



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANOREXIA NERVOSA: UNA REVISION  
BIBLIOGRAFICA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**LAURA RAMIREZ GRAJALES**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. ANNEMARIE BRUGMANN GARCIA



CIUDAD UNIVERSITARIA

JUNIO, 2005

m. 345961

## DEDICATORIA

A mis padres Angela y Javier por darme la vida, a ti mamá por tu ejemplo de fortaleza y tu amor incondicional....Gracias.

A mis hermanos: Pilar, Libertad, Enrique, Sergio y Manuel por su apoyo y amor, por acompañarme en mi vida y permitirme acompañarlos en las suyas....Gracias.

A mis sobrinos: Armando, Samanta, Bruno, Fernando, Alejandro y Luis por llegar a mi vida y alegrarla... Gracias.

A mis amigas; a todas y cada una de ellas por su compañía y solidaridad....Gracias.

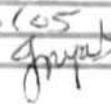
A la profesora Brugmann por su orientación y apoyo...Gracias.

A mis maestros por sus enseñanzas....Gracias.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Laura Ramírez Grayales

FECHA: 27/06/05

FIRMA: 

## INDICE

Resumen	3
---------	---

### CAPÍTULO I ASPECTOS HISTORICOS

1.1 ¿ Santas, brujas o enfermas ?	4
1.1.2 Hacia la Anorexia Nervosa	8
1.1.3 La Anorexia hacia el Siglo XX	12
1.2 Definición de Anorexia	17
1.3 Clasificación de la Anorexia	21
1.3.1 Anorexia Nervosa Primaria	22
1.3.2 Anorexia Nervosa Secundaria o Atípica	23
1.4 Epidemiología	23

### CAPITULO II ENFOQUE Y TRATAMIENTO MÉDICO

2.1 Enfoque	26
2.2 Manifestaciones clínicas	27
2.3 Tratamiento	29
2.3.1 Tratamiento ambulatorio	31
2.3.2 Tratamiento hospitalario	32
2.4 Tratamiento psiquiátrico	35

CAPITULO III ENFOQUE Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	
3.1 Enfoque	38
3.2 Tratamiento	44
CAPITULO IV ENFOQUE Y TRATAMIENTO PSICOANALITICO	
4.1 Enfoque	50
4.1.1 Sigmund Freud	51
4.1.2 Melanie Klein	54
4.1.3 Hilde Bruch	61
4.1.4 Otros autores	64
4.2 Tratamiento	68
CAPITULO V ENFOQUE Y TRATAMIENTO SISTÉMICO	
5.1 Enfoque	73
5.2 Características de las familias	81
5.3 Tratamiento	86
CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFIA	102

## RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación documental en libros, revistas y tesis que abarcó de 1981 al 2004. Se presenta una exposición sistemática de la información obtenida, sobre el desarrollo histórico de la anorexia nerviosa. Se analizaron las semejanzas y diferencias de las distintas posturas teóricas y del tratamiento sugerido por cada una de ellas. Se concluye que el enfoque teórico prevalente es aquel que explica la enfermedad como una respuesta adaptativa a un sistema ilógico y patógeno, de una familia orgánica y psicósomáticamente enferma.

Palabras clave: familia psicósomática, anorexia y trastorno alimenticio.

## SUMMARY

A documental research was carried out in books, magazines and thesis that covered from 1981 to 2004. A systematic exposure of the obtained information is presented, on the historical development of the nervous anorexy. Likeness and differences of different theoretical postures were analysed explaining the treatment suggested by each of them. We concluded that the prevalent theoretical focus is the one wich explains the illness as the adaptative answer of the anorectic patient to an pathogenic organic family sistem, a family that is psychosomatic illnes.

The keys words: pycosomatic family, anorexy and alimentary disorder

## CAPITULO I. ASPECTOS HISTORICOS

### I.1 ¿SANTAS, BRUJAS O ENFERMAS?

Desde la antigüedad, en varias culturas se le daba al ayuno diferentes interpretaciones: como símbolo de pureza, protección contra las fuerzas espirituales o como señal de arrepentimiento; culpa y castigo voluntario con la finalidad de expiar los pecados de los que acusara la propia conciencia. Es así como la anorexia se empieza a hacer presente sin que se le considerara un trastorno alimentario.

El término griego "anorexis" se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de "falta de deseo". Galeno (129-209 DC) al comentar el libro "Epidemias del Corpus Hippocraticum", dice que los griegos llaman anorektous y asitous a los que rechazan los alimentos. El término anorexia continuó siendo usado por los médicos a lo largo de siglos adjudicándolo a diversas etiologías según las épocas: factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas, desequilibrio entre los "humores", a factores neurológicos o psíquicos.

Durante la Edad Media muchas mujeres, dentro y fuera de los conventos, trataron de lograr la unión mística con Dios pasando por la "purificación del ayuno". En esta época existía una característica de las mujeres de somatizar los actos religiosos, por ejemplo sólo comían la hostia eucarística ya que el ayuno era un factor importante en el modelo de santidad femenina, lo anterior no sólo era apoyado por las mujeres medievales, sino que también por el clero, que alentaba dicha conducta porque era considerada como la unión con Dios; pero a pesar de esto la iglesia no exigía llegar a límites extremos. En aquel periodo de la historia la iglesia no sabía si el ayuno, hasta el punto de poner en riesgo la vida de las jóvenes era por obra de Dios o del Diablo, y es por ésta razón que algunas ayunadoras se consideraban herejes o practicantes de brujería, por lo que tuvieron que pasar por los juicios de las autoridades eclesiásticas. Sólo algunas de estas jóvenes convencían a los demás de que su conducta era obra de Dios, logrando ser respetadas, ya que ser la sierva de Dios significaba que su conducta no la regia ningún hombre, por lo que éstas mujeres llegaron a imponerse ante la jerarquía eclesiástica (Bynum, 1991; citado en Ortiz 2002).

Tisera-López en 1996, nos menciona que la creencia de que existía una relación entre el ayuno y la posesión demoníaca es muy antigua, pues entre los pueblos primitivos existió siempre la idea de que algún demonio podía penetrar en el cuerpo por medio de los alimentos y por lo tanto se

ayunaba para contrarrestar estos peligros, o bien se evitaban aquellos alimentos que podían ser más propicios para el demonio, sobre todo la carne.

Es decir, se pensaba que la privación del alimento ahuyentaba las influencias demoníacas y garantizaba una cierta pureza, para lo cual la carne debía ser dominada; el espíritu debía triunfar y el ayuno era el medio idóneo para ello. Mantenerse sin comer era considerado como signo de santidad. Se sabe que en esta época el cristianismo adoptó el ayuno como pilar de vida ascética, agregando la abstinencia sexual y otras formas de control y castigo corporales a fin de debilitar la carne y fortificar el espíritu. Al ayuno se le adjudicó también un significado moral, utilizándose como penitencia religiosa a fin de lograr la expiación de los pecados cometidos por la misma o por otras personas.

Entre los años 1200 y 1500 un número creciente de mujeres religiosas se entregaban a la práctica del ayuno. Catalina de Siena, Verónica Giuliani, María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovani son algunas de las más significativas y reconocidas de estas mujeres. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de trastornos, los denominaron "inedia prodigiosa" y "anorexia mirabilis". La palabra anorexia era utilizada como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

Como podemos observar en tiempos medievales se pensaba que el ayuno al que se sometían voluntariamente estas mujeres era en algunos casos un mal demoníaco u opuestamente un don de Dios (esta última percepción era aplicada generalmente a las mujeres que eran de una posición social alta). Un caso interesante fue el de Catalina de Siena que a continuación se relata:

"Catalina Benincasa era una gemela nacida prematuramente hacia el año 1347, en Siena. De las dos hermanas es a ella a la que su madre decidió amamantar personalmente mientras que la otra fue confiada a una nodriza y falleció muy pronto. Hija de un tintorero artesano de Siena Catalina fue educada en la religión católica, como todos los niños de su época. Hacia los seis o siete años, tuvo su primera visión: Jesús vestido de blanco le sonreía, rodeado de varios santos aureolados de rayos luminosos. Desde esta edad la niña empieza a renunciar a la comida. En la pubertad se niega obstinadamente a casarse, como sus padres le ordenan. Se impone penitencias de todo tipo como: ayunos, flagelaciones, etc. A partir de los 16 años hasta su muerte, sólo come pan, hierbas crudas, sólo bebe agua y pierde rápidamente la mitad de su peso. Ingresa a continuación en la orden de las dominicanas, contra la voluntad de su madre.

Llega a ser la consejera de Gregorio XI, Papa de Aviñón, a quien le ordena pura y simplemente que regrese a Roma. Tras la muerte de Gregorio XI, apoya a su sucesor Urbano VI, en contra de todos, afirmando su legitimidad frente a los cardenales que pretenden sustituirlo. A pesar de sus esfuerzos Catalina no conseguirá impedir el cisma de Occidente y la elección de un antipapa de Aviñón. Después de estos acontecimientos, de los que se siente responsable, decide sacrificar su vida por la iglesia, y así se lo escribirá a Urbano VI. Había decidido dejar de alimentarse por completo hasta su muerte, que se produjo al cabo de tres meses.

Catalina tiene en común con las anoréxicas de hoy día una voluntad inflexible, un rechazo a someterse a los demás y una negación total de su cuerpo y de sus sufrimientos. Además el conflicto con su madre recuerda el de muchas anoréxicas con las suyas. La madre de Catalina intenta someter a su hija a lo que ella, la madre, quiere que sea y a lo que ella espera. Sorda a la demanda de amor de Catalina le responde con deber, salud, éxito etc. El mensaje no pasa inadvertido, y si pasa en su interpretación la que se deforma: Catalina sí tiene un deber ciertamente, el de privar su cuerpo de cualquier placer, de cualquier satisfacción, su salud a sus ojos mejorará, y ella no podría ante ésta sorpresa, hacer otra cosa que lograrlo. El mensaje materno es bien cumplido..., traduciéndose en la anorexia de la hija. Por otro lado, a pesar de las restricciones, Catalina mantiene una actividad intensa y nunca se siente fatigada. ¿Permiten estos puntos en común considerar a Catalina de Siena como una anoréxica primaria? Si es así estamos obligados a constatar que su anorexia ha sido sublimada y con éxito, pues destinada a sacrificarla a Dios, la ha llevado a la canonización. En el caso de Catalina existe una dimensión excepcional que la distingue de las anoréxicas de hoy día. Es cierto que el contexto sociocultural ha cambiado: si la santa ha sabido utilizar en su tiempo el modelo religioso para sublimar su patología, nada impide pensar que hubiera podido ser en nuestra época una anoréxica nervosa como las demás. Ya se ha destacado la importancia de los factores socioculturales no sólo en la aparición, sino también en el reconocimiento de una patología". (Guillemont, A.1994, pp.1-4; citado en Rubio, 2004).

Entre los siglos XVII y XVIII los científicos se interesaron por la abstinencia en cuanto a la alimentación, que era muy común en las mujeres de la Edad Media y la denominaron Anorexia Mirabilis, que significa "pérdida del apetito inspirado milagrosamente". Los casos estudiados presentaban ciertas características comunes como: no tenían un origen orgánico.

abstinencia voluntaria, actitud distorsionada e implacable hacia la comida, periodos de hiperactividad y episodios de bulimia; sólo que existe una diferencia con las anoréxicas de nuestros días; antes lo que las movía era una actitud hacia lo espiritual y ahora lo que las mueve es la búsqueda de la delgadez y el temor a engordar (Bynum, 1991; citado en Ortiz 2002).

Podemos observar como mujeres de la Edad Media restringían su alimentación voluntariamente por cuestiones religiosas, buscando con ello la perfección de la vida espiritual, fue en el siglo XVII cuando la concepción del ayuno como algo meramente religioso y espiritual empezó a cambiar pues a través de la observación, de la descripción sistemática, de la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos y de los procedimientos de verificación de hipótesis, los médicos de la época estudiaron muchos de los casos de estas mujeres y publicaron tratados intercambiando con ello información entre sí. Fue Richard Morton quien hizo la primera descripción de anorexia nervosa desde el punto de vista médico – aunque él no utilizó ese término –, llamó atrofia, tisis o consunción nerviosa a un cuadro que se caracterizaba por presentar: pérdida de apetito, mala digestión, debilidad, pérdida progresiva de peso y languidez corporal, pero sin tos, fiebre ni dificultades respiratorias.

Es así como en el año 1689 el inglés Richard Morton, identifica por primera vez a la anorexia nervosa en dos casos de mujeres que presentaban amenorrea, hiperactividad y pérdida de peso importante. Describió una "ptisis nerviosa" o "atrofia nerviosa" cuya degeneración corporal la atribuyó a una perturbación del sistema nervioso, así como a la tristeza y preocupaciones ansiosas. Este mismo autor refiere el caso del hijo de un amigo, que a los 16 años perdió el apetito a causa, según dice "de sus estudios demasiado difíciles y de la pasión de su espíritu". Incluso en este caso la descripción de Morton recuerda vagamente la anorexia actual, pero el hecho más desconcertante, es que tras el fracaso de diversos métodos terapéuticos, el muchacho acabó curándose cuando hizo caso a los consejos de Morton de abandonar los estudios y dedicarse a viajar durante algún tiempo lejos de la familia. Tal vez en ese momento el médico era el precursor del método de separación familiar.

Otro dato importante que aportó Richard Morton en sus escritos, es la pérdida de peso que denominó "la consunción nerviosa, que acompaña a otras afecciones nerviosas," como la melancolía o un trastorno hipocondríaco o histérico". Esto ha podido inducir a Morton a diferenciar ya entre anorexia nervosa primaria y secundaria (Silverman, 1988; citado en Guillemont, 1994). Así los trabajos que ha dejado este autor sugieren la existencia de anorexia nervosa en el siglo XVII, en Inglaterra.

Sin embargo no es hasta 1774, según Caparrós y Sanfeliú, que Djerine relaciona el rechazo a los alimentos con el estado psíquico del individuo, fortaleciendo la postura de que el origen de estos trastornos es mental, causa a la que también se refiere Naudeau en 1789, cuando

atiende a una mujer que presentaba signos de histeria y a la vez se abstenía de los alimentos (Correa 2003).

Es pues como pudimos darnos cuenta del siglo V al XVI, esencialmente en la literatura teológica, donde se encuentran casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo de alimento. Estas conductas eran consideradas de forma irregular, ya sea como un signo de elección divina o como signo de posesión demoníaca, lo que podía conducir indistintamente a la canonización o a la hoguera.

Según Bell (1985) es entre los siglos XIII y XVI cuando se encuentran en Italia un número nada despreciable de mujeres canonizadas tras presentar un comportamiento anoréxico característico. En cambio en los siglos XVI al XVIII, aunque las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los casos de rechazo alimentario, los médicos empiezan a dedicarles algunos trabajos y son las actitudes y el conocimiento científico en el ámbito de la medicina lo que empieza a minar tales concepciones.

### 1.1.2 HACIA LA ANOREXIA NERVOSA

Las aportaciones de los médicos contribuyeron para que se diera una visión más natural y científica del fenómeno de la anorexia, aunque los diccionarios médicos del siglo XIX seguían incluyendo el término "anorexia mirabilis", tal expresión ya no se usaba en situaciones clínicas ni en el discurso popular.

Es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX, cuando nace el concepto de anorexia nervosa, claramente diferenciado de los adelgazamientos de origen orgánico, y al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico. "Las ayunadoras poseídas", santas o vulgares embaucadoras, son ahora consideradas enfermas" (Bottero, 1985; en Rubio 2004).

Al inicio de dicho siglo -XIX- comenzó a difundirse entre los médicos la noción de que el rechazo a los alimentos y la amenorrea estaban asociados a la histeria. El médico alemán Von Rein describe en 1834 un caso de histeria en una muchacha de 19 años, con amenorrea, disfagia (dificultad para la deglución), calambres, inedia (falta de apetito) y desnutrición.

Podemos observar a través del comunicado " Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments" escrito por el médico francés Louis-Victor Marcé, el 31 de octubre de 1859, cómo la concepción que se tenía acerca de las mujeres que restringían su alimentación estaba cambiando:

"... Profundamente impresionados, sea por la ausencia de apetito o por la incomodidad causada por la digestión, estos pacientes llegan a una convicción delirante de que no pueden o no deben comer. En una palabra el trastorno gástrico nervioso se hace cerebro-nervioso... Todos los intentos de constreñir a estos pacientes para adoptar un régimen suficiente, son opuestos con estrategias infinitas y una resistencia inconquistable... La predisposición nerviosa aumenta con la debilidad del organismo; los sentimientos afectivos sufren alteración y toda la energía intelectual se centra en las funciones del estómago; incapaces del más ligero esfuerzo o de sostener la menor conversación más allá de sus ideas delirantes, estos infelices pacientes sólo retoman alguna energía para resistir las tentativas de la alimentación... ; es la idea delirante lo que constituye el punto de partida, y donde reside la esencia de la enfermedad; los pacientes no son dispépticos: son locos..." (De la versión inglesa: Silverman,1989; citado en Toro 1987).

Es así como los reportes que se consideran los primeros en ofrecer descripciones sobre la anorexia nervosa de forma "certera" son los de Gull y Laségue, debido a que en ellos sí se hace referencia al temor mórbido a engordar o subir de peso (característica primordial de la anorexia). William Whitley Gull en octubre de 1873 pronuncia una conferencia ante la asamblea de la Sociedad Clínica de Londres con el título anorexia histérica (apepsia histérica), cuyo texto se publica en 1874, ese mismo año Gull publicó un segundo artículo de la misma conferencia, esta vez con el título Anorexia Nervosa, aquí aparece por primera vez el término anorexia nervosa, que fue el que finalmente se impuso. Al parecer fue Gull quien utilizó la expresión anorexia nervosa en una conferencia-discurso pronunciada en Oxford en 1868, considerándola como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Los síntomas principales del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea, y el estreñimiento, habiendo reparado Gull también en el paradójico incremento de actividad física, la hipotermia y la bradicardia. En la misma época y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue (1873), calificándola de inanición histérica y considerándola, como Gull, una enfermedad psicógena.

Es decir, hace 100 años Gull describía el cuadro como: emaciación asociada, constipación, pérdida de apetito, pulso y respiración disminuidos y ausencia de patología somática. Mientras Laségue en Francia la describía como una perturbación histérica del tracto digestivo, haciendo notar la influencia familiar en la paciente y su entorno inmediato como factores etiológicos importantes. (Harrison, 1974; Citado en González 1996).

Laségue (citado en Toro, 1996) comenta que la anorexia histérica se inicia entre los 15 y los 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionado con la transición a la edad adulta; produciéndose la evolución de la enfermedad a lo largo de tres etapas: 1) La paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación, 2) Contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa, 3) El deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, constante sed, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos.

Laségue prestaba atención a las familias de sus pacientes y señaló que las anoréxicas procedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas. Se convirtió en el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre las muchachas y sus padres.

En 1873 en los Archives Générales de Medicine de los que Ernest Charles Laségue era editor, publicó su artículo "De l'anorexie hystérique", en el que describe la conducta de un paciente típico:

"Al principio el paciente siente incomodidad tras las comidas, una vaga sensación de plenitud. Las mismas sensaciones se repiten a lo largo de varios días. Pueden ser ligeras pero no tenaces. Sienten que el mejor remedio para este malestar indefinido será disminuir la ingestión de alimentos. Hasta aquí no hay nada relevante en el caso. Pero gradualmente reduce más y más su comida, y formula pretextos para hacerlo... Al final de unas pocas semanas ya no se da una repugnancia temporal, sino un rechazo del alimento que puede prolongarse indefinidamente. ¡La enfermedad se ha declarado!...Comida tras comida son inacabadas y casi siempre algún artículo de la dieta resulta suprimido sucesivamente...La abstinencia tiende a incrementar la aptitud para el movimiento. La paciente se siente más ligera y más activa... Tanto la familia como los médicos que la atienden están crecientemente preocupados, y la anorexia se convierte gradualmente en la única preocupación y en el único tema de conversación... Cuando se le dice que no es posible vivir con la cantidad de alimento que no bastaría a un niño, replica que le suministra suficiente nutrición, añadiendo que ella nunca ha rehusado emprender cualquier trabajo. Ella sabe mejor que nadie lo que necesita. Además, le sería imposible tolerar una dieta más abundante ...Dice que nunca ha tenido mejor salud y que no sufre en absoluto..."(Laségue,1873; en Toro 1996).

Toro (1996) refiere que Gull en el año 1874, describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición. Leyó una comunicación titulada *Anorexia hysterica*. Al año siguiente publicó este trabajo bajo el siguiente enunciado: *Anorexia nervosa*. En su artículo definitivo cambia *apepsia* por *anorexia*, al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito no un trastorno digestivo. Asimismo, rechazó el término *histerica* sustituyéndolo por *nerviosa* al negar la implicación del útero en la *anorexia* y defenderla del sistema nervioso. La supuesta falta de apetito de la *anoréxica* se debería a un estado mental mórbido. Años más tarde, Huchard (citado en Toro, 1996) propuso el término de *anorexia mental* en lugar de *anorexia histerica*, puesto que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la *histeria*: *anestesia*, *ceguera* y *parálisis*.

Como lo narra la historia tanto Gull como Laségue son los reconocidos iniciadores del estudio científico de la *anorexia nervosa*, la intervención sobre la familia y el alejamiento de ésta como medio terapéutico que introduciría Charcot eran cuestiones ya planteadas por ambos autores.

En Francia, los trabajos de Huchard (1883) desembocan en la importancia de la actitud del entorno especialmente de los médicos, en el tratamiento y en la nocividad de la presencia de la familia, "los peores vigilantes posibles". En la línea de estas observaciones, Charcot (1885) es el precursor del aislamiento con finalidades terapéuticas. (citado en Rubio 2004).

En Norteamérica autores como Vandereycken y Lowenkopf revisaron la literatura sobre *anorexia nervosa* en el siglo XIX encontrando que la primera referencia al trastorno *anoréxico* se encontró en una obra dedicada a las "fasting girls" escrita por un neurólogo llamado Hammond (1879). Su enfoque se basa en el concepto de *anorexia histerica* difundido por Laségue y Charcot. El primer caso publicado en E.E.U.U fue el de una mujer de 26 años descrito por James Hendrie Lloyd en 1893, En dicha publicación el autor no hace referencia alguna a autores americanos, basándose en la literatura francesa.

Como lo mencionan Vandereycken y Deth en este momento de la historia la *anorexia* era ya vista como un trastorno alimentario y no como un acto religioso. Las santas o brujas daban paso a las enfermas.

"La porción crédula del público, anhelante de milagros, declinaba progresivamente, y en su lugar se difundían vastamente las perspectivas de la profesión médica. La satisfacción aneja de la abstinencia prodigiosa al campo de la medicina proclamó el

declive del fenómeno. Un milagro apelaba a la imaginación de todo el mundo, mientras una niña enferma quedaba muy lejos de lo excepcional. En lugar de entretenimiento, esta última suscita piedad en el mejor de los casos. Igual que dos centurias antes en casos de posesión demoníaca, los médicos transformaron los posesos en enfermos. también ahora la abstinencia prodigiosa se transformó en enfermedad. Al iniciarse nuestro siglo, las observaciones y las persecuciones judiciales han sido suplantadas por diagnósticos y tratamientos médicos”(Vandereycken y Deth,1994; en 1996).

Como pudimos darnos cuenta hubo casos de ayuno prolongado por motivos religiosos y otros presentados como “prodigios de feria” hasta entrado el siglo XX, pero su número ha ido en franca disminución. Por una parte la iglesia Católica fue tomando una actitud de reservado distanciamiento y, por otro lado, la medicina comenzó a considerar el ayuno prolongado como un fenómeno patológico. El espíritu científico de la época contemporánea y la introducción del método experimental fueron despojando poco a poco al ayuno del aura sobrenatural que lo envolvía, transformando a las “mujeres prodigio “ en “ pacientes”.

### 1.1.3 LA ANOREXIA HACIA EL SIGLO XX

El temor premórbido a subir de peso forma parte de los criterios diagnósticos actuales para la anorexia, y aún queda la duda ¿Las mujeres ayunadoras de la edad media padecían de auténtico miedo a engordar o no?, es por ello que los estudiosos del tema siguen preguntándose si realmente las jóvenes afectadas a lo largo de la historia eran realmente anoréxicas.

Menciona Toro en su libro “El cuerpo como un delito” que caben dos posibilidades. Una de ellas sería que las anoréxicas de todas las épocas, hubieran experimentado el miedo a engordar. En tal caso, la aparición hacia finales del siglo XX de este síntoma en la literatura se debería a que en un momento dado fue reconocido como tal, y a partir de ese instante habría sido explorado con mayor o menor sistematización. En el siglo XIX algunos autores franceses habían sugerido la presencia de tal característica. Según parece fue Charcot el primero en señalar “el miedo a la obesidad” como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno.

Según Habermas (citado en Rubio 2004) las mujeres antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nervosa, ya que los ayunos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. Sin embargo, la incógnita sigue al preguntarnos si tal vez estas mujeres

sublimaron su temor hacia la búsqueda de la espiritualidad. Al respecto Bordo en 1990 (citado en Ortiz 2002) menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

Hacia el siglo XX, Gilles de la Tourette apunta una diferenciación entre lo que el denominó anorexia mental primaria y secundaria, la primera tendría una etiología psíquica y no implicaría anorexia propiamente dicha, es decir, falta de apetito. Los pacientes se negarían sistemáticamente a ingerir alimentos y verían alterada su imagen corporal (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Fue un destacado psiquiatra francés Pierre Janet quien dió un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno estableciendo una relación entre el trastorno anoréxico y la sintomatología obsesiva.

