."*

(15) Balint, M. *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock Publications. Londres, 1968.

*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, inconsistente, fuera de tiempo, sobreestimulado 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.

#### **1.4. Teoría de las Relaciones de Objeto.**

**1.4.1. Margaret Mahler** (16) 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:

##### **1.4.1.1. 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.

(16) Mahler, M. *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*, Marymar, Buenos Aires. 1977.

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

Se inicia a partir del segundo mes, con una vaga conciencia del objeto satisfactor, 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.

#### **1.4.1.3. 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 reacercamiento; 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 reacercamiento 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 efectiva de objeto dependiendo ello 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 mayor o menor 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.

**1.4.2. Rene Spitz** (17) 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.

---

(17) Spitz, R. *A genetic field theory of ego formation*. International University Press. Nueva York. 1959.



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 aledaños 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.

Spitz 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 contigüidad 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.

**1.4.3. Heinz Kohut** (2) 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.

---

(2) Kohut, H. Op. Cit. pags. 14-26..

Para Kohut la libido narcisista (aquella que carga al self) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) tienen un desarrollo independiente y no son una consecuencia 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, al 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 consitituye un saludable impulso, necesario para la formación de una imagen propia positiva.

**1.4.4. Erik Erikson,** (18) psicoanalista alemán 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 empezó 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 mencionaremos 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.

(18) Erikson, Erik. *Infancia y sociedad*. Ed. Hormé. 2a. edición. Buenos Aires. 1966..

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 una 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 su 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 previsibles. 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 primera 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.

## 1.5. Teoría cognoscitiva.

**1.5.1. Jean Piaget** (19) más que un psicólogo infantil suizo y un destacado investigador de ciencias biológicas, se categorizó como un genético epistemológico (\*).

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.

---

(19) Piaget, J. *Seis estudios de psicología*. Ed. Ariel 3ª. reimpresión. Barcelona. 1989.

(\*) El término de genética se refiere al génesis o modo de desarrollo y epistemología a la teoría del conocimiento.

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 chupa 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 esta 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.

## 1.6. Teoría de la fijación.

**1.6.1. John Bowlby** (20) 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 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 este 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 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.

(20) Bowlby, J. *The nature of the child's tie to his mother*. International Journal Psycho Anal. 1958.



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 quien 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 llamó, "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 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. Cuanto más firme esté la conducta de la persona que lo cuida en la mente del niño, más separación podrá tolerar.

## 1.7. El enfoque sistémico.

1.7.1. S. Minuchin (21) 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:

(21) Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.

- 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.

**1.7.2. Selvini-Palazzoli** (3) 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.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pag. 158.

Seivini 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"*.

## **1.8. El modelo interpersonal.**

**1.8.1. H. Bruch** (22) es una entre los teóricos que elaboran el modelo interpersonal y trabaja desde el marco de referencia de las relaciones objetales. Entre los años de 1973 y 1982 la autora sostiene que el problema que subyace en la anorexia nerviosa es *"el del 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 esta temprana interacción se da de la siguiente manera: *"Cuando una madre narcisista impone sus propias pautas al bebé, impidiendo así su diferenciación, autorreconocimiento y formación de un esquema corporal que refleje la realidad y no posibilitando la adquisición de individualidad y la estructuración del 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 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 afuera, adquiriendo por esto un self mimético, falso.

(22). Bruch H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosom Med. pags. 187-194. 1962.

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 externas, 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 a la 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 merecer respeto"*.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra, J. *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Masson 4a. edición. Barcelona. 1983.

Balint, M. *The basic fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Tavistock Publications. Londres. 1968.

Bowlby, J. *The nature of the child's tie to his mother*. International Journal Psycho-anal. 1958.

Bruch, H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychological Medicine. 1962.

Erikson, Erik. *Infancia y sociedad*. Ed. Hormé. 2a. edición. Buenos Aires. 1966.

Freud, A. *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. de D. Widiöcher. Gallimard, Paris. 1965.

Freud, S. *Normality and pathology in childhood*. International Universities Press. Nueva York. 1965.

Glauber, P. *Dysautomatization: a disorder of preconscious ego functioning*. International Journal Psycho-Anal. pags. 48, 89. 1968.

Hibert, G. y Hibert, O. *El apetito de su hijo*. Ed. Planeta. 1a. edición. Barcelona. 1980.

- Kerstenberg, E., Kerstenberg, J. y Decobert, S. *La faim et les corps*. París: Presses Universitaires. 1972.
- Kohut, H. *The Analysis of the Self*. New York: International University Press. 1971.
- Klein, M. *Envidia y Gratitud*. Ed. Nova. Buenos Aires. 1960.
- Kramer, S. A discussion of the paper by John Sours. *The anorexia nervosa syndrome*. International Journal Psycho-Anal. pags. 55, 557. 1974.
- Mahler, M. *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*. Ed. Joaquín Mortiz. México. 1972.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.
- Novoa, B. J. *Mi hijo no quiere comer*. Ed. Diana. 16a. impresión. México. 1994.
- Piaget, J. *Seis estudios de psicología*. Ed. Ariel. 3a. reimpresión. Barcelona. 1989.
- Selvini-Palazzoli, M. *Crónica de una investigación*. Ed. Paidós 1a. edición. Barcelona. 1990.
- 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.

Spitz, R. *A genetic field theory of ego formation*. International University Press. Nueva York. 1959.

Winnicott, W. D. *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, en *Playing and Reality*, Basic Books. Nueva York. 1971

”Cuando se produce la muerte en casos de anorexia nerviosa de evolución catastrófica, hay que considerarla como un accidente y no como algo buscado por las pacientes. Recordemos que no rechazan totalmente la comida, como otros psicóticos, sino que la reducen hasta niveles absurdos”.

Selvini-Palazzoli.



## Capítulo 2

### Anorexia Nerviosa

#### 2.1. Antecedentes.

La Anorexia Nerviosa puede ser considerada como una moderna identidad clínica; como un complejo desorden tanto fisiológico como psicológico; ya que hace tan solo cien años tanto Gull como Lasègue en Inglaterra y Francia respectivamente reportaron su existencia, permaneciendo así en el pensamiento médico. Sin embargo, la primera información de la que se tiene dato del trastorno se debe al médico italiano Simón Porta en el año de 1500, quien dio la primera descripción de una niña de 10 años que dejó totalmente de comer. V. von Weizsäcker (1) al respecto comenta: *"el no comer nada no significa más que no querer vivir, y el no poder-querer tomar alimentos debe interpretarse como no poder-querer seguir viviendo"*.

Halmi (2) descubrió que en el siglo XIII en Hungría después de la invasión de ésta por los tártaros, que el rey Mela IV, había hecho la promesa de que si los mongoles abandonaban su país, consagraria a uno de sus hijos a Dios. Cuando nació su hija Margarita fue entregada a las monjas para su educación. (en los anales del Vaticano está la historia). Margarita fue canonizada por su vida de santidad. La descripción que se hace, corresponde a un caso de una paciente con anorexia nerviosa. Sus ayunos y trabajos corporales agotadores fueron considerados como sacrificios religiosos no exigidos por la orden.

(1) Weizsäcker, V. von. *Über Träume bei sogenannter endogener Magersucht*. Deutsche medizin. Wochenschr. 63, 253. 1957.

(2) Halmi, K. A. *Treatment of anorexia nervosa: a discussion*. Journal of Adolescent Health Care, 4, 47-50. 1983.

La propia superiora le decía frecuentemente que dejara de ayunar, pero Margarita llorando respondía que la dejaran hacer los sacrificios que se autoimponía. Hacía los trabajos del comedor y la cocina sin probar alimento. Cuando las monjas comían, ella se retiraba a rezar. Margarita murió a la edad de 26 años en un estado de demacración extrema.

## 2.2. Definiciones.

**E. C. Lasegue** (3) médico francés consideró que el inicio de la sintomatología era un desorden histérico en el tracto digestivo, con base en esta concepción llamó a la condición "*anorexia histérica*".

**Sir William Gull** (4) médico inglés que a su vez, definió este trastorno por primera vez en 1874; dándole el nombre de anorexia nerviosa en virtud de considerarla como "*un estado mental morboso de carácter hereditario, causado por trastornos del sistema nervioso central*". Describió como síntoma sobresaliente la extrema delgadez asociada con otros síntomas importantes como la amenorrea, constipación, pérdida de apetito, pulso y respiración lentos (bradicardia) y ausencia de patología somática.

**M. Simmonds** como médico patólogo, revolucionó la concepción de este desorden, cuando explicó "*que la causa era alguna deficiencia endócrina*". Reportó lesiones destructivas de la glándula pituitaria de una mujer emaciada que había muerto después de haber estado embarazada y dado a luz.

---

(3) Lasegue, C.H. *De l'anorexie hysterique*, *Archives of General Medicine*. pag. 385. 1873.

(4) Gull, W. *Anorexia nervosa (apepsia hysterical)*. *British Medical Journal*. pags. 527-528. 1873.

Después de esta publicación de Simmonds prácticamente todos los enfoques cambiaron, resultando una vaguedad en lo que se refería al diagnóstico de dicho trastorno.

Durante los años treinta se hicieron esfuerzos sistemáticos para distinguir el síndrome psicológico de anorexia nerviosa de la llamada enfermedad de Simmonds y una vez establecido que la primera era una enfermedad de origen psicológico surgieron diversas publicaciones con esta orientación pero sin restarle confusión.

**J. Lacan** (5) 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 en forma oral por estar moldeado por el complejo del destete, primera señal de la angustia de la separación-individuación.

**Masterson J.** (6) 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.

(5) Lacan, J. *Seminario sobre la relación de objeto*, 22 de Mayo de 1957.

(6) Masterson J. *Primary Anorexia Nervosa, in Borderline Personality Disorders*. Hartocollis ed, IUP New York 1977.

**Freud, Sigmund** (7) sostiene que *"la anorexia estaba relacionada con la melancolía y que se presentaba principalmente en jóvenes mujeres carentes de un adecuado desarrollo sexual"*.

A partir de la década de los sesentas surge la necesidad de diferenciar a la anorexia nerviosa de otros tipos inespecíficos de emaciación psicológica donde el significado simbólico de la función alimenticia en sí mismo es interpretado de una manera distorsionada y en ocasiones con una verdadera pérdida de apetito.

**H. Bruch** (8) 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 nutrimentos 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 pasaría a la etapa de operaciones abstractas, manteniéndose dentro de un estilo de pensamiento concreto, egocéntrico.

(7) Freud, S. *Normality and pathology in childhood*. International Universities Press. Nueva York. 1965.

(8) Bruch H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosom Medecinal. pags. 187-194. 1962.

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.

**Donald W. Winnicott** (9) relaciona a 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 amenazante, creando angustia de aniquilación, reviviéndose posteriormente en una etapa crítica de la vida en donde dicha sensación de vacío presenta el problema central*"

**M. Selvini-Palazzoli** (10) 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 malnutrición psicológica: considera que hay una combinación de conciencia y una obstinada determinación para adelgazar; además, de un intenso interés por la comida.

(9) Winnicott W. D. *Transitional Objects and Transition Phenomena*. en *Playing and Reality*, Basic Books, Nueva York. 1971.

(10) Selvini-Palazzoli. *Crónica de una investigación*. Ed. Paidós, 1a. edición. Barcelona. 1990.

Señala asimismo, "*que rechazar 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 cuerpo 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 sólo mantener a raya*" dice, es el fenómeno central de la anorexia nerviosa.

**M. Sperling** (11) considera que la anorexia no es una enfermedad psicosomática a pesar de que la incluye en su libro sobre enfermedades psicosomáticas por sus importantes síntomas físicos, pero señala que éstos 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 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** (12) juzga que el problema de la anorexia no radica en el instinto, sino en los impulsos.

(11) Sperling, M. y Massing, A. *Anorexia Nervosa*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.

(12) Thomä, H. *Anorexia nervosa*. Berna; Hans Huber; Stuttgart; Ernest Klett. pags. 11-14. 1961.

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 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"*.

**S. Minuchin** y cols. (13) ven a la anoréxica como *"un síntoma o manifestación de un sistema familiar que no funciona adecuadamente, específicamente en la relación del subsistema parental con la paciente"*.

(13) Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.

**El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas** (14), define a la anorexia nerviosa como *"la falta de apetito acompañada por una obstinación en no ingerir alimentos y que se observa en estados demenciales"*.

**American Psychiatric Association** (15) clasifica al síndrome anoréxico como un *"tipo inespecífico de esquizofrenia"*. Sin embargo desde el punto de vista psiquiátrico todavía se discute si el síndrome anoréxico se halla o no asociado regularmente con psicosis esquizofrénicas francas.

En la actualidad, escuchar el término anorexia nerviosa o mental, en el medio común todavía no es muy usual, aunque en el medio científico en los últimos años, se ha constituido un caso notorio desde el punto de vista interdisciplinario, pero aún en la etiología de dicho trastorno no resulta muy clara. Se discute, sin embargo, si en realidad la restricción de la ingesta es involuntaria, lo que resulta significativo ya que de ser voluntaria no se trataría de una verdadera anorexia.

### **2.3. Etiología.**

La etiología o patogenia del trastorno de ingesta llamado anorexia, 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 esta 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 histórico, sobre todo durante la larga época de J. Charcot (1890).

(14) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Ed. Salvat. 1980.

(15) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington D.C., Autor. 1980.



Sin embargo, a principios del siglo la mayoría de los autores la separan de la gran neurosis o bien suponen la existencia de una anorexia histérica distinta de la anorexia nerviosa. De hecho los psicoanalistas clásicos insisten en la evitación de la sexualidad. Consideran a la autodesnutrición como rechazo del deseo de embarazarse, y al hecho de rehusarse a comer como una reacción de la conducta a las fantasías de la fecundación oral; Ajuriaguerra (16). Anteriormente, en el capítulo 1, ya se citaron las referencias hechas por los teóricos del enfoque psicoanalítico al respecto.

Otro enfoque lo constituyen los teóricos que han estudiado las relaciones objetales. Éstos han insistido en la alteración de las relaciones entre madre e hija como la causa primaria (\*). Consideran la lucha característica por la autonomía con dominar los conflictos que acompañan el proceso de separación-individuación. Los déficit cognoscitivo y de percepción que acompañan a la anorexia nerviosa, como deformación de la imagen corporal puede originarse también en alteraciones del desarrollo temprano de la infancia.

Según el trabajo de Bourgeois (17) acerca de la vivencia corporal de las anoréxicas, señala que estas pacientes *"presentan unos límites desviados, mal definidos, frágiles y deformes, lo que las hace especialmente vulnerables"*. El resultado de ello dice, radica en que *"los límites entre mundo interior y mundo exterior están mal definidos"*.

En los últimos años los teóricos de los sistemas familiares sostienen que la anorexia nerviosa es resultado de disfunciones en las interacciones familiares.

(16) Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Masson. 4a. edición. Barcelona. 1983.

(\*) Ver teorías del Capítulo 1.

(17) Bourgeois, Ph. *Les limites de L'image du corps dans l'anorexie mentale*. These, Geneve. Ed. Médecine et Hygiène. 1971.

Se considera que la niña que desarrolla anorexia nerviosa se le ve como un medio de preservar el estado de las cosas haciendo que la familia se conserve entrelazada, 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 (10) *"la paciente señalada se encuentra atrapada en una 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"*.

**2.3.1. Factores biológicos:** Para Swift y cols. (18) 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 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.

(10) Selvini-Palazzoli, M. Op Cit. pag. 192.

(18) Swift W. J., Andrews, D., Barkiarage, N. E. *The relationship between affective disorder and eating disorders. A review of the literature.* American Journal Psychiatry. 1986.

**2.3.2. Factores fisiopatológicos:** La mayoría de las pacientes que sufren de anorexia nerviosa 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; Crisp (19).

La baja de peso no siempre es una razón para acudir al médico. Sin embargo, se encuentran otros tipos de trastornos que sí dan lugar al cuadro anoréxico, tales como: amenorrea, estreñimiento, vaginismo y frigidez, insomnio, hinchazón; así como debilidad muscular, tetania y calambres; Waldstreicher (20). Incluso existen también tanto fenómenos secundarios a tratamientos inadecuados como el abuso de diuréticos, laxantes y eméticos; así como la práctica de ejercicios mórbidos.

El aspecto físico externo también se ve afectado; ya que la piel aparece seca y agrietada y con una recubierta de lanugo, pelusa o vello muy fino parecido al que presentan los recién nacidos; Schwabe y cols. (21). Su aspecto es marchito y envejecido con un talante triste. Se encuentra en las palmas de las manos y en las de los pies una coloración amarillenta producida por acumulación de carotenos, que en estas zonas es más intensa debido a la retención de carotenoides concentrados por las glándulas sebáceas; McLaren (22).

(19) Crisp, A.H. *Some skeletal measurements in patients with primary anorexia nervosa*. Journal of Psychosomatic Research. 1969.

(20) Waldstreicher, J. *Anorexia nervosa presenting as morbid exercising*. Lancet. 1. 1985.

(21) Schwabe, A.D., Lippe, B.M., Chang, J., Pops, M.A. y Yager, J. *Anorexia nervosa*. UCLA Conference. Ann. Int. Med. 1981.

(22) McLaren, D.S. En Colom, A., *Atlas of nutritional disorders*. Wolfe Medical Publications Ltd., Londres. 1981.

Las manos y los pies están generalmente fríos y presentan en ocasiones una cierta cianosis quizá provocada por una vasoconstricción generalizada, y que tiende a manifestarse en zonas tales como la nariz y las orejas, donde la piel es más delgada. Las uñas también se ven afectadas, éstas se tornan quebradizas; además, no es difícil que se produzca la caída del cabello; Toro y Vilardell (23).

Otro de los sistemas que se ve gravemente alterado es el digestivo. Aquí las manifestaciones gastrointestinales de las anoréxicas presentan un cuadro de vaciado gástrico disminuido y un decremento en la motilidad intestinal que producen sensación molesta de hinchazón y flatulencia y que con frecuencia se acompaña de dolor abdominal y estreñimiento. El malestar antes mencionado las induce a emplear todo tipo de laxantes para controlar y aliviar esos síntomas; Herzog y Copeland (24).

La alteración en los minerales también constituye un factor de riesgo; ya que un déficit de zinc repercute en las siguientes manifestaciones: hipoglucemia, hipoosmia, anorexia, retraso de la pubertad, depresión, etc. Los requerimientos diarios de este mineral se estima durante la infancia de unos 5 a 10 mg. y de 15mg. en la adolescencia y en la edad adulta. La absorción gastrointestinal neta para algunos minerales es diferente, esto es, que mientras el magnesio, el calcio y el fósforo tienen una absorción de un 50% para el zinc es menor, cifrándose en un 33% lo que podría estar aún más disminuido en las anoréxicas por la ingestión de alimentos ricos en ácido fólico. Bakan (25) atribuye al déficit de zinc un papel etiológico en la anorexia nerviosa.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. *Anorexia nerviosa*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

(24) Herzog, D. B. y Copeland, P. M. *Medical progress in eating disorders*. New English Journal of Medicine. pag. 313. 1985.

(25) Bakan, R. *The role of zinc in anorexia nervosa: Etiology and treatment*. Med. Hypotheses. pag. 731. 1975.

Concluye diciendo, que una buena respuesta terapéutica podría ser la administración de suplementos de zinc en pacientes anoréxicas. Asimismo, se especula que su deficiencia podría tener un papel importante en la perpetuación o mantenimiento de este cuadro.

**2.3.3. Factores psico-socio-culturales:** 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, mismos que ha ocasionado un incremento en la incidencia de desórdenes de la conducta de 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 y Vilardell (23).

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 (26).

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pag. 113.

(26) Tannenhaus, N. Anorexia y Bulimia. Ed. Plaza & Jones. 1a. edición. Barcelona. 1995.

#### 2.3.4. Factores familiares:

Existen factores que revelan antecedentes de una familia orgánica y psicosomáticamente enferma con una sensibilidad y vulnerabilidad a presentar trastornos digestivos permanentes, hecho que hace que la paciente cuide en extremo 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 la idea de que la comida es un problema de familia; Tannenhaus (26). En el siguiente capítulo, se harán más extensivos los factores familiares.

---

(26) Tannenhaus, N. Op. Cit. pag. 52.

## 2.4. Epidemiología:

El principio de la anorexia nerviosa ocurre durante la adolescencia. Existen estudios significativos como los realizados por Garner y Garfinkel (27) que muestran porcentajes altos en pacientes ubicados dentro de un contexto social alto, a veces serán muchachas extremadamente mimadas; en otros casos, hijas únicas, existiendo una gran relevancia en comparación a las clases sociales de núcleos más bajos.

Las restricciones alimenticias comenzarán a raíz de un choque emocional o de evidentes conflictos psicológicos. En opinión de L. I. Lesser (28), 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.

Para J. Laboucarie y otros (29), no existe una clara relación cronológica en la mayor parte de los casos entre el suceso y el origen, salvo en las llamadas formas reactivas. Las estadísticas actualmente revelan que en el mundo occidental existen alrededor de 30 a 40 jóvenes de cada 100,000 que sufren anorexia nerviosa cada año, y los estudios prospectivos indican que las cifras van en aumento para los siguientes años; ubicándose éste como un problema no sólo fisiológico y psicológico sino también de índole social, como señala Toro J. (23).

(27) Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York. Brunner/Mazel 1982.

(28) Lesser, L. I. Asenden, B. J., Debuskey, M. y Elsenberg, L. *Anorexia nervosa in children*. American Journal. Ortho-psychiat. 1960.

(29) Laboucarie, J., Rascol, A., Karkous, E., Queritet, M.C. y Philip, B. *L'anorexia mentale, données résultant d'une expérience clinique et thérapeutique de 173 cas* Rev. Méd. Toulouse. 1966.

(23). Toro, J. Op. Cit. pag. 117

La anorexia nerviosa también ocurre en hombres, pero esto es más raro. M. Haguenaу y C. Koupernik (30) coinciden en afirmar que su relativa frecuencia oscila entre un 3 y un 20%, originándose en la adolescencia, al igual que en las muchachas. Fuera de la amenorrea, no parece haber trastorno somático, metabólico o endócrinos propios de la anorexia en ninguno de los dos sexos.

Sin embargo, en algunos casos, 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.

V. Taipale y cols. (31) 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 ayudarle 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.

(30) Haguenaу, M. y Koupernik, C. *Anorexia mentale masculine: a propos de deux observations personnelles*. Revue de la litterature. Rev. Neuropsychiat. infant. 1964.

(31) Taipale, V., Larkio-Miettinen, K., Valanne, E. H., Moren R. y Aukee, M. *Anorexia nervosa in boys*. Psychosomatics. pag. 240. 1972.



Existen autores que le han conferido importancia a la predisposición de ciertos componentes constitucionales. Coinciden en señalar que la anorexia puede producirse en niñas de una especial constitución fisiológica: las de "*morfología miniatura*" H. Baruk, de morfología ectomórfico; R. Debré (32), asténicas y longilíneas poseedoras del tipo leptosómico de J. Carrier y E. Kretschmer (33). Por su parte H. Thomä (12) considera que hasta contraer la enfermedad los pacientes son normales en cuanto a talla, peso y aparición de las reglas, piensa que en ellas no existe un hipogonadismo constitucional básico.

## 2.5. Signos y Síntomas:

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.

(32) Debré, R. Mozziconacci, P. y Doumic, A. *Etude psychosomatique de l'anorexie nerveuse*. Sem. Hop. Paris. 1950.

(33) Carrier, J. y E. Kretschmer. *L'anorexie mentale des adolescents*. Aspects cliniques et thérapeutiques actuels. Journal Med. Lyon. 1963.

(12) Thomä, H. Op. Cit. pag. 11.

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 (34). Aparentemente, las personas anoréxicas adoptan una conducta desafiante de manera obstinada y ardientemente independiente. Insisten en que son felices, percatados por completo de su estado y totalmente capaces de cuidarse por sí mismos.

Pero por debajo, están abrumados 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 (8) pero lo cierto es que la anorexia nerviosa supone un pedido a gritos de atención y paradójicamente, mayor control sobre la propia vida; Tannenhaus (26).

A menudo se quejan de malestar epigástrico, 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.

---

(34) Goldman, H. Howard. *Psiquiatría General*. Ed. Manual Moderno. 2a. edición. México. 1989.

(8) Bruch, H. Op. Cit. pag. 745.

(26) Tannenhaus, N. Op. Cit. pag. 50.

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

Estas personas expresan a menudo miedo a convertirse en adultos, puesto que esto significaría hacerse responsables de las relaciones interpersonales y sexuales. Cuando se enfrascan 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 anorexia nerviosa son rasgos obsesivo-compulsivos o histriónicos, ansiedad, perfeccionismo, hipochondriasis y depresión; Goldman (34).

Toro y Vilardell (23) 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 sobrepeso, 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 eso es lo que perciben los demás, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido y deseado a la vez, la expectativa de una posible hospitalización, todos y cada uno de estos ejemplos llevan a un mismo resultado: mantener y aumentar la ansiedad.

(34) Goldman, H. Op. Cit. pag. 479.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pags. 44 y 45.

Yellowless (35) 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 (23) 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. Este 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; este 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. Pero eso, probablemente, no es posible debido al persistente reforzamiento sociocultural del enjuiciamiento negativo que la anoréxica hace de sí misma.

---

(35) Yellowless, A. J. *Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology*. British Journal of Psychiatry. 1985.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pags. 49-51.

Diariamente, la anoréxica se enfrenta al estímulo fóbico, a unos tamaños/volumenes 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 (23) 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 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.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pag. 52.

En los estudios realizados por Du Bois (36) en 1949, éste denominó a la anorexia nerviosa como "*neurosis de compulsión con caquexia*" y Smart, Beaumont y George (37) confirmaron 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 (27) se verificó mediante el Cuestionario de Obsesiones de Leyton, que las anoréxicas no diferían de los neuróticos obsesivo-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.

(36) Du Bois, F. S. *Compulsion neurosis with cachexia. (anorexia nervosa)*. American Journal of Psychiatry. 1949.

(37) Smart, D.E., Beaumont, P.J.V. y George, G.C.W. *Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry. 1976.

(27) Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. Op. Cit. pag. 152..

Lo cierto es que la anoréxica presenta permanentemente síntomas depresivos. Un estudio realizado por Cantwell y cols. (38) 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 Yellowlees (35) en el año de 1985 determina a través del 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.

**2.6.1. Rasgos de personalidad:** La reacción 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 la personalidad, Goldman (34) 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 falla 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 del 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.

(38) Cantwell, D.F., Sturzenberger, S., Burroughs, J. y cols. *anorexia nervosa: an affective disorder?*. Archives of General Psychiatry. 1977.

(35) Yellowlees, A. J. Op. Cit. pags. 648-652.

(34) Goldman, H. Op. Cit. pag. 478.

De acuerdo al criterio de Bruch (8) 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.

## 2.6. Diagnóstico diferencial.

De acuerdo al criterio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV, (DSM-IV) (39), éste le confiere a la anorexia nerviosa las siguientes características:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de progestagenos).

(8) Bruch, H. Op. Cit. pags. 187-194.

(39) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. 1995.



Sin embargo, hay que considerar el hecho de que existan 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 inmuno deficiencia 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 estos trastornos por lo regular no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más, así como una hiperactividad que caracterizan a las pacientes de anorexia nerviosa. El síndrome de la arteria mesentérica superior, caracterizado por vómitos pospandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico, debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este 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 este trastorno no tienen deseos de adelgazar ni miedo a ganar peso. También le 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 (39).

---

(39) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Op. Cit. pag. 557.

## 2.7. Tratamiento.

En el siglo pasado y especialmente Charcot (1890) (40), 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 esa 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 Sargant (41) proponen un tratamiento hospitalario, guardando cama permanente 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.

(40) Charcot, J.M. *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie*, en *Oeuvres complètes*, t III. Paris. Lecronier et Babé de. pags. 243-246. 1890.

(41) Dally, P. J. y Sargant, W. *Treatment and outcome of Anorexia Nervosa*. Brit. Med. J., 1966.

Desde que Bachrach y cols. (42) 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. (43) se basa 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 período 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 período 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 período 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.

---

(42) Bachrach, A. J., Erwin, W. J. y Mohr, J. P. *The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques*. En Ullman, L.P. y Krasner, L., (eds): *Case studies in behavior modification*. Nueva York: Holt. 1965.

(43) Halmi, K. A., Powers, P. y Cunningham, S. *Treatment of anorexia nervosa with behaviour modification: effectiveness of formula feeding and isolation*. *Archives of General Psychiatry*. 1975.

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 Sidney (44), 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 la técnicas empleadas en este tipo de trastorno lo constituyen los tratamientos psicoterápicos. Si por psicoterapia se entienden aquellos procedimientos destinados a modificar determinadas características anómalas de un paciente a través de la palabra, del lenguaje.

---

(44) Touyz, S. W., Beaumont, P. J. V. y Glan, D. *A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa*. *British Journal of Psychiatry*. 1984.

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 en 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; Hsu (45).

Sin embargo, Toro y Vilardell (23) 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?. Wulliemer (46) 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 métodos conductuales obtuvo un aumento de peso tres veces superior. Sin embargo, no se realizó un estudio de seguimiento.

(45) Hsu, L. K. G. *The treatment of anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1986.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pag. 213.

(46) Wulliemer, F. *Anorexia nervosa: commitment to a multifaceted treatment program*. Psychosomatics. 1975.

Garner y cols. (27) 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 (45) 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 relativamente directivo, bastante interpretativo, cuya finalidad es sustituir las pautas disfuncionales de interacción por otras más higiénicas y que utiliza 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.

(27) Garfinkel, P. E. y Garner, D. Op. Cit. pag. 138.

(45) Hsu, L. K. G. Op. Cit. pag. 230.

Dada la rápida evolución y progresiva flexibilización de los procedimientos conductuales, se ha dado lugar a la llamada terapia conductural 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 (47) 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 (10) propone la psicoterapia individual y posteriormente la psicoterapia familiar, ya que la primera debe 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 que puedan surgir durante el tratamiento.

(47) Fundudis, T. *Anorexia nervosa in a pre-adolescent girl: a multimodal behaviour therapy approach*. Journal of Child Psychiatry. 1986.

(10) Selvini-Palazzoli. Op. Cit. pag. 193.

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 psicoanalista. Sin embargo, para Bruch (8), 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 (10) 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 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.

(8) Bruch, H. Op. Cit. pags. 187-194.

(10) Selvini-Palazzoli. Op. Cit. pag. 193.



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.

Bourgeois (17) sugiere la posibilidad de que mediante una relajación psicotónica, que es como se sabe, un método psicoterápico basado en la relajación y en sentir el cuerpo se logren avances al respecto. Por su parte, Laboucarié y cols. (29) que emplean el electroshock y la quimioterapia con psicoterapia directa o como apoyo, señala que *"los resultados son positivos y, al menos en un 80% de los casos, tienen una curación aparente o una importante mejoría; los resultados a largo plazo dependen fundamentalmente de la psicología básica del sujeto"*.

Winnicott (48) 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.

(17) Bourgeois, Ph. Op. Cit. pag. 534.

(29) Laboucarié, J. Rascol, A. Karkous, E., Queritet, M. C. y Philip, B. Op. Cit. pags. 193-210.

(48) Winnicott, W. D. *Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects*. International Journal Psycho-Anal. 1966.

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 (49) insiste en que cualquier interpretación que se dirija al paciente psicossomático 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 psicossomática 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 (50).

También 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 y Vilardell (23). En opinión de E. Kerstenberg y cols. (51) 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.

---

(49) Manfredi, T. S. *Algunas consideraciones acerca del tratamiento psicoanalítico de los pacientes psicossomáticos*. Rev. de Psico. 1975.

(50) Dupont M. Marco A. *La práctica del psicoanálisis*. Ed. Pax México. 1a. reimpresión. México. 1989.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pag. 207.

(51) Kerstenberg, E. *L'anorexie mentale: approche psychanalytique*. Rev. Méd. psychosom. Paris. 1968.

Ninguna de ellas merece, dicen los autores, el calificativo de "*prevalencia beneficiosa*"; no obstante creen poder afirmar que, en los casos especialmente serios, cerrados, el psicodrama psicoanalítico parece brindar mayores ventajas precisamente por los desplazamientos transferenciales que comporta 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 comprometida su identidad con ciertas experiencias; Ajuriaguerra (16).

## 2.8. Pronóstico.

Al determinar un posible pronóstico, no queda clara la significación de la edad tomada ésta 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 (52) 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.

(16) Ajuriaguerra, J. Op. Cit. pag. 199.

(52) Martin, F. E. *The treatment and outcome of anorexia nervosa in adolescents: a perspective study and five year follow-up.* Journal of Psychiatric. 19, ½ 509-514. 1985.

Se encontró que el 76% se hallaban en un estado calificado de excelente o bueno, el 16% presentaban trastornos o seguían en tratamiento y el 8% habían recaído. Es así como y Garner y Garfinkel (27) encuentran que la edad temprana en el inicio de la anorexia es un factor de buen 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. (19) 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 ésta está asociada a bulimia y vómitos; Garner y Garfinkel (27).

Hsu y cols. (45) 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.

(27) Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. Op. Cit. pag. 174.

(19) Crisp, A. H., Kalucy, R. S., Lacey, J. H. y Harding, G. *The long-term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of outcome.* En Vigorsky, R. (de) *Anorexia nervosa*, Nueva York: Raven Press. 1977.

(27) Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. Op. Cit. pag. 175.

(45) Hsu, L.K.G., Crisp, A. H. y Harding, B. *Outcome of anorexia nervosa.* *Lancet*, 1, 65-66. 1979.

Asímismo Morgan y cols. (53) sostienen que la hostilidad de la familia hacia el o la paciente es causa de mal pronóstico.

De acuerdo al criterio de Rollins y Blackell (54), 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 (23) 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, hará bien recordar las palabras de William Gull (4) 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"*.

(53) Morgan, H.G. y Russel, G.F.M. *Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients.* Psychological Medicine, 5. 355-371. 1975.

(54) Rollins, N, y Blackwell, A. *The treatment of anorexia nervosa in children and adolescents.* Stage of child psychol Psychiat, 1968.

(23) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pags. 225.

(4) Gull, W. Op. Cit. pag. 527.

## 2.9. Otros estudios.

North, C., Gowers, S. y Byram, V. (55) 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 (56) evaluaron el impacto sobre las relaciones familiares a través del Sistema de Terapia de 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 intuición.

---

(55) North, C., Gower, S. y Byram, V. *Family functioning in adolescent anorexia nervosa*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Manchester, Prestwich. *British Journal Psychiatry*, 167 (5) pags. 673-8. 1995.

(56) Robin, A. L., Siegel, P.T. y Moye, A. *Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict*. Wayne State University School of Medicine, Michigan, USA. *Int J Eat Disord*. 17 (4) p313-22. 1995.

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 impactan las relaciones familiares.

Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahalman, B., Mattejat, F. y Remschmidt, H. (57), 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) Comparado 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 reducido, 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.

---

(57) Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahlmann, B., Mattejat, F., Remschmidt, H. *Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa*. Clinic for Child and Adolescent Psychiatry of the Philipps. University Marburg, FRG. Eur Child Adolescent Psychiatry. pags. 18-24. 1996.

Tobin DL, Molteni AL y Elin MR. (58) afirman que los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa desarrollan estos desórdenes en su adolescencia y en la década de sus veintes. Algunas pacientes desarrollan desórdenes alimenticios a la edad de sus treintas, 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 miembros familiares; (2) Ajuste relativamente enfermizo tanto profesional como marital (considerando dificultades posteriores), caracterizado por: (3) hipomanía, borrachera de comida, obesidad enfermiza; (4) 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.) y (5) 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.

---

(58) Tobin, D.L., Molteni, A.L y Elin, M.R. *Early trauma, dissociation, and late onset in the eating disorders*. Eating Disorders Program, Baystate Medical Center. Springfield, MA. USA. International Journal Eat Disord. pag. 305-8. 1995.



## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Masson 4a. edición. Barcelona. 1983.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). Washington, D.C., Autor. 1980.
- Bachrach, A. J., Erwin, W. J. y Mohr, J. P. *The control eating behaviour in an anorexic by operant conditioning techniques*. En Ullman, L.P. y Krasner, L. (eds): *Case studies in behaviour modification*. Nueva York: Holt. 1965.
- Bakan, R. *The role of zinc in anorexia nervosa: Etiology and treatment*. Med. Hypotheses. 1975.
- Bourgeois, Ph. *Les limites de l'image du corps dans l'anorexie mentale*. Thèse, Genève. Ed. Médecine et Hygiène. 1971.
- Bruch, H. *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychological Medicine. 1962.
- Cantewell, D. P., Sturzenberger, S., Burroughs, J. y cols. *Anorexia nervosa: an affective disorder?*. Archives of General Psychiatry. 1977.
- Carrier, J. *L'anorexie mentale des adolescents*. Aspects cliniques et thérapeutiques actuels. Journal Medical Lyon. 1963.
- Crisp, A. H., Kalucy, R. S., Lancey, J. H. y Harding, B. *The long-term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of outcome*. En Vigersky, R. (de.): *Anorexia nervosa*. Nueva York: Raven Press. 1977.

- Charcot, J. M. *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie*. en Oeuvres complètes. t. III. Paris Lecronier et Babé de. pag. 243. 1890.
- Dally, P. J. y Sargant, W. *Treatment and outcome of Anorexia Nervosa*. British Medical Journal. 1966.
- Damlouji, N. F. y Ferguson, J. M. *Three cases of posttraumatic anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1985.
- Debré, R., Mozziconacci, P. y Doumic, A. *Etude psychosomatique de l'anorexie nerveuse*. Sem. Hop. Paris. 1950.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Ed. Salvat. 1980.
- Du Bois, F. S. *Compulsion neurosis with cachexia (Anorexia nervosa)*. American Journal of Psychiatry. 1949.
- Dupont, M. Marco A. *La práctica del psicoanálisis*. Ed. Pax México. 1a. reimpresión. México. 1989.
- Freud, S. *Normality and pathology in childhood*. International Universities Press. Nueva York. 1965.
- Fundudis, T. *Anorexia nervosa in a pre-adolescent girl: a multimodal behaviour therapy approach*. Journal of Child Psychiatry. 1986.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York. Brunner/Mazel. 1982.
- Goldman, H. Howard. *Psiquiatría General*. Ed. Manual Moderno. 2a. edición. México. 1989.
- Gull, W. *Anorexia nervosa (apepsia hysterical)*. British Medical Journal. pags. 527-528. 1873.