Pierre Janet (1859- 1947), dedicó mucha atención al tema de la anorexia, planteando varias posibilidades etiológicas, entre ellas la histeria, la psicastenia y las obsesiones. En uno de sus tres libros, publicado en 1903 Janet presenta el caso de una paciente de 37 años, anoréctica desde la pubertad, que expresa el deseo de no crecer, de seguir siendo niña. Este autor deduce que la causa de la anorexia es una neurosis obsesiva, destacando que la aversión al propio cuerpo entre las anorécticas está relacionada con el temor al desarrollo sexual (citado en Rubio 2004).

En este mismo año describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer; la persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico. Hablaba de un verdadero delirio para referirse al padecimiento de hambre intenso junto con la renuncia a comer. En cambio, la forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómito y regurgitaciones. Los pacientes incurrirían en una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga. Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad.

Janet (1903; citado en Toro, 1996) señala que la anorexia nervosa tiene un origen emocional dado que sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo. Estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y tenían ciertos delirios por los alimentos y el comer. El significado de esta conducta es el miedo a crecer y así al desarrollo sexual como mujeres.

Tras la segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario, y más concretamente de la anorexia nervosa.

Chinchilla (1995) comenta que Ryle, se refería a la anorexia nervosa como una enfermedad causada por un traumatismo psíquico, diferenciable de la enfermedad por caquexia mental clásica. Refiere que en 1939, el mismo, Ryle teniendo en cuenta la moda adelgazadora y el estilo de vida más emotivo de las jóvenes generaciones a partir de la guerra, predijo un incremento del número de las anoréxicas.

Garfinkel y Garner mencionan algunos experimentos realizados durante la segunda guerra mundial. Sujetos normales se sometieron voluntariamente a una dieta de alimentación mínima durante un lapso de seis meses. Esto se daba en un contexto muy parecido a la normalidad: estaban rodeados por gente que comía normalmente.

Al cabo de cierto tiempo estos sujetos comenzaron a mostrar pérdida del deseo de comer, preocupación excesiva por la comida, comportamientos obsesivos, reducción de la concentración, pérdida del sueño, pérdida del interés sexual, hipocondría y depresión. O sea síntomas típicos de una anorexia nervosa verdadera o de una anemia.

A partir de 1940 resurgen teorías relacionadas con la psiquiatría, por lo que a la anorexia se le relaciona con diversos síntomas: distorsión de la necesidad nutricional, aunada a un trastorno psíquico respecto a la imagen corporal, repudio a la sexualidad, deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez, el manejo del control propio y el de la familia etc.

La psiquiatra Hilde Bruch, de formación psicoanalítica, formuló la hipótesis que ampliaría notablemente la estrecha visión que esta teoría tenía hasta entonces sobre la anorexia, mencionando que dicha enfermedad debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosexual. Propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria (las cuales se explicarán más adelante).

Fue en el Simposio de Gotingen en 1965, bajo la dirección de Meyer y Feldman, donde se oficializa un giro en la concepción psicopatológica de la anorexia nervosa. El interés se desplaza de los trastornos alimenticios hacia las perturbaciones corporales: la anorexia mental tiene una estructura específica. El conflicto esencial se encuentra a nivel del cuerpo y no al nivel de las funciones alimenticias investidas sexualmente. Expresa en la paciente una incapacidad por asumir las transformaciones propias de la pubertad (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural. Atribuyó el desarrollo de la anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase

media su atención dirigida a los hijos, y con las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. No obstante plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que la familia según ella, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones porque pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan siendo sujetas a mucho más control familiar que los chicos. Siendo el alimento y las comidas simbolismos de luchas y conflictos concretados en el medio familiar (citado en Toro, 1987).

Esta misma autora describe así el origen de dicho trastorno "hoy se pide que la mujer sea bella, elegante y que esté en forma, que dedique mucho tiempo al cuidado de su persona; pero eso no debe impedirle competir intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, hacer carrera y tampoco enamorarse románticamente de un hombre, ser tierna y dulce con él, casarse y representar el tipo ideal de esposa-amante y de madre oblativa, lista para renunciar a los diplomas fatigosamente obtenidos para ocuparse de panecillos y faenas domésticas". Ya en 1963, Selvini describía el sentimiento de inadecuación de la mujer como el eje, el sustento, sobre el que se monta el síntoma anoréxico-bulímico. De ésta manera este síndrome no puede explicarse diciendo sólo que es por una sociedad que tiene un exceso de comida, y/o unas demandas inalcanzables a la mujer moderna. Es de otro orden de complejidad.

Selvini Palazzoli, en su libro "Muchachas anoréxicas y bulímicas" menciona que el crecimiento epidémico de la anorexia-bulimia está relacionado con un profundo sentimiento de inadecuación de estas muchachas (sentir un defecto en sí mismas), semejante angustia las hace sentirse impotentes, rebasadas y, por tanto pasivas y cómo advierten un gran alivio al invertir esta constelación de sentimientos gracias al movimiento activo permitido por la concreción del malestar en algo bien definido (el peso excesivo, las caderas anchas etc.), con el efecto antidepressivo inmediato debido a la experiencia de la dieta, pero esto, dice Palazzoli sólo es posible en una cultura donde lo delgado es bello. Este marco social es condición necesaria para la anorexia pero no es, desde luego, suficiente, pues existen muchas investigaciones (Vetrone, Cuzzolaro, Antonozzi, 1997) hechas en poblaciones estudiantiles de bachillerato occidental que demuestran cómo la gran mayoría de las muchachas están enormemente insatisfechas con su aspecto físico y estiman que tienen un sobrepeso. Sin embargo, las investigaciones longitudinales demuestran que el dato de la entidad de semejante insatisfacción físico-estética no es predictivo de futuros trastornos anoréxicos.

Menciona Palazzoli en este mismo libro que debido a la ambigüedad de rol, en la crisis de traspaso del rol tradicionalmente pasivo de la mujer del tipo de cultura agrícola-patriarcal a un rol extremadamente más polivalente y complejo, mezcla de características femeninas y viriles, de liderazgo y de sumisión, de actividad y de pasividad como es el actual, está

provocando que chiquillas que podrían ser catatónicas o deprimidas se convierten en anoréxicas, como intento activo de un débil yo para rechazar un rol pasivo. Cuanto más ambiguos son el estímulo, el rol y la situación, más afirman ellas lo que quieren ser de manera más concreta: ser delgadasísimas como negación de cuanto ellas sienten en sí mismas de irreconciliable con el rol activo y eficiente que la expectativa social parece exigirles.

Los cambios que se han dado en las familias con el paso del tiempo (nuevos padres, parejas en las que ambos tienen carreras, acentuada nuclearización etc.), tiene relación con el tipo de anorexia. Palazzoli formuló la hipótesis de que las anoréxicas de los años cincuenta-sesenta eran sobre todo dependientes y obsesivo-compulsivas. La dependencia era facilitada por el hecho de que a muchas madres, tal vez con un buen nivel de educación, no se les dejaba otro campo de realización fuera de sus hijos. Los rasgos obsesivo compulsivos pueden ser conectados con una cultura en ciertos sectores aún muy ascética y basada en el cumplimiento del deber. Las mujeres que han hecho propia la autodesvalorización se confrontan hoy con otras que son distintas, y esto vale tanto para las madres como, con mayor razón, para las hijas. Por tanto la anorexia no sería el fruto de la nueva cultura, sino de la crisis de la vieja, precisamente en el sector social donde la transición está en marcha, pero es más lenta que en otros.

Toro y Vilardell en 1987 (citado en Rubio 2004) hablan de la gran diferencia existente entre las mujeres ayunadoras que vivieron antes de 1850 y las mujeres de hoy día; mencionando que la diferencia radica en el miedo anormal a engordar y llegar a ser obesas, a pesar de estar emaciadas. Siendo así como comienzan los diferentes estudios encaminados a averiguar más sobre la anorexia, descubriéndose así los síntomas bulímicos creando un enlace que fue separado en 1980, con la edición del DSM III y posteriormente en la edición revisada del DSM III 1987, para finalmente quedar establecidos en el DSM IV los criterios diagnósticos de la anorexia que se usan actualmente.

Sobre la anorexia nervosa se han tenido datos desde la Edad Media; en el siglo pasado era conocida por un pequeño número de especialistas y desconocida por la mayoría de las personas. En la década de los 70's empezó a ser conocida por los norteamericanos y en la siguiente década fue nombrada como la enfermedad de los 80's, aumentando su prevalencia en estas últimas décadas y usándose el término de anorexia en el lenguaje cotidiano (Barbosa, 2001).

A lo largo de esta revisión histórica nos hemos podido dar cuenta que la peculiar conducta alimentaria de las mujeres de la Edad Media tenía raíces espirituales y religiosas. Sin embargo, su baja ingesta de comida, sus pérdidas de peso e inanición, su obsesividad en lograr lo que se habían propuesto (restricción alimentaria = santidad), su sorprendente hiperactividad a pesar de su desnutrición, sus crisis emocionales, sus periodos de aislamiento o retraimiento

social, sus compulsiones, junto con sus muertes debidas a la inanición, parecen ser un cuadro muy similar al de la anorexia nervosa tal como la conocemos hoy en día.

## 1.2 DEFINICION DE ANOREXIA

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

Por su parte Hilda Bruch (1962), sostiene que los verdaderos trastornos alimenticios involucran distorsión en la imagen corporal y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, para esta autora la dieta restrictiva por sí misma no basta para realizar un diagnóstico de trastorno alimentario. Al respecto Toro, J. y Vilardell, E. (1987), mencionan que es importante diferenciar entre anorexia nervosa (AN) y la anorexia generalmente temporal que se asocia a la presencia de algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estómago u otros trastornos psicopatológicos severos como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de hambre (síntoma), pero no el temor mórbido a engordar o subir de peso, y por el cual se atribuye el adjetivo de “nervosa” al padecimiento.

Es así como la anorexia nervosa pasa a ser clasificada como un trastorno alimentario por la American Psychiatric Association (APA) quien menciona que ésta enfermedad es un proceso continuo que puede evolucionar hasta la muerte. La anorexia comienza generalmente en la adolescencia, y el 95% de los que la padecen son mujeres en contraposición de un 5% de hombres.

He aquí algunos de los rasgos más importantes de la anorexia:

- Hay una preocupación por la forma del cuerpo y la comida
- Temor intenso a estar gordo
- Visión deformada del cuerpo: afirman estar gordas incluso cuando están demacradas
- Importante pérdida de peso (más del 20% del peso que corresponde según la edad y altura)
- Rechazo a mantener un peso mínimo normal
- Ausencia de enfermedad física que sea la causante de esa pérdida extrema de peso
- Un deseo grande de reducir la cantidad que se come
- A menudo el apetito no se reduce, a pesar del nombre que recibe: anorexia nervosa
- La falta de menstruación en las niñas es característica, incluso después de la pubertad y se presenta cuando baja el peso ponderal de 40 kgs.
- Es característica la superactividad y el ejercicio excesivo

- El vello en la cara y miembros se vuelve un pelo lanugo débil
- La química del cuerpo y las hormonas sufren trastornos
- La mala circulación hace que las manos y pies estén fríos.
- Los cortes y heridas cicatrizan lentamente
- Tienen una personalidad perfeccionista, con buen comportamiento, y son trabajadores féreos
- Ocurre más a menudo en las chicas adolescentes
- Llevan ropas holgadas y sueltas para esconder la forma del cuerpo.
- Puede haber un abuso de laxantes y diuréticos
- Cuando se come más de una pequeña cantidad de comida se produce un sentimiento de incomodidad y culpabilidad.
- Hay a menudo una pretensión de que se come más y se pesa más de lo que corresponde a la realidad.

Como podremos observar a continuación -gracias a las definiciones hechas por los distintos autores- las personas que padecen este trastorno tienen una serie de conductas ritualistas; empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, pueden abusar del uso de diuréticos y laxantes, atesoran o esconden pequeñas cantidades de alimento por toda la casa, se interesan y preocupan por los alimentos de las otras personas ocupándose compulsivamente de alimentarlas, generalmente su actividad física es mayor en frecuencia e intensidad a la normal esto con el objetivo de perder peso. Aspecto que parecería ser su principal objetivo, sin embargo, no es así pues: 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 (2000). Aparentemente las personas anoréxicas adoptan una conducta desafiante de manera obstinada y ardientemente independiente. Insisten en que son felices, percatadas por completo de su estado y totalmente capaces de cuidarse por sí mismas.

Sin embargo, Bruch (1962) piensa que por debajo están abrumadas por una sensación paralizante de desamparo e ineficacia siendo el control de la alimentación y el tamaño del cuerpo, los únicos mecanismos por los que puede conservar su sentido de autonomía y dominio.

Tannenhaus (1999), suponía que la AN es un pedido a gritos de atención y paradójicamente, mayor control sobre la propia vida.

Siguiendo sobre la misma línea Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli M. 1990: citado en Rubio 2004) 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 nervosa de otras formas de mal nutrición psicológica: considera que hay una combinación de consciencia y una obstinada determinación para adelgazar; además de un intenso interés por la comida. Señala así mismo "que rechaza la satisfacción oral, el hambre, significa obtener seguridad y poder". Sentir que "el propio cuerpo es un enemigo amenazador, al que no se debe destruir sino solamente mantener a raya" dice esta autora este es el fenómeno central de la anorexia nervosa.

Muchos otros autores han definido a la anorexia nervosa de la siguiente manera:

Schutze (1983; citado en González 1996) habla de la anorexia mental para referirse a este trastorno, definiéndola como la pérdida del apetito que afecta sobre todo a las mujeres jóvenes, y que pertenece al grupo de enfermedades psicosomáticas.

Kaplan, H y Sadock, B.J. (1988) la definen como: "Trastorno de la conducta alimenticia, caracterizado por limitaciones dietéticas auto-impuestas, conducta dirigida a la pérdida de peso, patrones peculiares de preparar los alimentos, pérdida de peso, intenso miedo a recuperar el peso, alteraciones de la imagen corporal y, en las mujeres se presenta amenorrea"(citado en González 1996).

Stierlin & Weber (1990), las víctimas de la anorexia deciden no comer, se ponen demacradas y comienzan a padecer diversos trastornos físicos (por ejemplo trastornos de su equilibrio hormonal, metabolismo electrolítico y procesos metabólicos del cerebro) con no poca frecuencia de índole potencialmente fatal.

Arenson (1991). La AN es un trastorno fisiológico, que proviene de problemas psíquicos, por los cuales el sujeto se abstiene de comer sin perder el apetito, al mismo tiempo se tiende a una gran preocupación por el alimento, la adolescente es el paciente típico que con frecuencia se impone regímenes dietéticos de 550 a 850 calorías por día. Es posible que éstas enfermas muestren gustos exóticos, se autoprovoquen el vómito y exhiban una imagen corporal deformada. Este mismo autor encontró que las anoréxicas parecen incapaces de proporcionarse placer de ninguna forma. Generalmente se sienten vacías, hambrientas, cansadas y doloridas, parecen sentir gran alegría al mantener ese estado de privación porque se centran en la sensación de poder que les proporciona el dominio sobre su cuerpo y sobre los miembros de la familia, mientras ignoran el dolor.

Saldaña (1994) define la AN como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso extrema, debido a la realización de dietas restrictivas, exceso de ejercicio, al uso de vómitos

autoinducidos y al abuso de los laxantes, lo que motiva a estas personas es un miedo intenso al aumento de peso.

La Anorexia Nervosa (AN), se caracteriza por una excesiva pérdida de peso, preocupación constante por el contenido calórico de alimentos y ejercicio excesivo, alteraciones del estado de ánimo, distorsión de la imagen corporal, y generalmente la evasión de la participación en actividades sociales relacionadas con la comida. Hay una distorsión en la percepción corporal, pues el estado es extremadamente delgado y aún así la interpretación de su figura corporal es de obesidad, además como rasgo característico del estado de inanición y de desproteización, en casos prolongados se presenta amenorrea (Duker 1992).

Según Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida del peso corporal superior al 15%, esto es consecuencia de una supresión voluntaria del consumo de alimentos.

Ruttszrein (1997; en Ortiz 2002) dice que la AN se caracteriza por una pérdida de peso que se alcanza mediante la restricción alimentaria autoimpuesta, por un miedo intenso al aumento de peso, por una distorsión de la imagen corporal y por un trastorno endocrino que en las mujeres se describe como amenorrea, el cual es consecuencia de la excesiva pérdida de peso (debajo de 40 kg.).

Los criterios para poder identificar la AN se encuentran especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales identificado como DSM IV, este considera a la anorexia como un trastorno que consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso, a convertirse en una persona obesa, aun cuando sea éste por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal que se manifiesta a través de cómo la persona percibe su peso, su talla o su silueta y ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

Las personas que sufren este trastorno afirman que se encuentran obesas o que algunas partes de su cuerpo son desproporcionadas, cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal incluso están emaciadas. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechas con algún rasgo de su apariencia física (APA, 1994; en Barbosa 2001).

El DSM IV no sólo menciona los criterios diagnósticos sino también hace referencia a los subtipos específicos del trastorno que son la anorexia nervosa restrictiva y la compulsiva:

1) Tipo Restrictivo: durante el actual episodio de la anorexia nervosa el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (autoprovocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos).

2) Tipo Compulsivo/Purgativo: durante el actual episodio de la anorexia nervosa la paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

Así se pueden identificar las características psicopatológicas de cada uno de estos subgrupos, ofreciendo información proveniente de estudios de laboratorio que hacen referencia tanto a la sintomatología, prevalencia, curso, influencia familiar y diagnóstico diferencial. Toda esta información resulta de gran interés debido a que con ella es posible ofrecer una mejor delimitación diagnóstica del trastorno, lo que redundará en una mayor comprensión del mismo y como consecuencia, a la implementación de tratamientos más eficaces.

### 1.3 CLASIFICACION DE LA ANOREXIA

Es de gran importancia que en el diagnóstico se precise la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, pues ésta última se relaciona con la patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio, la depresión grave etc. Si se recuerda que según Bruch (1973), sólo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se debe diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria.

Toro (1996) refiere que Bruch propone dos tipos de anorexia: primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia primaria serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficiencia, hallándose la paciente bajo la influencia de un "locus de control" externo. Bruch otorgó suma importancia a esta última característica por considerarla fruto de experiencias infantiles y adolescentes, siendo la edad adolescente crítica para la aparición de la anorexia y constituyendo el período de la vida en el que se busca y desarrolla la autonomía y la individuación.

La anorexia secundaria implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria.

La preocupación por el cuerpo y su medida es una manifestación de la lucha por establecer el sentido de control e identidad, aspecto clave para Bruch en la clasificación de la

anorexia nervosa como síndrome al cual subdivide en: Anorexia Nervosa Primaria y Anorexia Nervosa Secundaria.

### 1.3.1 ANOREXIA NERVOSA PRIMARIA

En este grupo el síndrome clave que se presenta es el temor a engordar, el rechazo a comer se encuentra al servicio de mantener la extrema delgadez.

Se reconocen tres áreas del desorden:

1) Distorsión de la imagen corporal. La verdadera anoréxica es identificada por su apariencia esquelética mantenida activamente, y que no percibe como anormal, por el contrario, nunca está suficientemente delgada.

La percepción errónea de la talla es precedida por una exagerada interpretación de cualquier curva e incremento de peso. Así los cambios físicos en la pubertad son experimentados con intenso disgusto.

2) Percepción e interpretación conceptual confusa e inadecuada de los estímulos que surgen del propio cuerpo, con fallas en el reconocimiento de los signos nutricionales como la deficiencia más pronunciada. Es característico del cuadro el rechazo a la comida, junto a la frenética preocupación por ésta, las sensaciones de hambre son negadas.

Con el avance del estado de emaciación aparece una verdadera falta de apetito, misma que es el resultado de la severa deficiencia nutricional. En sus esfuerzos por remover la indeseable comida de sus cuerpos, los pacientes abusan de los laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos, culminando en un desbalance electrolítico, que puede ser fatal.

Otra manifestación característica de la falsa percepción del cuerpo es la hiperactividad y la negación de la fatiga.

3) Sensación paralizante de ineficacia que subyace a todo pensamiento y actividad. La experiencia de la anoréxica es la de actuar sólo en respuesta a las demandas de otros, y nunca a las propias. Su profundo sentimiento de ineficacia parece contrastar con su vigorosa conducta y con los reportes de su desarrollo temprano. Pues muchas de ellas fueron en la infancia niñas obedientes, limpias, dóciles y escolares excelentes. Frecuentemente existe un evento trivial desencadenante en el cual la adolescente es confrontada con experiencias nuevas y ante su miedo decide que está demasiado gorda para ser respetada y aceptada, pero la dieta extrema no le lleva a mejorar sus relaciones interpersonales, sino por el contrario la sumerge en el

aislamiento y en una desnutrición progresiva que le crea diversos trastornos. Generalmente este tipo de anorexia se da en púberes teniendo un mal pronóstico.

### 1.3.2 ANOREXIA NERVOSA SECUNDARIA O ATÍPICA

Existe un deseo por permanecer enfermo, en un rol dependiente, en contraste con la lucha por la identidad independiente que prevalece en la anorexia nervosa primaria. En ningún caso de anorexia nervosa secundaria se encuentran episodios de bulimia y la existencia de amenorrea no es consistente como en el primer grupo.

Otra característica de la anorexia atípica es que se presenta junto a otras patologías identificables como: histerias, depresión, o desarrollos hacia una esquizofrenia franca. En ambos grupos la gravedad de los síntomas y las dificultades en el tratamiento son igualmente serias, debido a la falta de cooperación, los frecuentes cambios físicos y las rupturas abruptas del tratamiento. (Bruch, H. 1974; en González 1996)

Selvini (1978) señaló que los casos de infraalimentación en hombres observados por ella, todos eran casos de pseudoanorexia, con ilusiones paranoides e ideas hipocondríacas acerca del sistema digestivo (citado en González 1996).

La anorexia secundaria o atípica se da, a diferencia de la primaria en personas de mayor edad y se tiene un mejor pronóstico.

### 1.4 EPIDEMIOLOGIA

Los datos epidemiológicos dicen que, en el momento actual y en el mundo occidental, sufren de anorexia nervosa del 0.2 al 0.8% de la población general y entre el 1 y el 2 % de las muchachas adolescentes (Toro 1987). Estudios que se han hecho específicamente en poblaciones de jóvenes blancos, muestran que la prevalencia de desórdenes alimenticios -como los conocemos actualmente- en adolescentes se han incrementado en los últimos 50 años (Lucas y col., 1991; en Barbosa 2001).

La Anorexia Nervosa parece estar presente en las sociedades industrializadas, en las que abundan la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo

(especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nervosa es poco frecuente, y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente, pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. La anorexia nervosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia entre los 13 y 18 años el pronóstico es mucho más favorable: más del 90% de los casos de anorexia nervosa se observan en mujeres (American Psychiatric Association APA, 1995).

Estudios basados en población, específicamente de blancos jóvenes, en el que se utilizan diseños de pantalla de dos fases, muestra que la prevalencia de desórdenes alimenticios en adolescentes se ha incrementado durante los últimos 50 años (Lucas y col. ,1991 en Barbosa 2001).

Martínez y Cols. (1994) en un estudio realizado en una población femenina barcelonesa adolescente y juvenil encontraron que el 63% de las jóvenes se preocupaban por la forma de sus cuerpos, el 35% había realizado regímenes para adelgazar y el 45% practicaban ejercicios físicos.

Holtz y Tena 1995 (citado en Rubio 2004) refieren que los problemas de anorexia y bulimia han sido ampliamente estudiados en varios países de Occidente, así como en secciones occidentalizadas de países orientales y del tercer mundo; encontrando una similitud en el porcentaje promedio, oscilando entre un 4 al 13 % de los trastornos de la alimentación hallado entre estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo. Estos mismos autores mencionan que la prevalencia de los trastornos de la alimentación surge principalmente en mujeres jóvenes, en edad adolescente o adulta.

Sullivan en 1995, en un metaanálisis de 42 estudios sobre mortalidad de anorexia nervosa encontró que mueren 56% al año, una incidencia de muerte 200 veces mayor que la de suicidio en la población general y un índice de mortalidad del doble que en la población psiquiátrica femenina.

Reagan y Trent (1998) estos autores refieren que las investigaciones con frecuencia han encontrado mayores desórdenes alimentarios en las mujeres blancas a diferencia de otras razas o grupos étnicos.

Guerrero(2000) refiere que la anorexia nervosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá entre el 0.5% al 3% de todos los adolescentes.

En una entrevista realizada a Victoria Holtz, comenta que estudios realizados por la Fundación Internacional CBA, demuestran que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de Trastornos Alimenticios, en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México donde el 87 % de las adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, el 11 % de ellas se han provocado el vómito, el 8% han usado laxantes, el 12% diuréticos y el 27% han utilizado pastillas para adelgazar.

Etapa de riesgo: adolescencia aunque en ocasiones se puede observar en niños y adultos. Teniendo como grupo de edad en riesgo de los 12 a los 30 años.

Sexo: el 95 % de los pacientes pertenecen al género femenino. Recordemos que Selvini (1978) señala que los casos de infraalimentación en hombres observados por ella, todos eran casos de pseudoanorexia, con ilusiones paranoides acerca del sistema digestivo.

Clase social: la anorexia nervosa predomina en las clases sociales media y alta.