- Haguenau, M. y Koupernik, C. *Anorexia mentale masculine: a propos de deux observations personnelles*. Revue de la littérature. Rev. Neuropsychiat infant. 1964.
- Halmi, K. A. *Treatment of anorexia nervosa: a discussion*. Journal of Adolescent Health Care. 4, 47-50. 1983.
- Halmi, K. A., Powers, P. y Cunningham, S. *Treatment of anorexia nervosa with behaviour modification: effectiveness of formula feeding and isolation*. Archives of General Psychiatry. 1975.
- Herzog, D. B. y Copeland, P. M. *Medical progress in eating disorders*. New English. Journal of Medicine. pag. 313. 1985.
- Hsu, L. K. G. *The treatment of anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1986.
- Kerstenberg, E. *L'anorexie mentale: approche psychanalytique*. Review Medical Psychosom. Paris. 1968.
- Laboucarie, J., Rascol, A., Karkous, E., Queritet, M. C. y Phillip, B. *L'anorexie mentale, données resultant d'une experience clinique et thérapeutique de 173 cas*. Review Médical. Toulouse. 1966.
- Lacan, J. *Seminario sobre la relación de objeto*, 22 de Mayo de 1957.
- Lasegue, C. H. *De l'anorexie hysterique*, Archives of General Medicine. pag. 385. 1873.
- Lasser, L. I., Asenden, B. J., Debuskey, M. y Elsenberg, L. *Anorexia nervosa in children*. American Journal. Ortho-psychiat. 1960.
- Manfredi, T. S. *Algunas consideraciones acerca del tratamiento psicoanalítico de los pacientes psicósomáticos*. Rev. de Psico. 1975.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. (DSM-IV). 1995.

Martín, F.E. *The treatment and outcome of anorexia nervosa in adolescents: a perspective study and five year follow-up.* Journal of Psychiatric, 19, 509-514. 1985.

Masterson, J. *Primary Anorexia Nervosa, in Borderline Personality Disorders.* Hartocollis. de, IUP New York. 1977.

McLaren, D. S. En Colom, A. *Atlas of nutritional disorders.* Wolfe Medical Publications, Ltd. Londres. 1981.

Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.

Morgan, H. G. y Russel, G. F. M. *Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four years follow-up study of 41 patients.* Psychological Medicine, 5, 355-371. 1975.

North, C., Gower, S. y Byram, V. *Family functioning in adolescent anorexia nervosa.* Department of Child and Adolescent Psychiatry. University of Manchester. Prestwich. British Journal Psychiatry. pags. 173-178. 1995.

Robin, A. L., Siegel, P. T. y Moye, A. *Family versus individual therapy for anorexia impact on family conflict.* Wayne State University School of Medicine. Michigan, USA. International Journal Eat Disord. pags. 313-322. 1995.

Rollins, N. y Blackwell, A. *The treatment of anorexia nervosa in children and adolescents.* Stage of child psychol Psychiat. 1968.

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.

Smart, D. E., Beaumont, P. J. V. y George, G. C. W. *Some personality characteristics of patients with anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry. 1976.

Sperling, M. y Massing, A. *Anorexia nervosa*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.

Swift, W. J., Andrews, D., Barkiarge, 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.

Tammenhaus, N. *Anorexia y Bulimia*. Ed. Plaza & Jones. 1a. edición. Barcelona. 1995.

Thomä, H. *Anorexia nervosa*. Berna; Hans Huber, Stuttgart; Ernest Klett. pags. 11-14. 1961.

Tobin, D. L., Molteni, A. L. y Elin, M. R. *Early trauma, dissociation, and late onset in the eating disorders*. Eating Disorders Program. Baystate Medical Center. Springfield. MA. USA. International Journal Eat Disord. pags. 305-308. 1995.

Toro, J y Vilardell, E. *Anorexia nervosa*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

Touyz, S. W., Beaumont, P. J. V. y Glan, D. *A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry. 1984.

Waldstreicher, J. *Anorexia nervosa presenting as morbid exercising*. Lancet. I 1985.

Weizsäcker, V. von. *Über Träume bei sogenannter endogener Magersucht*. Deutsche Medizin. Wochensch. 63, 253. 1957.

Wewetzer, C., Deimel, W., Herpertz-Dahlmann, B., Matthejat, F. y Remschmidt, H. *Follow-up investigation of family relations in patients with anorexia nervosa*. Clinic for Child and Adolescent Psychiatry of the Philipps. University Marburg, FRG. Eur Child Adolescent Psychiatry. pags. 18-24. 1996.

Williemer, F. *Anorexia nervosa: commitment to a multifaceted treatment program*. Psychosomatics. 1975.

Winnicott, W. D. *Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects*. International Journal Psycho-Anal 1966.

Winnicott, W. D. *Transitional Objects and Transitional Phenomena, en Playing and Reality*, Basic Books. Nueva York. 1971.

Yellowlees, A. J. *Anorexia and Bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology*. British Journal of Psychiatric. 1985.

Ella misma soñaba con morirse desde la más temprana adolescencia. Decía:  
*“Me escaparé como el humo por una pequeña abertura en el corazón...”*

**Sissi, Emperatriz de Austria.**

**“No se puede, de un día para el otro, desconocer el hambre, no necesitar más nada ¡es falso!. Es un entrenamiento, una meta: ya no ser como los demás, ya no ser esclavo de esa exigencia material, ya no sentir ese lleno en el medio del vientre, ni esa falsa alegría que ellos experimentan cuando el demonio del hambre los tironea. Tengo la impresión de que esa regla lleva hacia otro mundo, limpio, sin desperdicios, sin inmundicias, donde nadie se mata, porque allí nadie come”.**

**Catalina de Siena.**

## Capítulo 3

### La familia anoréxica

#### 3.1. La familia como un sistema.

Una de las formas más adecuadas 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 (1), biólogo alemán, quien en 1940 hizo un llamado al enfoque multidisciplinario y global de los fenómenos para analizarlos en su interrelación.

Él define a la familia como *"un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción"*. La familia dentro de este 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 tienen una relación jerárquica con unidades mayores y menores.

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 integró 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 a cabo sus funciones.

(1) Bertalanffy, L. *Von Teoría General de Sistemas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1986.



Una persona es indudablemente un subsistema y como tal puede ser específicamente considerado. Cada hogar tiene una forma única de organizarse en estas subunidades, las que pueden desarrollarse con base en el sexo, la generación, los intereses o las tareas que realizan.

Un sistema, dice, *"debe tener una estructura para sobrevivir y para cumplir sus metas y funciones"*. Para Minuchin (2), 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 e intensidad de las relaciones y el clima de sentimientos que existe en ellas"*.

### **3.2. El modelo sistémico.**

Dentro de este 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 sus estudios clínicos de la familia con un paciente anoréxico las características predominantes de la interacción familiar; donde Selvini-Palazzoli (3) ve a la paciente con anorexia nerviosa como una manifestación patológica del sistema en el que se halla inserta.

(2) Minuchin, S. *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa Mexicana, S.A. 3a. edición. México. 1986.

(3) Selvini-Palazzoli M. *Crónica de una Investigación*. Ed. Paidós. 1a. edición. Barcelona. 1990.

En este tipo de familias sostiene la autora, *"hay fallas en torno a la resolución de conflictos, no se presentan liderazgos claros, se opera por coaliciones ocultas y con un espíritu de auto-sacrificio"*. Minuchin (2) agrega a esta serie de características propias de la interacción familiar, *"la sobreprotección, la fusión o unión excesiva entre sus miembros, la incapacidad para resolver problemas, la enorme preocupación por mantener la paz o evitar conflictos; así como una rigidez extrema"*. Afirma Selvini, *"la homeostasis familiar se rompe constantemente por el uso de intervenciones paradójicas"*. La paciente dice la autora, *"toma su rol (o le es adjudicado) como sacrificio y una vez que esto ocurre, el síntoma es mantenido por procesos circulares causales"*.

En cuanto a Minuchin y cols. (4) 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. Las familias psicósomáticas asegura el autor, *"se hallan 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"*.

(2) Minuchin, S. Op. Cit. pag. 89.

(4) Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978..

Estas familias dice, parecen totalmente normales, la típica familia en la que sus miembros son buenos vecinos y no se querellan con nadie; Minuchin (5).

### 3.3. La individuación dentro de las relaciones familiares.

Stierlien (6) 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 de 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, los previsibles tanto 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:

(5) Minuchin, S. *Calidoscopio familiar*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1985.

(6) Stierlin, H. y Weber, G. *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. Ed. Gedisa. 1a. edición. Barcelona. 1990.

*"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".*

Sólo 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 este 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 (7).

Con 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.

(7) Kerpel, M. :

*con. from fusion to dialogue. Family process 1976*

Asimismo, señala Stierlin (9) los padres deberán reducir la complejidad del mundo para el hijo, en tanto sea necesario, comunicándole reglas, expectativas y valores claros y coherentes. A la vez, sin embargo, deben permitir que el niño delimite 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. Minuchin (2) 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. Obviamente señala Stierlin, esto se evita si el deseo de autoafirmación y el derecho a ella se combinan con una disposición y capacidad de empatía con los puntos de vista y los intereses de la otra parte o partes, y exhiben una tendencia hacia el acuerdo y la flexibilidad.

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.

---

(6) Stierlin, H. Op. Cit. pag. 31.

(2) Minuchin, S. Op. Cit. pag. 95.

### 3.4. Patrones de disfunción familiar.

Así como 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 una serie de procesos que son generadores de conflictos y dificultades. Estos procesos aunque indispensables pueden desembocar en descomposición o desintegración. Para definirlos más claramente destacados autores exponen sus ideas al respecto y refieren una serie de factores como generadores de la disfunción familiar.

#### 3.4.1. Tensión emocional.

Basados en sus investigaciones, Whitaker y Napier (8), 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 parecieran tener 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 condiciones 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.

(8) Whitaker, C. y Napier, A. *El Crisol de la Familia*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1982.

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 el desarrollo tanto físico como mental en uno 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 esperaría solidaridad y cooperación. Un ejemplo de estas 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 reproducidos por los individuos de esta generación.

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

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

El siguiente proceso, dicen los autores, suele ser muy común dentro del sistema familiar: una persona provoca a otra, quien a su vez ofrece una retaliación propia y ello induce un contra-ataque 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 estas partes se ubica en posiciones cada vez más extremas, han sido comunmente 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 éste 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. Estos círculos viciosos en que los problemas están inmersos necesitan romperse para permitir la liberación y evolución de los sistemas que están estancados.

### **3.4.3. La triangulación.**

Varios autores han definido el triángulo como la unidad básica de todo sistema. Jay Haley (9) 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.

(9) Haley, J. *Terapia familiar para resolver problemas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1980.



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

Minuchin (2) también describe cuatro formas en que este triángulo puede manifestarse (ver figura 1).

a). Cada progenitor demanda que un hijo tome partido por él en contra del otro, colocándolo en un conflicto grave de lealtades.

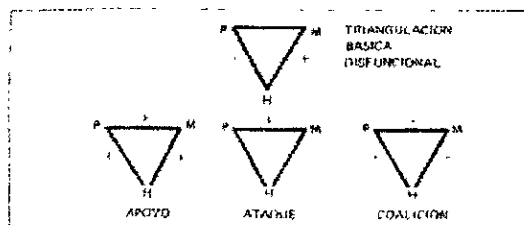
b). Los padres se unen en una aparente armonía para proteger un hijo enfermo.

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.

Figura 1. Triangulaciones familiares.



(2) Minuchin, S. Op. Cit. pag. 100.

### 3.4.4. La culpa.

Whitaker y Napier (8) 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 nuevos conceptos desarrollados por la teoría de sistemas se ha podido mostrar como 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"*.

Por su parte, Selvini-Palazzoli (3) 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.

(8) Whitaker, C. y Napier, A. Op. Cit. pag. 104.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pag. 194..

### 3.4.5. 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 aceptamos que toda conducta es un mensaje, es imposible no comunicarnos. 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 nadie. 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 el modo en que se define en la relación. Habitualmente lo contradice. Es como si cada miembro de la familia reaccionará al mensaje del otro de la siguiente manera: *"Rechazo el contenido de lo 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 (3).

Sin embargo, en general, 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.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pag. 151.

Por lo regular, estas 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.

### 3.4.6. El liderazgo

Minuchin (2) 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 (3) nos lleva a lo que en opinión de Minuchin representa el problema del liderazgo en el modelo de la familia anoréxica, modelo que presenta una característica más de estos padres; dada la dificultad que tienen para asumir en primera persona dicho liderazgo dentro de la familia.

De un modo absolutamente típico afirma el autor, *"cada uno de los padres siente la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro"*.

---

(2) Minuchin, S. Op. Cit. Pag. 96.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pag. 189.

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 señalada, también ella se ha sacrificado en aras de los demás, tal como lo exige la regla explícita de la familia (\*).

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

A juicio de Selvini-Palazzoli (3), el juego de las alianzas representa el problema central y el más grave en las familias con paciente anoréxico. 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 tienen 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.

(\*) Ver apartado 3.6. de este mismo capítulo.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pags. 190 y 191.

Este arreglo funciona bastante bien para los padres, pero no para la hija a quien, 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 una 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.

#### **3.4.8. Disfunción de la identidad.**

Whitaker y Napier (8) señalan que especialmente en periodos de crisis surge en toda familia una amplia simbiosis, en la que todos los miembros se toman muy dependientes con miedo a perder el apoyo. Si bien esta 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 esta 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 autónomamente.

---

(8) Whitaker, C. y Napier, A. Op. Cit. pag. 101.

### **3.4.9. 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 percibiendo la renovación de uno de sus 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 y Naiper (8).

### **3.4.10. Manejo de límites.**

De acuerdo a las características y propiedades antes mencionadas que poseen este tipo de familias, Minuchin (2) 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, la distancia disminuye y los límites se esfuman.

---

(8) Whitaker, C. y Napier, A. Op. Cit. pag. 122.

(2) Minuchin, S. Op. Cit. pag. 90.

La diferenciación del sistema familia dice el autor, se hace difusa y como consecuencia de esto, la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros.

### **3.5. El perfil de los padres.**

Stierlin y Weber (6) 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 superándola 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 y se pune y atormenta mediante una negativa radical y coherente a comer, con lo que avergüenza a todas sus predecesoras.

---

(6) Stierlin, H. y Weber, G. Op. Cit. pags. 37 y 38.



A la vez, se muestra interminable e infatigablemente preocupada por el bienestar psicológico y sobre todo, físico de los demás miembros de la familia, para los cuales a menudo compra alimentos o cocina con mayor devoción.

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, cabe prever que 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 a 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 de 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 debe ganar el pan y es en general responsable del status social y la seguridad económica de la familia.

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, Rosman y Baker (4), 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.

También 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 y Weber (6).

En el seno familiar, las relaciones entre los padres juegan un papel central: Selvini-Palazzoli (3) al respecto comenta: *"las relaciones de la pareja pueden caracterizarse así: todo conflicto es negado; la impresión superficial es la de una relación sin problemas entre marido y mujer; tras esta 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 cuanto a padre en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto al otro. Sin embargo, el pequeño(a) permanecerá así inmaduro y dependiente"*.

(4) Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.

(6) Stierlin, H. y Weber, G. Op. Cit. pags. 37-39.

(3) Selvini-Palazzoli, M. Op. Cit. pag. 152.

Además 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”*.

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

A manera de introducción de estas familias, Stierlin y Weber (6), delinean a continuación el tipo ideal con un miembro anoréxico. Un tipo *“ideal”* o sea un *“constructo artificial”*, un esquema que permite orientarnos 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 invariablemente cuando determinados sentimientos, supuestos básicos o valores prevalecen entre las partes involucradas en una relación y redundan en ciertas pautas de conducta específicas. Estas pautas, a la vez, afectan los sentimientos, supuestos y valores de los cuales surgieron.

---

(6) Stierling, H. y Weber G. Op. Cit. pags. 33-37

Los elementos antes comentados son difíciles de describir aisladamente, pero de alguna manera se tratarán de distinguir unos de otros. En primer lugar centraremos la atención en los *"supuestos básicos"* compartidos por los miembros de la familia de origen.

Estos supuestos, señalan los autores, 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, solo 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"*.

Esta 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.

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 mejor es no ponerse en evidencia en modo alguno sino, más bien, 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 uno se desvía de dichas normas.

Con frecuencia, este tipo de preocupación por la adaptación social también entraña la interiorización de "*ideales de logros*", tanto los que son legados y delegados dentro de la familia, como los que emanan de las expectativas y valores de la sociedad. De ahí que los miembros de esas familias suelen ser muy trabajadores, ambiciosos y ciudadanos sumamente respetados a lo largo de generaciones.

Otra de las características típicas de estas familias que nos hablan los autores, lo constituye su "*sentido de justicia*". En los padres, esto suele adoptar la forma de un mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual. No debe haber ningún hijo favorito, ningún hijo debe ser engañado o estafado emocionalmente, ni en ningún 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 todo el mundo tiene 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 puedan 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.

La individuación conlleva implícitamente la idea de "separación". Emocionalmente, 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.

La ubicuidad de la pérdida y la separación es entonces, 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 aferran el uno al otro y a la vez, dependen el uno del otro 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 sentido de responsabilidad por los otros. Ese sentido de interés y 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 alejada de otras gentes y sobre todo, si le dieron suficiente de comer.

Esa "*voluntad de unión*" afirman los autores, halla expresión en casi todas las estructuras y procesos en 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 representen un peligro potencial para la cohesión y estabilidad de la familia, como ejemplo de ello tenemos la obra "El castillo de la Pureza".

Una familia tal, evoca la imagen de una casa en la que todas las habitaciones se intercomunican 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 y no hay llave de por medio. Minuchin y cols, (4) fueron de los primeros en describir las características esenciales de esas ataduras y "*voluntad de unión*" en dichas familias (mencionadas en el capítulo anterior). Recordándolas de nuevo son: el entrelazamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto. De acuerdo a estas características identifican las siguientes pautas de interacción:

---

(4) Minuchin, S. Rosman, B.L. y Baker, L. Op. Cit. pag. 160.

1). *Relaciones familiares que adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos.*

2). *Sobrepotección 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. 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 ese 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 (10).

(10) Selvini-Palazzoli, M. *Self Starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Nueva York. Jason Aronson. 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 "*mandamiento de abnegación*" inevitablemente generará una rivalidad en torno de quién da más, se sacrifica más, se controla mejor, reprime sus propias necesidades más eficazmente, etc. Ante esta 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 (6).

Cabe señalar que otra tipología familiar que cubre las características centrales de las familias anoréxicas es la de Beavers; Beavers y Voeller (11). Su tipología se basa en la evolución de la competencia, adaptabilidad y la dirección en que se desarrollan dichas familias. Con este modelo, Beavers ubica a las familias anoréxicas entre las familias centripetas fronterizas. Beavers adoptó el término "*centripeto*" a partir de Stierlin, quien luego llamó familias centripetas a todas aquellas "*estrechamente unidas*". Este modelo presenta los siguientes rasgos:

(6) Stierlin, H. y Weber, G. Op. Cit. pag. 42..

(11) Beavers, W. R. y Voeller, M. *Comparing and contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model*. Family Process. 1983.

*"1. Poseen rígidas fronteras externas. 2. Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación y, se atribuye un máximo de importancia a la cohesión. 3. Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza. 4. Se evitan los conflictos. 5. La coalición materno-paterno es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión. 6. Se asigna gran valor a las palabras. 7. 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 aquí presentados no difieren unos de otros de acuerdo a la dinámica familiar en cuestión.

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

Fleck (12) 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 como se transmiten también valores, actitudes, costumbres y mecanismos de resolución de problemas de generación en generación.

Los factores de tipo orgánico dice el autor, son fácilmente identificables en enfermedades físicas hereditarias.

(12) Fleck, S. *Evaluation of the family in general medical care*". en L. Hoyle (De) *Psychiatry in the practice of medicine*, Yale University Press. New Haven. 1982.

Sin embargo, cuando se aborda una enfermedad mental y aún ciertos síndromes psicosomáticos, se deben analizar otros elementos psicológicos y sociales para explicar la determinación múltiple de un problema de esta índole.

Según este autor, la relación entre la familia y la enfermedad puede ser vista desde dos perspectivas diferentes:

**1. Cómo responde 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 el 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 inválido, limitando sus actividades y autonomía.

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

Sin embargo, expresa el autor, 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 comunmente en familias con perturbaciones previas en donde un problema cunde por todo el sistema ocasionando disfunciones graves.

Algunos autores han mostrado no obstante, que dichas crisis en grupos con un mal funcionamiento pueden crear 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.

Pero 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. Un ejemplo típico de esta situación es el caso de un hogar sin padre con un hijo que lo ha reemplazado tan excelentemente que se ha convertido en el centro de todos. La dependencia que se crea alrededor de él es de tal magnitud que nadie pareciera poder funcionar sin su guía. Cuando llega el momento de anunciar su próximo matrimonio y por consiguiente su partida del hogar, una de sus hermanas diabéticas empieza con comas recurrentes sin explicación médica. Esta situación lo hace desistir de su inminente matrimonio.

La posible retirada de este hijo la vive el grupo como una amenaza para su integridad y estabilidad, puesto que se acostumbraron a organizarse alrededor de él. La enfermedad de la hermana frena la ida, devolviendo tranquilidad al grupo. Este proceso crea un dilema en la persona diabética respecto a su recuperación, ya que su mejoría puede significar la salida de su hermano y la desintegración del hogar. Por lo tanto, resulta difícil controlar su enfermedad y superar su problema.

**2. Tensión familiar como factor 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. (Ver figura 2).

Uno de los trabajos más serios a este respecto fue realizado por Salvador Minuchin y sus colegas (4) 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 en niños.

b). Los síntomas psicossomáticos desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

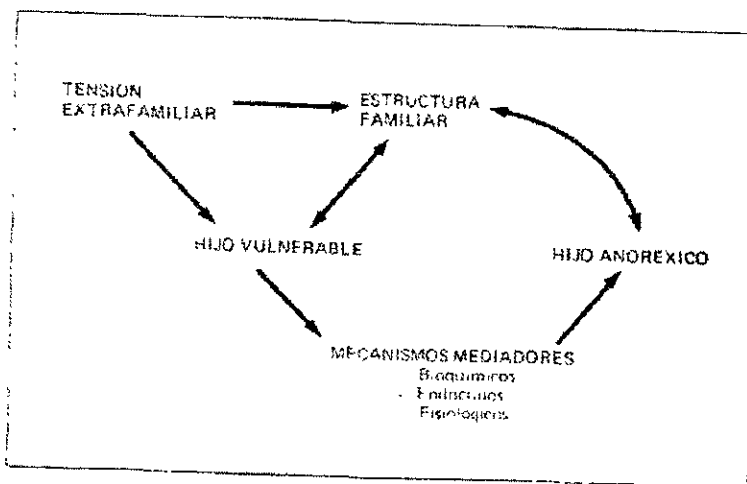
Al estudiar más a fondo las familias de estos pacientes se encontró que tenían algunas características en común, tales como la excesiva preocupación por el bienestar de todos, la rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones de vida, el sobreenvolvimiento de unos con otros y el evitamiento del conflicto, generalmente realizado a través del paciente identificado.

---

(4) Minuchin, S. y otros. Op. Cit. Pag. 164.

Figura 2.

## Modelo sistémico en enfermedad psicósomática.



De particular interés es 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 entre el niño y una madre estrechamente unida a él.

Si bien ciertas estructuras familiares 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.

### 3.8. Configuraciones familiares.

Stierlin y Weber (6) sostiene que 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. La situación de los hermanos en la familia con frecuencia ejerce efectos en la motivación de un niño y en la dinámica de separación, así como en sus posteriores relaciones.

En las familias de pacientes anoréxicos, a dichos efectos se suman los generados por el credo familiar (mencionado anteriormente) y la concomitante dinámica de vínculos y rechazos.

Si la niña anoréxica, dicen los autores, es hija única, cabe presuponer que la ambivalencia y tensión propias de la relación madre-hija sean particularmente intensas. La madre tiene esa sola hija ante quien probar que es una progenitora bondadosa y protectora y sólo esa hija de quien esperar encubiertamente una recompensa por las muestras extremas de abnegación a que ha llegado en su conducta para con su propia madre y su familia. Además, sólo tiene esa única hija con quien 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: además de una fuerte atracción, habrá una marcada 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.

(6) Stierlin, H. y Weber, G. Op. Cit. pag. 46

Se puede decir entonces que el tipo de vínculos que imperan 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.

### **3.9. Cómo es percibida la anoréxica por sus padres y cómo percibe ella a sus padres.**

La gente suele verse atrapada más a menudo en interacciones simétricas cuando está atada por fuertes lazos de lealtad y, asimismo, le teme a la separación. En esos casos, las interacciones simétricas suelen verse aunadas a mutuas recriminaciones y menosprecio. En las familias en cuestión, los padres frecuentemente ven a sus hijas anoréxicas como desafiantes y obstinadas, o sea, en última instancia, "malas", en tanto que las hijas ven a sus padres como seres dominantes, exigentes y abrumadores que solo desean que la hija en cuestión cubra las expectativas de éstos: Stierlin y Weber (6).

### **3.10. Personalidades de la anorexia.**

Raimbault y Eliacheff (13) ofrecen una extensa reseña de cuatro personajes que han pasado a la historia y que en la época en que vivieron padecieron de anorexia. Para los fines de este trabajo, y tratando de extraer lo más importante de la vida de estos personajes, solo mencionaremos dos de los cuatro casos contenidos en este libro, en virtud, de que éstos pertenecían a épocas en las que el síntoma no formaba parte de la clasificación psiquiátrica, la cual reconoce la anorexia desde hace poco más de un siglo (1873). Los personajes son Catalina de Siena, Doctor de la Iglesia y Sissi, Emperatriz de Austria. Las historias dan comienzo así.

(6) Stierlin, H. y Weber, G. Op. Cit. pag. 83.

(13) Raimbault, G. y Eliacheff, C. *Las indomables: figuras de la anorexia*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1989.



### 3.10.1. Catalina de Siena: Doctor de la Iglesia.

Catalina Benincasa es una melliza que nace en el año 1347 en forma prematura y en un estado lamentable. Catalina proviene de Siena una provincia de Italia en la Toscana. Su madre Lapa Piacenti, de unos cuarenta años de edad, tiene para ese entonces unos 22 hijos (en total tuvo 25), de los que probablemente menos de la mitad lograron sobrevivir.

Con la perspectiva de un deceso inminente, las mellizas fueron bautizadas rápidamente, y Lapa tuvo que hacer la trágica elección de separarse de una de ellas para entregarla a una nodriza e intentar alimentar a la otra. Catalina es la que se queda con su madre y sobrevive; mientras que su hermana Giovanna muere enseguida.

De entrada, la vida de Catalina se sitúa bajo la marca del sacrificio de aquella persona que durante la gestación, era como una parte de ella misma; su madre no pierde la oportunidad de recordarle que Catalina es su preferida porque por ella sacrificó a Giovanna. Ahora bien, el sacrificio difiere del don o de la ofrenda en el hecho de que impone una destrucción real.

Según lo que afirma Lapa, Catalina disfrutó de cuidados que nunca tuvieron sus demás hermanos. Lapa no alimentó a ninguno de sus hijos hasta el destete, pues al cabo de algunos meses quedaba de nuevo embarazada y la calidad de su leche se modificaba: el bebé rechazaba el seno y entonces debía ser confinado a una nodriza. Catalina es la única en ser amamantada durante aproximadamente un año por esa madre bastante madura que, sin embargo, no tuvo ninguna experiencia de destete. Alrededor de dieciocho meses más tarde, Lapa está embarazada de una niña a la que llamaron Giovanna, en recuerdo de la difunta hermana gemela.

El año del destete no pudo haber sido más mórbido: reina la peste negra haciendo estragos en la población aterrada, en una sociedad en la que ya no quedan reglas por respetar; la muerte supera ampliamente a la vida. Para colmo de males, la familia Benincasa sufre varios desastres financieros, lo cual no es extraño en ese período de desarrollo del capitalismo (estamos en el siglo XIV, en la Toscana, en una gran ciudad comercial).

El padre de Catalina, tintorero de oficio, había ayudado a su hijo mayor a fundar su propia empresa con dos socios. Los negocios marcharon mal, los dos socios murieron, el hermano de Catalina pierde un importante juicio en el tribunal de Comercio de Siena en julio de 1349 y se encuentra muy endeudado con su padre y con la sociedad. Lapa, cuyas aspiraciones son y serán puramente materialistas, se siente eminentemente preocupada por el éxito financiero de sus parientes; debe enfrentar nuevas y penosas experiencias: el destete de Catalina y el fracaso social de su hijo mayor en una ciudad devastada por la enfermedad y la muerte.

Catalina por su parte, eligió vivir más rápidamente; muy pronto se convierte en una niña viva y alegre, cuyas precoces preocupaciones religiosas son banales y más bien fomentadas, si se toma en cuenta el contexto medieval. A los seis años tiene su primera visión: Jesús, vestido de blanco, le sonríe. Varios santos aureolados por un rayo de sol lo envuelven con su luz. Esa chiquilla extravertida, que vive en un mundo en el que se cree en lo sobrenatural, y cuyas manifestaciones son esperadas ávidamente, no revelará a nadie esa precoz experiencia. Desde un principio, su relación con Dios no le concierne a nadie más que a ella, ¿o no se tratará ya de una prueba del pudor del místico?

A los siete años, como muchas otras niñas, decide consagrar su virginidad a la Virgen, pero también toma la resolución *"de quitarle a esta carne cualquier otra carne o, al menos, tanto como le sea*

*posible*". A partir de ese momento comienza a privarse de la carne, ya sea dándose la a su hermano o arrojándola pedazo por pedazo a su gato, sin que nadie se dé cuenta (un comportamiento absolutamente análogo al que hacen referencia padres y muchachas en la actualidad).

Un día en que su madre la reprendió por haber regresado tarde, Catalina le respondió:

"Mí querida madre, cuando cumplo insuficientemente o cuando excedo vuestras órdenes, le suplico que me pegue tanto como usted quiera para que preste atención la próxima vez. Es vuestro derecho y vuestro deber. Pero le suplico que no jure frente a mis imperfecciones, pues ello no conviene a vuestra dignidad y me hiere demasiado"

Durante toda su vida, Catalina soportará violentos ataques por parte de su madre; siendo aún muy joven, elabora el proceso que le permitirá defenderse sin tener que ceder nunca más: ella misma determina el castigo que juzgaba apropiado y lo reclama como algo que se le debe ("*le suplico que me pegue...*"): al mismo tiempo, vuelve a poner a su madre en el lugar del que nunca debió salir; si pegar es un deber, humillar, en cambio, está demás.

Pero Lapa no cambió jamás. Para Catalina fue un peso que iría diluyéndose progresivamente gracias a la inspiración divina, la llamada al orden simbólico para mostrarle la insignificancia de su mundo. Más adelante, cuando Catalina viaja hacia Aviñón, su madre, para retenerla, se lamenta diciéndole que no sobrevivirá. Cuando regresa, Catalina le escribe estas durísimas palabras, que son una prueba de la manera en que percibe el universo materno:

"Con mucho deseo, he deseado veros como la verdadera madre no sólo de mi cuerpo, sino también de mi alma. Pienso que si usted amara más mi alma que a mi cuerpo, toda la exagerada ternura moriría en usted y usted no sufriría tanto al estar privada de mi presencia corporal. Por el contrario, tendría usted un consuelo, pues si piensa que se trata del honor a Dios, querría sufrir esta pena".

Si Catalina convirtió a muchos pecadores, y de la peor especie, de su madre jamás obtuvo más que cosas corporales, cuando lo que ella pedía eran cosas espirituales. Desesperadamente intenta probar que su madre tiene deseos por cosas distintas a los bienes materiales, pero siempre tropieza con la denegación de lo que constituye su vida, aún cuando ésta le sea inspirada por Dios. Lapa era una profana y no deja de serlo; la supervivencia en ese mundo medieval, que no resulta nada fácil, y el bienestar material resumen su vida. Catalina debe someterse a lo que *ella* quiere que sea y a lo que *ella* espera de la vida.

Un conflicto muy similar puede observarse entre la madre y la hija anoréxica: la madre vive en un mundo material de deberes, de salud, de éxito social (o escolar) antes que nada. Pero resulta que la anoréxica pide otra cosa. La mayoría de estas madres ignora que hay "*otra cosa*". ignorancia que las hijas no perdonan.

Por el momento, la sumisión de Catalina pasa por el casamiento y cuando tiene doce años, Lapa decide comenzar a prepararla. Le ordena que se lave con más frecuencia, que se peine y se tinte el cabello, que busque agradar a los hombres. Catalina se resiste ferozmente, ya al ver que no logra nada, Lapa decide enviarla a la casa de su hermana preferida, que ya estaba casada. Bonaventura despierta menos sospechas en Catalina; por lo tanto, consigue mejor que su madre que admita que ocuparse de su apariencia física no puede desagradar a Dios. Sus padres planean un casamiento en un futuro próximo ignorando si Catalina comulga con ese proyecto; todo indica que está de acuerdo, pero más adelante afirmará no haber tenido jamás la intención de ceder.

De pronto, el drama se inicia, en agosto de 1362, Bonaventura muere en el parto, lo cual, cabe recordarlo, era extremadamente frecuente en esa época. Catalina que por ese entonces tenía 15 años, considera que es la responsable de la muerte de su hermana quien,

como Lapa, había elegido el camino del casamiento y de la maternidad: su breve incursión en el mundo generó el castigo de Dios. Tanto en el nacimiento como en la pubertad, está asociada con el sacrificio de una hermana. Esta vez, su reacción es inmediata; dado que sus pecados generaron la muerte de alguien a quien ella quería. Catalina decide no mantener ninguna otra relación con el mundo exterior. Pero sus padres habían decidido otra cosa. En esa época, cuanto más alianzas formaban las familias, más poderosas eran. Después de la muerte de su hermana, el casamiento de Catalina se volvió aún más urgente. La posibilidad de que se case con su cuñado viudo parece haberse proyectado abiertamente. Éste es tintorero como el padre, tiene responsabilidades políticas en Siena y puede hacerse cargo de la seguridad financiera y del mantenimiento de los negocios familiares, a los que Lapa se siente tan ligada. Catalina es reducida al rango de mercadería negociable, pero ella se niega a tener otro esposo que no sea Cristo. Culpable por estar viva, se interna en la soledad y la penitencia y, metódicamente emprende la reducción de su alimentación.

Ocho meses más tarde, Giovanna, la hija menor que reemplazaba a la melliza sacrificada, muere a los 14 años. La presión de Lapa para casar a Catalina es todavía mayor: su padre y sus hermanos también están decididos a doblegarla. Una terrible lucha de intereses se establece entre Catalina y su familia. Un cura es encargado de convencerla para que vuelva al buen camino, pero es ella quien lo convence de la sinceridad de sus deseos religiosos. Ya sin argumentos, el cura le dice que si es realmente sincera debe cortarse el cabello, símbolo de su pertenencia a la sociedad laica. Catalina toma unas tijeras y con júbilo se corta el cabello hasta la raíz. Al arrancarse el velo que ocultaba la tonsura, su madre se enfurece: *"Hija vil, te has cortado el cabello, ¿pero acaso piensas que vas a hacer lo que te plazca?. Aunque no lo quieras, tu cabello volverá a crecer y, aunque tu corazón se parta, te verás obligada a casarte. No tendrás*

*descanso hasta que no hayas cedido a nuestras exigencias".* A las palabras, la familia agrega los actos, de tal modo que decide aislarla en una habitación separada, en la que Catalina medita y se flagela, imitando la Pasión de Cristo. Únicamente sale para hacer de sirvienta de toda la familia. Rápidamente comprende que esa habitación es un beneficio para ella y la instalan junto a su hermano Stefano. Catalina domina la delicada situación tal como lo hacía en su infancia: anuncia que no necesita una habitación; ella se construye su propia capilla interior, una capilla que rápidamente se convierte en una verdadera fortaleza. En su espíritu, su padre es Jesús, su madre, María, sus hermanos, los apóstoles. Servirlos es un deleite asociado a una especie de elevación espiritual. Después de meses bajo ese régimen, reúne a sus padres y hermanos y les anuncia:

"Ahora que por la gracia de Dios he alcanzado la edad de la razón y poseo una mayor sabiduría, ustedes deben saber que en mí hay ciertas cosas que están tan ancladas que sería más fácil derretir una piedra que extirparlas de mi corazón. Es inútil que pierdan el tiempo. En consecuencia, les aconsejo que olviden cualquier proyecto de casamiento, porque no tengo la menor intención de ceder. Yo debo obedecer a Dios, no a los hombres. Si les place mantenerme como sirvienta, con gusto me quedaré a vuestro servicio... y por si el contrario, me echan del hogar, sepan que a pesar de ello jamás renunciaré a mi proyecto; tengo un esposo tan rico y tan poderoso que nunca dejara que me falte lo imprescindible y subvendra a todas mis necesidades".

Ante tal argumentación, Giacomo, el padre, es el primero en ceder: *"Que en el futuro nadie se atreva a atormentar a mi querida hija, que sirva a su Esposo en paz y en libertad, a fin de interceder continuamente por nosotros! ¿podríamos encontrar acaso para ella un esposo de mayor linaje?"*, y los demás le hacen caso. Giacomo le da su habitación, en la que puede flagelarse tanto como le plazca. Renuncia completamente a comer carne, la que nunca le gusto demasiado y cuyo olor le repugnaba, lo mismo ocurre con el vino y cualquier alimento cocido. A partir de los 16 años y hasta su muerte no comió más que pan y hierbas crudas, no bebe más que agua y rápidamente pierde la mitad de su peso.