Índice: se encuentra afectado hasta un 1% de las jóvenes adolescentes, el índice parece mayor, y son comunes algunas formas parciales del síndrome

Entonces es posible decir que conforme a todos estos datos presentados a nivel mundial y nacional, se encuentra un porcentaje de incidencia en un rango del 0.5 % hasta un 2 %; los trastornos alimenticios han aumentado y por desgracia seguirán aumentando. La mortalidad se encuentra entre un 4 % y un altísimo 22% (En: Rubio 2004). No olvidemos que este es un trastorno que por si mismo puede evolucionar hasta la muerte.

## CAPITULO II ENFOQUE Y TRATAMIENTO MÉDICO

### 2.1 ENFOQUE

La anorexia nervosa (AN), es una forma de desnutrición resultante de la inanición crónica. En el curso de la enfermedad se ponen en marcha una serie de mecanismos que tienen por finalidad mantener la vida, pasando a un segundo plano aquellas funciones "no vitales" como la reproducción y el crecimiento. Se da un descenso en los aportes de energía por lo que ocurre una disminución adaptativa del gasto energético basal disminuyendo de forma proporcional la pérdida de masa corporal total, haciéndose obvia la importante disminución de tejido graso y muscular. Dicha enfermedad forma parte de un grupo de padecimientos que comparten una constelación médico-psicológica peculiar, que matiza toda la vida del paciente y su familia.

Estos trastornos generan una serie de preocupaciones, problemas, costosas intervenciones médicas y en algunos casos hospitalizaciones prolongadas. La familia debe ponerse en manos de un médico que tome a su cargo todo lo relativo al aspecto orgánico del síntoma: la necesidad o no de un internamiento y descartar otras enfermedades que puedan estar incidiendo en el curso de la anorexia. Por ejemplo, requiere de la presencia de un nutriólogo que determine el plan de alimentación a seguir, y con ello se podrá establecer una instancia de "autoridad" que proteja a madre e hija de las típicas y eternas discusiones acerca de qué es lo que se debe comer.

No existe un estudio de laboratorio o gabinete que permita el diagnóstico preciso de la anorexia nervosa, por lo que se deben utilizar los criterios del DSM IV y se deberá realizar una exploración física para que el médico pueda dar un diagnóstico completo. También se deberá considerar la evaluación en el área biomédica, lo cual se podrá realizar determinando el peso y talla del paciente. El objetivo de la evaluación es conocer los requerimientos calóricos diarios para poder restaurar el peso del paciente, así como el poder obtener información en cuanto a los hábitos alimentarios, la existencia de episodios de voracidad y de conductas purgativas, el exceso de actividad física, todo lo anterior con el fin de desarrollar un plan terapéutico adecuado.

La anorexia nervosa es uno de los pocos trastornos mentales con unos índices de mortalidad claros a corto y largo plazo, tienen graves complicaciones físicas y psicopatológicas derivadas de la desnutrición, el ayuno y otras conductas adelgazantes. Todo ello contribuye, a su vez, al mantenimiento y el agravamiento del cuadro (Morandé 1999).

La anorexia es en palabras de los médicos un "trastorno psiquiátrico" que no tiene ninguna causa orgánica metabólica o genética (Buckroyd 1997).

Los médicos tienen claro que la anorexia no es un problema de mala nutrición. Sin embargo, este trastorno se expresa en última instancia en una disminución de la ingesta de alimentos y un adelgazamiento progresivo. Es por ello que las alteraciones clínicas que sufren los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son debido a un proceso de adaptación al estado de desnutrición y de estrés, por lo que al recuperar un mejor estado nutricional las alteraciones endocrinas se corrigen.

Hoy en día se acepta que las pacientes con anorexia nervosa deben ser tratadas con un enfoque multidisciplinario pues las alteraciones metabólicas y psicológicas que causa este padecimiento son tan graves y complejas que se requiere del apoyo de los distintos profesionales que trabajan en el campo de los trastornos de la alimentación, es decir; este equipo debe incluir al médico internista -quien asumirá el papel del responsable central del equipo-, nutriólogos y endocrinólogos.

## 2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE LA ANOREXIA NERVOSA

La mayoría de las pacientes con AN padecen desnutrición y deshidratación; estas dos alteraciones traen como consecuencia una disminución del metabolismo basal y esto a su vez trae como consecuencia hipotermia (disminución de la temperatura corporal), disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Las alteraciones en el ritmo cardíaco se ven acentuadas por las alteraciones de los electrolitos (esto como consecuencia del escaso consumo de alimentos y líquidos y en ocasiones por el vómito y el uso de laxantes); la disminución de estos dependerá de las estrategias particulares que las pacientes practiquen para perder peso. Por ejemplo en las pacientes que vomitan se observará alcalosis biclorémica (debida a la pérdida de ácido gástrico) además de hipocalemia; si el uso de laxantes y diuréticos es frecuente se observará una acidosis metabólica por la pérdida de bicarbonato. Otras de las alteraciones son los trastornos endócrinos. Esta constelación de trastornos involucra a la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales y los ovarios, alteraciones que son secundarias a la desnutrición, es decir que no son debidas a la falla primaria de estas glándulas. Dichas alteraciones son: la amenorrea (cese de la menstruación) que sin duda alguna es el trastorno que causa a los familiares de la paciente mayor preocupación y muchas veces el motivo por el que piden ayuda médica; la amenorrea se debe a un mal funcionamiento del hipotálamo que disminuye la concentración de las hormonas

que regulan la función ovárica (hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante). Otra de las alteraciones de la hipófisis es el aumento de la hormona del crecimiento que en algunas de las pacientes puede estar ligeramente elevada causando aceleración de la lipólisis (degradación de la grasa corporal).

Aunque la glándula pituitaria no deja de funcionar, si presenta cambios adaptativos, por ejemplo, el déficit de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación por lo cual el organismo logra sobrevivir, aún en estado de semi-inanición. El principal de estos ajustes es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, el cual da como resultado la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estos ajustes reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que de otra manera se perderían con la menstruación (Lucas, citado en Garcia 2002).

La tiroides también sufre una serie de alteraciones y por lo tanto, la concentración de hormona tiroidea en personas con AN pueden parecerse a la de un individuo con hipotiroidismo.

Debido a todas estas alteraciones se pueden ver en la paciente las siguientes complicaciones médicas:

- Aparato digestivo: indigestión, problemas en la deglución, gastritis, vómitos de sangre, irritación en el esófago, diarreas, dolores abdominales y estreñimiento.
- Aparato cardiovascular: disminución de la presión arterial (hipotensión), arritmias y bradicardia (latidos del corazón anormalmente lentos).
- Aparato respiratorio: disminución de la capacidad ventilatoria, reducción de la fuerza de los músculos respiratorios provocando neumonías y bronquitis.
- Aparato urinario: daño en riñones, infecciones urinarias y cálculos.
- Aparato genital: irregularidades menstruales y amenorrea.
- Sistema óseo: disminución de calcio, fracturas espontáneas (osteoporosis) y astillas óseas.
- Aparato circulatorio: disminución de la presión sanguínea y posible paro cardíaco.
- Boca: pérdida de esmalte dental, daño en las encías, paladar y garganta e inflamación de glándulas salivales.
- Manos: callosidades, erosiones, lastimaduras en los nudillos, temperatura fría.
- Piel: seca, áspera, quebradiza, fría con tonalidad azulada (hipotermia), dolor al sentarse y lanugo.

- Retardo del crecimiento: pubertad tardía, pérdida de neuronas, pérdida de fuerza y masa muscular.

Algunas de estas alteraciones como: la osteoporosis, la pérdida de peso, la amenorrea y la distensión gástrica, se deben a las deficiencias de nutrientes inorgánicos que tienen estas pacientes debido al poco consumo y escasa variedad de alimentos propiciando con ello deficiencias de calcio, zinc y magnesio. Se sabe que la osteoporosis puede llegar a ser fracturaria después de cinco o diez años de evolución del trastorno alimentario. Todas estas complicaciones desaparecen cuando se repara la adecuada nutrición y el peso perdido.

Podemos observar que las alteraciones en la AN son numerosas, siendo según los expertos las manifestaciones cardiovasculares de las más frecuentes y una de las principales causas de muerte, especialmente en aquellas pacientes que vomitan o abusan de diuréticos.

## 2.3 TRATAMIENTO

El tratamiento debe enfocarse en corregir la malnutrición y las consecuencias de la misma y normalizar los patrones alimentarios. Esto es, alcanzar un peso saludable que permita mantener un correcto estado de salud. Para lo cual como primer paso debe hacerse una valoración nutricional en donde se cuantifique el grado de desnutrición; a través de exploraciones sencillas como la medición de peso, de talla y su comparación con las tablas de referencia poblacionales para cuantificar el grado de desviación respecto al peso ideal o respecto al índice de masa corporal (IMC).

Recomiendan los expertos que antes de que alguien inicie un tratamiento como paciente externa o interna (tratamiento ambulatorio u hospitalario), debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y su voluntad para cambiar. Por ejemplo en el artículo "Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria". Salvador Rocha et.al (2003). Proponen el siguiente tratamiento integral, el cual se puede dividir en tres fases:

Fase inicial. Incluye lo relacionado con el diagnóstico médico, nutricio y el estado mental. En esta fase se determina si peligró la vida de la paciente o presenta alguna alteración que amerite su hospitalización. Un aspecto primordial es recuperar un estado nutricional mínimo que deje fuera de peligro la vida de la paciente.

Segunda fase. Es la más prolongada. Las intervenciones se orientan al establecimiento de hábitos alimentarios correctos. Es entonces cuando el manejo tiene menor impacto pero es más sofisticado ya que se trata de restaurar los sistemas de regulación hormonal alterados.

Tercera fase. Esta última fase es la de seguimiento a largo plazo en la cual ya se ha comprendido la naturaleza del problema y se ha mantenido el peso y desarrollo deseados.

En la intervención generalmente se combina el tratamiento hospitalario y ambulatorio, siendo este último utilizado únicamente en los casos en los que se detecta tempranamente el trastorno. Una vez que se plantean los objetivos terapéuticos se emplean distintas aproximaciones; dependiendo de la gravedad del estado nutricional, de la actitud y del grado de colaboración de la paciente. Así puede optarse por el empleo de una dieta oral natural, nutrición artificial enteral y en casos excepcionales, nutrición parenteral, en cualquiera de los casos es importante que la paciente conozca en que consiste el tratamiento y cuáles son las consecuencias que se esperan de él.

Los médicos en su afán de restablecer las condiciones mínimas necesarias para preservar la vida de la paciente trabajan primordialmente en el estado nutricional y endocrino de las anoréxicas. Por ello los nutriólogos mencionan que el objetivo inmediato del tratamiento de la AN es devolver la normalidad al estado nutritivo del paciente normalizando los hábitos dietéticos, mediante la realización de una dieta equilibrada que le permita mantener un estado de salud adecuado y prevenir recaídas. Esto es primordial debido a las posibles complicaciones de emaciación, deshidratación y desequilibrio electrolítico que pueden producir la muerte. El experto en nutrición debe informar a la paciente sobre las consecuencias negativas que producen los hábitos alimentarios que está siguiendo -efectos de la inanición-, sobre la regulación del peso corporal y aclarar las concepciones dietéticas erróneas que puedan tener.

Por otro lado, los endocrinólogos tienen como objetivos primordiales: la vigilancia médica, la sustitución de las deficiencias endocrinológicas, además de suplementar potasio, calcio, magnesio, vitamina y elementos inorgánicos. La detección de señales de peligro tales como: manifestaciones clínicas o de laboratorio de alteraciones electrolíticas, desnutrición que comprometa funciones vitales del paciente y enfermedades intercurrentes graves.

Hemos mencionado que el tratamiento de recuperación de peso se puede llevar a cabo en dos modalidades: tratamiento ambulatorio y tratamiento hospitalario; el primero está enfocado a la atención fuera del hospital o centro de recuperación médica, mientras que el segundo exige a la paciente permanecer en el hospital para recibir el tratamiento necesario.

### 2.3.1 TRATAMIENTO AMBULATORIO

Se entiende por tratamiento ambulatorio de la anorexia nervosa aquel que se realiza y organiza en la consulta externa y que tiende a ser compatible con las actividades habituales del paciente. Debe inicialmente hacerse una valoración médica detallada, en la que se evalúen aspectos referentes al estado nutricional de la paciente y sus probables consecuencias, además de abordarse la evolución del peso y el mantenimiento de una alimentación adecuada, es decir la recuperación del peso será el objetivo principal del tratamiento mientras la paciente se encuentre en un estado de caquexia o grave bajo peso. Se ha señalado que este tipo de tratamiento puede ser eficaz en aquellos casos en que las pacientes: a) Presenten una anorexia de menos de cuatro meses de duración, b) No manifiesten episodios bulímicos ni vómitos y c) Tengan padres dispuestos a cooperar y participar en el tratamiento (Halmi,1983; citado en Toro 1987).

El tratamiento del paciente ambulatorio comienza con un breve ensayo de terapia; en el cual se establece un objetivo con respecto a la ganancia de peso de la paciente. Si no se da la mejoría esperada a corto plazo, el terapeuta debe insistir en la admisión. Sin perder de vista -como vimos anteriormente- que las pacientes candidatas a recibir tratamiento ambulatorio deben cubrir una serie de características, es decir; son pacientes que se encuentran en fases iniciales y/o presentan menos sintomatología y/o psicopatología alimentaria. Está justificado este tratamiento en aquellas pacientes que están motivadas para su recuperación, que tengan un buen apoyo social y no estén perdiendo peso rápidamente, que sean metabólicamente estables, cuyo peso no se encuentre por debajo del 70% del peso medio aconsejable para su edad y estatura y siempre que se pueda garantizar un estrecho seguimiento de su estado físico. Para lo cual se debe llevar a cabo un monitoreo de la alimentación, del peso y de los índices bioquímicos apropiados.

Hay que restablecer la correcta nutrición, pero esto debe hacerse de forma paulatina ya que puede haber complicaciones físicas o psicológicas y para evitarlas se utilizan dietas alternativas que comienzan con una dieta líquida clara, que contiene unas 1200 calorías, que provee principalmente líquidos para equilibrar las pérdidas urinarias. Contiene 0 % de grasa. Le sigue una dieta líquida completa aumentando el número de calorías y nutrientes que contienen de 60 a 90 gr. de grasa, posteriormente, se comienza con una dieta blanda de unas 200 calorías con 75 gr. de grasa. Y cuando se considere oportuno se empezará la dieta normalizada (Fernández, Trejo y Delgado 1999; citado en García 2002).

Las ventajas de este tipo de tratamiento son: su costo menor, que evita el estigma del ingreso y el peligro de la influencia de otros pacientes y no produce ruptura con la vida familiar (Morandé, 1999).

Algunos estudiosos se han dado a la tarea de investigar y probar en qué casos se han obtenido buenos resultados con el tratamiento ambulatorio. Por ejemplo: Szmukler (1989) justificó la aplicación del tratamiento ambulatorio y su efectividad en pacientes jóvenes que presentaban una evolución corta del trastorno. A su vez Rusell y cols. (1987) demostraron dentro de un contexto ambulatorio la mayor efectividad de la terapia familiar en comparación al tratamiento individual, especialmente en pacientes jóvenes (aparición de la enfermedad antes de los dieciocho años) con una duración de la enfermedad corta (menos de tres años).

### 2.3.2 TRATAMIENTO HOSPITALARIO

En los casos de anorexia nervosa la hospitalización es una alternativa que debe tenerse en cuenta si se cree necesario un control exhaustivo de la ingesta, del balance energético del ejercicio físico, de las conductas purgativas y se contempla la implementación de nuevos hábitos alimentarios (Ochoa ;citado en Garcia 1993).

Es por eso que cuando se trata de un caso de extrema gravedad por la inanición se recurre a la internación. Y al igual que en el tratamiento ambulatorio primero se hace una valoración clínica para detectar el grado de desnutrición tomando en cuenta aspectos como: la talla, el peso y el IMC; esto para conocer la situación orgánica al ingreso y las posibles complicaciones durante el tratamiento hospitalario, algunos médicos sugieren completar dicha evaluación con la realización de un electrocardiograma (ECG). Una vez hecha esta valoración deben tomarse en cuenta los siguientes criterios propuestos por Toro y Vilardell en 1987, para decidir la hospitalización de la paciente con anorexia:

1. Cuando el trastorno se presenta desde hace más de cuatro meses.
2. Cuando la pérdida de peso es de 25 al 30% y su estado biológico es un riesgo importante para la vida , debido a la desnutrición.
3. Cuando se presentan episodios bulímicos, realizando conductas purgativas.

4. Cuando las relaciones familiares son muy conflictivas, o cuando el paciente presenta un alto grado de aislamiento.
5. Cuando la psicopatología secundaria del paciente es evidente, mostrando niveles elevados de ansiedad, depresión, ideas suicidas, etc.

En la intervención hospitalaria se negocia con la paciente un peso y talla mínimo, siempre tomando en cuenta las características físicas, edad y talla de cada paciente. Se establecerá una dieta equilibrada en la que no tenga que enfrentarse a aquellos alimentos que mayor fobia le producen (Ortiz 2002).

Ya en el hospital se le explica a la paciente que algún miembro del equipo la pesará y ayudará a cambiar sus hábitos alimenticios, elaborando junto con ella el plan alimentario que deberá seguir.

Algunos autores mencionan que las indicaciones de ingreso pueden dividirse en dos grupos: los casos de urgencia (en los que hay un peligro inminente de muerte del paciente y que los criterios son exclusivamente médicos) y los casos de ingreso programados en el curso de un tratamiento, cuyos pacientes serán enviados por los centros o por los profesionales de salud mental o médicos que los trataban y con los que fracasó el tratamiento ambulatorio, agravándose el cuadro. Además en el hospital puede vigilarse estrechamente a la paciente para prevenir o tratar precozmente cualquier complicación infecciosa o de otra naturaleza. Aunque se sabe que la hospitalización no es suficiente para curar un desorden alimentario si proporciona un ambiente seguro donde puede supervisarse la comida y el peso cuidadosamente con la finalidad de que haya una recuperación gradual de peso y un reaprendizaje en la alimentación.

Además de los criterios de hospitalización mencionados anteriormente también debe tomarse en cuenta que si una mujer presenta una figura emaciada y es incapaz de pensar con claridad, o se muestra agitada con pulso irregular, puede requerir hospitalización, pues el deterioro físico tan extremo afecta el funcionamiento mental.

Una vez tomada la decisión de hospitalizar a la paciente. Se inicia la alimentación forzada la cual puede ser suministrada por vía intravenosa mediante sonda nasogástrica (la cual va desde la nariz y a través de la garganta hasta el estómago), o alimentación endovenosa, esto es, nutrición parenteral total, la cual puede hacerse colocando un catéter venoso central, lo que es más cómodo para la paciente que puede moverse, o bien periférico, con riesgo de flebitis y la necesidad de cambios frecuentes de catéter. Sin embargo, ésta tiene muchos más riesgos y también es mucho más costosa por eso sólo se recurre a ella cuando el tracto digestivo de la paciente no tolera la nutrición enteral. La nutrición por sonda tiene un manejo más seguro y se asemeja más a la nutrición natural que la parenteral. Tanto la finalidad como la duración y la

forma de llevar a cabo la nutrición por sonda deben haberse hablado previamente con la paciente. El alimento se administrará en tantas comidas como sea posible, incluso como alimentación permanente en los estados caquéticos graves.

En aquellos casos en que la situación no es tan grave se inicia el tratamiento con una dieta líquida o posteriormente una combinación de alimentos normales y bebidas vitaminadas complementarias.

Para lograr un aumento de peso promedio de 1 ó 2 kgs. por semana una ingestión calórica puede empezar con 1.500 calorías e ir aumentando en bloques de 300. Quizá se requiera proporcionar una supervisión del equipo de nutrición durante y después de las comidas en el sentido de mantener los baños cerrados o bajo vigilancia. Cuando una persona no es capaz de terminarse un alimento tal como le fue servido, se le puede ofrecer un suplemento líquido alto en calorías (Garfinkel, 1995; citado en García 1993).

Pueden darse complicaciones de la realimentación éstas suelen ocurrir en pacientes muy desnutridas y con muy bajo peso, y en las que la realimentación se hace muy rápidamente. Pudiendo presentarse al principio hinchazón facial y prominencias gástrica, que son transitorias y desaparecen con el tiempo, también puede presentarse sudoración de manos y pies después de las comidas, asociadas a cambios en la termorregulación que se encuentra alterada en la anorexia. Por ello se recomienda comenzar el proceso de realimentación lentamente e ir aumentando poco a poco – sin importar cuál sea el peso de la paciente-. Además de tener un preciso control médico que incluya constantes vitales, ingesta de alimentos, ingesta y eliminación de líquidos y una atención especial a las posibles complicaciones de una rápida realimentación como son: edemas, aumento de peso en relación a una sobrecarga de líquidos, además de alteraciones cardíacas y electrolíticas.

Las ventajas asociadas a la nutrición artificial incluyen un aporte adecuado de los requerimientos nutricionales y la mejoría de la función cognitiva e incluso estar más motivadas para la ingesta oral. Menciona Hsu citado en García 1993, que aproximadamente el 80% de todas las pacientes anoréxicas suben de peso con el tratamiento hospitalario.

Resulta prioritario conseguir un peso adecuado para cada paciente y determinarlo de forma individual. Por eso al establecer un objetivo con respecto al peso es necesario tener en cuenta el peso premórbido de la paciente; aquel que tenía cuando la menstruación estaba presente y el temor a subir de peso no existía. Saber cuál es el peso real requiere un tiempo de observación de la paciente y ver cómo evoluciona su peso y su figura tras un tiempo prudencial de dieta y vida normales.

Es especialmente importante la evolución de las variables fisiológicas, es por ello dicen los médicos que la recuperación de la temperatura y pulso normal debe conseguirse en las primeras 48 horas - después de la hospitalización - , la hidratación, la aparición de deposiciones hacia el cuarto día y la regulación del sueño y mejora del humor en la primera semana. Se piensa que las pacientes deben permanecer ingresadas hasta alcanzar el peso adecuado y tener menor probabilidades de recaídas. Aunque definitivamente la decisión del alta hospitalaria dependerá de valorar cada caso de forma individual.

## 2.4 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

La farmacoterapia es otro de los tratamientos utilizados en el trastorno de la anorexia, más como lo mencionan los investigadores para la anoréxica su problema es controlar su hambre (con lo cual obtendrá ganancias secundarias); por eso se disgusta y siente temor cuando se le trata de tentar con ciertos alimentos, y a las horas de comida surge tensión y escenas violentas. Por lo tanto no existe razón alguna para prescribir estimulantes del apetito - ya que las anoréxicas no pierden el apetito - .Y si surten efecto estos medicamentos únicamente agudizan la lucha de la enferma contra el hambre.

Aún así algunos médicos insisten en mandar antianoréxicos a sus pacientes, pero éstos tienen principalmente dos inconvenientes: el primero es que la mayoría de las anoréxicas conservan el apetito sólo que ellas procuran ahogarlo y el segundo es que en cuanto las enfermas saben que este medicamento aumenta el apetito, disminuye su colaboración en el tratamiento.

Martínez- Fornés (1994 ). Menciona que el tratamiento farmacológico sirve para:

- ♦ Fortalecer la noción de enfermedad y la necesidad de ayuda.
- ♦ Favorecer la responsabilidad ante la salud.
- ♦ Disminuir la ansiedad, depresión e insomnio.
- ♦ Permite controlar la hiperactividad física y mental.
- ♦ Facilita la psicoterapia

En algunas publicaciones se recomienda la utilización de antipsicóticos en aquellos casos en que las pacientes tengan graves perturbaciones cognitivas en relación al peso y a la figura. La distorsión de la percepción del cuerpo y la alteración de las cogniciones, adquieren a

veces una intensidad tan importante que esos pensamientos y esas percepciones adoptan características casi delirantes.

Se aconseja utilizar neurolépticos cuando la angustia es tan intensa que es mejor sedar y dormir a la enferma, o cuando se pretende usarlos como modificadores de la interpretación de la realidad que tiene la enferma o para controlar las posibles alucinaciones y la hiperactividad. Se ha demostrado su eficacia como sedantes mayores por lo que se justifica su uso, más no así como modificadores de la realidad pues se ha visto que tienen un efecto nulo en los delirios y las creencias. Además se ha visto que el mismo efecto que provocan los neurolépticos: al bloquear los receptores de dopamina, para que no haya una elevación del estado de ánimo, también se consigue a través de la restauración de la ingesta y el peso adecuado.

Se ha visto que pocas son las ventajas de prescribir fármacos psicotrópicos, ya que este padecimiento no es en lo esencial un estado de ánimo. Aunque algunas anoréxicas pueden experimentar ansiedad y depresión, no todas presentan un componente depresivo. El cual puede aparecer en forma reactiva como respuesta a la lucha entre la angustia y la incompreensión que siente la enferma. En los casos que si se presente depresión y ansiedad ayudarían estos fármacos para aliviar los estados secundarios, pero no harían que la enferma modificara su creencia fundamental en el sentido de cuán importante es el control de la ingesta. En cambio en la anorexia sin comorbilidad psiquiátrica no se usa medicación, la mayoría de los autores están de acuerdo en que los síntomas depresivos se alivian cuando mejora el estado de inanición

Según algunos investigadores los antidepresivos se han mostrado efectivos en la AN, en especial cuando se ha constatado la existencia de depresión asociada. Los modernos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han utilizado en el tratamiento de AN, tanto para combatir la depresión asociada como por la similitud del trastorno alimentario con el obsesivo-compulsivo.

Morandé (1999) comenta que si la sintomatología depresiva no disminuye con la realimentación debe usarse medicación antidepresiva; si la ideación anoréxica es muy intensa y cuasi delirante conviene utilizar antipsicóticos, si hay un trastorno de ansiedad o ésta interfiere de forma desproporcionada se utilizan ansiolíticos.