Por espacio de tres años se impone un voto de silencio (lo que va en la dirección de las diversas privaciones sensoriales a menudo asociadas con la salud), excepto para confesarse; reduce su sueño a media hora cada dos días y duerme en un lecho de madera; se flagela tres veces al día con una cadena de hierro, una vez por sus pecados, la otra por la vida, y la tercera por la muerte, conducta que parece resumir bastante bien su problemática: el vínculo entre el sacrificio inicial de Lapa y el cuerpo sacrificado de Catalina resulta obvio, lo que, a su vez, recuerda la necesidad de destruir realmente el objeto sacrificado.

A pesar de las órdenes de su marido, a las que hace poco caso, Lapa no depone las armas, grita, se enfurece, se arranca los cabellos cada vez que escucha a su hija flagelarse y cuando ve su cuerpo lleno de sangre. Pero Catalina resiste: gracias al pacto que ha sellado con Dios ya no se ve como una asesina, sea cual fuere el precio que deba pagar, adquirirá la fuerza suficiente como para garantizar la salvación de toda su familia, tanto en éste como en el otro mundo.

Catalina se impone restricciones alimentarios que van mucho más allá de las reglas seguidas por las personas más piadosas, quienes consideran que su obligación es respetar los mandamientos de Jesús a sus discípulos: *"Comed y bebed lo que se encuentre en la casa de quienes os hospedan"* (Lucas 10,7). Nadie ve su ascetismo como algo heroico. En aquella época, el problema consistía en determinar si la posibilidad de vivir sin comer era obra de Dios o del diablo, mientras que en el siglo xx, sean cuales fueren los esfuerzos que se han hecho para comprender a la anoréxica, el problema radica en hacerla cambiar. En el caso de Catalina, los más escépticos, los que ponen más dificultades cuando se trata de convencerlos, son los miembros de la jerarquía católica, con los que se verá enfrentada a lo largo de toda su vida. En la actualidad, es excepcional que una anoréxica no sea

llevada a un médico que no tenga ningún motivo para cuestionar los logros de la fisiología.

El comportamiento de Catalina va en contra de las prescripciones de su primer confesor. Sospechando que se trata de la obra del diablo, le ordena que coma aunque sea una vez por día. Ella obedece de mala gana, pues se siente más fuerte y su salud mejora cuando no come. Cae gravemente enferma (confirmando la argumentación de algunas anoréxicas; sí me fuerzan, me voy a enfermar). El confesor solo acepta ceder, cuando la ve a punto de morir y ante el siguiente razonamiento:

"Si por un ayuno excesivo expusiera mi cuerpo a la muerte, ¿no me prohibiría ayunar para impedir que me muera y ser homicida de mí misma? ¿Acaso no es más grave exponerse a la muerte comiendo que ayunando?. Dado que la experiencia le ha demostrado que la comida me hace enfermar. ¿Por qué no me prohíbe comer del mismo modo que me prohibiría ayunar en el caso inverso?"

El confesor baja los brazos, al tiempo que le indica que actúe *"siguiendo las inspiraciones del Espíritu Santo, pues las maravillas que Dios parece operar en usted son muy grandes"*. Sólo la Eucaristía la sostiene: Catalina obtiene el permiso de comulgar todos los días, cuando en la Edad Media, aún las religiosas, solo comulgaban seis o siete veces al año. A pesar de haber logrado desprenderse de su primer confesor, no por ello Catalina está libre. A lo largo de toda su vida su santidad fue cuestionada pues sus costumbres alimenticias la toman sospechosa de estar inspirada por el diablo, de ser una bruja, sospechas que se ven fortalecidas en la medida en que, a pesar de las restricciones que se impone, nunca aparece cansada. Su primer ayuno extraordinario se extiende desde la Cuaresma hasta la Ascensión (o sea, ¡dos meses y medio!). Catalina no toma ningún alimento ni bebida, sin dejar por ello de permanecer activa, lo cual motiva a uno de sus biógrafos el siguiente comentario: *"Así es cómo la virgen del Señor se encuentra a la vez saciada y en ayuno, con el estómago*



*vacio y el corazón lleno, consumida completamente en el exterior, y en el interior rociada por un río de agua, viva, alerta y alegre ante cualquier acontecimiento".* Lo que en lenguaje médico se define como la "hiperactividad" de la anoréxica, quedaba ya perfectamente descrito...

Catalina vivió en una época en la que la Mística no existía en tanto que categoría del lenguaje; se hablaba de ello como una sabiduría anunciada por creencias comunes. En la Edad Media, las percepciones están indisolublemente ligadas al cuerpo adoptando un carácter extraordinario, pero en el siglo XIX se vuelven "anormales"; ya que etimológicamente, "Místico" significa "escondido". Por lo tanto resulta paradójico calificar como místicas a manifestaciones psicósomáticas visibles e incluso, frecuentemente espectaculares, puesto que se supone que reflejan lo que permanece secreto, invisible. Aún así expresa su deseo de incorporarse a las hermanas del Tercer Orden de la Penitencia, las Mantellate; así llamadas debido al gran manto negro con el que cubre el hábito de las dominicas. Se trata de un grupo de mujeres laicas, la mayoría viudas o solteras de edad madura, que viven en sus casas y no en el convento, con reglas no muy severas. La orden de las Mantellate es una orden militante por excelencia, consagrada a la defensa de la Fe y de la Iglesia. La elección resulta bastante extraña, pues en esa época y a su edad, Catalina naturalmente tendría que haber elegido entrar en el convento. Las hermanas, por otra parte, intentaron disuadirla luego que su madre, que se oponía a esa decisión, fue a consultarlas. Antes de ver a Catalina, solicitan una prórroga durante la cual ella debe disminuir la severidad de sus penitencias. Catalina no les hace caso, pero cae gravemente enferma y se sirve de la enfermedad (¿viruela?) para conmovier a su madre, repitiéndole sin parar: "*si quieres que esté mejor, haz que me una a las hermanas de la Penitencia. Si no temo que Dios y Santo Domingo, que me han llamado, actúen de tal modo que no me tendrás bajo ni un hábito ni bajo el otro*". Lapa cediendo

al chanteje de su hija, vuelve con las hermanas de la orden, éstas aceptan revisar su posición, con la condición de que Catalina no sea muy bonita, pues está destinada a permanecer en el mundo sin demasiado control, y de que tanto la madre como la hija estén de acuerdo en ese compromiso, lo que revela hasta que punto el conflicto madre-hija debía saltar a la vista, pues no hay ninguna regla de las congregaciones dominicas que mencione la obligación de obtener el consentimiento de los padres. Las Mantellate más prudentes se trasladan para conocerla; se encuentran con una muchacha desfigurada por la enfermedad que deseaba tan ardientemente unirseles en el servicio de Dios que aceptan integrarla. Catalina se repone de la enfermedad y a pesar de las últimas resistencias de su madre, se cubre con el hábito de las hermanas dominicas.

Para tratar de comprender la elección de Catalina, hay que tener presente las circunstancias en las que ésta se convierte: sin vacilar compromete su cuerpo en la vía descrita después de la muerte de sus dos hermanas: como las viudas, está de duelo; sobreviviente desde su nacimiento en el fantasma materno, imputa el fallecimiento de su hermana preferida al hecho de que ella misma haya aceptado entrar en el mundo; la muerte de la segunda Giovanna le confirma la idea de que ella vive del sacrificio de otra persona. Mediante un contrato establecido con Dios, se asigna la tarea de encarnar el fantasma materno, según el cual una persona viva no es más que el remplazante de una persona muerta y perfeccionando incansablemente su posición por medio de sus penitencias, de garantizar la salvación espiritual de todos los suyos. Resulta lógico, entonces, que no anhele vivir más que en el seno de su familia. La elección de una orden militante no podía resultar más adecuada, en la medida en que la militancia es una característica constante del comportamiento anoréxico, sea cual fuere la causa aparente. En dicha elección, también es posible ver un éxito relativo de sus padres; al dejar que se convierta en un miembro de la Tercera Orden. Tal vez esperan

recuperarla, pues dado que la regla de esa orden no ha sido aprobada por la Santa Sede, el alejamiento de ésta puede realizarse sin dificultades, por lo menos hasta el año 1352. Los padres de las anoréxicas también aceptan con más facilidad considerar la posibilidad de separarse de sus hijas cuando esa separación, presentada como terapéutica, les parece transitoria, se trate de una hospitalización o de internarla en un colegio.

A pesar de encontrarse cubierta con el hábito de las dominicas y de haber dominado casi completamente su cuerpo, Catalina sigue atormentada por los demonios, en la medida en que aún no obtiene pruebas de su poder con respecto a la salvación de los suyos. El fallecimiento de su padre determinará el giro y nos permitirá comprender los *términos del contrato establecido con Dios*. Cuando Catalina tiene 21 años, su padre cae gravemente enfermo. A pesar de haberla comprendido tardíamente, es el único miembro de la familia que la ha ayudado. Catalina habla con él y comprende que, en paz consigo mismo, se apresta a morir. Y reza, no para que se cure, sino para evitarle su paso por el purgatorio. La respuesta que recibe de Dios es la siguiente: desde luego, Giacomo fue un hombre bueno y un padre cariñoso, pero vivió demasiado en la deshonor de los pecados del mundo para ser eximido del purgatorio. Catalina reflexiona y le propone a Dios el siguiente arreglo: que su padre vaya directamente al cielo y ella a cambio, cargará con el peso de sus justos castigos en este bajo mundo. Catalina obtiene la prueba de que ha sido escuchada, pues el día de la muerte de su padre lo ve en el cielo entre los santos; al mismo tiempo, experimenta un agudo dolor en las entrañas que ya no la abandonaría. Después de la muerte de su padre, Catalina probablemente adquiere una mayor confianza en la naturaleza de su vínculo personal y directo con Dios; obtendrá la salvación de su madre en un tono muy diferente.

En efecto, dos años más tarde, Lapa cae enferma, pero las circunstancias son distintas. Lapa no tiene la menor intención de morir. Catalina le pide que acepte recibir a un cura, pero su madre no quiere ni que se lo mencionen. Habla de su hija como de alguien “*sin corazón*”; puesto que es tan poderosa, haría mejor en obtener su curación en lugar de exhortarla a que muera bien. Según varios testigos, Lapa muere realmente, sin sacramento; entonces, Catalina se dirige a Dios en estos términos:

*“Padre, no es lo que Usted me había prometido; toda mi familia debía ser salvada. Ahora mi madre ha muerto sin confersarse, en consecuencia, rezo para que Usted me la devuelva. Eso es lo que quiero y no saldré viva de aquí hasta tanto Usted no me haya entregado a mi madre”*. Cosa que Él hizo... Lapa vivió más de 80 años y asistió a la muerte de Catalina.

Después de la muerte de su padre, la juventud de Catalina llega a su fin. Sus hermanos vuelven a quebrar financieramente. En septiembre de 1368, una rebelión de nobles derroca el gobierno popular de los Doce al que la familia Benincasa estaba aliada. Catalina les salva la vida a sus hermanos escondiéndolos, pero éstos deben dejar definitivamente Siena y se van a Florencia. Las pocas cartas escritas más tarde a su familia son breves y frías. Les recomienda no pelearse y respetar a su madre: *“Ustedes deben servirla y no ella a ustedes: ella no tomó vuestra carne, les ha dada la suya”*. En efecto, Lapa que tanto estimuló a sus hijos al éxito material, se encuentra viuda y abandonada por ellos, pero solo se queda en Siena de mala gana. Catalina logra convencerla para que se una también a la orden de las Mantellate, sin que por ello lleguen a estar más juntas.

Habiendo cumplido con el contrato referido a sus parientes, Catalina va a consagrarse a otra causa; la reforma de la Iglesia; ésta necesita sobre todo reconsiderar el hecho de que sus verdaderas

riquezas son las almas y no los bienes materiales, a esta lucha se aboca incansablemente, Sin embargo, agotada por sus penitencias y quebrada, ante todo, por sus fracasos, le escribe al Papa Urbano VI para hacerlo partícipe de su decisión de sacrificar su vida por la Iglesia:

*“Quiero terminar mi vida por Usted y por la Santa Iglesia, en las lágrimas y en el desvelo, en una fiel, humilde y perseverante plegaria. Que Su Santidad tenga a bien rodearse de personas que le temen a Dios, de tal modo que lo que se haga y se diga en su palacio no caiga en manos de los demonios encarnados que tienen la desgracia de ser sus enemigos, del antipapa y de sus adherentes”.*

Catalina decide dejar de alimentarse hasta su muerte: *“Mi cuerpo no toma ningún alimento, ni siquiera una gota de agua, sus sufrimientos son más intensos que nunca y mi vida sólo pende de un hilo”.* Hilo que no ha de ser fino, puesto que sin beber y sin comer, Catalina sobrevive todavía tres meses. Su pobre cuerpo está tan enflaquecido que hubiese sido muy fácil contar sus huesos y sus nervios uno por uno. Durante su agonía, vuelve a encontrarse con las incertidumbres de su adolescencia; se siente atormentada por el temor de que toda su vida no haya sido más que un fracaso. La reforma de la Iglesia la obsesionaba hasta sus últimos instantes: ofrece su cuerpo como holocausto ante el altar de la vida que no es suficiente.

### **3.10.2. Sissi: Emperatriz de Austria.**

Sissi nace en el año de 1838 y es la tercera de ocho hijos. Su educación no la había preparado para ambicionar honores y poder ni para extraer de ellos placer alguno.

En la actualidad se considera que su infancia fue feliz, ya que se encontraba exenta de las terribles obligaciones que la educación aristocrática imponía a las niñas de esa época.

Sus padres: Ludovica y Maximiliano, ambos provenientes de la familia reinante de Baviera. Ludovica es una de las nueve princesas de la Casa Real de Baviera.

Tras una decepción amorosa antes de casarse: su romance con el futuro rey de Portugal no había podido culminar en matrimonio porque no entraba dentro de las alianzas anheladas por la Casa de Baviera. Sin embargo, al casarse con su primo Max, quien proviene de la rama menor de la Casa Real no pudo ser decidido más que por ella. Ludovica ama a la tierra, a la naturaleza, más no se interesa por la política ni por la religión ni por las apariencias, mucho menos por la etiqueta.

Está orgullosa de su propia educación liberal transmitida a sus hijos, a quienes cría sola, contrariamente a las costumbres de la época, y de donde obtiene el placer que probablemente su esposo jamás le dio.

Sin duda, el modelo de identificación femenino propuesto a sus hijas no está desprovisto de ambigüedad: su matrimonio fue un fracaso sentimental, no pudo ser feliz con un marido que, de antemano, le anunció que no estaba enamorado de ella; sin embargo, se vio colmada por la maternidad.

Max, el padre de Sissi, era un hombre fino, culto, muy popular, original. Asistió a una escuela y luego a la Universidad de Munich donde estudió Historia y Ciencia. Gustaba de leer, viajar, componer versos, tocar la cítara, frecuentar sabios y artistas de origen plebeyo. En el patio de su palacio mandó instalar un circo y se presentaba allí con sus propios números ecuestres y de divertimento. Cuando estaba en su casa, las relaciones con sus hijos eran absolutamente libres: nada de obligaciones, nada de modales.

Pero también sufría de lo que en la época se conocía como accesos de neurastenia (\*) y hasta misantropía (\*). Max era negado en tanto que hombre y padre por Ludovica e igualmente inexistente debido a su razón social.

Sissi contrae nupcias a la edad de quince años con Francisco José, acontecimiento que la convierte en una Habsburgo y su deber es el de ser imperial, estar casada y por supuesto tener hijos de preferencia de sexo masculino. Francisco José se enamoró a primera vista y ella intentaría amarlo por lo que es, puesto que no le gustaba lo que representaba, ya que al igual que la madre, Sissi se enamora de quien no debe. El muchacho servía bajo las órdenes de su padre y toda posibilidad de unión quedaba excluida. No se interesa por la política ni por la vida cultural de su país. Como puede asumir su papel de emperatriz, pero jamás aceptó la función de representación y de perpetuación de la etiqueta, a la que vivió como una persecución, una negación de su ser. Ignoró por completo la historia del Imperio en la época en que se comprometió, mantenida luego al margen de la actualidad por su marido. Ella sólo debía ocuparse de las siguientes obligaciones: aprendizaje de los idiomas, apariciones protocolarias, viajes oficiales, inauguraciones de todas clases. Llegaban hasta ella las novedades catastróficas: conflictos o guerras, seguidos por lo regular de derrotas que salpicaban el reino de Francisco José, cumpliendo a la perfección con su papel (recibir a los heridos, organizar y visitar hospitales, estimular de diversas maneras). Como la mayoría de las anoréxicas, manifestó un indefectible amor por la causa de los vencidos.

Sissi nació en un mundo sin deseo el que las anoréxicas describen al referirse al entorno familiar: mundo de trabajo, de obligaciones, de muertes, mundo sin felicidad, sin vida.

---

(\*) Ver glosario.

A los quince años entró en el mundo de la mascarada de la representación en el que intentaron moldearla, mundo en el que el deseo individual es aplastado en beneficio del deber. Además, está marcada, desde su más tierna infancia por una relación con la muerte característica de su época y de su historia.

La Emperatriz Sofía, madre de Francisco José, tía y suegra a la vez de Sissi toma por esposo contra su voluntad a un débil de cuerpo y de espíritu y por si fuera poco, epiléptico: el archiduque Francisco Carlos. Sofía considerando a su marido como un niño que nunca crecerá, se hizo cargo de su propia vida. Después de seis años de matrimonio y dos abortos dio a luz a cinco niños (cuatro varones y una niña). Ana muere a la edad de cuatro años a causa de una fiebre maligna, pero los cuatro niños fueron sanos de cuerpo y alma. Sofía juega además un papel determinante en la coronación de su hijo mayor Francisco José. Contrariamente a su hermana Ludovica (madre de Sissi), se interesa mucho por la política y participa activamente: de ella se dice que es *"el único hombre de la familia"*. Sin embargo, no participa en la toma de decisiones, no tiene injerencia en el Consejo de Ministros, no asiste a las audiencias y no sabe nada de los asuntos políticos, su obra es la educación de Francisco José y la influencia que ejercía sobre él.

El mundo de Sofía tal como lo percibe Sissi (y es en esto en lo que resulta comparable al mundo de los padres y, en particular, de las madres de las anoréxicas) es un mundo material de obligaciones, de deberes, en el que la dimensión del deseo está radicalmente ausente, excluida. Ningún sentimiento, ningún calor verdadero forma parte de su universo. En realidad, Sofía reprimió todo deseo individual en beneficio de una ambición, cuyo instrumento fue Francisco José. Ella pensaba que no se debía creer *"que las individualidades tengan la menor importancia"*. Siempre pudo comprobar que *"un hombre podía ser reemplazado por otro sin que por ello cambiara el curso"*



*del mundo*". Tanto Sofía como Ludovica comparten el poco caso que le hacen a los hombres, en especial a sus respectivos maridos. Francisco José, hijo de un hombre postrado que no contaba y de una madre que lo desea en lugar de éste, (se dice que Sofía sacrificó todo en aras de la monarquía y de su vínculo probablemente incestuoso con Francisco José (el primer "hombre" de la familia) con lo que colma su vida tendrá algunos problemas para imponerse como marido y todavía más como padre, en particular con respecto a su hijo.