En la AN la ansiedad es prominente, especialmente cuando las pacientes están confrontando sus temores de un tamaño corporal normal (perturbaciones de percepción y de imagen corporal), que son como manifestaciones de psicosis. Mientras que se han utilizado la clorpromacina y otros medicamentos antipsicóticos en esas circunstancias los efectos secundarios de estos medicamentos imposibilitan su uso general. Sin embargo, no está claro si

los beneficios de estos medicamentos se deben a sus efectos antipsicóticos o sedantes (Garfinkel, 1995; Norman 1994 : citado en García 2002).

Por otro lado Duker & Slade en 1992 afirmaron que la clorpromacina tiende a obstaculizar los progresos y en altas dosis imposibilita la terapia. Otro de los medicamentos que se ha utilizado es la amitripina para aumentar el apetito, disminuir la resistencia mostrada ante los alimentos y tratar la depresión en caso de existir. Sin embargo, se sabe que la psicoterapia constituye una parte fundamental del tratamiento, para que haya un cambio de actitud en la paciente y el peso que haya ganado en el hospital no lo vuelva a perder al regresar a casa.

Según una entrevista realizada por el diario médico a Toro en 2001 - y citada en Correa 2003- en relación a la eficacia de los psicofármacos, el autor menciona que las drogas no pueden actuar, posiblemente por que el Sistema Nervioso Central no responde cuando la desnutrición es severa.

Se está de acuerdo en que el tratamiento farmacológico por sí solo es ineficaz; ya que la depresión y otros problemas emocionales a menudo son secundarios a la inanición, es mejor contar a la comida como la medicación , promoviendo la restauración del peso corporal (Garner 2000; citado en Ortiz 2002).

Es importante recalcar entonces que el tratamiento farmacológico en la anorexia nervosa está indicado como coadyuvante de la psicoterapia y como tratamiento de la psicopatología asociada en especial de la depresión, la ansiedad y de las graves alteraciones cognitivas.

## CAP. III ENFOQUE Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

### 3.1 ENFOQUE

Los desórdenes emocionales se dan cuando se confía desmesuradamente en ciertos esquemas demasiado rígidos o extremos, que llevan a interpretaciones disfuncionales, erróneas o poco realistas. Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos a determinados alimentos), como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones, tendencias al aislamiento y ambivalencia) que determinan un trastorno alimenticio (Chinchilla, 1995).

Desde una perspectiva conductual, se ha explicado la anorexia nervosa como fruto de un conjunto de circunstancias en las que los elementos ambientales reforzadores y los factores aversivos ansiógenos se conjuntarían de tal manera que la conducta de no ingestión alimenticia no tendría más remedio que presentarse y/o mantenerse en una elevada frecuencia. Además se ha sugerido que la necesidad de control es el centro y mantenimiento de la anorexia, esta necesidad es expresada a través de dietas; que son reforzadas tanto por el pensamiento posesivo, como por los sentimientos y por el miedo a perder el control.

El enfoque conductual propone que los trastornos alimenticios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos). No obstante, es preciso señalar que el enfoque conductual por sí sólo resulta insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad que entrañan estos trastornos (Mateos y Solano, 1997; citado en Ortiz 2002).

Este modelo propone la siguiente hipótesis: la conducta de rechazar el alimento a una alta tasa de frecuencia, debía estar sometida a algún género de reforzamiento positivo; esto es, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían. Es decir el análisis conductual se basa en la verificación del control ejercido sobre cualquier comportamiento por los estímulos que le preceden o le siguen. Por lo tanto el comportamiento ingestivo, como cualquier otro comportamiento, depende de las consecuencias que obtiene.

Algunas de estas ideas se modificaron a partir del momento en que se incorpora lo cognitivo al análisis conductual y una vez aceptada la relación entre pensamiento, emoción-afecto y comportamiento manifiesto; puede comprenderse la importancia de contar con determinadas ideas y actitudes inculcadas por el medio social, el carácter autorreforzante y autorreforzado de la disminución de peso en la anoréxica al margen de contingencias externas. El modelo Cognitivo-Conductual permite poner orden en los hechos psicológicos y psicosociales que constituyen la anorexia nervosa.

Este enfoque propone que las percepciones de un individuo o cogniciones (generalmente negativas) acerca de sí mismo, el mundo y el futuro son el resultado de distorsiones perceptivas. Estas distorsiones se generan cuando un estresor interno o externo activa un esquema cognitivo subyacente, siendo éste el substrato de donde emergen las distorsiones cognitivas; esto es lo que les sucede a las anoréxicas (Brabendery y Fallon,1993; citado en Rubio 2004).

Por ello se piensa que esta enfermedad es resultado de una falta en la capacidad del pensamiento abstracto, en términos de una pobre ejecución cognitiva y en términos de pensamientos irracionales.

De acuerdo con Vitousek, en 1996 (citado en Ortiz 2002 ) para el modelo cognitivo los síntomas de la AN son mantenidos por una serie de ideas sobrevaloradas acerca de las implicaciones personales de la imagen y peso corporal. Teniendo tales actitudes por la interacción de las características individuales establecidas (tal como perfeccionismo, ascetismo y dificultades en la regulación afectiva) con los ideales socioculturales para la apariencia femenina. Una vez formada la influencia de las creencias individuales dominada por el empeño de seguir estereotipos alimentarios y conductas eliminatorias -que son responsables de contingencias excéntricas- se ven afectadas las enfermas por secuelas psicológicas que también sirven para sostener conductas y creencias distorsionadas.

El planteamiento Cognitivo-Conductual propone que las conductas características de las personas con trastornos alimentarios (TA), son de alguna manera consecuencia de las distorsiones en el pensamiento y las alteraciones de la imagen corporal. Los trastornos del pensamiento que se presentan son:

- Abstracción selectiva: es basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria; por ejemplo: "Si Ana volvió del viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer".
- Sobregeneralización: es aquella por medio de la cual se extrae una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles; por ejemplo: "Si Fernando perdió dos kilos por una diarrea, los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso".

- Magnificación de los estímulos (exageración): es notable, como para estos pacientes, las cosas pueden estar connotadas exageradamente.
- Razonamiento dicotómico: (pensamiento de todo o nada) piensan en términos extremos y absolutos, el simple hecho de tener 3 ó 4 kilos más equivale a estar sumamente obesa.
- Personalización y autorreferencia: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales; "La doctora me pospuso la cita para que yo siga engordando dos días más".
- Pensamiento supersticioso (errores de atribución): creen en la relación causa efecto de hechos no contingentes.
- Pensamiento mágico: tienen ideas irreales y casi mágicas hacia la comida y el cuerpo.
- Aparece el comportamiento obsesivo-compulsivo, secundario a la inanición.

Al tener estos pensamientos erróneos la enferma presenta una conducta manifiesta de evitación de la ingesta con el fin de tratar de no subir de peso (motivo aparente), llevándola estos pensamientos a las conductas o patrones típicos de la enfermedad.

El pensamiento en la anorexia se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico; en donde no hay cabida para los puntos intermedios. De este modo, se vuelve difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todas las anoréxicas coinciden, en algún punto en que la delgadez se convierte en algo fundamental para su bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso, existe un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso; la evitación de las comidas perpetúa una retracción social y así se mantiene el ciclo (Garner y Bemis; citado en García 2002).

Dentro del cuadro anoréxico, y con relación a las percepciones se presentan también alteraciones cognitivas de la imagen corporal, la anoréxica parece sobrevalorar sus dimensiones, y no reaccionar ante ellas, siempre se percibe gorda aunque este extremadamente delgada. Su negación de enfermedad parece estar estrechamente ligada con esta tendencia a negar o no querer ver. Esta ausencia de objetividad en la percepción de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan impactante que se habla de dimensiones delirantes (Toro J. y Vilardell E. 1987).

Este sobredimensionamiento del que habla Toro parece servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte. Sabemos que estas distorsiones no son necesariamente en todo el cuerpo, sino que se presentan principalmente en zonas concretas como muslos, abdomen, caderas y glúteos. Señala Toro que teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente-juvenil, apunta que el error puede resultar del fracaso en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de forma corporal.

Otras de las alteraciones que se presentan en el cuadro anoréxico son las alteraciones interoceptoras (percepción interna). Las anoréxicas perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad

parece estar más relacionada con sus experiencias cognitivas de la alimentación que con los estados internos (Garfinkel y Garner, 1982, citado en Rubio 2004).

Se ha visto que aproximadamente la mitad de las anoréxicas tienen episodios bulímicos (de periodicidad irregular), estos episodios provocan una ingesta excesiva de alimento que da como resultado una intensa respuesta de ansiedad, estas comilonas en la mayoría de los casos conllevan a otra irregularidad conductual: vómitos voluntarios; la función de los vómitos es restablecer aunque sea parcialmente el equilibrio perdido. Por lo que aunque son percibidos como una irregularidad conductual, actúan como un reforzador negativo al lograr que se reduzca la ansiedad.

Las anoréxicas dejan de vomitar por la ingesta excesiva y lo hacen en función de sobrevaluadas molestias postprandiales, es decir, la menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago. Cuando es muy intenso, se vuelve voluntario adoptando características reflejas, en otras palabras, se torna condicionado (Toro, J. y Vilardell, E. 1987).

Otras características conductuales que presentan estas enfermas son: el uso de laxantes; los cuales utilizan para contrarrestar la constipación que produce la restricción alimentaria y la compulsión de pesarse constantemente. Ello supone que una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que consiga evitar ese aumento o reducir el peso debiera resultar reforzado negativamente merced a la disminución de la ansiedad. Beck realizó una serie de investigaciones en pacientes fóbicos o depresivos y éstas también se aplicaron a las anoréxicas pues coinciden con sus ideas fuera de la realidad, como los son las creencias irracionales sobre su peso e imagen.

Según esta hipótesis si las anoréxicas presentan un intenso miedo a engordar, entonces la enfermedad puede plantearse como una fobia.

Cuando los planteamientos cognitivos, especialmente los de Beck en el campo de la depresión, se aplicaron también a la AN, se aceptó la relación entre pensamiento, emoción-afecto y comportamiento manifiesto, siendo mucho más fácil entender lo que puede ser la génesis del trastorno; pudiéndose comprender la importancia de contar con determinadas ideas y actitudes inculcadas por el medio social, el carácter autorreforzante y autorreforzado de la disminución de peso en la anoréxica al margen de contingencias externas, el autocastigo que se administra la paciente cuando aumenta su peso -aunque sobrevenga en el más absoluto aislamiento social-, la interacción familiar y social de la paciente con sus predisposiciones cognitivas y conductuales y los cambios que en ellas se producen a consecuencia de tal interacción y el papel de la familia y del terapeuta en el control cognitivo.

Una vez que se han identificado los principales aspectos que conducen al trastorno alimentario de las anoréxicas, es necesario trabajar en el campo conductual y cognitivo,

respectivamente, por lo que se vuelve imprescindible cambiar conductas anómalas. Se centra toda la atención en modificar cierto modo de pensar pues para actuar es fundamental que modifiquemos nuestro pensamiento, ya no se trata de esforzarse por resolver lo que sucedió sino remediar las acciones presentes y comprender el porqué de las actitudes de quien padece anorexia y de quienes están a su alrededor.

La modificación de la conducta actúa sobre la base de un principio muy simple, reforzar una conducta deseada mediante premios y castigos o ignorar una conducta no deseada. Es necesario que la paciente se concentre en el aquí y el ahora, es decir; debe intentar concentrarse en el paso que tiene que dar ahora mismo sin agobiarse pensando en el futuro.

La terapia Cognitivo-Conductual trata de habituar al paciente a analizar sus pensamientos, corrigiendo todas las distorsiones cognitivas susceptibles de llevarle a comportamientos desadaptadores y a afectos negativos. Es un procedimiento abiertamente directivo que implica:

- Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamiento; enseñándole a captar su forma de pensar y aumentar la conciencia de sus pensamientos.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, emociones, pensamientos autodestructivos y la conducta no adaptativa (la ingesta trastornada).
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias
- Sustituir las creencias o interpretaciones erróneas por ideas más apropiadas
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta

Según Buckroyd en 1998 (citado en García 2002). Para lograr cambiar los hábitos de pensamiento que acompañan a los trastornos de la alimentación se necesitan hacer tres cosas:

- Que la enferma descubra que es lo que ella misma dice
- Que decida, no querer seguir repitiendo esos mensajes
- Que reemplace esos mensajes viejos por nuevos mensajes

La teoría Cognitivo-Conductual describe la influencia de la cognición en el desarrollo y mantenimiento de conductas patológicas de control de peso y alimentación, siendo un concepto central de esta teoría la estructuración del pensamiento organizado por esquemas. Comentan que en la Psicología Cognoscitiva un esquema es visto como una estructura de conocimiento

altamente eficiente, cuyo propósito es dirigir y ordenar la atención, percepción y procesamiento de la información. Se supone que los esquemas existen para toda la información que requiere organización en memoria y procesos cognoscitivos, sin embargo, estas estructuras de conocimiento pueden servir fácilmente a un propósito disfuncional si se poseen juicios, conductas y pensamientos predisuestos, llevando a un camino autodestructivo o mal adaptativo (Willimson y Muller, 1999; citado en Ortiz 2002).

Cooper y Fairbum en 1993 (citado en Ortiz 2002), refieren que las personas con T.A, presumiblemente han desarrollado un esquema distorsionado que se centra en un marcado interés en la alimentación y proporciones corporales. Tentativamente el esquema está estereotipado, cargado afectivamente y sobrevalorado de información referente a la forma y peso corporal, estando la información sobrevalorada en la medida que se da la importancia central entre otras estructuras cognitivas. Entonces el esquema corporal es considerado como un esquema que llega a ser personal. Es así que el esquema comienza a tomar un papel activo en el procesamiento de información, los estímulos ambiguos son sesgados o predisuestos por los significados estrictamente personales del esquema corporal.

De acuerdo con González (1996) se deber procurar regular la conducta de comer en el tiempo, y cuando se presente el momento de acercarse a comer mentalizarse con pensamientos positivos; pues para la anoréxica es primordial, de alguna manera, suavizar de modo positivo ese momento (cuándo comer); asimismo aceptar cuánto comer y controlar qué comer. Esos tres factores tienen que ser negociados con la persona, e instituir una línea base de consumo de alimentos guiados bajo un control médico.

Otro ejemplo de estas estrategias conductistas es que después de comer la persona haga algo que le guste -tener previsto un refuerzo positivo-. Eso tendría que prevenir el grupo familiar y la paciente, o sea; tratar de reforzar con elementos positivos el "hecho de comer"(González,1999; citado en García 2002 ).

Los resultados de algunos experimentos demuestran que animales situados bajo un programa de alimentación restringida disminuyen el consumo de alimento si se les da la oportunidad de dedicarse a una actividad motora (Eplinn y Cols., 1983; en Rubio 2004). Esto sugiere que la influencia entre actividad física e ingesta de alimentos tienen un carácter recíproco. La restricción alimentaria voluntaria inducirá mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría, por lo menos en un principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose un dramático círculo vicioso. Esto supone la posibilidad de que la anoréxica incrementará sus actividades físicas en función de dos mecanismos:

1) Cognitivo-conductual: sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevan a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.

2) Esencialmente psicofisiológico: la disminución de la ingesta implicaría más actividad física.

Wulliemer,1975(citado en Toro 1987). 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 llevaron a cabo un estudio de seguimiento.

Las técnicas conductuales han sido las más utilizadas en la inducción de la ganancia de peso en el contexto hospitalario. Estas técnicas se centran en el reforzamiento de la ingesta alimentaria con base en los principios teóricos del condicionamiento operante (Hoffman y Halmi,1993; citado en Chinchilla 1995).

Según este enfoque el no comer está reforzado en las adolescentes por muchas cuestiones que tienen que ver con las investiduras psicológicas que se ciñen sobre el cuerpo (“Si estoy gorda, soy fea para los demás y fracasaré”). Estos pensamientos negativos, se deben transformar. Se necesita reforzar una mente positiva, cambiar el signo de los pensamientos. Es por ello que este enfoque terapéutico trata de corregir los pensamientos y actitudes disfuncionales relacionados con la alimentación, la imagen corporal y con la autoestima en general, así como proporcionar recursos para el afrontamiento de situaciones sociales que para la paciente pueden presentar eventos estresantes o conflictivos en general.

La terapia Cognitivo-Conductual está diseñada para ayudar a los individuos con anorexia a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas.

### 3.2 TRATAMIENTO

Los hábitos alimentarios distorsionados y las estrategias patológicas para el control de peso son las más obvias señales de un desorden alimentario, la terapia Cognitivo-Conductual enfatiza la modificación de ambos disturbios. La mayoría de los programas del tratamiento incluyen técnicas de modificación de conducta y buscan que el paciente tenga acceso a actividades agradables dependientes de la ganancia de peso.

Su objetivo es producir un cambio paulatino en el que se necesitan diferenciar dos grandes fases: En una 1ª fase lo primordial es tratar de proteger la vida de los pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerlos de algunos recursos, para poder pasar a una 2ª fase en la que se les pide una corresponsabilidad en su autocuidado y el afianzamiento de sus habilidades de afrontamiento.

Toda la terapéutica conductual de la anorexia nervosa ha girado sobre un hecho central: el reforzamiento del comportamiento adaptado, es decir; la ingesta alimentaria. La práctica de este procedimiento implica distintas condiciones y consecuencias: a) La paciente inicia su tratamiento en condiciones de aislamiento social y con escasas probabilidades de obtener gratificaciones materiales y sociales. Esta situación pretende establecer un estado de privación que permita la constitución en reforzadores potentes de toda una serie de actividades prácticas y relaciones que habitualmente no funcionan con tal potencia reforzadora, b) El reforzamiento utilizado -visitas familiares, sesiones de t.v, paseos, lecturas etc.- deben ser contingentes a la conducta adaptada, y c) Reforzar la ingesta y/o el aumento de peso, cuando se produce significa asociar tales actos o hechos a respuestas emocionales positivas y por tanto incompatibles con la ansiedad.

Toda intervención terapéutica está precedida por la realización de un contrato conductual, en el que quedan explicados los objetivos que se quieren alcanzar y los deberes y compromisos del paciente y del terapeuta. Durante las primeras sesiones se lleva a cabo tanto una objetivación de la conducta alimentaria, a través de autoregistros alimentarios (esto puede ser subjetivo, puesto que las anoréxicas acostumbran mentir y manipular), como un análisis conductual; en el que se exploren factores precipitantes, desencadenantes, mantenedores y consecuentes de la enfermedad. Toda esta información permite postular determinadas hipótesis explicativas de la sintomatología y/o trastorno del paciente (Fernández y Turón, 1998).

Este tipo de tratamiento se lleva a cabo en sesiones semanales, es muy importante la objetividad tanto del paciente como del terapeuta, pues el primero debe realizar un autorregistro alimentario semanal, mientras que el segundo deberá analizar detalladamente los hábitos alimentarios de su paciente con la finalidad de detectar los factores precipitantes y los factores desencadenantes y confrontar a la enferma con la realidad, con sus metas y con los cambios que se van efectuando. Una vez hecho el registro alimentario se podrá comparar con el plan alimentario propuesto por el nutriólogo.

Se sugiere llevar un registro de lo que se come durante la semana; este es un ejercicio difícil pues se sostiene una lucha diaria. Este registro se hace con el fin de darse cuenta de errores o déficits así como de los excesos que se llegan a cometer en la alimentación; al igual

que se puede observar el porqué se come -por soledad, tristeza etc.- (Buckroyd,1998:citado en García 2002 ).

Los tratamientos conductuales, y más concretamente los operantes, de la AN pueden ser estrictos o flexibles, según el rigor del control y programación. Sirva de ejemplo el plan terapéutico utilizado por Halmi y Cols, en 1975 (citado en Toro 1987). 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, actividades físicas, visitas y otras gratificaciones, que las pacientes van obteniendo contingentemente al aumento de peso. En dicho procedimiento los privilegios se obtienen tras incrementos de medio kilo de peso por cada período de cinco días, con excepción de los cinco primeros en los que sólo se exige mantener el peso. Si la paciente no aumenta de peso durante un período de 5 días, deja de recibir las gratificaciones previstas. Si pierde peso, los terapeutas proceden a administrarle alimento por sonda hasta que alcanza el peso que tenía al iniciar el periodo de cinco días en cuestión.

La mayoría de los estudios han utilizado los reforzamientos positivos selectivos (p. ej., incremento de la actividad física, obtención de privilegios con visita y actividades sociales) asociadas a la ganancia de peso y los reforzamientos negativos (reposo en cama, aislamiento etc.) cuando no se alcanza el objetivo, también se han utilizado otro tipo de intervenciones conductuales como: la desensibilización sistemática, la exposición con prevención de respuesta y la intención paradójica.

La mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso (permitirle a la paciente una mayor actividad física o social). También se utiliza el castigo negativo contingente al mantenimiento de un bajo peso o la disminución del mismo, y suele consistir en la privación o retirada de situaciones agradables para la paciente (por ejemplo se le obliga a permanecer en su cama) y/o aislamiento en el dormitorio. Asimismo, se utilizan con frecuencia los sistemas de economía de fichas y, la desensibilización sistemática normalmente aplicada a la situación de comer y a las sensaciones corporales (molestias gástricas, sensación de inflamación etc.) que ocurren después de la ingestión de los alimentos. De la misma manera se utilizan técnicas de autocontrol para cuando la paciente sale del hospital, que básicamente son cinco: control de estímulo (por ejemplo evitar pasar por panaderías), la autoobservación (registro diario de comida), el autorreforzamiento y autocastigo (por ejemplo hacer una lista de consecuencias aversivas del comer en exceso y leerlas antes de comer), la autoinstrucción (repetirse en voz alta frases positivas), y el entrenamiento de respuesta alterna, incluyéndose también las técnicas de relajación (Kazdin,1978; citado en García 2002 ).

En el programa de técnicas conductuales llamado procedimiento de control de estímulos, los antecedentes de patrones alimentarios anómalos son disminuidos para incluir sólo aquellos hábitos que promueven una alimentación saludable. Los cambios en los estímulos para controlar la sobreingesta son modificados utilizando planeación de comidas y automonitoreo de la conducta alimentaria y de las conductas purgativas. En el método de reestructuración cognitiva, los pensamientos irracionales son identificados, confrontados, y reemplazados con vías alternas racionales de pensamiento. Es muy importante cambiarles la idea de culpa sobre su enfermedad. Para lo cual se les debe ayudar a diferenciar entre los objetivos que quieren conseguir, y los métodos que emplean para conseguir dichos objetivos. Es bueno hacerles comprender que sus metas no son malas (estar delgadas, tener el control de sus vidas, marcar límites), son metas que la mayoría de las personas tienen; esto provoca que disminuyan sus sentimientos de culpa. Pero también es necesario hacerles comprender que sus métodos (perder peso, ingesta inadecuada etc.) son erróneos, lo cual les va a permitir aceptar métodos alternativos y la participación activa y responsable de su cuidado.

La aproximación cognitivo-conductual incluye los siguientes procedimientos: la presentación del trastorno desde la perspectiva cognitiva y la configuración de todas las técnicas dentro de este fundamento conceptual; reestructuración cognitiva utilizando procedimientos similares a los desarrollados por Beck y Cols. En 1979 para el tratamiento de la depresión; auto-registro de pensamientos y conductas relevantes; educación; uso de estrategias de autocontrol para establecer un patrón de alimentación regular e introducción de comidas evitadas en la dieta de las pacientes. Además, algunos programas incluyen elementos adicionales, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de manejo de ansiedad y exposición con prevención de respuesta (Fairburn y Hay, 1992; citado en Chinchilla 1995).

Otras de las técnicas cognitivas que se usan en la anorexia nervosa son:

- Eliminación del "centro": es una estrategia que tiene como finalidad evaluar la validez de las creencias del paciente de un modo más efectivo.
- Pensamiento catastrófico: es una técnica desarrollada por Albert Ellis, utilizada para combatir la ansiedad; transformando una "calamidad" en un suceso más real.
- Cambiando los debes: el deber y el tener que dirigen el comportamiento del paciente.
- Metacognición: significa darse cuenta de lo que pienso con respecto a esa conducta y someterla a análisis. de tal manera que esa crítica provoca ver con más objetividad las cosas

Por ejemplo, se ha visto que la observación de los pensamientos asociados a las sensaciones sirve para iniciar un cambio de las creencias irracionales y para la práctica de

respuestas emocionales alternativas. Es decir, se acepta la existencia de un condicionamiento circular entre cogniciones y sensaciones, tanto desde el punto de vista del procesamiento de la información como de las teorías cognitivistas. Las toma de conciencia del cuerpo incluye fenómenos cognitivos de atención que pueden ser una respuesta alternativa a las cogniciones asociadas a las sensaciones corporales (Rubio 2004)

Chinchilla Moreno propone el siguiente tratamiento que consta de 20 a 25 sesiones divididas en cuatro fases:

a) Psicoeducativa. En ella se pretende mostrar la importancia de poseer una buena educación nutricional y se establecen las consecuencias de prescindir de ella, las cuales se traducen en padecimientos físicos y psicológicos

b) Conductual. La conducta del paciente es escudriñada, se va hasta el fondo de lo que piensa, busca y espera. esto se relaciona con sus hábitos alimentarios, con la finalidad de que sean modificados y se logre la recuperación de peso.

c) Cognitivo-conductual. Continúa la preocupación porque se normalice la conducta alimentaria y peso, y para ello se recurre a la identificación de los pensamientos irracionales. Además se enfrenta a la anoréxica con los alimentos prohibidos –chocolates, dulces etc.- y es en ese momento cuando las cogniciones resaltan claramente. Se le estimula a la aceptación de su imagen corporal tal y como es, al incremento de sus capacidades para enfrentarse a la vida y al incremento de sus relaciones sociales.

d) Prevención de recaídas. Se enuncian los factores de riesgo que pueden provocar que el anoréxico vuelva a su proceder anterior y para ello se debe evitar el retroceso, lo que se ha logrado no debe perderse, motivo por el cual es necesario enseguida un tratamiento grupal. En el cual toda la atención de sus principios de autoayuda se centran en los padecimientos principales, por medio del desarrollo de técnicas de resolución de los conflictos, al establecer la relación estímulo-respuesta.

El tratamiento Cognitivo-Conductual considera que los cambios progresivos necesarios que debe hacer la paciente requiere un promedio de dos a cuatro años de duración, de forma que se asegure la estabilidad de la recuperación.

Cualquier mejoría inmediata debe ser avalada por un seguimiento posterior, ya que el propio proceso de tratamiento suele cursar con fases de mejoría inestables y aparentemente retrocesos, (Chinchilla 1994; citado en Rubio 2004).

Los objetivos que persigue el tratamiento Cognitivo-Conductual son:

- Reforzar los logros progresivos en regularizar la ingesta.
- Discutir las dificultades que tienen las pacientes para llevar acabo éstas pautas alimenticias.
- Ayudar a ponerse metas realistas y aprender de sus errores.
- Analizar la función de los atracones y los vómitos, estudiar los factores que mantienen estas conductas.
- Ayudar a la paciente a identificar las creencias irracionales sobre la comida y el cuerpo (reestructuración cognitiva); a través de estrategias como: observación y registro de sus pensamientos, observación y registro de la conexión entre algunos pensamientos y conductas desadaptadas y la sustitución de las interpretaciones incorrectas por otras más apropiadas.
- Dar un entrenamiento en resolución de problemas, para incrementar la capacidad de afrontamiento de las pacientes.

## CAPITULO 4. ENFOQUE Y TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

### 4.1 ENFOQUE

La explicación de la anorexia desde un punto de vista psicoanalítico ha ido variando a medida que se ha profundizado en su comprensión. Y es así como inicialmente esta perspectiva explica la anorexia como la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimenticia. El rechazo del alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo. Ciertos alimentos se constituirían en tabú y posteriormente se produciría la generalización a los alimentos (Toro y Vilardell,1987).

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 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 (Ajuriaguerra 1976, en Toro 1987).

Como podemos observar el modelo psicodinámico temprano interpretaba los síntomas anoréxicos como una defensa nueva en el manejo de conflictos sexuales (idea alimentaria para invocar fantasías sexuales y, negativa de comer para reducir la asociada ansiedad).

La mayoría de autores analíticos concuerdan en que la regresión de las pacientes anoréxicas es una fuga de las propias necesidades instintivas insaciables contra las que se defienden mediante defensas primitivas de igual fuerza. En este trastorno algunos autores han encontrado que el yo, reprime, niega, desplaza, exterioriza y proyecta conflictos y que éstos en muchos casos se desplazan hacia hábitos tales como la succión del pulgar, enuresis, encopresis, mordedura de uñas, golpearse la cabeza y arrancarse los cabellos. En otros casos hay un desplazamiento concomitante y una proyección del conflicto en objetos fóbicos reales - como es el caso de la anorexia -.

Los significados inconscientes de los síntomas anoréxicos enfatizan la relación simbólica e inconsciente entre el comer y la sexualidad. Se considera a la anorexia nervosa como una defensa neurótica contra el trauma sexual y como una manifestación de "un pobre ajuste heterosexual" (Brumberg; citado en García 2002).

Ya desde 1936 en que se tomó la investigación hacia las cuentas de lo mental, al tomar fuerza la tesis que postula a la anorexia como una defensa ante la fantasía de la enferma, 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 nervosa dedujeron que cuando existían esas fantasías, sus pacientes no comían por temor a quedar embarazadas. El papel que juegan las fantasías de embarazo inconscientes en la génesis de esta enfermedad es casi universalmente reconocido por los autores psicoanalíticos. La paciente teme y niega sus fantasías.

Hasta aquí hemos hablado de manera general de la explicación que dan los psicoanalistas sobre la etiología del trastorno, a continuación mencionaremos la postura de algunos de los más importantes autores de este enfoque que han tratado de explicar esta enfermedad.

#### 4.1.1 SIGMUND FREUD

La etiología de la histeria: "vómitos y asco a los alimentos", forman parte nuevamente de toda una serie de fenómenos histéricos frecuentísimos que Freud adjudicó a las escenas sexuales "primarias" presenciadas en etapas infantiles.

Freud y sus primeros seguidores interpretaron la anorexia como una neurosis, asociándola a la melancolía y a la histeria. Para este autor en sus primeros trabajos la anorexia es un síntoma de conversión histérica. En los segundos trabajos ya ve matices depresivos, y hace la analogía de que hay por una parte pérdida de apetito en las anoréxicas y en el plano sexual, pérdida de la libido.

Freud en el manuscrito G sobre la melancolía en 1895 (citado en; Caparros 1997) dirá:

"La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parecen representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido porque no tenía apetito y, nada más. Pérdida de apetito equivale en términos sexuales a pérdida de libido".

En este mismo manuscrito, Freud se refiere al aspecto depresivo de la anorexia:

"la neurosis alimenticia llamada anorexia puede compararse con la melancolía. La anorexia mental de las adolescentes, trastorno éste muy conocido, aparece, luego de una profunda observación como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está aún inacabada".

Este autor decía que la negativa a comer era una repulsa sexual que se expresaba a través de la anorexia; siendo la anorexia un síntoma relacionado con la fase oral de la vida sexual. Desde el momento del nacimiento las primeras experiencias alimentarias implican una relación estrecha con la persona que alimenta - generalmente la madre-. A causa de este vínculo, la comida adquiere una significación, un valor de intercambio y además es erotizada.

A lo que Strada (2002) menciona, la anorexia es un síntoma que se asienta en el cuerpo a través de la oralidad y que en esas primeras experiencias de relación con la comida se establecen las bases de la estructuración del psiquismo humano.

Freud sostiene que en la pubertad, conjuntamente con la primacía de las zonas erógenas unidas a un nuevo fin sexual, tiene lugar el "hallazgo de objeto" que viene preparándose desde la niñez. Es decir, primero la satisfacción sexual está ligada a la alimentación y tiene un objeto exterior en el pecho materno, luego se vuelve autoerótica y finalmente, terminado el período de latencia, se retorna a la relación primitiva.

Freud establece una relación entre la importancia de la fijación a la zona erógena labial y la anorexia:

"Por la duplicidad de funciones de la zona labial, la represión se extenderá al instinto de alimentación. Muchas de mis pacientes con perturbaciones anoréxicas [...] habían sido en su infancia grandes chupeteadoras" (citado en Strada, 2002).

Se puede entonces concluir que las conductas relacionadas con la anorexia son actividades sexuales precoces que constituyen puntos de intercambio y fuente de excitaciones en relaciones con el primer objeto materno. Ya que en su primera etapa el niño satisface su pulsión de autoconservación -el hambre- gracias a un objeto: el pecho materno.

Al separarse del hambre, independizándose de la necesidad de comer, la pulsión sexual oral pierde su objeto y se convierte en autoerótica. La fijación a este placer autoerótico, dentro de la duplicidad de funciones de la zona labial, afecta en su represión al instinto de la alimentación.

Freud aplicó la sugestión hipnótica; técnica que poseía en ese momento. Utilizaba este método en sus inicios guiado por una búsqueda de recuerdos penosos, repugnantes o impresiones intensas de carácter traumático.

Siguiendo sobre la misma línea Karl Abraham menciona que es conocida la relación que apunta entre comer-engordar-embarazo. Esta asociación implicaría una regresión desde la sexualidad genital a la oralidad. –o quizá también una incapacidad de alcanzar la sexualidad genital -. La fantasía de la fecundación oral e incorporación también oral del pene paterno. Estas reflexiones están hechas a partir de la omnipresencia del complejo de Edipo y no podrían ser sustentadas hoy de la misma forma. Aparece el deseo de independencia, en el fondo, la ruptura de la simbiosis (madre-alimento-bebé); ser libre del alimento-madre.

Sobre este mismo asunto Laségue menciona que la paciente con anorexia parece plantear esta posibilidad: no comer para vivir, haciendo gala de esa actitud que este autor describe como “seguridad satisfecha”, optimismo inexpugnable contra el que se quiebran las súplicas y las amenazas. El otro se quiebra y ella, la sujeta con anorexia, permanece incólumena, sin lesión-.

Dos de los síntomas más destacados de las manifestaciones depresivas, dirá Abraham, son: el rechazo al alimento y el miedo a morir de hambre. Este autor explica el fenómeno de la anorexia de la siguiente forma: su libido ha regresado al estado más primitivo, el oral canibalístico. El canibalismo se puede entender también como devoración. El alimento ingerido en esa atmósfera es persecutorio. No comer, preserva lo más íntimo: el Self

Chinchilla en 1995, menciona que en 1927 Freud en sus escritos de La vida sexual añade respecto a la anorexia: el papel de trauma, ahora interno, la pérdida de la realidad, la perversión, el valor del fetichismo como negación del aparato genital son protección contra la angustia y la castración.

Siguiendo con esta línea interpretativa acerca de la sexualidad Blitzer en 1961 (citado en García 2002) plantea una situación parecida: junto a la significación de la ingesta alimentaria para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, la vivencia de la concepción y del embarazo sería algo semejante o equivalente a la ingesta alimentaria (vientre voluminoso). Así el rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales íntimas cuyo motivo también se comprendería a través de este planteamiento.

#### 4.1.2 MELANIE KLEIN

La posición de Klein en el desarrollo psíquico; innova y amplía conceptos freudianos utilizados durante su práctica clínica: introduce el uso del término Fantasía explicándolo como: "la expresión mental de los instintos". La fantasía está en función directa del instinto, así existe una fantasía para cada expresión del instinto y es esta parte del individuo tanto en la salud como en la patología. Es importante recalcar que la fantasía es una función yoica, de lo que se desprende que, para Klein el Yo (self) ya existe desde el nacimiento, solo que es un yo inmaduro, fragmentado y desintegrado, de modo que a lo largo del desarrollo, de lo que se trata es de que el Yo adquiera esa integridad. La fantasía no es siempre ajena a la realidad, sino que es en gran medida la que conecta al recién nacido con el mundo externo y con su mundo interno. También media su relación con la realidad de modo que muchas de las resultantes o interpretaciones del mundo externo e interno se gestan en la fantasía. Sin embargo la realidad también ejerce su influencia sobre la fantasía, por lo que se dice que la fantasía también cumple una función dinámica en el contacto con el mundo externo y evidentemente en el desarrollo de la personalidad. Por otro lado la fantasía no sólo facilita satisfacciones sino que es también un elemento de defensa contra la realidad externa, de aquí que tenga que ver con los mecanismos de defensa (citado en Barbosa 2001).

Con la alimentación el lactante recibe una enorme cantidad de sensaciones y de emociones, que generan un fuerte vínculo afectivo por lo que el niño entra socialmente en el mundo. De tal modo, y de acuerdo con Melanie Klein, el niño ve en la madre un pecho bueno que lo alimenta y un pecho malo que no está presente cuando necesita del inmediato deseo de ser alimentado (González 1996). Esta misma autora concluye que el acto de comer, y no la comida misma, es lo que aprenden los niños que tiene poder de comunicación; y a través de él se dan los afectos y las emociones. Es decir, la comida no sólo satisface el hambre y elimina el apetito del niño sino que también colma el deseo de ser amado y atendido. Si dichas necesidades no son satisfechas, el niño es capaz de arremeter contra el acto de comer (o sea contra la satisfacción del hambre y el apetito). Es mucho más poderoso en la cotidianidad de la vida el afecto que comer. Es como si el niño dijera "si no me quieres, no como". Continuando con la postura neopsicodinámica de Klein, ella dice que la postura defensiva extrema de la anorexia nervosa sugiere que un poderoso impulso que subyacente garantiza esa estrategia.

Melanie Klein 1960 (En Rubio 2004)) 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 ese pecho . Desde la primera experiencia habida en la alimentación, el hecho de perder y recordar el objeto querido (el pecho bueno), será fundamental en la vida emocional del niño. En cuanto dador de algo agradable, será amado y considerado “bueno”, y en cuanto frustrador será odiado y considerado como “malo”. La manifiesta dualidad entre pecho “bueno y malo” tiene por origen en parte la no integración del Yo y su entrecruzamiento 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.

Las primeras experiencias de incorporación de objeto, son en muchos casos de devoración (Berget,1984), el fenómeno de la devoración surge, ante todo, cuando la alimentación no está investida por la madre, cuando el hecho de ser alimentado se ciñe, en lo esencial al nivel biológico. El nutriente penetra como un goteo de suero. Esta experiencia de vacío favorece la fragmentación es decir, que en estos casos, lo que sucede es una escisión del Self.

El bebé proyecta sus impulsos amorosos, los atribuye al seno gratificador (pecho bueno) al igual que proyecta al interior los impulsos destructivos y los impulsa al pecho frustrador (pecho malo). Al mismo tiempo por introyección, proyección y escisión se crea internamente un pecho bueno y uno malo. El pecho bueno interno y externo se convierte en prototipo de todo lo amable y bienhechor; mientras que el malo, es el de los objetos dañinos, tanto internos como externos. Cuando está el niño libre de hambre y tensiones, dice Klein “tal vez logre un perfecto equilibrio entre impulsos de la libido e impulsos agresivos”. El equilibrio se rompe cada vez que la privación viene a reforzar los impulsos agresivos, tanto si obedecen a una causa externa como interna”. La ruptura de dicho equilibrio origina lo que la autora llama “voracidad”, fundamentalmente de carácter oral. Considera que “en el destete se tiene la impresión de haber perdido el anterior objeto amado, por lo que aumenta el temor de ser objeto de persecución y de la angustia depresiva.

La omnipotencia del objeto deja vía libre a la regresión del sujeto frente a las ansiedades que puedan acosarle. Al mismo tiempo, la identificación con ese objeto es de tipo especular: soy como el objeto, el objeto es como yo. La mirada desempeña un papel fundamental en este período. Encuentro de miradas, miradas que se nutren recíprocamente, miradas confirmadoras, táctiles. En la medida en que las situaciones predominantes deparen placer, tiene lugar un potente dialogo entre un sujeto idealizado, respuesta imaginaria al correspondiente objeto externo ideal, que al introyectarse permite el establecimiento de potentes constancias objetales.

La ruptura de este precario equilibrio -precario porque aun no se rige por el principio de realidad sino que dimana del principio de placer- provoca ansiedades catastróficas, de índole diferente a la ansiedad persecutoria de la posición anterior. El objeto totalmente gratificante se convierte entonces en objeto totalmente amenazador -sigue la idealización, aunque vemos que con el signo opuesto-.

Como se mencionó anteriormente Klein supone la existencia de un Yo desintegrado y primitivo, que en su proceso de maduración se ayuda de la fantasía y la realidad para su conformación. De modo que al nacer, el pequeño ya tiene la capacidad para sentir ansiedad y también la de utilizar ciertos mecanismos defensivos primitivos ante el instinto de muerte y la ansiedad de aniquilamiento que le genere. Debido a la fantasía, el Yo en este momento es capaz de tener contacto con algunos objetos y así empezar sus primeras relaciones con el mundo externo. Es durante los primeros tres meses de vida, en que aparece la posición que Klein denominó esquizo-paranoide determinante en la anorexia nervosa, la cual consiste en que el bebé comienza su integración yoica mediante la relación con otros objetos. Primero, el Yo expulsa de sí el instinto de muerte proyectándolo hacia el exterior particularmente en el objeto original: el pecho. El pecho proporciona gratificación, alimenta; sin embargo, también frustra cuando no cumple con su función de modo que es en esta parte de frustración donde se facilita la proyección del instinto de muerte en el pecho. Por otro lado, el instinto de vida, Libido se identifica con ese pecho alimentador y se introyecta en el primitivo Yo a fin de enriquecerlo. Así se tienen dos representaciones de un mismo objeto, pero con opuesta concepción. El objeto proyectado (malo) se vuelve perseguidor del objeto alimentador (bueno) y del Yo, ya que el Yo cree que avasallará al objeto bueno y que lo aniquilará, esta experiencia es generadora de gran ansiedad. Como medida de defensa el Yo proyecta parte de la energía libidinal en el objeto bueno, que se convierte en ideal. La fantasía de ese objeto ideal se asocia con el sentimiento de ser amado y alimentado por la madre externa real, mientras que a la fantasía persecutoria se atribuyen sentimientos de dolor, de desesperanza y extinción (citado en Rubio 2004).

Es decir, lo que menciona Klein es que el yo proyecta parte de la energía libidinal en el objeto bueno; como medida de defensa, convirtiendo a este en ideal. La fantasía de este objeto ideal se asocia con el sentimiento de ser amado y alimentado por la madre externa real, mientras que a la fantasía persecutoria se atribuyen sentimientos de dolor, de desesperanza y de extinción. Entonces, la función principal de la posición esquizoparanoide puede delimitarse como sigue: "el objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, que es para él quien le da la vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo y las partes del Yo que tienen el instinto de muerte". Esta posición es esquizoparanoide

debido a que la escisión del mismo objeto es un rasgo esquizoide, y por otro lado la angustia de persecución es de naturaleza paranoide.

Cuando el bebé entra en la posición confusa ya se ha producido la escisión y entonces todo se desempeña entre un Self relativamente incorpóreo, o si se quiere entre un self en cuerpo deslindado y un objeto ideal: su madre. Dándose la siguiente situación; bebé incompleto y madre idealizada. La renegación se ejerce entonces, sobre todo, con el propio cuerpo que encierra a la vez a la madre amenazadora y a las propias partes indeseables y no investidas. Esta maniobra preserva al Self y al mundo interno a costa de una amputación.

Melanie Klein propone en su posición esquizoparanoide del desarrollo del Yo del infante, lo que viene a ser en la anoréxica la implicación del comer, como la asimilación y destrucción simultánea (Toro, 1987). Es decir, comer para aniquilarse y para desarrollarse, en sentido paradójico. Se sabe que la hipótesis de situar la génesis del trastorno anoréxico entre las posiciones esquizoparanoide y depresiva ya había sido formulada antes por Rollay Grinberg en 1956.

La posición confusa viene sintéticamente definida del siguiente modo: al final de la posición esquizo-paranoide aparece la identificación proyectiva, mecanismo bipersonal que permite un reconocimiento real y a la vez mágico del otro. Si en la posición esquizo-paranoide la proyección estaba al servicio exclusivo del principio del placer (lo persecutorio es excorporado), la identificación proyectiva se tiene que adaptar, y en cierto modo restringir; al descubrimiento del otro con sus correlatos, existencia de un incipiente sí mismo y de una primera constancia objetal.

La anoréxica ha superado la posición esquizoparanoide con un Self integrado a expensas de una escisión patológica del cuerpo. El cuerpo vivido como perseguidor ha caído víctima de una escisión patológica. Ese cuerpo que luego será mal vivido y mal perseguido hasta llegar a lindar en ocasiones con el delirio, es la expresión de un déficit tanto mayor cuanto más profunda y completa haya sido la mencionada escisión.

Como hemos visto el recién nacido utiliza mecanismos de defensa como la introyección; la que permite al Yo incorporar al objeto ideal y hacerlo parte de sí; mientras que en cuanto a la persecución es la proyección la que hace que el objeto se viva como malo, no es más que la propia agresividad la que está desplazada hacia ese objeto que se vuelve peligroso al Yo. La anorexia parte de la ambivalencia de identificación-proyección, ya que el alimento es identificado, no asimilado y después proyectado como persecutorio, lo que genera elementos paranoide.

Con la ayuda de éstos dos mecanismos surge un nuevo mecanismo de defensa mediante el cual las partes agresivas del Yo son separadas y depositadas (desplazadas) hacia el objeto externo, de modo que la propia agresividad se vive como identificatoria del Yo, pero escindida de él. A este mecanismo Klein le llamó identificación proyectiva, ya que a de algún modo la agresividad desplazada del yo con éste mismo, sólo que de manera que el yo la viva como ajena a él. Esto le permite al yo organizar las instancias agresivas y conservadoras de vida que serán parte de su propia estructura, sólo que en este momento del desarrollo el yo no está tan integrado como para conjugarlas (Barbosa 2001).

La mayoría de los autores están de acuerdo en plantear que el Self de la anoréxica no es un Self fragmentado, lo que implica una madre lo suficientemente buena para evitar esa catástrofe. La anoréxica se salva a expensas de expulsar su propio cuerpo, previamente escindido. Se ha encontrado que la función materna se ejerce de manera sobreprotectora y al mismo tiempo inaccesible. Esta mezcla peculiar y contradictoria depara menor fragmentación que en la psicosis pero obliga, lo estamos viendo, a disociaciones no menos evidentes. La sobreprotección; el primer efecto de esta actitud es eliminar o atenuar en grado sumo toda la actividad espontánea, precisamente aquélla que en diálogo con la función materna alentará los aspectos más autónomos del sujeto. Puede aclararse entonces que hay una diferencia entre la escisión del Self en la psicosis frente a la escisión Self-cuerpo en la anorexia.

En la medida en que la escisión no se refiere al Self, el camino hacia la psicosis ha sido salvado, pero existe un cierto fracaso en esta posición ya que las escisiones instrumentales que el sujeto "debería haber hecho" son las que separan al Self del mundo interno: inicio de las primeras constancias objetales y las que separan al sujeto de su entorno: comienzo del reconocimiento del otro. Ambas existen en la estructura de la anoréxica, pero se ha destilado una tercera escisión Self-cuerpo, que anuncia puntos de fijación patológicos en esta posición.

Siguiendo con este punto Caparros (1997) menciona: por cuanto el Self no está escindido, la anorexia genuina no es una psicosis; en la medida en que existe una escisión Self-cuerpo, tampoco una neurosis, en el sentido estructural del término. Se trata de un trastorno preedípico que, por tanto, ha de llevar a un detenido análisis de la función materna.

Lo que ahora importa es la decisión específica de trasladar al cuerpo la conflictiva incorporativa. Se piensa que la anoréxica auténtica preserva lo esencial de su Self a expensas de dañar el cuerpo; en este sentido alcanza un estadio evolutivo estructural más complejo que el de la psicosis, pero al mismo tiempo la encarnación peculiar presimbólica que la anoréxica efectúa en su cuerpo, muestra lo primario del trastorno.

La imprescindible alianza con la madre se cobra una víctima en el cuerpo-madre persecutoria: objeto que condensa los aspectos vividos como displacenteros y ahora catastróficos. A pesar de todo la incapacidad nutricia y continente de la madre de la anoréxica es mayor que la que ofrece la del psicótico.

La inaccesibilidad es, en cierto modo, una consecuencia de lo anterior. Ser accesible implica no sólo la posibilidad de dejarse traslucir sino, al mismo tiempo, la capacidad de considerar al otro como un ente separado o por decirlo más exactamente en el camino de ser destinado a la autonomía; de contemplarlo, en cierta manera, como algo que está fuera del universo de fantasías propias, un existente que, en potencia es capaz de sorprender.

La expulsión del cuerpo en la anoréxica provoca la confusión pulsional: el sexo se oraliza y el alimento se hace sexual. El mecanismo que se removiliza para su exigencia es la renegación; por medio de él las partes frustrantes del objeto no son percibidas, quedan como objetos satélites persecutorios no adscribibles a ese objeto total que sólo depara placer. La renegación es necesaria como eslabón intermedio hacia el principio de realidad y al mismo tiempo separada de él.

Según esta autora desde el primer día de vida, la alimentación se vincula a la ansiedad persecutoria y a la pulsión de muerte. El pecho malo procura frustraciones, la proyección -del displacer- es el representante externo de la pulsión de muerte. En síntesis para Klein la angustia de absorber en el interior sustancias peligrosas y destructivas alienta respuestas paranoides.

Siguiendo la línea Kleniana, Lacan propone que el infante podrá quedar satisfecho fisiológicamente después de haber sido alimentado pero mantiene su deseo (incestuoso) por el pecho materno y lo alucina; se encuentra satisfecho en cuanto a su hambre pero no en cuanto a su demanda. En la anorexia las mujeres quieren mantener vivo el deseo; es decir, no se alimentan para no tener un estado doble: el estar satisfechas fisiológicamente pero no en el plano del deseo, es decir que la anoréxica cruza necesidades y deseos, de modo que la fórmula de su existir se torna en la paradoja "si como, me alimento, pero también cumplo con mi deseo y entonces ¿qué caso tiene vivir?". La anorexia es el mantenimiento intacto del deseo, ya que si cumple el deseo, éste es equivalente a la aniquilación ya que en la neurosis el incumplimiento del deseo promete la propia existencia, así la anoréxica se encuentra atrapada en un absurdo existencial: " si como, muero" o más bien: "si vivo, muero". Para la anoréxica hay deseo, pero el Otro (la madre o la persona maternizante) obstruye este deseo satisfaciendo una necesidad.

Para que exista un deseo debe haber dos demandas pero la madre no deja que el niño exprese éste deseo y lo sobrealimenta, procurando la necesidad pero dejando insatisfecho el deseo; en la anorexia la sujeto no come porque en la relación con su madre, o la persona maternizante, su deseo queda reducido a la necesidad, pues lo atiborra de comida, o de otros

objetos, cada vez que efectúa una demanda de amor. El goce de la anoréxica es lo que Lacan llamó "apetito de muerte", un deseo de nada; de que su cuerpo no contenga nada, llevando la negación al extremo (citado en Rubio 2004).