Sissi fue considerada la mujer más bella de Europa, y la más poderosa en su tiempo. Tenía una obsesión: no superar los cincuenta kilos (media 1.72 m.). El culto a su cuerpo era una de sus principales actividades, lo que no deja de provocar sorpresa en una época en la que la única actividad desarrollada por las regordetas mujeres de la aristocracia consistía en abrir y cerrar la sombrilla. Ellas, sin embargo, no se sentían del todo mal, dado que la moda no era para las mujeres flacas, ni siquiera delgadas.

La Emperatriz de Austria, se imponía dietas alimenticias draconianas, contentándose con un solo alimento, una vida sin confort en medio del lujo más ostentoso y una actividad física desmedida que jamás la cansaba. Instaló una sala de gimnasia en su tocador, algo que no se había visto antes y durante largas horas se ejercitaba en los aparatos antes de tomar un baño frío y de emprender, según la época ejercicios ecuestres, en los que agotaba a los mejores jinetes, y luego largos paseos a pie de más de seis horas, en los que ninguna dama de compañía podía seguirla.

La Emperatriz tuvo sus dos hijas enseguida después de su casamiento y con muy poca diferencia; ya que la primera: Sofía nació en 1855 y la otra: Gisela en 1856. Pero las separaron de su madre casi inmediatamente, pues las niñas vivieron y fueron educadas bajo el control de Sofía, situación frustrante, humillante e injusta a la vez.

Sissi lucha desesperadamente contra esto: finalmente, logra que sus hijas acompañen a la pareja imperial durante el primer viaje oficial de Sissi a Hungría. Dos años y medio después nace Rodolfo el tercer hijo de Sissi.

Cuando la pareja imperial lleva a cabo su viaje oficial a Hungría junto con sus hijas, éste se ve ensombrecido a los pocos días por la muerte de Sofia, que tenía dos años y medio, debido probablemente a que Gisela, su hermana menor, le transmitió una enfermedad infantil de la que ella acaba de curarse.

Sissi queda postrada por el duelo y la culpa. La muerte de su hija es, de algún modo, un castigo por haber alterado los principios de su suegra: y la homonimia de los nombres no permitió evitar preguntarse: ¿por qué no murió la otra?. Enfrentada por la muerte real de la pequeña Sofia y la muerte tal vez anhelada pero no realizada de su suegra, Sissi ya no fue más que la viva representación de esa niña muerta, ella, que ya estaba muerta en cuanto al deseo.

A los veinticinco años de edad, presenta signos clínicos evidentes de una desnutrición grave, (delgadez, edemas en los miembros inferiores, neuritis) y a pesar de los dolores, termina siempre agotada por los ejercicios físicos. De hecho puede decirse que el verdadero comienzo del comportamiento anoréxico se sitúa después de la muerte de su hija Sofia (a los veintiún años). En ese tiempo, le da por coleccionar fotografías de las mujeres más bellas del mundo, sin distinción de clases, desde duquesas hasta amazonas, pasando por las mujeres de los harenes del Imperio Otomano.

En las jóvenes anoréxicas (y Sissi no era la excepción) suelen exhibirse movimientos contradictorios del cuerpo: a esconderse y/o a mostrarse, así como la admiración que les provoca la belleza femenina. El cuerpo, en tanto que cuerpo de mujer, es para ocultarlo. Desde el

punto de vista de la anoréxica, el cuerpo debería de carecer de forma, de peso, de volumen, ser plano. Los alimentos, el deber, son el infierno, no la vida. Ahora bien, la anoréxica manifiesta una extrema tenacidad tanto para mantenerse en ese estado, como para mostrarlo. ¿Comer para vivir esta vida? ¡Jamás!. En cuanto a Francisco José, si bien, finalmente la aceptó tal como era, más no dejaba de representar un dolor para él; no obstante, le ruega con preocupación que se aleje de su posición fronteriza entre la vida y la muerte, insistiéndole que comiera más, que renunciara a sus hazanas físicas; ella sólo respondía ajustándose con afán perfeccionista en la posición límite en la que se mantenía.

Es así como Sissi vive una impresionante serie de duelos. Las pérdidas que más le afectaron son las de sus dos hijos: su hija Sofía, quien muere a la edad de dos años y medio y el heredero al trono Rodolfo, quien es concebido durante el duelo que sufre por la muerte de Sofía y quien se suicida a los treinta y un años de edad. Su primo Luis II de Baviera, personaje shakesperiano de quien ella se sentía muy próxima, también muere ahogado durante su reclusión, en momentos en que, tal vez, intentaba encontrarse con ella. Además, pierde y de modo atroz a su cuñado Maximiliano, ejecutado en México. Una de sus hermanas, Sofía, duquesa de Alecon muere en un incendio del Bazar de la Caridad. Del joven de quien estuvo enamorada, que alejado de la corte por motivos políticos, vuelve enfermo y muere al poco tiempo. Sin hablar del fallecimiento de su otra hermana, Helena, del de sus padres, su suegra y sus amigos más queridos.

Ella misma soñaba con morirse desde la más temprana adolescencia. Decía: *“Me escaparé como el humo por una pequeña abertura en el corazón”*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Beavers, W. R. y Voeller, M. *Comparing and contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model*. Family Process. 1983
- Bertalanffy, L. Von. *Teoría General de Sistemas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1986.
- Fleck, S. *Evaluation of the family in general medical care*". en L. Hoyle (Ed.) *Psychiatry in the practice of medicine*, Yale University Press. New Haven 1982.
- Haley, J. *Terapia para resolver problemas*. Ed. Amorrontu. Buenos Aires. 1980.
- Kerpel, M. *Individuation: from fusion to dialogue*. Family process. 1976.
- Minuchin, S. *Calidoscopio familiar*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1985.
- Minuchin, S. *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa Mexicana, S.A. 3a. edición. México. 1986.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. y Baker, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 1978.
- Rambault, G y Eliacheff, C. *Las indomables: figuras de la anorexia*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1991.
- Selvini-Palazzoli, M. *Crónica de una investigación*. Ed. Paidós 1a. edición. Barcelona. 1990.

Selvini-Palazzoli, M. *Self Starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Nueva York. Jason Aronson. 1974.

Stierlin, H. y Weber, G. *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*. Ed. Gedisa. 1a. edición. Barcelona. 1990.

Whitaker, C. y Napier, A. *El Crisol de la Familia*. Ed. Amorrontu. Buenos Aires. 1982.

**¡De la pasarela al hospital!**

Algunas jóvenes que intentan alcanzar los cánones de belleza impuestos por la moda, que rayan en la escualidez caen en las redes de la anorexia y la bulimia, trastornos que pueden llegar a ser mortales”.

Enrique M. Coperías.

## Capítulo 4

### La respuesta psico-socio-cultural

#### 4.1. Antecedentes culturales.

Partiendo 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 las teorías sobre las relaciones objetales, las teorías conductistas, los factores tanto biológicos como familiares; así como los agentes psicológicos y somáticos existentes, explica simplemente que nada ha quedado fuera de las hipótesis causales.

Es importante mencionar 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 Vilardell (1) 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 corporales femeninas han sido valoradas de modo muy distinto. En la época de Rubens por ejemplo, las mujeres lucían frondosas; mientras que en la actualidad el modelo de belleza corporal es mucho menos voluminoso. Los cambios históricos entrañan cambios culturales que, entre otras cosas, acarrearán modificaciones en los patrones estéticos corporales.

---

(1) Toro, J. y Vilardell, E. *Anorexia nerviosa*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

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 el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores. La sobrealimentación y la escasez de ejercicio físico conducentes a la obesidad, así como el rechazo o el mal uso de los alimentos que pueden desembocar en la anorexia nerviosa o en la bulimia, como dirían los autores, "*son lujos de una sociedad opulenta*". En los países donde la comida es escasa, la obesidad no es considerada como un trastorno de la ingesta. En la India, la obesidad es un signo externo de prestigio social, un vestigio manifiesto de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de la delgadez, y especialmente la femenina, se da en las sociedades opulentas, donde la obtención del alimento no es problema puesto que lo usual es su abundancia tanto cualitativa como cuantitativamente.

Más no basta estar habitualmente ahído para decidir no comer a fin de constreñir el propio cuerpo a unas 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.

¿Cómo se generan estos modelos estéticos corporales entre nosotros? Son muchos los caminos que pueden conducir a su inicio. 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, televisión, cine, vídeos, revistas ilustradas, radio, 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 ese medio de difusión está reflejando aquella opinión o juicio que, de algún modo, tiende a ser predominante entre la ciudadanía a la que se dirige. Es un proceso dinámico, interactivo, de influencia mutua.

Garner y cols, (2) publicaron un estudio en el año de 1980 consistente en verificar la evolución de la altura, el peso y ciertas dimensiones corporales femeninas (busto, cintura y cadera) correspondientes a las jóvenes que durante los 20 años anteriores aparecieron en las páginas de Playboy. Estos resultados arrojaron que durante ese período de tiempo el peso disminuyó significativamente, cosa que también hacen las dimensiones del busto y de la cadera, pero incrementándose el tamaño de la cintura. Es decir, se está produciendo una progresiva evolución hacia la apreciación positiva de un tipo de cuerpo femenino más bien tubular, es decir, andrógono).

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 Playboy citadas anteriormente, las bailarinas de ballet y las candidatas a certámenes de belleza.

---

(2) Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. *Cultural expectations of thinnes women*. Psychological Reports 1980

En un estudio realizado por Hamilton, L. H., Brooks, G. J., Warren, M. P. (3) 55 bailarinas blancas y 9 negras en 9 compañías de ballet regionales y nacionales en América y Europa con una edad promedio de 24.9 años, presentaron problemas de alimentación. Se confirmó que en su conjunto pesaban el 12% por debajo de su peso ideal para su estatura. Ninguna de las bailarinas negras americanas reportó anorexia nerviosa o bulimia; mientras que el 15% de las bailarinas blancas americanas reportaron anorexia nerviosa y 19% bulimia.

En todos los casos de anorexia nerviosa fueron más en compañías nacionales que en las regionales. Dentro de las actividades antes citadas, se pensaba que el grado de competitividad en estos grupos ejercía una presión sociocultural entre sí; sin embargo, no sucede esto en otro tipo de grupos; por ejemplo, el de estudiantes de música. Los resultados obtenidos en un estudio sitúan a estos muchachos y muchachas dentro de los límites de la población normal. Luego el factor clave, no parece ser la competitividad, sino la dedicación a actividades que subrayan el valor del cuerpo delgado.

#### **4.2. Diferencias culturales.**

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 este padecimiento o con desórdenes en la conducta de ingesta se han dado en los últimos treinta años.

---

(3) Hamilton, L. H., Brooks, G. J., Warren, M. P. *Socio-cultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers* International-Journal-of-Eating-Disorders. pags. 465-477. 1995

El trastorno de la anorexia nerviosa no se produce del mismo modo en todos los países. es decir, en otras culturas, como por ejemplo en el mundo subdesarrollado, o tercer mundo, no existe prácticamente dicho trastorno. El ideal de peso corporal es un fenómeno que ha variado históricamente y de una cultura a otra. Así por ejemplo, en Samoa el exceso de peso es un signo de riqueza y alto status social.

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 delgado. Es de esta forma, que muchas mujeres se autoexigen permanecer delgadas, hecho que arrastra consigo complicaciones serias, como por ejemplo, trastornos alimenticios y digestivos que ponen en peligro no solo la salud sino la vida de dichas mujeres.

Una reciente revisión de Thomas y Szmukler (4) realizada en el continente Africano ha permitido detectar en la literatura el caso de una joven nigeriana de 22 años (además gravemente depresiva) y el de una muchacha de 20 años en Zimbabue.

En la población negra de los Estados Unidos este trastorno es visto en casos muy aislados. Un estudio entre los años 1970 y 1976 realizado en Nueva York, ofrece datos en favor de una estimación aproximada de la incidencia de la anorexia nerviosa en mujeres negras de 0,42 por 100.000 comparada con 3,26 en mujeres blancas durante el mismo periodo y la misma población.

---

(4) Thomas, J F y Szmukler, G I *Anorexia nerviosa in patients of Afro-Caribbean extraction*. British Journal of Psychiatry 15:85

### 4.3. La condición femenina.

Para entender el fenómeno de la anorexia nerviosa, así como los principales trastornos de 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 vinculado 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 a 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 está 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 en una comunidad dada, y que se adquieren merced al proceso de tipificación sexual; Toro (5). 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 veinte, entre muchas otras desventajas y también ventajas, conlleva la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta en cuestión. Actualmente, se está viviendo una marcada influencia cultural 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; Vendereycken y Meerman (6).

---

(5) Toro, J. *El aprendizaje de la masculinidad y la femineidad*. Revista Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 1974.

(6) Vendereycken, W y Meerman, R. *Anorexia nervosa: is prevention possible*. International Journal of Psychiatry in Medicine. 1984.

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 una 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. La presión para que las cosas sean así es enorme, múltiple, intensa y creciente; Gloria R. Leon (7). 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, su poder, su fuerza. A este 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; Leon y Finn (8).

---

(7) León, G. R. *Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa, bulimia*. Lexington: Lewis, 1983.

(8) León, G.R. y Finn, S. *Sex-role stereotypes and the development of eating disorders*. En Widom, C.S. (ed), *Sex roles and psychopathology*. Nueva York: Plenum, 1984.

La forma corporal ideal también señala importantes diferencias entre ambos sexos. Al margen de lo que haya sucedido en otras épocas históricas, es evidente que en la actualidad el cuerpo femenino ideal se enmarca dentro del patrón tubular al que se ha hecho referencia anteriormente. Asimismo, 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 no es la menor de esas 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; Chernin (9).

#### **4.3.1. La etapa adolescente.**

Hemos visto como la anorexia nerviosa se presenta preferentemente en la edad adolescente y en el inicio de la juventud. Se ha contemplado también cómo las poblaciones situadas en esas edades, por lo menos en el mundo occidental, constituyen grupos de riesgo para ese trastorno. Es decir, la adolescencia es la etapa en la que se presenta el mayor porcentaje de casos, y es lógico que así sea. El adolescente y la adolescente están experimentando su propia identidad.

---

(9) Chernin, K. *The obsession: reflections on the tyranny of slenderness*. Nueva York: Harper and Row, 1981.

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 lo denominan Toro y Vilardell (1) "*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 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. En consecuencia, compartir, seguir y encarnar los valores del grupo de edad es algo estrechamente relacionado con la autoestima personal. 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 esos personajes además suelen ser jóvenes, como corresponde a un momento sociohistórico en que el culto a la juventud embarga todos los estamentos de la sociedad.

Para el adolescente su cuerpo en evolución le plantea no solo cómo es, sino cómo desearía ser, ya que la percepción de los cambios tiene que obligar a incertidumbres, esperanzas, deseos, etc. Ante el adolescente se abren multitud de vías, deportivas, académicas, laborales, sociales, etc. Parece que puede elegir. El cuerpo en forma y volumen, sería una vía más de las que pudieran elegirse. Pero tal cosa no es cierta. Eso que se llama naturaleza, decide en un noventa por ciento.

---

(1) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pags. 127 y 128.

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, los propios pensamientos, incluso los 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 en proyecto de vida, autodemostrarse un autocontrol insuficiente, ceder a la presión de los padres ¡una vez más! en favor del aumento de peso, y muchas otras cuestiones más. 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. Es absurdo y tal vez pecado de una sociedad, que toda una cultura que muchos de sus adolescentes tengan que juzgarse a sí mismos en función de su organismo biológico, y no en función de sus actos.

#### 4.3.2. El género femenino.

En efecto, el contexto social determina que el ideal de peso corporal atractivo haya "*adelgazado*" en los últimos veinticinco años: pensemos en modelos femeninos como Marilyn Monroe, Rita Hayworth o Gina Lollobrigida en comparación con Twiggy, Julia Roberts o Natassia Kinsky, por ejemplo. 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 o bulimia las realizan mujeres y el resto hombres; ya que se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina; Jones y cols. (10).

(10) Jones, D.J., Fox, M.M., Babigan, H.M. y Hutton, H.E. *Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976*. Psychosomatic Medicine. 1980.



### 4.3.3. La edad.

Como se ha hecho referencia anteriormente, el trastorno de ingesta llamado anorexia nerviosa se ceba tanto en la edad adolescente como al inicio de la juventud. Los estudios mejor documentados, sitúan las edades más afectas entre los 12 y 25 años. Antes y después de tales edades la incidencia del trastorno, o mejor dicho la aparición del mismo, es irrelevante para efectos estadísticos. Por otro lado, también se ha observado que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades; Halmi y cols.(11).

Es importante hacer hincapié, que la anorexia no está directamente vinculada a factores biológicos, por lo que no es adecuado colocarla en relación directa con las transformaciones somáticas propias del periodo adolescente.

### 4.3.4. Niveles socioeconómicos.

Es evidente que la anorexia nerviosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de nuestra población. En concreto, las clases sociales, es decir, los diferentes niveles socioeconómicos y por tanto socioculturales, presentan tasas distintas.

Crisp y cols. (12) en el año de 1976, llevaron a cabo un minucioso estudio en nueve escuelas de Londres. Verificaron el volumen de casos graves de anorexia nerviosa existentes entre las muchachas de más de 16 años que cursaban estudios en esas escuelas.

(11) Halmi, K.A., Casper, R.C. Eckert, E.D. y cols. *Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa*. Psychiatric Research. 1979.

(12) Crisp, A.H., Palmer, R.L. y Kalucy, R.S. *How common is anorexia nervosa? A prevalence study*. British Journal of Psychiatry. 1976.

Los autores hallaron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 chicas; mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Es decir, existían significativas diferencias de incidencia en función de la clase social, en la inteligencia de que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel económico claramente superior al representado en las escuelas públicas. Por su parte, sostienen que hay que atender a otro hecho significativo. A medida que pasan los años, a partir de 1976 hasta 1979 aproximadamente, aumenta la cantidad total de pacientes asistidas, pero ya no es tanta la diferencia entre niveles socioeconómicos; es decir, tal parece que las cosas suceden como si se tendiera a una cierta homogeneización, a una aproximación de las diferentes incidencias en función de la clase social. Así, diferencias entre clases, junto con ciertas tendencias a la igualación, son los dos fenómenos a retener, por supuesto dentro de un país industrial altamente desarrollado como es Canadá.

#### **4.4. Factores precipitantes.**

Habitualmente, se habla de precipitantes externos, atendiendo al carácter objetivo, manifiesto, observable, de los hechos supuestamente traumáticos que ponen en marcha un proceso mórbido. Se sostiene que el modelo del estrés da cumplida explicación; conductual, cognitiva, emocional y biológicamente al desencadenamiento de los procesos morbosos que se consideran "*precipitados*" psicosocialmente. El fenómeno del estrés permite explicar las conexiones entre las experiencias más simbólicas, por ejemplo, una información verbal, el enfermar humano, planteado éste en términos de adaptación especialmente a los cambios agresivos o nocivos. La adaptación a la experiencia, concretamente a la experiencia aversiva, implica cambios en el sistema nervioso, en el sistema endocrino, en el sistema inmunológico, en el pensamiento y el comportamiento, cambios que son susceptibles de constituir el sustrato orgánico

predisponente inmediato de una enfermedad dada: Valdés y De Flores (13).