Martínez de Bagattini (1995) comenta que la conducta anoréxica es fruto de un movimiento de deslibidación objetual profundo; en donde los objetos vivos son sustituidos por la búsqueda de la no-satisfacción del deseo y el recoger sensaciones sin cesar renacientes, pero nunca jamás satisfechas. Siendo el cuerpo propio paradójicamente también objeto de desinversión y convirtiéndose en un cuerpo máquina para vaciar o llenar, en lo que denomina "cuerpo tubo", que va tomando el lugar de toda relación viva y diversificada (citado en Rubio 2004).

H. Boris 1984 ( En Rubio 2004) postula que la identificación proyectiva es el principal mecanismo de defensa de la anorexia. En realidad, dice: la anoréxica no desea salvo ser el deseo de otro. A esta situación se ha llegado por una combinación previa de intenso deseo de envidia hacia el pecho, de tal manera que más tarde no puede resignarse a recibir.

Goodsitt (1985) identificó en la paciente anoréxica una manifestación extrema de su incapacidad para referirse a los seres humanos y para cumplir sus necesidades objetuales; ella desea comportarse como si fuera un ser humano generoso. Para asegurar desinterés, ella cumple necesidades de objeto para otros, principalmente sus padres; aferrándose a esta posición de ser un objeto para otros, sirve como una barrera que impide a otras personas ser un objeto para ella.

Para este autor el gran sentimiento de triunfo de estas pacientes al perder más peso, realmente significa que ella está apareciendo grandiosa en cuanto a las maneras de satisfacer las necesidades de nutrición; pero detrás del sentimiento triunfante, está de nuevo el desinterés. La singularidad de los desórdenes alimentarios, es que en algún punto crucial en el desarrollo infantil, no se cubrieron las necesidades narcisistas cruciales aprendidas empíricamente, por lo que se inventó un nuevo sistema restaurativo en el que el modelo del desorden alimenticio se usa en lugar del ser humano para satisfacer necesidades objetuales (citado en Rubio 2004).

Se podría conjeturar que el sujeto que padece de anorexia – bulimia, es que está enfermo del atiborramiento del Otro, de estar alienado su deseo a la demanda de ese Otro, y a su demanda de amor se la responde y taponan desde la necesidad. Lacan dice que " la cura es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que sufre de su cuerpo o de su pensamiento. Lo sorprendente es que haya respuesta, y que desde siempre la medicina haya dado en el blanco por las palabras". Es por las palabras por las que hay enfermedad y es también por las palabras que se libera al sujeto de su padecer. (citado en Bejla R. De Goldman 2000).

Meltzer hace mucho énfasis en los aspectos persecutorios, tal y como vimos con Klein, y casi sin darnos cuenta va apareciendo la anorexia en los límites de la psicosis.

#### 4.1.3 HILDE BRUCH

Hilde Bruch 1962 ( En Ortiz 2002) es de los teóricos que elaboran el modelo interpersonal y trabaja desde el marco de referencia de las relaciones objetales. Entre los años 1973 y 1982 la autora sostiene que el problema que subyace en la anorexia nervosa es “el déficit en la autoconcepción del individuo y la falta de conciencia de su cuerpo, que se origina en la pobreza o ausencia de respuestas afirmatorias en la temprana interacción madre-hijo”. Señala que el proceso de esta temprana interacción se da de la siguiente manera: “cuando una madre narcicista impone sus propias pautas al bebé, impidiéndole así su diferenciación, autorreconocimiento y formación de un esquema corporal que refleje la realidad y no posibilitando la adquisición de individualidad y la estructuración de un Yo firme”. Reitera que una madre con falta de empatía no responde adecuadamente a las señales incipientes del bebé, lo atiende cuando a ella le da la gana o se le ocurre, más no cuando existe la necesidad, con esto suprime las expresiones tempranas del bebé, quien finalmente abandonará sus intentos de comunicación, lo cual provoca que no pueda reconocer sus propias señales, rigiéndose por los estímulos que vienen de fuera, adquiriendo por esto un Self mimético, falso.

Esta autora hizo énfasis en la sobreprotección materna y el fracaso en las respuestas apropiadas a conductas autoafirmativas del niño, como la razón fundamental para la aparición de los sentimientos de poco auto-valor, ineffectividad y déficits en la conciencia de sí mismas que tienen las anoréxicas. Hace también especial hincapié en la errónea discriminación de la “consciencia de hambre”, entendida como el reconocimiento de ciertas sensaciones y cogniciones que se experimentan en la privación de alimento y a ella se asocian.

Apoyando lo antes mencionado, otros autores como Fainburn, Shafran y Cooper (1999) refieren que Bruch hizo énfasis en la sobreprotección materna y el fracaso en las respuestas apropiadas a conductas autoafirmativas del niño, como la razón fundamental para la aparición de los sentimientos de poco auto-valor, ineffectividad y déficits en la conciencia de sí mismos. (citado Ortiz 2002).

La anorexia reposa, de acuerdo con Bruch (1962) sobre un desorden de tipo perceptual y conceptual, y sobre una negación del cuerpo y sus deseos. Hace de la anorexia una entidad nosológica específica, una forma especial de la esquizofrenia y la distingue de las formas pseudoanoréxicas. Las características son: a) Rechazo de la alimentación con la finalidad de

conseguir la autonomía por medio del control del cuerpo, b) La psicopatología puede ser aquella de la neurosis o de la esquizofrenia border-line (problemas cognoscitivos principalmente), y c) Perturbación de la imagen corporal y en la interpretación de los estímulos del cuerpo (Unikel,1998;citado en García 2002).

Esta autora observó que la preocupación por la comida y el peso es un acontecimiento relativamente tardío emblemático de un trastorno, más fundamental en el autoconcepto. La mayoría de las pacientes con esta enfermedad tienen una convicción extrema de que ellas son totalmente impotentes e inefectivas. La enfermedad comúnmente ocurre en “niñas buenas” que han dedicado su vida tratando de complacer a sus padres, sólo para que de repente se conviertan en obstinadas y negativistas en la adolescencia. El cuerpo es regularmente vivido como algo separado del Self, como si éste perteneciera a los padres. Estas pacientes carecen de todo sentido de autonomía hasta el punto de que ellas ni siquiera se sienten en control de sus funciones corporales. La postura defensiva premórbida de ser una niña pequeña perfecta comúnmente es una defensa contra un profundo sentimiento subyacente de inutilidad. La anorexia nervosa se desarrolla, en las propias palabras de Bruch, como un intento de autocuración para desarrollar, mediante la disciplina sobre el cuerpo, un sentido de sí misma y efectividad interpersonal. Las anoréxicas transforman su propia ansiedad y problemas psicológicos a través de la manipulación de la ingesta de alimento (Citado en García 2002).

Bruch destaca tres trastornos centrales en la anorexia nervosa: la alteración de la imagen corporal, las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas, y el sentimiento de ineficacia personal. Este último, estrechamente relacionado con la falta subjetiva de autocontrol.

Menciona que los padres de la anoréxica son sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa. Ella propuso que la autoiniciación estaba representada por una lucha por la autonomía, la competencia, control y respeto a sí mismo. De acuerdo con este punto de vista, la falla de la madre para reconocer y confirmar la expresión del niño de necesidades independientes da como resultado una confusión interna, expresada en tres áreas sobrepuestas de distorsión perceptual/conceptual, en la anorexia nervosa. Estas son 1) La distorsión de la imagen corporal, caracterizada por una tendencia a sobrestimar el tamaño del cuerpo; 2) La distorsión interoceptiva, reflejada por una inhabilidad para identificar adecuadamente y responder a sensaciones internas, como el hambre, la saciedad, estados afectivos, y sentimientos sexuales; 3) Todos los sentimientos difundidos de inefectividad, reflejados en los sentimientos de pérdida de control.

Esta autora, describe a la anoréxica como una muchacha con unos padres permanentemente en competición por sacrificarse por su hija. Al propio tiempo que le plantearían unas exigencias muy extremas, difícilmente realizables, especialmente en lo que concierne al aspecto físico, el comportamiento general y el rendimiento (léase éxitos). Los problemas específicos que conducirían ulteriormente a la anorexia se iniciarían, en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo. La madre en estos casos no reaccionaría coherentemente a los estados de privación o saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de sus sensaciones internas.

Bruch (1962, 1963), afirma taxativamente la naturaleza psicótica de la verdadera anorexia. Basa su acierto en la perturbación evidente de la imagen corporal, una verdadera percepción delirante de ésta unida a un trastorno profundo de sí mismo. La conclusión según esta autora es que se trata, en definitiva, de un tipo auténtico de esquizofrenia. (citado en Caparros 1997).

De hecho, Bruch (1970), coincide con Palazzoli en que la verdadera anorexia nervosa debe ser clasificada estando en la mitad entre la esquizofrenia y la depresión -entre la posición esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein- (Unikel,1998;citado en Garcia 2002).

Ella misma incorpora a su enfoque del trastorno las etapas de evolución cognitivas 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 y egocéntrico. Este déficit cognitivo, junto con la dificultad para reconocer los estados internos, determinarían la vulnerabilidad para la anorexia nervosa en una época de adolescencia, de elevadas exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol (Toro y Vilardell,1987).

En resumen: Bruch define a la anorexia nervosa como un intento individual, desesperado para ganar competencia y sentido de control, puesto en contra de sentimientos de rigidez conceptual, un sentido de inefectividad y un trastorno en la consciencia interoceptiva. Lo anterior lo observó en 37 pacientes (32 mujeres y 5 varones) en quienes el tema principal reconocido fue precisamente una lucha por el control, para poseer un sentido de identidad y efectividad con una imparable persecución por la delgadez, como un escalón final en este esfuerzo. Ellos no estaban preocupados principalmente por el comer, sin embargo desarrollaron los hábitos alimenticios más raros en el curso de su enfermedad. Muchos cayeron en atracones enormes con vómitos subsecuentes (Bruch 1970;citado en García 2002).

#### 4.1.4 OTROS AUTORES

Ana Freud en 1936 definió la AN como el ascetismo de la adolescencia; sitúa la anorexia mental de la joven en lo que ella denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de plano de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepuberal, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere.

Ella misma en 1965, señaló 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 principio podría pasar por negarse a comer, pronto se convierte en anorexia auténtica; ya que dice la autora "el apetito entra comiendo".

Sours menciona que las teorías psicodinámicas contemporáneas mayormente la de la psicología del Self y escuelas de relaciones de objetos, concibe a la AN como un síntoma de un defecto en la maduración del Self. Un supuesto implícito, según Steiger e Israel, es que la maduración de sucesos depende de la formación de experiencias de relaciones de parentesco que ayudan al niño a archivar la estabilidad de autoconcepto, autoconfianza, y con eso permitir la capacidad a comprometerse en relaciones personales saludables. Siendo la anorexia nervosa vista como un fracaso en el esfuerzo adaptativo en la fase de demandas sociales abrumadoras; tal como es la pubertad (citado en Ortiz 2002).

Este mismo autor en 1973 resume los procesos psicodinámicos sobre la anorexia nervosa: sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en la relación con el conflicto de edipo, apatía y depresión por la pérdida del objeto, intento complaciente de acercarse a la madre a través de una identificación regresiva; deseos de muerte contra la madre, vía impulsos incorporativos destructivos, relación hiperdependiente y seductora con el padre, respuesta de evitación ante un intenso conflicto postpuberal, intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento, rechazo del deseo de estar embarazada mediante la privación de alimento, tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos, control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural, intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que conduce a la interrupción del metabolismo sexual, y por tanto, de la excitación sexual, incapacidad de diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debido al desarrollo bajo la influencia y al servicio de otra

persona, perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos, omnipresente sensación de ineficacia (Citado en Chinchilla,1995).

Geist 1989 (En Rubio 2004) mencionó que la psicología del Self veía a los desórdenes alimentarios como desórdenes del Self. Por lo tanto, los pacientes con AN y BN no pueden confiar en los seres humanos para cumplir sus necesidades de relación de objeto. Más bien, esos pacientes acuden a la comida para cumplir tales necesidades.

Sands en (1991) comentó que la comida es el primer medio a través del cual las experiencias de alivio y confort fueron transferidas de las figuras paternas. Menciona este mismo autor que la comida es experimentada como un poder omnipotente que proporciona alivio, calma, consuelo y regula dolorosas emociones, como el enojo, depresión, vergüenza y culpa ( citado en Rubio 2004).

Calvo en 1992 ( En Barbosa 2001) informa que las señales afectivas no se perciben y la imagen corporal se distorsiona produciendo sentimientos de incapacidad o ineficacia. Por lo que cuando surgen los cambios en la pubertad: crecimiento, menstruación cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, surge paralelamente la amenaza de la pérdida de control. Volviéndose la preocupación por el peso del cuerpo un intento de la paciente de manejar esta ansiedad, y el ayuno autoimpuesto un medio para controlar la madurez corporal.

Duker y Slade (1992)mencionan que la paciente anoréxica es una paciente cuya experiencia al nacer engendró fuertes sentimientos positivos y negativos y que, durante la adolescencia, cuando lucha por su autonomía, estos sentimientos reaparecen y su lucha la realiza en los mismos términos que en la primera infancia, confiriéndole al alimento el mismo simbolismo que tuvo entonces. Suponiendo que su reducción progresiva de alimento ingerido es sólo un efecto colateral del modo en que la persona enfrenta las tareas de desarrollo de la adolescencia. Estos autores mencionan que el especialista cuyo enfoque teórico tenga en cuenta los efectos psicológicos de la inanición considerará a la anorexia un estado cada vez más incapacitante, en el cual se verifican distintos procesos. En cambio para la teoría centrada en la pérdida del interés sexual, la adolescente ante la necesidad de establecer un sentido de sí misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición precisamente porque embota su interés sexual; como ya no existen deseos de establecer una relación sexual, se elimina un componente esencial de esta crisis de identidad. Para Duker y Slade la anoréxica con deficiencias de peso se encuentra, en el aspecto endocrino, en estado preadolescente.

Steiger e Israel (1999) mencionan que teorías relacionadas, describen dificultades similares que impiden el desarrollo de un sentido cohesivo del Self y autoconfianza en el niño con negativas alimentarias como una adaptación a la intrusión y sobreprotección familiar. Específicamente estas teorías conceptualizan a la AN como un significado de autoafirmación en la fase de exceso de sobreprotección familiar y sentimiento de auto-inadecuación; en este contexto, el síndrome de anorexia es pensado para servir funciones duales, creando un sentido artificial de auto-control que sustituye la ocupación de estabilizar y satisfacer relaciones consanguíneas con una curiosa e intensa relación con el cuerpo( citado en Ortiz 2002).

Según Ajuriaguerra (citado en ; González 1999), cuando el niño tiene meses (5 a 8 meses); puede ir reaccionando de modo apático a la alimentación. En el niño existe una reacción a la alimentación: no coopera, (anorexia inerte) o se opone abiertamente con reacciones de chillidos, agitación, vómitos (anorexia de oposición). Este último tipo de anorexia marca la clave hacia el mundo de la relación entre la madre y el niño. El niño al reaccionar ante la comida:

- Rechaza o acepta la relación con la madre
- Es una manifestación de personalidad que se opone al adulto (pasividad · rebeldía)
- Es una reacción al comportamiento de la madre (nerviosismo, rigidez, complacencia, ansiedad...)
- Se toma un problema importantísimo para la madre
- Los padres pueden reaccionar dejándose embaucar por la tiranía del niño
- Los padres pueden reaccionar con hostilidad y tiranizan al niño para vencerlo
- La anorexia muy agudizada refleja un conflicto de relación del niño con su madre
- Estos niños es fácil que se retrasen en el control de esfínteres, se les altere el sueño
- Hay madres que hacen a sus hijos anoréxicos, son posesivas, exigentes o se precipitan y los atragantan. Se generan hábitos permanentes de ritualización de comportamientos frente a la comida como reacción a: oposición de las normas del adulto, o bien, capricho en relación con la comida.

Feldman define a la anorexia nervosa como una neurosis actual en relación con la crisis de maduración de la pubertad y no una estructura neurótica relacionada con una neurosis infantil. Los conflictos a veces son reprimidos y otros son conscientes, siendo en consecuencia su polarización variada.

Los conflictos a veces son reprimidos y otros son conscientes, siendo en consecuencia su polarización variada.

C. Philip Wilson postula una hipótesis centrada en su investigación, la cual menciona que los síntomas de las anoréxicas se producen por un terror abrumador a la gordura causado originalmente por una identificación con un padre o con padres que tienen un temor semejante a la gordura, y que la anorexia (fobia a la gordura) se ve reforzada secundariamente por el temor irracional a la gordura que padecen otras mujeres. Esta enfermedad puede entonces considerarse un resultado patológico específico de conflictos edípicos no resueltos en una niña cuya relación preedípica con la madre la ha predispuesto a esta relación ante circunstancias conflictivas. En este temor a la gordura (anorexia), el conflicto básico se origina en una represión preedípica de conflictos sadomasoquistas de la fase oral que han sido elaborados por el Yo con nuevas estructuras defensivas en las sucesivas fases del desarrollo libidinal y madurativo. En la imagen corporal de la anoréxica se ha proyectado la superficie del pecho de la madre y por extensión, su figura. El temor a la gordura refleja el terror a la incorporación oral sádica del pecho de la madre y luego de otros objetos. La escisión del Yo que se da en estas pacientes se manifiesta en la negación intensa y de carácter psicótico de los deseos, fantasías y conflictos desplazados. En otras palabras, en el complejo del "temor a la gordura" se niega la parte neurótica escindida de la personalidad. (Wilson y Cols., 1983).

Este mismo autor junto con sus colegas confirmaron los descubrimientos de Sperling (1978) de que las fijaciones preedípicas a la madre no resueltas contribuyen a las dificultades en el desarrollo psicosexual y que las muchachas anoréxicas desplazan los conflictos sexuales y masturbatorios de los genitales a la boca igualando el alimento y la alimentación con objetos sexuales prohibidos (Wilson y Cols. 1983; citado en Rubio 2004).

Estos autores mencionaron también que la negación psicótica extrema del conflicto por parte de la enferma tiene su origen en la identificación proyectiva primitiva en otros, de introyecciones superyoicas destructivas arcaicas.

Según Wilson y Cols. (1993) las investigaciones psicoanalíticas son de fundamental importancia para la comprensión de esta enfermedad y el psicoanálisis es, en la mayoría de los casos el tratamiento elegido (citado en Rubio 2004).

## 4.2 TRATAMIENTO

La tarea de la psicoterapia en la anorexia nervosa es ayudar a la paciente en su búsqueda de autonomía e identidad autodirigida, consiguiendo que perciba correctamente los impulsos, sentimientos y necesidades que se originan en su interior. La terapia se debe concentrar en el fracaso de la paciente a la hora de autoexpresarse, en las herramientas y conceptos que no funcionan al organizar y expresar sus necesidades y en el desconcierto para tratar a los demás. La terapia representa un intento de reparar los defectos y distorsiones conceptuales, la sensación de insatisfacción y aislamiento y la convicción de incompetencia.

Se sabe que estas enfermas sufren de dudas e incertidumbres interiores, no de un desorden alimenticio, esta aceptación se convierte en una amenaza para ellas y sobre todo para el mantenimiento del laberinto de negaciones y contradicciones y para la determinación a no cambiar que caracteriza el tratamiento de la anorexia nervosa.

El objetivo de la terapia individual por ejemplo debería ser ayudarles a desarrollar un concepto válido de sí misma y enseñarles a actuar independientemente. Resumiendo: la tarea del terapeuta es ayudar a las pacientes a descubrir sus propias habilidades y recursos para pensar, juzgar y sentir. "Dar interpretaciones" es un objetivo contradictorio. No importa si la interpretación es correcta o no, lo que les daña es confirmarles el miedo de que son deficientes e incompetentes y que están condenadas a la dependencia.

Para Bruch la terapia analítica profunda a largo plazo, estaba de más. No se podía dejar que las pacientes se consumiesen a la espera de una futura recuperación: siempre dijo que las pacientes más graves debían antes que nada, recuperar su peso.

Sperling observó (1978) que una parte de los conflictos de la anoréxica son conscientes, Wilson y Cols. (1983) subrayan que la abstención, la racionalización, la distorsión y la mentira conscientes son defensas características de la anoréxica restrictiva. La mentira y el hurto de los bulímicos tienen su origen básicamente en una rebelión contra su Superyó arcaico primitivo, que demanda una perfección absoluta. Es necesario interpretar repetidas veces esta proyección de las introyecciones superyoicas arcaicas en el terapeuta y en otros objetos. Este comportamiento pseudopsicopático es analizable (Rubio 2004).

La técnica terapéutica debe adaptarse a las diferentes defensas del Yo. Los pacientes bulímicos utilizan las actuaciones (acting out), las racionalizaciones, la negación la abstención y la mentira en forma más intensa y persistente que los restrictivos. En muchos casos, una vez mitigada la crisis de la anoréxica, el curso de la terapia es semejante al del neurótico compulsivo. Por supuesto existen variedad de estructuras yoicas en los pacientes anoréxicos. La técnica varía según el paciente y el nivel de regresión encontrado.

La técnica de la interpretación está determinada por factores múltiples tales como la transferencia y la calidad de las relaciones objetales. Una consideración crucial es la escisión del Yo de la anoréxica y la medida en que esta escisión es comprendida por las funciones de autoobservación del Yo de la paciente. La primera fase del tratamiento consiste en hacer consciente la parte más sana del Yo, de la existencia de una parte escindida, primitiva y dominada por los impulsos de sus modos de funcionamiento.

En lo que respecta a los hábitos ha de utilizarse la intuición para saber cuándo confrontar a los pacientes con el hecho de que no mencionan nada acerca de sí mismos en la terapia. No se les debe acosar permanentemente con preguntas acerca de sus hábitos ni pedirles que los abandonen. Debería señalarse la razón para interrumpirlos. Por ejemplo, para destapar fantasías y conflictos ocultos por los hábitos.

Dado que las pacientes anoréxicas pueden, en sus identificaciones proyectivas, detectar matices casi imperceptibles en el tono de voz, la expresión facial, los movimientos e incluso los sentimientos del analista, provocan intensas reacciones contratransferenciales (Sperling, 1976; Wilson y col., 1983).

En cuanto a la conveniencia del psicoanálisis en el tratamiento de la anorexia, Freud (1905) dice "no se acudirá al psicoanálisis cuando se trate de la rápida supresión de fenómenos amenazadores; por ejemplo en una anorexia histérica" (Heiker y Miller, 1994; citado en García 2002). Esto hace pensar que debido a la urgencia en el tratamiento de los síntomas somáticos en la anorexia, el psicoanálisis por su duración no es recomendable.

En cuanto a la terapia psicoanalítica Caparrós y Sanfeliú (1997) señalan que en ésta "prevalece lo asociativo, el libre fluir de un proceso primario". Esto significa que el variado cuadro sintomático de una anorexia debe ser descentrado cuanto antes. Los síntomas han de centrarse en su lugar satélite, el que les corresponda. En este tipo de cura el material sexual y agresivo tarda en surgir. Las primeras pesquisas en este sentido topan con silencios, vacíos, intensas represiones y déficits. Para estos autores el sexo del terapeuta es importante ya que existe una función muy clara entre la anorexia y la maternidad, y en el inicio del proceso de ayuda puede beneficiarse que sea una analista la que trabaje la alianza terapéutica inicial. Las sesiones que se recomiendan son tres a la semana.

Una psicoterapia psicodinámica modificada puede estar indicada para mejorar los trastornos psicológicos subyacentes, aunque para aliviar los síntomas puede ser necesario otro tipo de abordaje (Aizpuru, 1998; citado en García 2002).

Se ha encontrado que los trastornos psicológicos subyacentes incluyen depresión, baja autoestima escasa capacidad para sentir y regular las emociones y un sentido alterado de la

“potencialidad” y de la identidad. El objetivo del tratamiento psicodinámico es analizar sus defensas contra las emociones penosas, particularmente los sentimientos de depresión, siempre y cuando ésta no sea profunda pues la psicoterapia psicodinámica no se recomienda en la impulsividad, los intentos suicidas y las condiciones comórbidas, como la depresión severa, el abuso de sustancias y el trastorno de la personalidad borderline.

La terapia debe hacer foco en todos los casos en las relaciones objetales pregenitales, que tienen su origen en las relaciones parentales no resueltas y en los conflictos en la separación-individuación (Wilson 1983; en Rubio 2004 ).

Las anoréxicas hacen uso de la defensa de identificación proyectiva al proyectar aspectos no aceptados de la personalidad (impulsos, autoimagen, introyecciones superyoicas) en otras personas, particularmente en el terapeuta y luego se identifican con los elementos de sí mismas proyectados.

La técnica varía según el paciente y el grado de regresión encontrado. También varía según el estilo individual y la experiencia del terapeuta. La mayoría de los psicoanalistas atienden al paciente cara a cara en la primera fase diádica del tratamiento. Sin embargo, algunas anoréxicas pueden analizarse de acuerdo a pautas más clásicas, utilizando el diván desde el principio (Wilson y Cols, 1983; citado en Rubio 2004 ).

Las pacientes anoréxicas muestran una mejora mayor cuando se les provee de una mezcla de terapia familiar y terapia psicodinámica individual que cuando simplemente se maneja con medidas educativas diseñadas para el control del peso (Hall y Crisp citados en; García 2002).

Norman 1994 (En García 2002) señala que aunque el psicoanálisis no ha sido eficaz en general para tratar la anorexia, a menudo tienen éxitos las técnicas psicoterapéuticas orientadas de manera psicodinámica que brindan apoyo a la paciente y se centran sobre aspectos como la lucha por la autonomía y el control personal. Así en la psicoterapia basada en el modelo psicodinámico se orienta hacia los antecedentes de la enfermedad, que tienen como principio un trastorno del desarrollo.

En el tratamiento con las anoréxicas la interpretación de la negación de la conducta suicida es comparable con lo que se hace en la técnica utilizada en la terapia de trastornos esquizofrénicos, fronterizos y del carácter por Boyer y Giovacchini (1980), Kernberg (1975) y Volkan (1976), 1) En la primera fase del tratamiento estos pacientes no suelen asociar libremente, esto también sucede en el análisis de niños y de pacientes con trastornos del carácter, 2) El terapeuta adopta una posición activa, utilizando a menudo la construcción y la reconstrucción, 3) Las respuestas actitudinales pueden ser interpretadas, 4) Los sueños deben

utilizarse en el contexto de la psicodinámica del paciente. 5) Primero se interpreta el masoquismo de éstos pacientes (su Superyo arcaico y la culpa que les provoca admitir un conflicto). 6) Como próximo paso, se interpretan las defensas contra los impulsos agresivos; 7) Tales interpretaciones son inexactas y, a menudo, no son confirmadas por las asociaciones del paciente; 8) En el caso de éstos pacientes , que tienen un superyo racional, 9) Las interpretaciones deben realizarse de una manera firme y consistente y 10) Con tales pacientes, el analista debe tener autoridad (citado en Rubio 2004).

Wilson y Cols. en 1983 (citado en Rubio 2004) comprobaron que con un tratamiento psicodinámico exitoso desaparecen todos los signos y síntomas físicos de la anorexia nervosa, excepto los daños de dientes y encías, producidos por los vómitos. Sin embargo, la menstruación puede no retomar (a pesar de la normalización del peso corporal), si no se han resuelto conflictos importantes acerca del embarazo.

En la psicoterapia analítica, la primera fase de tratamiento, la transferencia, se lleva a cabo según los principios propuestos por Kernberg (1975) en relación con los casos fronterizos (borderline):

- La transferencia predominantemente negativa se elabora sistemáticamente sólo en el presente evitando los esfuerzos iniciales dirigidos hacia interpretaciones genéticas acabadas.
- Las constelaciones defensivas típicas del paciente se interpretan en el marco de la transferencia.
- Los límites se instauran con el objeto de bloquear las actuaciones en la transferencia,
- En la medida en que esto es necesario para proteger la neutralidad del terapeuta.
- Los aspectos más primitivamente determinados de la transferencia positiva no se interpretan en un principio, pues su presencia intensifica el desarrollo de una alianza terapéutica y de trabajo, si bien las idealizaciones primitivas que refleja la escisión de las relaciones objetales "totalmente buenas" y las "totalmente malas" son interpretadas sistemáticamente como parte del esfuerzo de elaboración de esas defensas primitivas.
- Las interpretaciones se formulan de manera tal que las distorsiones por parte del paciente, de las intervenciones del terapeuta y de la realidad presente, puedan ser sistemáticamente clarificadas.
- La transferencia altamente distorsionada " en ocasiones de naturaleza psicótica" que pueden reflejar relaciones objetales internas fantaseadas, que pertenecen a perturbaciones tempranas del Yo, se elabora primero, con el objeto de alcanzar las transferencias relacionadas con experiencias infantiles reales.

La fuerza terapéutica crucial es la neurosis de transferencia. Los pacientes deben volver a experimentar en la transferencia la relación diádica con la madre y, comprender la depresión y la furia que les provoca el no ser capaces de tratar de controlar al terapeuta como controlaban a la madre.

## CAPITULO V. ENFOQUE Y TRATAMIENTO SISTÉMICO

### 5.1 Enfoque

Ludwing Von Bertalanffy, biólogo alemán definió en 1940 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. Este autor sostiene que todos los integrantes del grupo familiar participan en cualquier arreglo estabilizador o desintegrador en forma igualitaria y complementaria. Afirmó que todos los sistemas tienen una relación jerárquica con unidades mayores y menores. A las entidades menores se les llama subsistemas y es a través de estos que la familia lleva a cabo sus funciones. Es decir, una persona es un subsistema y 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 debe tener una estructura para sobrevivir y para cumplir sus metas y funciones.

Minuchin en 1974, consideraba que la familia es un grupo social donde se determinan las respuestas de sus miembros a través de estímulos del interior y del exterior del sistema, su organización y su estructura constituyen la experiencia de sus miembros, de este modo la patología puede ubicarse en su contexto social o en la retroalimentación de ambos. Él mismo escribió que, 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 misma. Las transacciones pueden conceptualizarse en términos de un dúo, una tríada o más personas. Minuchin hace hincapié en 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 existen entre ellas.

Ackerman menciona que una de las configuraciones principales en la estructura de la familia es la que está conformada por el rol que cada quién ejerce dentro de ésta. Define rol como una categoría estereotipada de conducta, con ciertos elementos y límites a los que el encasillado se tiene que adaptar; así se tienen dentro del núcleo familiar los roles básicos de Padre, Madre e Hijos. Los roles también ejercen una fuerte influencia sobre la identidad de los miembros de la familia ya que les da un lugar en el mundo, un sentido de quiénes son y de qué es lo que hacen; la identidad de la pareja marital está modificándose por el o los hijos, y éstos también por los padres. Los valores e identidad van cambiando conforme influyen situaciones externas e internas, esto modifica los roles y la identidad de cada uno de los miembros, y es dentro de este devenir en el que surge la personalidad y la adaptación social del hijo. Pues según este mismo autor, la familia cumple con la enorme responsabilidad de modelar la personalidad

de cada uno de sus integrantes y además tiene como una de sus principales responsabilidades la socialización de sus miembros y si ésta llega a fracasar, lo hace también cada uno de sus miembros convirtiendo a éstos en representantes de la anomia social, la desinstitucionalización y la enfermedad mental (Ackerman,1969; citado en Rubio 2004).

Se sabe que además de los lazos emocionales, que estabilizan a la familia, existen ciertos cordones de tensión en la forma de relación que se lleva a cabo entre los miembros de la misma, estos cordones son las normas y las reglas intrafamiliares. Estas reglas y normas influyen y determinan la conducta de sus integrantes, surgiendo uno de los principales problemas cuando dentro de la familia, los miembros comienzan por romper las normas y generan cambios en el ejercicio del control parental, y aparece una crisis en la que la dinámica se modifica o genera conflictos mayores, incontrolables para los miembros de ésta. Es decir, cuando las reglas no son respetadas se pone bajo amenaza la propia existencia de la familia.

Ackerman 1981(En Rubio 2004) mencionó que las normas son un mecanismo homeodinámico de las relaciones familiares, son flexibilizadoras de las reglas, aunque no dejan de ser reguladoras de la conducta. Así la conducta de los miembros puede fluctuar en un sentido o en otro alrededor de la norma. En la medida en que la conducta se aleja de la norma se activa el mecanismo homeostático, consistente en el sometimiento del miembro " anormal" propiamente dicho, al sendero de lo establecido.

Para Minuchin y Lewis 1981 ( citado en; Ruiz 1994), la familia no es una entidad estática, sino que está en proceso de cambio constante lo mismo que sus contextos sociales, tiende a la conversión y evolución. Las exigencias de cambio pueden activar los mecanismos que contrarrestan la atipicidad. Pero el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente con capacidad propia para cambiar manteniendo su continuidad.

De acuerdo con el enfoque sistémico los seres humanos en interacciones recíprocas a través del tiempo se convierten en el otro; "viendo el río uno es el río". Así en la anorexia el principal contexto es la familia y la tesis sistémica radica en que si se pueden modificar los patrones de interacción dentro del núcleo familiar, entonces la conducta problema también cambiará, ya que el síntoma (anorexia), que está presentando uno de los miembros es el resultado del efecto de las interacciones familiares y de sus conductas. No se considera en ningún momento que el síntoma sea la causa de la conducta de los demás miembros de la familia. Garfinkel 1995 (En Toro 1996) expresó que existen patrones familiares que contribuyen al desarrollo de la enfermedad como es el desalentar la independencia.

Se ha encontrado que en todas las pacientes el problema con la madre es central. Estas madres insatisfechas en su vida afectiva, tanto familiar como conyugal, son portadoras de importantes núcleos de depresión. No están en condición -en relación con su hija-, de

consagrarse "debidamente" a su propia función psicológica de "aquella que alimenta", protegiéndose a sí mismas de la turbación. La comida, signo y símbolo de este fracaso, de la relación primaria, se convierte por tanto en el lugar del conflicto; así pues rechazando o derrochando el alimento la hija combatirá el dolor del duelo, mientras que la madre verá surgir el drama de su propia impotencia (Selvini-Palazzoli, et al. 1999; citado en García 2002).

Esta misma 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, cuanto más marcado es el 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 su propio cuerpo".

Las madres de las pacientes anoréxicas son propensas a preguntarse constantemente, llenas de ansiedad si se habrán ocupado lo suficiente de su hija, si tomaron las medidas suficientes para resguardar su salud, si la mantuvieron alejada de otras personas y sobre todo, si le dieron suficiente de comer (Stierlin 1990).

Ya establecida la problemática anoréxica, las relaciones interpersonales en el seno del grupo familiar se modifican, se hacen conflictivas y redundan en perjuicio de la paciente, tendiendo a mantener o agravar sus síntomas. La familia puede y suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimenticio. Asimismo acostumbra generar situaciones intensamente ansiógenas relacionadas con las comidas. Por otro lado las pautas de interacción padre-hijo, y sobre todo madre-hija, quedan alteradas haciéndose incoherentes. Por fin los padres suelen reaccionar depresivamente ante el trastorno de su hija , actuando entonces no solo como "padres depresivos" sino como multiplicadores de errores o anomalías. En consecuencia la sintomatología así contextualizada se mantiene o agrava, y la sintomatología afectiva que pudiera haber, también (Toro y Vilardell,1987). Sobre la relación madre-hija Palazzoli mencionó que el miedo al embarazo que tienen las anoréxicas 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".

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

Esta autora sostiene que en este tipo de familias hay fallas en torno a la resolución de conflictos, no se presentan liderazgos claros, se opera por coaliciones ocultas ( que son la unión de dos miembros de la familia contra un tercero) y con un espíritu de autosacrificio. 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 conflictos; así como una rigidez extrema. Afirmo también que la homeostasis se rompe constantemente por el uso de intervenciones paradójicas. La paciente, según Selvini, toma su rol (o le es adjudicado) como sacrificio y una vez que esto ocurre, el síntoma es mantenido por procesos circulares casuales (Chinchilla, 1995). Esta misma autora considera a la enfermedad (anorexia) como la única respuesta adaptada a un sistema familiar psicógeno y patógeno; la anorexia nervosa es una condición en la cual el cuerpo es usado como un instrumento para una lucha individual por la existencia. La emaciación es un síntoma clave, como esfuerzo concreto por la independencia (citada en Bruch, 1970).

“Si usted piensa – le dice una paciente al terapeuta - que puede lograr que rompa mi ayuno, tendrá que pensarlo de nuevo. Sólo mireme: no soy más que piel y huesos y fácilmente podría morir. Y si la muerte es el precio que tengo que pagar por mi poder, entonces de buena gana lo pagaré” (Selvini-Palazzoli, 1999).

Por su parte Minuchin y Cols. 1978 (En Rubio 2004) ven a la paciente psicósomática igual que Selvini, como un síntoma o manifestación de un sistema familiar que no funciona adecuadamente. Este autor asegura que las familias psicósomáticas se encuentran 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 los padres. Este mismo autor en 1986 mencionó algunas características de las familias con un miembro anoréxico: se vuelven hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre sus miembros; como producto de ello, las distancias disminuyen y los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar dice el autor, se hace difusa y como consecuencia de esto la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros; cada persona que conforma a la familia es tan débil que no puede definirse ni protegerse por sí sola. Esto lleva a las familias a un tipo de dependencia extrema donde la lealtad y la entrega son factores fundamentales para el bienestar del grupo, siendo este “bienestar” lo que debe defenderse a toda costa. Siendo la familia anoréxica una familia psicósomática, evita los conflictos y las maniobras dirigidas a controlar, lo anterior lo disfraza de preocupación y le da protección.

En estas familias se ha visto que los padres tienen un sentido de justicia que adopta la forma de un mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual, 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. Es por ello que en estas familias si hay preferencia o injusticias temporales o permanentes en el curso de la existencia familiar; éstas deben ser negadas o apartadas de todo diálogo y de la consciencia general de la familia; de ahí que los hijos se vean expuestos a mensajes contradictorios. Con respecto a este punto mencionan Stierlin y Weber (1990), que 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.

A juicio de Selvini el juego de las alianzas representa el problema central y el más grave en las familias con pacientes anoréxicos. Los miembros de la familia se comportan como si una alianza abierta entre dos de ellos constituyese una traición al tercero. Al parecer este tipo de familias tiene 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, la observación de los fenómenos de las alianzas es relativamente más fácil que en las familias numerosas; ya que cada miembro de la familia está casado con dos personas: la madre con el marido y la hija, el padre con la mujer y la hija, la hija con el padre y la madre; así la paciente se ve obligada a ejercer a la vez, el rol del marido oculto de la madre, y el rol de la madre oculto por el padre. Este arreglo funciona bastante bien para los padres, pero no para la hija, a quién obligada como está a repartirse entre ambos de la manera más equitativa posible, no le restan energías ni encuentra el modo de desarrollar una existencia propia, y mucho menos de afrontar la crisis de la adolescencia. Es decir, la paciente señalada se encuentra atrapada en un camino sin salida. Pues 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 (Selvini-Palazzoli, 1990). Las presiones provocadas por la culpa y los vínculos de lealtad retienen a las anoréxicas dentro de la familia, particularmente al no estar preparadas para valerse por sí mismas afuera, y también por tener que ceder el puesto de importancia que han obtenido dentro de la familia. Los padres, análogamente, están poco preparados para una vida propia y creen que necesitan de una tercera persona (la hija anoréxica) para estabilizar su relación, darle un sentido a su vida y hacer que valga la pena vivirla (Stierlin, H. Weber, G. 1990; citado en Rubio 2004).

Otro aspecto a considerar es la lucha de la familia por el poder, la importancia y la atención; dicha lucha va adquiriendo formas muy especiales en estas familias. El poder va a ser depositado en la persona que exhiba el máximo grado de autosacrificio y abnegación. Y esa persona es la hija anoréxica, que rehúsa comer y generalmente se niega a sí misma más que a

los demás. Esto le brinda una ventaja estratégica con respecto a la manipulación de los sentimientos de culpa, particularmente desde que es vista, por ella misma y por los demás, no como quien toma de manera independiente sus propias decisiones, sino como la víctima desvalida de una condición patológica; es decir, se pierde de vista que fue la joven por propia decisión quien se embarcó en el proceso de adelgazar que la condujo a la anorexia, este hecho suele relegarse al total olvido dentro de las familias, de manera que finalmente todos dejan de ver en la anoréxica a una persona responsable que ha decidido iniciar una huelga de hambre, para verla como una persona enferma; que debe ser tratada con consideración y comprensión. Adjudicándose así a la enferma lo que Selvini-Palazzoli llamo "simetría de escalada en los sacrificios" por la condición de puntero en los actos de abnegación. El autosacrificio significa mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada y en particular suprimiendo sentimientos o actitudes "malas" (hirientes, ofensivas, despreciativas, airadas o envidiosas).

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

En la opinión de Stierlin (1990) la joven anoréxica a menudo se ha sentido discriminada, intentando reiteradamente obtener la aprobación de sus padres, y de su madre en particular, por medio de la ambición y el logro. Impulsada por el sentimiento de ser amada sólo de modo ambivalente o aún posiblemente rechazada, se ha mostrado particularmente ansiosa por satisfacer las elevadas expectativas de sus padres, dar especiales muestras de obediencia y de afecto y en general, ser tan "buena" como resulte posible. Pero al aparecer la enfermedad se esfuman las esperanzas de ser la favorita del progenitor a quien específicamente procuró complacer. Desarrollándose así una dinámica de venganza al darse cuenta de que todos los sacrificios que han hecho con miras a satisfacer las expectativas de sus padres, han sido en vano.

De manera característica, el camino más eficaz que encuentran para satisfacer sus sentimientos vengativos está en estructurar su conducta a fin de hacer que sus progenitores parezcan seres fracasados. En el contexto de esta dinámica la joven intensifica sus esfuerzos aún más autodisciplinándose de manera excesiva, reduciendo al máximo el consumo de alimentos hasta el punto en que su propia vida corre peligro. En ello es guiada por un pensamiento " por más que mis padres me presionen y traten de controlarme con su atención, yo puedo revertir la situación negándome a comer". El desafío y la frustración abren una intensa etapa en la lucha por el poder, la escalada simétrica: " me va a ir mal si dejo que alguien me ayude" o tal como lo expresó una paciente. " podré estar al borde de la desesperación, pero no tanto como mis padres" (Stierlin, H. y Weber, G. 1990; citado en Rubio 2004).

Se ha encontrado que las anoréxicas en muy poco o nada difieren de muchas otras jóvenes colocadas en situaciones similares, que en el contexto de sus relaciones con amistades o rivales, se ven enfrentadas a la ideología de la esbeltez generada en parte por la sociedad en la que vivimos. La única diferencia está en que las demás serán menos perseverantes e inflexibles en su propósito de bajar de peso en comparación con las verdaderas anoréxicas. Los motivos de una persistencia tan extrema son complejos. El más importante, tal vez, sea que ese patrón totalmente adaptado de obediencia y virtud que tuvieron en su infancia repentinamente descubre en la enfermedad una posibilidad de poner a prueba su autonomía ( Stierlin, H. y Weber, 1990; citado en Rubio 2004). Una manera de encontrar la autonomía deseada, explica este autor, está en desobedecer los valores familiares que afirman que el brindar comodidad física y abundante comida es la autentica expresión de genuino amor. Al restringir la cantidad de alimento que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la joven rechaza esa expresión de amor, desafiando un principio central del credo familiar e iniciando su individuación contra los padres. Al hacerlo, sin embargo, no sólo da muestras de autonomía respecto de los progenitores, sino también respecto de su propio cuerpo. Ese cuerpo con todas sus tentaciones y deseos, es desde ahora el adversario al que hay que mantener a raya.

Si se analiza detenidamente el supuesto triunfo de la voluntad que muestran estas enfermas al negarse a comer, se observa que nunca es total. El cuerpo con todas sus necesidades, en particular la de alimento sigue invadiendo la consciencia de la paciente (Stierlin, H. y Weber, G. 19990; citado en Rubio 2004). Podemos observar entonces como la comida sigue preocupándolas ; acosándolas y dictando así gran parte de los actos de estas jóvenes, y sus familias están mal equipadas para adoptar una reacción flexible ante el cambio, no están preparados para la tragedia de la separación y la reestructuración desencadenada por la adolescencia.

“El hecho de que la enferma viva instalada en una realidad distinta a la nuestra, en la que se niega la enfermedad, cuando a nosotros nos parece de una gran evidencia, donde se niega la delgadez ante el asombro de los que la contemplan, de que a veces aparecen ideas de grandeza, de ser llamado a una misión especial, de considerarse seres especiales y dotados de alguna cualidad que los demás no tienen, e incluso que en algunas enfermas aparecen sospechas de tener alucinaciones, etc.. hace justificada la teorías de la anorexia como una psicosis” (En García 1993).

Cuando algún miembro de la familia decide buscar ayuda y hacer que la paciente se atienda la American Anorexia Bulimia Association, AABA en 1999 sugiere una serie de recomendaciones a seguir para los familiares en cuanto a qué hacer si un miembro padece un trastorno de la alimentación. Estas recomendaciones están dirigidas a un miembro de la familia puede ser la madre por ser en la mayoría de los casos la más allegada a la paciente o cualquier otro miembro:

- 1.- Hablar con la persona acerca de sus preocupaciones. Propiciar la situación más idónea para crear un clima sereno y sin presiones del tiempo. Elegir un lugar y una hora en que no exista la amenaza de interrupciones. Esta conversación inicial se debe enfocar en las propias inquietudes del familiar acerca de la enferma. Sin críticas ni acusaciones; no intentar perseguir, juzgar ni culpabilizar a la paciente o a alguien más. Es necesario concentrar la atención en los problemas y sentimientos que la enfermedad ha despertado en el familiar. Se tiene que evitar traer a colación otros conflictos en relación a la enferma, entre ella y otros miembros de la familia. El objetivo de esta conversación es hacerle saber a la anoréxica que la quiere y que el familiar está verdaderamente preocupado por su salud y que hará todo lo que esté en sus manos para apoyarla.
- 2.- Hablar con el médico. Ante el médico se sugiere que el familiar haga un recuento de sus observaciones y de las respuestas de la enferma. Asimismo es recomendable pedir información sobre la enfermedad y sobre los especialistas y tratamientos idóneos.
- 3.- Hacer la cita. Ésta tiene que ser de común acuerdo con la paciente, sobre todo si es mayor de edad. Cuando se trate de una menor el familiar puede tomar la decisión, pero aún en este caso, es mejor vencer las posibles resistencias en vez de imponer medidas desde la posición de autoridad. Toda la labor de convencimiento tiene que centrarse en la recuperación de la salud. Ya en la consulta si la enferma le permite al familiar estar presente, él tiene que recordar que es ella la que debe hablar.

- 4.- Investigar. Solicitar material y bibliografía al especialista y al centro de salud y/o de apoyo, conocer la evolución, los efectos y peligros de la enfermedad le permitirá al familiar no solo anticipar riesgos sino también disminuir sus propios niveles de ansiedad. Y por último
- 5.- Mantener la discreción. Se debe respetar la intimidad y los por menores de la enferma, a fin de que su vida no se convierta en material para que todos – propios y extraños – opinen. Los demás suelen aconsejar y ese cúmulo de comentarios desorienta y ahonda las dudas, sin mencionar que la información obtenida por estas vías suele ser superficial y anecdótica (González 1996).

## 5.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

En uno de los trabajos realizados por Minuchin y sus colaboradores (1978) evaluaron dos condiciones: la anorexia nervosa y las hospitalizaciones frecuentes de niños con ataques de asma aguda y 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:

1. Ciertos tipos de organización familiar están estrechamente relacionados con el desarrollo y mantenimiento de síntomas psicósomáticos.
2. Los síntomas psicósomáticos desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

Minuchin en 1978 ( En Rubio 2004) describió a las familias con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mencionando que presentan:

- Aglutinamiento. Que es el exceso de unión-fusión de los miembros de la familia. No hay límites claros entre ellos, todo es de todos, hay una disminución de responsabilidades individuales, hay amalgamamiento. La familia a su vez describe estas características con orgullo, se consideran leales, sensibles, preocupados por el otro; para ellos vale más el nosotros que el yo.
- Sobreprotección. Son aquellas actitudes parentales que impiden la exploración al niño del mundo, de realizar tareas nuevas, de equivocarse, etc., en aras de evitar riesgos y preocupaciones.
- Rigidez. Se refiere a la incapacidad de modificar conductas y transformaciones que toda familia debe llevar a cabo acorde a los cambios evolutivos.

- Evitación de conflictos. Es una atención extrema a las necesidades de los otros, son amables, los vecinos perfectos, siempre preocupados por los demás.

También Crispo et al. (1998) propone una lista de ciertas características familiares comunes en las pacientes con trastornos de la alimentación:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa
- Ausencia de límites generacionales ( Por ejemplo jóvenes con papel de madres)
- Expectativa demasiado altas de los padres respecto a sus hijos
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico

En las familias con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la necesidad de relacionarse entre sí es tan intensa que se hace a costa de la identidad, de la diferenciación. Es decir, aquellas diferencias adquiridas en el mundo exterior no son incorporadas al grupo familiar o son neutralizadas con diferentes mecanismos.

Stierlin identificó cuatro factores que podrían estar detrás de la incapacidad de proponer una “individuación contra” por parte de los padres. Uno de ellos son los modelos familiares de las generaciones anteriores, donde han aprendido su forma actual de interactuar, familias que traen el mito de la armonía como un ideal, donde el conflicto desquicia la realidad del modelo familiar. Se idolatra la capacidad de adecuarse entre ellos sin crear conflicto. El segundo factor que detectó es que, con frecuencia estos padres han tenido pérdidas tempranas, sean por muerte de uno de los progenitores o por una salida precoz del núcleo familiar por razones de estudio o socioeconómicas. Los otros dos factores son los que ya había descrito Minuchin como evitación de conflicto y el comportamiento ejemplar de la futura anoréxica.

Selvini y Cols. en 1990 (citado en García 2001) publican el libro “ los juegos psicóticos en la familia” y describen dos tipos de familias con TCA, les llamaron tipo A y B:

- Tipo A. Se caracteriza por un vínculo intenso con la madre, que no es de admiración. La madre se ha confesado a lo largo de su vida a su hija, le ha hecho participe de su sufrimiento con su marido. Si no lo ha comunicado en forma verbal lo ha mostrado con gestos de desagrado cuando el padre aparecía en escena interrumpiendo el diálogo privilegiado con ella, o teniendo más intimidad con su hija que con su marido.
- Tipo B. El vínculo privilegiado era con el padre, al cual admira; siente y sufre en silencio los desprecios que la madre le hace al padre.

En ese mismo año Selvini y Cols., describieron un tercer tipo de familias con paciente anoréxica-bulímica al cual denominaron tipo C. Se trata de niñas privadas de un vínculo de apego seguro en la infancia, tanto por parte de la madre como del padre, han sido criadas por parientes, por niñeras, que no favorecieron un vínculo seguro, donde no es fácil encontrar un vínculo de dependencia del cual las pacientes hayan disfrutado a lo largo de su vida.