Todo ello justifica el poner en relación los "*precipitantes externos*" con el inicio de una enfermedad dada, a fin de buscar las relaciones funcionales existentes entre uno y otro suceso. Sin embargo, los trabajos dedicados a este fin están destinados al fracaso por parcialidad. En efecto, es prácticamente imposible detectar y recoger todo cuanto pueda ser estresante para una persona. Se sabe que lo sustantivo en el impacto que una situación concreta ejerce sobre un individuo no es tanto la situación en sí, sino la evaluación o interpretación que de la misma hace el sujeto. Es el contenido cognitivo de la persona en cuestión lo que más cuenta. Y éste es un fenómeno difícil de detectar, de determinar y cuantificar, sobre todo retrospectivamente; Lazarus y Folkman (14).

Por otro lado, hay cambios objetivos que no pueden buscarse en la interacción del individuo con su medio, porque se producen en él mismo. Esto es lo que sucede en el caso de las modificaciones biológicas propias de la pubertad. El adolescente o la adolescente pueden experimentarlas de modo muy rápido, algunas de forma forzosamente súbita, la menarca por ejemplo. Son cambios a los que debe adaptarse, conceptualizar y evaluar, siendo susceptibles de constituirse en hechos estresantes. Así, las cifras globales al número de pacientes que inician su anorexia aparentemente desencadenada por situaciones estresantes objetivas, oscilan entre el 50% de Theander (15), al 100% de Casper y Davis (16).

(13) Valdés, M. y de Flores, T. *Psicobiología del estrés*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1985.

(14) Lazarus, R. S. y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. Versión Castellana. Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1986.

(15) Theander, S. *Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female cases*. Acta Psychiatrica Scandinavica (Supl.) 214, 1-194. 1970.

(16) Casper, R.C. y David, J.M. *On the course of anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1977.

Jacobs e Isaacs (17) determinan la existencia de posibles factores precipitantes en el 65% de su muestra de 40 pacientes anoréxicos, dándose los de más envergadura en las anorexias de inicio previo a la pubertad. Halmi y cols. (18) han creído constatar que, cuando la enfermedad anoréxica se desarrolla en ausencia de estresores externos, existe una psicopatología subyacente más grave y una mayor resistencia al tratamiento. Cabe señalar, que los precipitantes externos existen siempre en la anorexia nerviosa: para su inicio se precisa, por lo menos, de una toma de decisión acerca de la restricción alimenticia. Es importante subrayar que los datos arriba mencionados están además permanentemente sesgados por el criterio de cada investigador acerca de qué y cuáles son los precipitantes externos en cuestión.

A continuación se presentan algunos ejemplos de precipitantes externos que pueden ayudar a una mejor comprensión.

#### **4.4.1. Separaciones y pérdidas.**

Las separaciones y pérdidas constituyen aspectos de suma importancia en el estudio de circunstancias desencadenantes y predisponentes para enfermedades psiquiátricas. Uno de los cuadros que más estudios ha reunido es la depresión. En el caso de la anorexia son bastantes las publicaciones que testifican la relación temporal entre dicho trastorno y el fallecimiento de una persona afectivamente significativa; habitualmente alguno de los padres, la separación de éstos, el alejamiento de su hogar por parte de la paciente, etc.

---

(17) Jacobs, B.W. e Isaacs, S. *Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1986.

(18) Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E. y cols. *Pretreatment evaluation in anorexia nervosa*. En Vigersy, R.A. (ed.) *Anorexia Nervosa*. Nueva York: Raven Press. 1977.

En estudios realizados en cuanto a fallecimientos, Beaumont y col. (19) los hallan en el 32% de sus pacientes y Kalucy y cols. (20) en el 29% de las suyas, aportando ambos en este sentido, cifras muy parecidas. También Kalucy y cols. (20) cifran en el 34% el número de casos asociados a ausencia del hogar por parte de la interesada. Por su parte Broucke y Vandereycken (21) han estudiado 14 adolescentes europeos, de 16 y 18 años respectivamente, participantes en un programa de intercambio de estudiantes con los EE.UU., que les llevó a residir durante un año en el seno de diversas familias americanas. Los 14 sufrieron trastornos de la ingesta (9 anoréxicas y 4 bulímicas, un caso atípico). Los autores consideran como factores precipitantes compartidos por todos esos pacientes, no solo la ausencia del medio familiar, sino la nostalgia y el aburrimiento propios del "*choque cultural*". Sin embargo, no se descarta la posibilidad, de que la mayoría de los sujetos afectados parecían contar con alguna sintomatología previa.

Con relación a separaciones y conflictividad grave entre los padres, Rowland (22) halla separaciones oficiales en un 43%. Kalucy y cols. (20) en un 7% y Halmi (23) en un 36% en este tipo de situaciones.

(19) Beaumont, P.J., Abraham, S.F., Argall, W.J. y Cols. *The onset of anorexia nervosa*. Australia and New Zealand Journal of Psychiatry. 1978.

(20) Kelucy, R.S., Crisp, A.H. y Harding, B. *A study of 56 families with anorexia nervosa*. British Journal of Medical Psychology. 1977.

(20) Kelucy y cols. Op. Cit. pag. 381.

(21) Broucke, S. Van den y Vandereycken, W. *Risk factors for the development of eating disorders in adolescent exchange students: an exploratory survey*. Journal of Adolescence. 1986.

(22) Rowland, C. V. *Anorexia nervosa: a survey of the literature and review of 30 cases*. International Psychiatric Clinic. 1970.

(20) Kalucy y cols. Op. Cit. pag. 385.

(23) Halmi, K.A. *Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases*. Psychosomatic Medicine. 1974.

Toda esa casuística permite percibir la desorganización familiar como algo asociado al inicio de la anorexia nerviosa. Se ha dicho que en todas estas situaciones, la homeostasis familiar esta alterada y la falta de controles internos por parte del adolescente puede hacerse más evidente cuando sus directrices externas están perturbadas; Garner y Garfinkel (24).

#### 4.4.2. Situaciones personales.

Existen puntos muy importantes que señalan porcentajes de casos iniciados tras la experimentación real o subjetiva de algún tipo de "*fracaso personal*". El fracaso dicen los autores puede producirse en el rendimiento académico, la práctica de un deporte, en los estudios de danza, en las relaciones interpersonales, etc. Suele suceder que un incremento rápido de peso, algo nada infrecuente en la adolescencia, puede también precipitar una anorexia. Otro hecho lo constituye el de cinco varones anoréxicos, cuatro de ellos practicaban una actividad deportiva. De éstos, tres iniciaron su enfermedad anoréxica inmediatamente después de ser juzgados negativamente por sus respectivos entrenadores por algún kilito de más.

Toro y Vilardell (1) afirman que en ocasiones, la anorexia va precedida de alguna enfermedad somática. Las cosas suelen suceder como si el adelgazamiento y/o la anorexia real que acompaña a tales trastornos quedaran fijados en la paciente o facilitarían psicobiológicamente un proceso que se hallaba agazapado, latente con anterioridad.

---

(24) Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nueva York. Brunner/ Mazel. 1982.

(1) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pag. 180.

Damlouji y Ferguson (25) han publicado otro tipo de género de hechos precipitantes sumamente minoritario, pero altamente significativo, que consiste en tres casos de anorexia nerviosa comenzada inmediatamente después de haber sufrido accidentes automovilísticos con importantes traumatismos y modificaciones corporales. Ninguna de las tres mujeres (17, 23 y 29 años) había experimentado ni manifestado con anterioridad al accidente síntomas anoréxicos de ningún tipo. El proceso seguido por las tres a partir del traumatismo es el de una anorexia con todos los requisitos. Es un hecho que pone de manifiesto la radical importancia de hacerse cuestión de la propia imagen corporal valorada socioestéticamente en la patogenia de la anorexia nerviosa.

#### 4.4.3. La inanición.

Es evidente que la desnutrición determina una serie de modificaciones biológicas de indudable importancia para la homeostasis general del organismo y, en general, para su salud y la propia existencia. Las consecuencias psicológicas de la inanición se pueden ilustrar describiendo brevemente lo aportado por un equipo de investigadores de la Universidad de Minnesota, dirigidos por el doctor Ancel Keys (26), quien decidió estudiar en detalle los procesos de inanición y rehabilitación durante la Segunda Guerra Mundial. Este estudio, que duró desde noviembre de 1944 hasta octubre de 1945, se le conoció como el experimento de Minnesota.

Toro y Vilardell (1) nos ofrecen una reseña de la forma en que se llevó a cabo esta investigación.

(25) Damlouji, N.F. y Ferguson, J.M. *Three cases of posttraumatic anorexia nerviosa*. American Journal of Psychiatry 1985.

(26) Keys, A., Brozek, D. y cols. *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1950.

(1) Toro, J. y Vilardell, E. Op. Cit. pags. 184-186.

Los experimentadores reclutaron a 32 hombres de 25-26 años, como sujetos de estudio, que consistió en doce semanas de observación preliminar, seis meses de semi-inanición y doce semanas de rehabilitación. Para estos robustos jóvenes, que usualmente consumían unas 3.500 calorías diarias, "semi-inanición" significaba una ingesta diaria de 1.500 - 1.600 calorías; más de lo que la mayor parte de dietas de adelgazamiento comerciales permite hoy en día. Las personas en los campos de concentración recibían un máximo de 1.000 calorías diarias. La pérdida de peso promedio de los hombres fue de dieciséis kilos al finalizar el experimento. El libro que resultó de la colaboración de estos hombres y la dedicación del Dr. Keys y sus colegas, llamado The Biology of Human Starvation (La biología de la inanición humana), presenta un relato detallado de los cambios que tuvieron lugar en el cuerpo y la mente como consecuencia de la lenta y prolongada desnutrición.

Los efectos en la personalidad fueron importantes. El informe decía así: "*Durante el segundo mes de semi-inanición fue evidente que en los sujetos se estaban desarrollando cambios emocionales y de personalidad que podían, si progresaban lo suficiente, requerir tratamiento psiquiátrico experto*". Los hombres se quejaban de debilidad, hambre, músculos doloridos y fatiga; también se volvieron melancólicos, apáticos y deprimidos a medida que el experimento continuaba. Sus hábitos de comida también cambiaron, al final del periodo fijado, los voluntarios en cuestión tardaban un par de horas en realizar una comida que unos meses antes les hubiera llevado algunos minutos. Pasaban horas planeando qué harían con la cuota de alimento que les era suministrada a diario. La comida se convirtió en su tema de conversación predominante.

Más de la mitad de los hombres empezó a leer libros de cocina y a coleccionar recetas culinarias. Se produjo un dramático incremento en el consumo de café y de té, hasta 15 tazas diarias. Intentaban tener



sus estómagos llenos ingiriendo grandes cantidades de líquido, agua, sopa, etc. Aumentó drásticamente el consumo de goma de mascar y de cigarros; así como la onicofagia(\*). En líneas generales sus comportamientos se fueron haciendo claramente obsesivo-compulsivos. Se observó en dicho estudio que los sujetos se volvían reacios a planear actividades, tomar decisiones y participar en actividades de grupo. Pasar el tiempo con otros se volvió demasiado fatigoso y problemático. En general, denotaban una importante reducción de sus intereses, una clara tendencia al aislamiento social y una evidente irritabilidad. La pérdida de interés sexual se convirtió en norma compartida.

En cuanto a las pruebas psicométricas aplicadas a estos sujetos, el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad) se alteró dramáticamente con la semi-inanición. Concretamente las puntuaciones de las escalas correspondientes a hipocondría, depresión e histeria se incrementaron significativamente, sobre todo la segunda, que pasó de una nota T media normal de 54.2 durante el periodo basal a una puntuación patológica de 73.9 en la semana 24 de restricción calórica. Además, las puntuaciones regresaron a la normalidad al finalizar la *rehabilitación nutricional*. (Nótese que ese MMPI patológico es semejante al que parece hallarse en las anorexicas).

Esta importante observación, confirma que una parte significativa de la sintomatología psicológica/psiquiátrica de la anorexia nerviosa está determinada por el estado de desnutrición. En consecuencia, son bastantes las anomalías y trastornos que no deben conceptualizarse como formando parte de la patología primaria de la anorexia.

---

(\*) Ver glosario

Obsesividad y compulsividad especialmente relacionadas con la alimentación, labilidad emocional, aislamiento social, déficit en la concentración, pérdida de interés sexual y trastornos del sueño, parecen constituirse en un común denominador obligado de la anorexia una vez establecidos ayunos y pérdida del peso suficientes.

#### **4.4.4. Exceso de actividad física.**

Epling y cols. (27) estiman que no hay duda que el exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de una anorexia nerviosa. Asimismo, defienden la hipótesis de que la hiperactividad es un hecho clínico precoz y duradero de la anorexia y no simplemente secundario a un intento consciente de perder peso o a la pérdida de peso en sí misma considerada. En consecuencia, un incremento de la actividad física pudiera funcionar como factor precipitante de ciertas anorexias, al margen de toda "*intencionalidad anoréxica*" de entrega a tales actividades: deporte, danza, gimnasia, etc. Sin embargo, no es fácil olvidar que, aunque las cosas sucedan cronológica y literalmente así, las situaciones concretas en que suele practicarse este género de actividades son de carácter social y, poco o mucho, competitivas.

Es decir, constituyen ocasiones de que el propio cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión. En tal caso, la influencia precipitante sería doble en personas predisuestas.

---

(27) Epling, W.F., Pierce, W.D. y Stefan, L. *A theory of activity-based anorexia*. International Journal of Eating Disorders. 1983.

#### 4.4.5. La fuerza de la publicidad.

Anteriormente, se hizo referencia a los medios de comunicación, haciendo hincapié 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 proadelgazante de libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, todo ello contribuye a determinar ese estado de opinión o evaluación corporal por hoy existente. Pero además, todo ese arsenal de imágenes y palabras crean un importantísimo y succulento 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 el mercado y, claro está, procuran vender todo cuanto pueden.

Toro y cols, (28) realizaron un análisis en los años 1984 y 1985 de la publicidad pro-adelgazamiento incluida en las revistas "femeninas" españolas.

De todas estas revistas fueron elegidas aquellas que contaban con más de un 60% de sus lectores del sexo femenino y contaban asimismo con una difusión superior a los 100.000 ejemplares.

(28) 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. (comunicación no publicada) 1985

Así se seleccionaron 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 de consumo de productos destinados a adelgazar o hicieran deseable el adelgazamiento. En los resultados obtenidos se constata que casi uno de cada cuatro 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 1, 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 pomadas 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. (Ver tabla 1).

Tabla 1

## Productos pro-adelgazamiento anunciados

	% del C. I. 1984	% del C. I. 1985		Dif. % C. I.
1 Productos de aplicacion dérmica	24.05%	43.37%	+	19.32
2 Alimentos hipocalóricos (yogurt, leches, 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 Farmacos: (laxantes)	10.10%	1.20%	-	8.90
6. Instituciones (Gimnasios, clínicas)	4.60%	2.40%	-	2.20
7 Otros (Ropa, aparatos, libros)	7.50%	-	-	-

Fuente: Toro, J. y cols. (1985)

No puede precisarse si la tendencia se mantendrá, pero de 1984 a 1985 se ha observado un cambio significativo en las razones que dan los anunciantes para invitar a la pérdida de peso (ver tabla 2). Durante mucho tiempo, y aún ahora, los argumentos predominantes han estado relacionados con la salud. Sin embargo, tal parece que puede vender más la motivación estética que la sanitaria; ya que en 1985, el 55% de los argumentos pro-adelgazamiento eran estéticos y sólo el 19% estaban relacionados con la salud.

Con lo anterior se pudo comprobar que la difusión de la publicidad se produce predominantemente en el sexo femenino, entre los 15 y 24 años de edad y 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.

Tabla 2

**Motivaciones inducidas por la publicidad  
pro-adelgazamiento**

	% total C.U 1984	% total C.U 1985	Dif. % C.U
- Énfasis en razones estéticas:	33.12%	55.36%	+ 22.24
- Énfasis en razones de salud:	43.20%	19.30%	- 23.90
-Otras:	23.86%	25.32%	- 1.36

Fuente: Toro, J. y cols. (1985).

Lasegue (29) hace una importante reflexión y señala, que nada confirma en las palabras de las anoréxicas, una vez que la anorexia está instalada que ellas anhelan estar "*a la moda*" (a menos que se interprete de esta manera la obsesión por no engordar, lo cual está muy lejos de ser una evidencia). El factor desencadenante que sería el anhelo de estar más delgada, pasa muy pronto a un segundo plano a una sintomatología mucho más compleja, el temor por volver a engordar no es "*cultural*". Quienes anhelan ajustarse al ideal de delgadez de nuestra sociedad no son las anoréxicas: la mayoría de las mujeres admira a las anoréxicas por llevar a cabo con tanta disciplina lo que ellas aspiran; a menos que, por las mismas razones, las anoréxicas no desencadenen en esas mujeres violentos sentimientos de hostilidad.

(29) Lasegue, C. H.. *De l'anorexie hysterique*. Arch. Gen. Med. 1873.

## BIBLIOGRAFÍA

Beaumont, P. J., Abraham, S. F., Argall, W. J. y cols. *The onset of anorexia nervosa*. Australia and New Zealand Journal of Psychiatry. 1978.

Broucke, S. Van den y Vandereycken, W. *Risk factors for the development of eating disorders in adolescent exchange students: an exploratory survey*. Journal of Adolescence. 1986.

Casper, R. C. y David, J. M. *On the course of anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1977.

Crisp, A. H., Palmer, R. L. y Kelucy, R. S. *How common is anorexia nervosa?. A prevalence study*. British Journal of Psychiatry. 1976.

Chernin, K. *The obsession: reflections on the tyranny of slenderness*. Nueva York: Harper and Row. 1981.

Damlouji, N. F. y Ferguson, J. M. *Three cases of posttraumatic anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry. 1985.

Epling, W., Pierce, W. D. y Stefan, L. *A theory of activity-based anorexia*. International Journal of Eating Disorders. 1983.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. y Thompson, M. *Cultural expectations of thinner women*. Psychological Reports. 1980.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. Nueva York. Brunner/Mazel. 1982.

Halmi, K. A. *Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases*. Psychosomatic Medicine. 1974.

Halmi, K. A., Casper, R. C., Eckert, E. D. y cols. *Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa*. Psychiatric Research. 1979a

Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E. y cols. *Pretreatment evaluation in anorexia nervosa*. En Vigersy, R. A. (Ed.) *Anorexia Nervosa* Nueva York: Raven Press 1977.

Hamilton, L. H., Brooks, G. J., Warren, M. P. *Socio-cultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers*. International Journal of Eating Disorders. pags. 465-477. 1995.

Jacobs, B. W. e Isaacs, S. *Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1986.

Jones, D. J., Fox, M. M., Babigan, H. M. y Hutton, H. E. *Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1969-1976*. Psychosomatic Medicine. 1980.

Kelucy, R. S., Crisp, A. H. y Harding, B. *A study of 56 families with anorexia nervosa*. British Journal of Medical Psychology. 1977.

Keys, A., Brozek, D. y cols. *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1950.

Lasegue, C. H. *De l'anorexie hysterique*. Archives of General Medicine. pag. 385. 1873



Lazarus, R. S. y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York. Springer. Versión Castellana: Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1986.

León, G. R. *Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa, bulimia*. Lexington; Lewis 1983.

León, G. R. y Finn, S. *Sex-role stereotypes and the development of eating disorders*. En Widom, C. S. (ed.) *Sex roles and psychopathology* Nueva York Plenum. 1984.

Rowland, C. V. *Anorexia nervosa: a survey of the literature and review of 30 cases*. International Psychiatric Clinic. 1970.

Theander, S. *Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female cases*. Acta Psychiatrica Scandinavica (Supl.) pag. 214. 1970.

Thomas, J. P. y Szmukler, G. I. *Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction*. British Journal of Psychiatry. 1985.

Toro, J. *El aprendizaje de la masculinidad y la femineidad*. Revista Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 1974.

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 (comunicación no publicada) 1985

Toro, J. y Vilardell, E. *Anorexia nervosa*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

Valdés, M. y de Flores, T. *Psicobiología del estrés*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1985.

## **Capítulo 5.**

### **Metodología**

#### **5.1. Planteamiento del problema.**

El trastorno de alimentación llamado anorexia nerviosa tiene su génesis en el desarrollo del niño en la etapa oral; donde la relación con la madre no es adecuada, ya que ésta tiende a no satisfacer ciertas necesidades del niño que a su vez, se va llenando de resentimiento y hostilidad, para después reprimirlo, manifestándose posteriormente esta conducta en la adolescencia. Esta mala relación con la madre facilita la disfuncionalidad dentro del marco familiar y favorece en la mayoría de las veces la exaltación de valores estéticos psico-socio-culturales.

#### **5.2. Objetivo.**

##### **5.2.1. General.**

Analizar el trastorno de alimentación llamado anorexia nerviosa a la luz de las conceptualizaciones existentes más sobresalientes.

##### **5.2.2. Particulares.**

a). Identificar a través de la teoría de relaciones objetales, la relación madre e hijo(a) durante la etapa oral.

b). Detectar las causas de la inapetencia del niño mediante el proceso de alimentación que realiza la madre.

c). Identificar los principales signos y síntomas tanto internos como externos que presenta la anorexia nerviosa.

d). Conocer las pautas interaccionales que llevan a una familia con paciente anoréxico a actuar de determinada manera.

e). Identificar los factores psico-socio-culturales que favorecen la exaltación de valores estéticos.

### **5.3. Definición conceptual.**

La relación madre e hijo(a) es considerada como una simbiosis psicológica que consiste en una necesidad recíproca de satisfacer y ser satisfecho en el intercambio que se presenta durante la etapa oral.

### **5.4. Procedimiento.**

El presente trabajo se realiza como una búsqueda de la mayor parte de la información acerca del trastorno de alimentación llamado anorexia nerviosa. Para ello, se abocó al estudio de las teorías de relaciones objetales, las cuales permiten explicar un fenómeno médico a partir de las investigaciones realizadas por Freud y sus seguidores, destacados investigadores provenientes de las Escuelas Inglesa y Estadounidense, respectivamente.

Freud postula que durante la etapa oral, el niño depende de la madre para gratificar la mayoría de sus necesidades fisiológicas y psicológica principalmente a través del amamantamiento, momento en el que el bebé experimenta el placer oral, así como el que le brindan los brazos, el calor y los mimos maternos, llevándose de este modo el intercambio erótico.

Melanie Klein subraya que durante esta misma etapa existe en la mayoría de los casos una sensación de ambivalencia: una relación de objeto parcial con pecho idealizado y otro persecutorio. Tomemos como ejemplo al bebé que empieza a sentir hambre y trata de sobreponerse mediante la alucinación omnipotente de poseer un pecho bueno que lo amamanta: la situación será radicalmente distinta si se le da de mamar pronto que si se lo deja con hambre durante largo tiempo. En el primer caso el bebé sentirá que el pecho real que le ofrece la madre se funde con el pecho fantaseado por él y su propia bondad y la del objeto bueno le parecerán firmes y duraderas. En el segundo caso, se sentirá avasallado por el hambre y la ira, y en su fantasía se acrecentará la experiencia de un objeto malo y persecutorio, con el resultado de que su propia ira le parecerá más poderosa que su amor y el objeto malo más fuerte que el bueno. A este respecto, Margaret Mahler hace hincapié en que el yo incipiente del recién nacido debe ser completado por el rapport emocional del cuidado de la madre al dar el pecho, una especie de simbiosis social necesaria para ir fortaleciendo ese yo, dice la autora. Por su parte, Balint sostiene que desde el periodo fetal es esencial para el desarrollo del niño que exista una armonía entre él y su medio, por lo tanto, Winnicott sugiere la importancia de una preocupación materna primaria; es decir, que la madre sea capaz de aproximarse y sentir a su bebé y que no lo haga objeto de sus preocupaciones patológicas. Para ello, René Spitz sugiere que el hecho de establecer una barrera contra los estímulos, es indispensable, ya que protege al bebé de los excesos de estimulación que está expuesto desde el momento de su nacimiento. Hohut afirma que el equilibrio del narcisismo primario que trae consigo el niño, se ve roto por las inevitables fallas del cuidado materno, para lo cual es necesario dice Erikson establecer el sentido de confianza básica; es decir, la calidad en el cuidado materno.

### **5.5. Tipo de investigación.**

Clinica.

### **5.6. Diseño de investigación.**

El diseño de investigación es de carácter documental y consiste en la recopilación de datos que trata el tema de la anorexia nerviosa, a través de la categorización y ordenamiento, análisis e integración y exposición sistemática de la información que ha sido obtenida de las fuentes no empíricas. Este tipo de investigación reúne conceptos teóricos que permiten la interpretación de un fenómeno que se aborda desde una perspectiva psicodinámica.

## Capítulo 6

### Conclusiones

Como se ha podido apreciar a lo largo de este trabajo, la anorexia nerviosa constituye la interacción de una serie de factores entre los que se encuentran los de origen fisiológico, biológico, emocional, conductual, cognoscitivo y de carácter psico-socio-cultural, mismos que están presentes en todo el proceso de la enfermedad.

La mayor incidencia se encuentra principalmente en el sexo femenino y en particular en mujeres adolescentes entre los 12 y 18 años de edad (entre el 94 y 96%). Aunque no se descarta la posibilidad de que ocurra en edades más avanzadas.

Los signos y síntomas más característicos de esta enfermedad son, la reducción drástica de ingesta calórica, el abuso en el consumo de comprimidos para hacer dieta, los malestares epigástricos, la presencia de vómitos, el estreñimiento, la intolerancia al frío, el dolor de cabeza, la poliuria, alteraciones en el sueño, los edemas, el lanugo, la baja presión sanguínea, el uso de diuréticos; así como el incremento excesivo de ejercicios físicos así como el desarrollo de actividades tales como danza, gimnasia y deportes.

La anorexia nerviosa suele estar acompañada de otros síntomas psiquiátricos. Entre los que se consideran de mayor importancia son la ansiedad y la depresión. En la primera de ellas conforme avanza la enfermedad, los agentes ansiógenos se multiplican, dado que el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, la coacción sociocultural en pro del adelgazamiento y la expectativa de una posible hospitalización, dan como resultado el mantener y

aumentar dicha ansiedad. En la segunda, se afirma que alrededor de un tercio de las pacientes sufren o han sufrido un trastorno depresivo mayor y aproximadamente la mitad de las anoréxicas afectadas de trastorno afectivo mayor experimentan su depresión poco antes de iniciarse el episodio anoréxico.

Dentro de los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa destacan la pérdida importante de peso corporal, miedo a ganar peso, percepción alterada de la imagen corporal y ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Estos son los signos y síntomas que han podido detectarse a través de estudios médicos; sin embargo, el problema de la anorexia nerviosa reviste una falla común a todas las escuelas que se han dedicado a la investigación de dicho padecimiento.

Cada una se ha preocupado por analizar en forma individual lo que considera el origen de la enfermedad sin ocuparse por otro tipo de motivos que en un momento determinado pueden ser la causa del trastorno. Cada grupo juzga que el aspecto que estudia es el determinante, sin llegarse a la interacción de todos ellos.

No podemos entender la anorexia nerviosa atendiendo únicamente a factores fisiológicos como lo hacen la mayoría de las instancias médicas. Tampoco podemos hacerlo partiendo de la base de unas hipotéticas relaciones madre-hijo(a) vividas durante la etapa oral del niño como nos lo ha hecho saber la teoría psicoanalítica. Lo mismo sucedería si sólo tomáramos en cuenta la disfunción familiar como sostienen los investigadores que se han abocado al estudio del modelo sistémico. Y mucho menos, podemos atribuirle la exclusividad del origen al aspecto psico-socio-cultural; dado que las contingencias ambientales son privativas de cada individuo y de acuerdo a éstas se manifiesta su conducta.

Se podría decir, que existe la necesidad de un trabajo de investigación que cuantifique la importancia de cada uno de los aspectos que estudian todos los investigadores; así como mantener un criterio abierto para evaluar sin prejuicios los posibles orígenes de la anorexia nerviosa en cada uno de los campos que nos brindan las escuelas estudiadas. Sólo así, se podría llegar al fondo del problema, que ciertamente, no tiene una causa única, sino por el contrario, está envuelto en toda una serie de fenómenos que tienen estrecha relación unos con otros.

### **ALCANCES Y LIMITACIONES.**

Es importante destacar que en México no se cuentan con estadísticas acerca de esta entidad nosológica, debido a que los casos médicos son muy aislados. En los centros de salud, estas pacientes llegan por lo general acompañadas de sus padres para ser atendidas por el médico que en la mayoría de las veces no sabe nada de la anorexia nerviosa desde el punto de vista psicológico y sólo se concreta a realizar la evaluación médica en virtud del estado en que se encuentra la paciente, donde al cabo de unas cuantas consultas la paciente (y su familia), al sentirse un poco mejor de salud y haber recobrado parte del peso perdido, abandonan el asunto sin preocuparse por regresar, ¡claro esta! hasta volver a recaer por supuesto y, peor aún, en condiciones fisiológicas más desfavorables.

Se insta a las instituciones y a los investigadores a que coordinen sus esfuerzos para profundizar y sistematizar el estudio de la anorexia, sobre la base de que el mal empieza a tomar características cada vez más severas. Quizá sería conveniente poder elaborar un instrumento de evaluación con base en cuestionarios que sin asignarle un mayor o menor peso a cada una de las teorías estudiadas lleve a la detección temprana de la anorexia nerviosa. Desde el punto de vista médico ya se cuenta con un cuestionario llamado "Eating Attitudes Test" que



permite determinar la existencia de la enfermedad en cuestión, pero que no toma en cuenta elementos psicológicos que invariablemente están atrás del origen de este mal. De acuerdo a lo anterior y combinando todos los elementos de análisis que las diferentes escuelas han aportado hasta la fecha, podremos tener una visión más amplia de dicho padecimiento y lo más importante, detectarlo cuando sus consecuencias aún no comprometen la salud y más aún, la vida.

## GLOSARIO

**Harto.**

Que padece de indigestión. Aplíquese al que está harto por haber comido o bebido en exceso.

**Amenorrea.**

Falta de menstruación, por tres meses (90 días) o más sin gestación. La amenorrea puede obedecer a varias razones, pero es un síntoma de anorexia nerviosa, porque indica que el peso corporal de la paciente descendió por debajo de un estándar saludable mínimo.

**Anorexia.**

Palabra griega para pérdida de apetito, también una forma abreviada para la anorexia nerviosa.

**Anorexia nerviosa.**

Trastorno de la ingesta de comida caracterizado por un temor extremo a engordar, autoinanición en un esfuerzo para evitar engordar y amenorrea.

**Ascetismo**

Rechazo del placer o exageración de considerarlo decadente o prueba de falta de voluntad. (Algunas anoréxicas son consideradas ascetas porque no satisfacen de manera adecuada las necesidades de sus cuerpos y estiman un honor el nergarse la comida u otras necesidades).

**Asténico(ca).**

Falta de fuerzas, decaimiento físico, debilidad.

**Bradycardia.**

Latido lento del corazón.

**Carotenos.**

Pigmento de origen natural. Compuesto cristalino de carbono e hidrógeno. Es la materia colorante de la yema del huevo, de la mantequilla y de la zanahoria. Junto con la clorofila explica en los vegetales verdes el color amarillento de las hojas. En el humano el hígado sintetiza vitamina A a partir de los carotenos.

**Catectizado.**

Concentración o acumulación de energía psíquica en una idea u objeto especial o en alguna dirección determinada.

**Caquexia.**

Mala constitución. Alteración profunda de la nutrición originada por una infección en la sangre.

**Cianosis.**

Coloración azulada, violada y a veces negruzca de la piel, que es sintoma común de varias enfermedades.

**Circunspección.**

Atención, cordura, sensillez, juicio, prudencia, seriedad, formalidad, decoro.

**Concomitante.**

Que acompaña a otra cosa u obra juntamente con ella.

**Constipación intestinal.**

Estreñimiento.

**Constructo hipotético.**

Término empleado para designar una síntesis de impresiones.

**Consunción.**

Acción de consumir. Enflaquecimiento excesivo, extenuación.

**Demacración.**

Pérdida de carnes, enflaquecimiento notable.

**Draconiana.**

Dícese de las leyes o disposiciones sanguinarias o muy severas.

**Edema.**

Retención de líquidos en los tejidos, a veces produce un aspecto hinchado o abotagado. Algunos enfermos de A.N. desarrollan edema debido a la inanición o a que comienzan a comer normalmente de nuevo.

**Emaciación.**

Adelgazamiento morboso.

**Escisión.**

Rompimiento, cortar, dividir.

**Escuincle.**

Muchacho.

**Esquizofrenia.**

Sinónimo de demencia precoz. Literalmente "disociación mental". La palabra esquizofrenia ha reemplazado en gran parte en el uso científico a la expresión demencia precoz. Evita implicaciones referentes a la edad de su iniciación y al aspecto de la perturbación, e insiste en los

fenómenos de disociación, por ejemplo, alucinaciones, ilusiones fantásticas y vida emotiva desorganizada, junto con una consistencia intelectual relativa. Algo más amplio que demencia precoz, ya que incluye, basándose en síntomas disociativos, casos que apenas merecerían ese nombre.

**Falacia.**

Engaño, mentira. Costumbre de emplear falsedades.

**Filogenética.**

Origen y evolución de las razas o especies, o de cualquier órgano o función en una especie determinada.

**Flatulencia.**

Acumulación molesta de gases en el tubo digestivo, y dificultad para su canalización.

**Galactosemia.**

Enfermedad metabólica en la cual hay deficiencia de transferasa (enzima). Esta enfermedad se manifiesta por vómitos después de la ingesta de leche o derivados, esto lleva a una subalimentación. Está acompañada de hictericia (depósito de pigmentos biliares en la piel por patología hepática o hemolítica. Color amarillo canario) y de cataratas.

**Hipocondria.**

Estado patológico que se caracteriza por una preocupación exagerada respecto a la propia salud, e interpretaciones de diversas molestias en un órgano o función.

**Holocausto.**

Sacrificio especial entre los hebreos, en que se quemaba totalmente la víctima. (Acto de abnegación).

**Imagen corporal.**

Autorretrato interior que la mayoría de las personas tiene de sí mismo. En cierto momento se pensó que la distorsión de la imagen corporal era un factor que presponía a los trastornos de la ingesta; hoy en día la mayoría de expertos cree que las pacientes se ven de manera correcta, pero no les agrada lo que ven.

**Inanición.**

Debilidad grande, causada generalmente por la falta de alimentación.

**Indefectible.**

Que no puede faltar o que no puede dejar de ser.

**Introyección.**

Tendencia o acto de absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los sucesos externos como si fueran internos, produciendo la identificación de uno mismo con otras personas u objetos.

**Lábil.**

Frágil, perecedero, fugitivo que cae con facilidad.

**Lanugo.**

Desarrollo de vello anormal y muy fino en todo el cuerpo. A menudo considerado como síntoma de inanición.

**Leptosómico.**

Que tiene el cuerpo delgado, estrecho, sutil.

**Maniqueo.**

Que admite dos principios creadores: uno para el bien y otro para el mal.

**Melancolía.**

Tipo de desequilibrio mental caracterizado por depresión emotiva e inhibición o agitación motora.

**Mericismo.**

Regurgitación voluntaria de los alimentos, rara pero grave, crónica, que conduce a un retraso importante del crecimiento. Tiene origen psicógeno. Normal en muchos mamíferos inferiores como la vaca.

**Militar.**

Servir en la guerra o profesar la milicia. Concurrir en una cosa, alguna circunstancia particular.

**Misantropía.**

Individuo que manifiesta aversión al trato humano.

**Mónada.**

Cualquier concepción del mundo basada en un solo tipo de unidad.

**Mórbido.**

Que padece enfermedad o la ocasiona.

**Neurastenia.**

Enfermedad muy variada en sus síntomas, causada por debilidad del sistema nervioso.

**Neuritis.**

Proceso irritativo de origen inflamatorio

**Neuropático.**

Del griego neurón, nervio y pathos, padecimiento.

**Onicofagia.**

Costumbre de roerse las uñas. Se ha supuesto que es un indicio de degeneración.

**Partner.**

Socio, compañero.

**Pensamiento concreto.**

Pensamiento que se caracteriza por disminución de la capacidad para formar abstracciones. El sujeto es incapaz de pensar de manera metafórica o hipotética. El pensamiento se limita a una dimensión del significado. Se toman en cuenta literalmente las palabras y las figuras del lenguaje y no se usan o no se perciben los matices del significado implicado.

**Poliuria.**

Frecuentes emisiones de orina, (común en el embarazo).

**Proyección.**

Tendencia o acto de adscribir al mundo externo procesos psíquicos reprimidos que no se reconocen como de origen personal, y a resultas de lo cual el contenido de estos procesos se experimenta como percepción externa.

**Retaliación.**

Ley del Tali3n (Ojo por ojo y diente por diente). Represalia.

**Tetania.**

Contractura sostenida de m3sculo esquel3tico.



**Tonsura.**

Grado preparatorio para recibir las órdenes menores, que confiere el prelado mediante una ceremonia consistente en cortar por su mano al aspirante un poco de cabello.

**Vaginismo.**

Espasmos involuntarios recurrentes y persistentes de los músculos del tercio exterior de la vagina.

## BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Diccionario de Psicología. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1995.

Mahler M. *Simbiosis humana. Las vicisitudes de la individuación*. Ed. Joaquín Mortiz. México. 1972.

Mahler M. *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Marymar, Buenos Aires. 1977.

Minuchin, S. y Nichols, P. M. *La recuperación de la familia*. Ed. Paidós. Barcelona. 1994.

Nelson, H. *Tratado de pediatría*. Salvat Editores. 7a. edición. pags. 438, 439 y 793. México. 1979.

Nuevo Diccionario Ilustrado Sopena de la Lengua Española. Ed. Ramón Sopena, S.A. Barcelona. 1981.

Pumariaga, A. J. Edwards, P. y Mitchell, C.B. *Anorexia nervosa in black adolescents*. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 23, 1, 111-114. 1984.

Revista "Muy Interesante". Editorial Eres, S. A. de C. V. México. 1994.