Varios autores se han dado a la tarea de describir las características que presentan las familias con un miembro anoréxico. Por ejemplo Palazzoli en su libro *Family games*. Describe algunos patrones de este tipo de familias:

Estadio 1. Existe un juego entre los padres en el que nunca uno obtiene una respuesta deseada del otro.

Estadio 2. La hija anoréxica empieza a estar implicada en el juego de los padres desde muy temprana edad. O bien asume el punto de vista de la madre y es calificada como la que más ayuda en casa o toma el partido del padre, es su favorita y no puede entender la forma en que su madre lo trata.

Estadio 3. Al llegar a la adolescencia pueden suceder dos cosas: que la paciente cambie a la madre por otro objeto de amor, que puede ser un hermano, o bien se intensifica la relación con el padre, lo que provoca que cuando entren en juego los cónyuges la anoréxica tome partido por el padre de una manera encubierta. La paciente se siente más cercana al padre, en oposición común a la madre.

Estadio 4. Es un periodo de tensión en las relaciones. La dieta, puede entrar como un arma para la diferenciación de la madre, o es utilizada como un desafío directo hacia la madre. En este caso el padre se aliará a la madre y la lectura de este comportamiento en la paciente será que en vez de entender su mensaje (quiero independencia) y unirse a ella, el padre "perdedor" se pone del lado del otro al desaprobar la conducta de la hija.

Estadio 5. Viene marcado por el cambio de actitud del padre. La hija siente que el padre la ha traicionado y su actitud es de rechazo y resentimiento hacia él. Reduce su ingesta al mínimo, es la única forma que tiene de someter a su madre y enseñar a su padre hasta dónde es capaz de llegar.

Estadio 6. La paciente ha experimentado el poder que confieren los síntomas. Cada miembro elabora estrategias a su servicio basadas en la firme convicción de que el síntoma persistirá. Selvini llama "embrollo" a un proceso interaccional complejo que aparentemente, se desarrolla alrededor de la estrategia de mantener como privilegiada una relación diádica transgeneracional (madre/hija, padre/hija) que, en realidad, no lo es en absoluto. Esta relación no está basada genuinamente en el afecto, sino que es un arma contra un tercero, usualmente la esposa.

Estos seis estadios describen cómo el inicio del sintoma anoréxico es la expresión de un proceso interactivo global dentro de la familia que se ha denominado el juego interactivo y que también se ha descrito para la esquizofrenia. Lo novedoso es como se describen la serie de coaliciones dentro de las familias disfuncionales.

Minuchin 1985 (En Rubio 2004) menciona que las familias anoréxicas tienen una característica predominante: las relaciones entre sus miembros están tan enredadas que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger. Es decir las relaciones familiares adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos. Evocan la imagen de una casa en la que las habitaciones están intercomunicadas, siempre es posible que cualquier miembro de la familia entre en el cuarto del otro sin llamar a la puerta. Esto lleva a las familias a un tipo de dependencia donde la lealtad y la entrega son factores fundamentales para el bienestar del grupo, y eso es lo que se debe proteger a toda costa, siendo éste un terreno fértil para la respuesta somática a la tensión psicológica, presentan rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y adolescencia, hay ausencia de resolución de conflictos así como la implicación de la hija en la conflictiva conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología. Siendo la familia anoréxica, una familia psicósomática, evita los conflictos y las maniobras dirigidas a controlar se disfrazan de preocupación y protección; mas bien sobreprotección generalizada a los hijos.

Otro de los autores que describió a este tipo de familias fue Holtz (1992), quien dijo que la familia de la paciente anoréxica posee las siguientes características: Rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación; la paciente se encuentra inmersa en el conflicto paterno, lealtad de grupo " la familia es antes que nada", demandantes y controladores, ni los deseos ni los conflictos se expresan abiertamente, hay alianzas secretas entre los miembros de la familia (citado en Rubio 2004).

Por su parte, Buckroyd (1997) habla de ciertas características de las familias "anoréxicas" basándose en los planteamientos de Minuchin y Selvini-Palazzoli. Estos tipos de familias se caracterizan por:

- La familia contenida. Es aquella que no permite la libre expresión de sentimientos. Generalmente este tipo de familias tiene sus orígenes en la experiencia de los padres dentro de sus propias familias. De niños los padres de la enferma aprendieron de sus propios padres qué sentimientos debían temer o inspirarles vergüenza. Es decir se les ha enseñado

a temer y avergonzarse de algunos sentimientos y transmiten las mismas lecciones a sus hijos.

- La familia “buena”. A este tipo de familia le resulta casi imposible permitir la expresión de cualquier sentimiento perturbador. A ningún integrante de la familia se le permite expresar lo que siente en su interior. Es como si se prohibiera expresar cualquier sentimiento que cause el más mínimo problema o perturbación. Lo que se premia es la docilidad ante un sistema familiar que exige cumplir con todos los deberes y obligaciones, sin protestar ni discutir. Esta es a la que se le denomina también familia evitadora de conflictos.
- La familia que tiene que hacerse cargo de demasiadas cosas. A algunas familias les resulta imposible prestar atención a las necesidades de sus hijos porque los padres ya están agobiados con lo que les toca afrontar. Sencillamente no tienen recursos para hacerse cargo de nada más, así que los hijos se quedan solos con la responsabilidad de manejar sus propios sentimientos. Cuando una joven se encuentra en un sistema donde por uno u otro motivo no se satisfacen sus necesidades emocionales, no puede procesar los sentimientos normales que los sucesos cotidianos le despiertan. Desde la más temprana edad los niños de esas familias se habitúan a controlar los sentimientos que expresan dentro de la familia. Este sistema se sostiene por el deseo fundamental del niño de conseguir la aprobación de los padres. La manera en que estos niños van a manejar sus sentimientos, los cuales se les impide expresarlos y procesarlos de forma franca y sincera ante una persona de confianza, será alguna forma menos normal, menos saludable y menos directa de hacerlo. Comúnmente, un varón encuentra maneras de expresarlos más o menos a través de conductas delictivas, antisociales, desafiantes y externas y puede incluir una amplia gama de conductas del comportamiento desde completamente delictivo y violento hasta el fracaso escolar. Es probable que el común denominador sea que involucran y se dirigen a blancos exteriores del propio joven. Pero una chica por lo general encuentra formas de expresar sentimientos que solo la dañen a ella: depresión, conducta sexual promiscua, autoagresión y trastornos de la alimentación.

En conclusión sabemos que según el modelo sistémico las características de las familias con niñas anoréxicas son: a) Relaciones familiares que adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos, b) Sobreprotección generalizada hacia los hijos, c) Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y la adolescencia, d) Ausencia de resolución de los conflictos que se producen y e) La implicación

de la hija en la conflictiva conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología.

Minuchin y sus colegas describieron un patrón de enredo en las familias de pacientes anoréxicas, donde existe una ausencia general de límites generacionales y personales. Cada miembro de la familia está sobreinvolucrado en la vida de los demás miembros hasta el punto de que ninguno tiene un sentido de identidad aparte de la matriz familiar (Garner y Garfinkel, 1997). Es decir que la familia desarrolla entre sus integrantes relaciones interpersonales cargadas de una excesiva implicación emocional, con actitudes confusas de sobreprotección, con una gran dificultad o ausencia de resolución de conflictos que surgen cotidianamente en la convivencia, implicando a la hija con anorexia en problemas conyugales. Mientras que Selvini-Palazzoli destaca las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en la resolución de conflictos y distorsiones en la comunicación. Ella misma señala que las relaciones de pareja se caracterizan por: negar todo conflicto; la impresión superficial es la de una relación sin problemas entre marido y mujer, sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. Diferentes autores opinan que lo que hacen los miembros de una familia anoréxica es no ponerse en evidencia en modo alguno, sino, más bien se concentran en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás, llámense padres, abuelos, vecinos o sociedad en general; esto significa que se ajustan a las normas impuestas por el medio, actúan de manera convencional teniendo sentimientos de culpa y vergüenza si se desvían de dichas normas.

### 5.3 TRATAMIENTO

Ya que el trastorno aparece típicamente en la adolescencia el terapeuta debe hacer una exploración acerca de cómo se resuelve la autonomía dentro de la familia y cómo los padres han pasado de la obediencia de los hijos a la supervisión y negociación con ellos. Otro objetivo terapéutico es explorar las fronteras familiares, en especial las más disfuncionales; pudiera ser necesario fomentar límites más flexibles hacia el mundo exterior, revisar algún comportamiento de rivalidad o competencia con los hermanos y cómo está situada la paciente dentro de la triangulación en el sistema parental de coaliciones y el conflicto conyugal (Chinchilla, 1994).

Esto se logra con el cuestionamiento circular (técnica utilizada por los terapeutas sistémicos), de manera que todos los miembros de la familia expresen su opinión acerca del problema y de las relaciones familiares; ya que en una misma familia dos hijas pueden ser tratadas de igual manera y solo una padecer el trastorno. Minuchin hace hincapié en que si la

paciente señalada confronta directamente problemas que no están relacionados con la comida es un prerrequisito para la recuperación.

La terapia familiar intentará explorar lo que ha pasado en la familia para que la persona haya llegado a padecer un trastorno alimentario, así como tratar de solucionar los conflictos que se hayan ido creando desde el inicio de la enfermedad. Ocurre que al grupo familiar le resulta difícil aceptar que son parte del problema y deben asumirlo, a veces esto es una barrera para poder proporcionar la ayuda e igualmente les resulta difícil la terapia porque salen a flote problemas que de no estar en terapia se mantendrían ocultos. Este tipo de terapia resulta ser muy eficaz para tratar niños, adolescentes y adultos que aún viven en casa (Norman, 1994; citado en García 2002)

De acuerdo con González si el terapeuta sólo trata a ese miembro de la familia ( la anoréxica), de alguna manera trata el síntoma pero no aborda el verdadero problema. Otra cosa será si todos los miembros de la familia abordan el tema desde la aceptación del grado de implicación de cada cual. La familia no debe buscar la culpabilidad pero eso no quiere decir que no admita su implicación en el conflicto.

La familia debe ser orientada e introducida como un elemento muy importante del proceso. Se corre el riesgo de que los familiares tomen por sí mismos iniciativas terapéuticas, ya que la propia familia es causa de la enfermedad, pues la anoréxica en muchas ocasiones presenta un cuadro de reacciones negativas hacia el medio familiar y es precisamente la enfermedad un producto de ese conflicto. Es la familia en su totalidad la que debe actuar como paciente y dejarse orientar (González, 1996).

Es importante no hacer de la comida el tema sobre el que gira la vida de la familia: de hecho se debe evitar hablar del peso, de cantidades y tipos de comida en el que debe consistir la ingesta diaria e insistir en el desarrollo de determinados hábitos alimentarios que se creen positivos.

El enfoque sistémico del tratamiento, centra la atención en el problema, que está definido como una situación indeseable y persistente en el tiempo, a la que alguien intenta aplicar soluciones que no resultan y para la que ese alguien considera que es necesaria la intervención de un experto. El problema está en función del sistema que sostiene o mantiene el síntoma, de ahí que no interese el cómo se originó el problema, sino es el cómo es que se mantiene; eso es lo que se va a atacar en la terapia. La familia, como sistema primario es de vital importancia en el tratamiento de la anorexia nervosa. Este sistema está conformado por cuatro propiedades fundamentales :

1. Unidad: el funcionamiento del sistema.
2. Morfostásis: tendencia al equilibrio.
3. Morfogénesis: tendencia a adaptarse a los cambios externos e internos.

#### 4. Causalidad circular: una conducta A causa o controla a B, y es controlada por B.

La estrategia en la terapia sistémica es poner a todos los integrantes de la familia en un mismo nivel, esto previene ataques por parte de uno de los miembros hacia la paciente señalada. La meta principal del equipo terapéutico es que la familia descubra, interrumpa y, eventualmente, cambie sus reglas de juego. Que la familia pueda crear una solución a su problema y a la pareja parental se le alienta a recuperar las habilidades que aumenten su función de liderazgo (Carlos, J., Sperty, L., Lewis, J.A. 1997. En Rubio 2004).

Desde la década de los cincuenta en Palo Alto se planteaba cómo emplear el descubrimiento de la parte desempeñada por las comunicaciones de doble nivel en la familia del esquizofrénico. El grupo de Bateson, experimentando con "dobles ataduras terapéuticas", razonó que tendría que emplear con la familia el mismo tipo de comunicación paradójica que estaba empleando la propia familia. Los Asociados de Milán, al adoptar la misma posición, elaboraron la idea de la doble atadura terapéutica, llamada por ellos una "contraparadoja" y utilizada como piedra angular de la metodología del cambio.

Bateson describe el doble vínculo como: en el nivel verbal se da una indicación que a continuación, en el segundo nivel casi siempre no verbal, es descalificada. Al mismo tiempo se agrega al mensaje, que está prohibido hacer comentarios, o sea metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y está prohibido dejar el campo. Una indicación de este tipo, obviamente, no permite al receptor ocupar la posición complementaria, o sea la obediencia a la indicación, pues no está claro cuál es la verdadera indicación. Tampoco le está permitido ponerse en posición simétrica o sea, desobedecer, porque no está claro cuál es la verdadera indicación contra la cual rebelarse.

La terapia comienza por la primera llamada telefónica. Durante esta entrevista, el grupo de Milán habla con el miembro de la familia que pide tratamiento por 15 ó 30 minutos, con la información proporcionada se formula una primera hipótesis antes de que el equipo terapéutico vea a la familia. Esta hipótesis debe ser circular y racional, esto es, que se pondrán en orden todos los datos incorporados a un sintoma, de manera que tengan sentido en el marco de las relaciones familiares. Los propósitos de las hipótesis postuladas a lo largo del tratamiento son el relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción, ordenar las preguntas circulares que se harán durante las sesiones e introducir a la familia en el encuadre de la terapia sistémica. Una hipótesis será útil durante el proceso terapéutico si se relaciona con la problemática central de la familia, si se encuentra el factor que la mantiene, si se configura y confirma lo que piensa la familia y el terapeuta sobre la verdad del problema.

Este tipo de terapia se ha distinguido por lo espaciado entre las sesiones, que pueden ser hasta de un mes y el uso de un equipo de dos terapeutas en cada sesión, originalmente un hombre y una mujer. Utilizan una sala con un espejo. del otro lado del espejo se encuentra otra

pareja de terapeutas que observan y dan opiniones a la pareja que se encuentra trabajando con la familia. El método original de Milán se ha descrito como una terapia "larga y breve", ya que se tienen pocas sesiones (generalmente diez) que se dan a lo largo de un año o más, dependiendo de que tan espaciadas sean las sesiones. El tiempo entre sesiones era largo por dos razones: uno era porque las familias tratadas tenían que hacer viajes muy largos y porque las prescripciones y rituales que les eran recetados debían hacerse en un período de tiempo lo suficientemente largo para que se vieran los cambios dentro del sistema familiar. Dentro del protocolo de la terapia sistémica está la firme regla de no dar sesiones extras, esto se debe a que el terapeuta no se someterá al juego de la familia ni se subyugará a sus reglas para mantener el control de la relación terapéutica, además esto puede significar que la familia está experimentando cambios, lo cual es esperado por los terapeutas (Hoffman, 1987, citado en Rubio 2004).

En una primera sesión se requiere que toda la familia esté presente, posteriormente el equipo puede decidir el ver a unidades distintas. Las sesiones duran aproximadamente una hora, aunque Salvador Minuchin trabajaba durante dos horas con una familia, tomando el almuerzo con ellos, él sostenía que compartiendo una comida con la familia hace posible el trasladar el foco de la alimentación de la paciente señalada a las transacciones interpersonales de la familia que se desarrollan en torno a la comida: control, obediencia/desobediencia, chantaje y exigencias de lealtad.

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

La tarea del terapeuta será notar en qué se desvía la familia que acude a la consulta, sin hacer demasiado hincapié en el síntoma o la historia de la aparición del mismo. La terapia entonces, consiste en rediseñar la organización familiar, estableciendo un cambio de segundo orden. La estrategia de la terapia sistémica es poner a todos los integrantes en un mismo nivel, esto previene ataques por parte de unos miembros hacia la paciente señalada o que a uno se le considere, o los demás lo perciban como más importante.

Para dirigir la sesión, el grupo de Milán creó un formato que se basa en la afirmación de Bateson de que "información es diferencia", y a la que se refieren como técnica de cuestionamiento circular. Que consiste en siempre plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación. Por ejemplo pedir a alguno de los miembros que comente el matrimonio de sus padres; o que catalogue a los miembros de la familia sobre la base de quién

ha sufrido más por la muerte de alguien etc. Estas son preguntas de "diferencia". También lo son las preguntas que tratan de antes y después, por ejemplo preguntarle a un niño qué porcentaje de las peleas entre los padres han disminuido desde que su hermano mayor fue hospitalizado etc. Esta clase de preguntas hacen que las personas se detengan a pensar, en vez de actuar de manera estereotipada. Las preguntas se refuerzan y son reforzadas por las prescripciones derivadas de ellas, de una manera que hace de toda la entrevista un ejemplo de circularidad a un nivel más complejo que si cada una de las técnicas fuese usada por sí sola.

Boscolo 1989 (En Rubio 2004) amplía la información sobre esta técnica mencionando que el interrogatorio circular se funda en la creencia de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar formaciones en lazo, más que secuencias lineales de causa y efecto, lo que estas preguntas abarcan es una cadena de retroalimentación mutuamente causales, de modo que se engendran circuitos de trazado complejo y no lineal. Las preguntas generalmente se dividen en categorías: percepción de los vínculos; diferencia de grado; diferencia de "entonces" y "ahora" diferencias hipotéticas o concernientes al futuro.

Los propósitos del cuestionamiento circular son:

1. Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
2. Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
3. Proponer la conducción de la terapia.
4. Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
5. Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente y futuro) del problema.
6. Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
7. Comprender las preguntas clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro de ésta, como el flojo, el enfermo, el regañón, el loco, el tonto, etc., y determinar cuándo y por qué se dio.
8. Cuando se observen límites muy rígidos en la familia y se dificulte la interacción, hacer preguntas en forma menos incisiva respecto al problema
9. Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico (Sánchez,2000; citado en Rubio 2004).

Otra de las características del enfoque del equipo de Milán es toda su actitud resumida en su concepto de "neutralidad" la cual ellos mismos describen como la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de resistir a todas las trampas

y enredos lineales. Por ejemplo, si al final de una sesión ningún miembro puede decir que el terapeuta estuvo de su parte, la neutralidad se ha logrado. El terapeuta sólo puede ser eficaz hasta el punto en que logre obtener y mantener un nivel distinto al de la familia (metanivel).

Podemos observar como entonces la neutralidad, pese a sus implicaciones de no comprometerse, tiene más que ver con la eficacia en la terapia que con permanecer al margen. El equipo mantiene una actitud apacible aunque respetuosa durante la entrevista, en contraste con la sociabilidad adoptada por muchas otras escuelas y practicantes.

La “neutralidad” confiere al terapeuta sistémico el poder de ser eficiente. Pero los ingredientes son muchos: la actitud tranquila, no reactiva, el cuestionamiento circular; que siempre coloca al terapeuta al metanivel, los recursos que evitan que el terapeuta sea afectado por la succión familiar (la pantalla, el equipo, los mensajes, las palabras y acciones inexplicadas e inesperadas de los terapeutas), el interés en cuestiones de campo y contexto, por orden de prioridad y, por último, la implacable actitud hacia la resistencia. Siendo entonces el papel del terapeuta completamente neutral, hace preguntas circulares, y ocasionalmente hace observaciones y comunica hipótesis formuladas con el equipo terapéutico.

Una vez que en el proceso terapéutico se han observado las modalidades de comunicación que se dan en la familia, se avanza atribuyéndole motivos positivos al patrón de comportamiento de una familia o individuo; a esto se le conoce como connotación positiva y no va dirigida a una persona en particular sino a las tendencias de automantenimiento del sistema global; esto ayuda a que la familia reduzca su resistencia al cambio, ya que esta viendo el síntoma desde el punto de vista homeostático de la familia aun cuando los comportamientos sean los que se etiquetan en psicología como destructivos y perjudiciales (Boscolo, L. et. al.; 1989. En Rubio 2004). La connotación positiva es un recurso terapéutico que puede ser una de las invenciones más originales del grupo de Milán

La connotación positiva está cargada de mensajes implícitos:

- El terapeuta gana su status gracias a que no está desaprobando ninguna conducta, todo lo contrario, está aprobando conductas que no aprobarían muchas autoridades, pero siempre explica el por qué de su aprobación.
- El terapeuta demuestra que todos están a favor de la preservación de la unidad familiar y su estabilidad, esta afirmación lleva un absurdo ¿Cómo puede ser que la preservación de la familia exija un precio tan elevado como el padecimiento de la anorexia en uno de los miembros?

- El terapeuta desplaza al paciente de su lugar habitual a un lugar en el que complementa el juego familiar. El paciente "no puede evitar" sacrificarse por la familia haciéndose mediante su enfermedad y la familia hace lo mismo "sin poder evitarlo"
- Además del tono coercitivo en el que la paciente no puede evitar sacrificarse, el terapeuta también admite que el síntoma está siendo beneficioso para el sistema y define como síntoma las modalidades conductuales de los demás familiares que no pueden evitar y se les da la misma connotación positiva.

Este recurso nos permite:

1. Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en la relación con el sistema, sin connotarlo, como moralista, evitando así trazar líneas arbitrarias de demarcación entre unos y otros.
2. Acceder al sistema mediante la confirmación de su línea homeostática.
3. Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho, en cuanto animados de la misma intencionalidad.
4. Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja: ¿cómo es posible que la cohesión del grupo que los terapeutas definen como tan buena y deseable debe ser obtenida al precio de un "paciente"?
5. Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeutas.
6. Definir el contexto como terapéutico.

Después de haber dado una connotación positiva al síntoma que se ha de atacar, se hace una prescripción; éstas con intervenciones paradójicas por medio de las cuales a la familia o a ciertos miembros de la misma, se les pide que realicen el comportamiento sintomático (más de lo mismo) y así demostrar que el síntoma está bajo control voluntario. Si se resiste a esta realización, la familia abandona el síntoma problemático. En el caso de la anorexia se le pide a la paciente que continúe comiendo al mínimo y a los padres continuar con sus modalidades de conducta habituales (Selvini, 1990). Es decir en una doble atadura terapéutica se pide al cliente que no cambie en un contexto en que se había esperado se le ayudara a cambiar. Si resiste la orden, cambia; si no cambia, ha hecho lo que el terapeuta le ha pedido que haga. En ambos casos el terapeuta mantiene su autoridad. Por lo general, la resistencia del cliente al terapeuta triunfa sobre él y decide cambiar.

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

A lo que Haley explica que las ataduras terapéuticas en analogía con la teoría de los juegos es una suposición implícita de que la gente está desarrollando juegos de poder con otras personas, juegos que a toda costa deben ganar. Una persona con un síntoma deriva un inmenso poder para controlar su medio —especialmente sus relaciones— mediante este comportamiento. Así, si el terapeuta le dice que continúe con el síntoma, estará con un atadura, ya que la única manera en que ahora puede controlar al terapeuta es abandonando el síntoma. (Hoffman, 1987).

Además de la prescripción están los rituales que son un método de prescripción por medio del cual los miembros de la familia ponen en acción una serie de comportamientos designados a alterar el juego familiar. El terapeuta expone las especificaciones de la prescripción detalladamente. Este es el tipo de prescripción que dirige a la familia hacia un cambio de conducta bajo ciertas circunstancias. Así el terapeuta espera cambiar el mapa cognitivo o el significado del comportamiento. El ritual además se acompaña de fórmulas verbales y todos los miembros de la familia deben participar. Como cualquier ritual debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según tiempo y lugar específicos. El fin principal de un ritual es curar al paciente, asignando al grupo una tarea común, en este caso el ritual, que introduce un nuevo sistema normativo entre los miembros de la familia.

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

En el tratamiento existe dos tipos de modelos el de Milán y el llamado post-Milán. En el primero los puntos de vista de los terapeutas no se expresan durante la sesión, sino hasta el

final. Se trata de que cada miembro de la familia cambie de actitud hacia el problema gracias a las preguntas del terapeuta, manteniendo una distancia entre éste y la familia. En el segundo modelo se emplea la prescripción paradójica y se involucran el terapeuta y la familia ambos realizan preguntas y permitirán la interacción de los miembros de la familia. El modelo de Milán lleva el tratamiento por medio de hipótesis, neutralidad, rituales, paradojas y contraparadojas, siendo las preguntas circulares de gran ayuda. El modelo Post-Milán permite a los coterapeutas una participación más activa, en cualquier momento, interactuando como un todo junto con la familia y el terapeuta. Se utilizan todas las ventajas y principios originales con excepción de la hipótesis.

Las bases del modelo post-Milán son: entrevista telefónica, sesión previa, encuentro terapéutico, sesión posterior, prescripción y el tiempo entre las sesiones. Sánchez y Gutiérrez 2000 ( En Barbosa 2001 ) compararon los dos modelos encontrando las siguientes diferencias:

1. En el modelo Milán se analiza el caso para realizar la terapia familiar, se plantea una hipótesis y se considera si es o no conveniente invitar a cada uno de los miembros a la primera sesión. En el modelo post-Milán no se plantean hipótesis y todos los miembros de la familia pueden asistir a todas las sesiones desde la primera.
2. La estructura de la sesión es la misma.
3. En el modelo Milán el terapeuta desarrolla la hipótesis enfocándose en el problema que llevó a la familia a terapia. El modelo post-Milán hace preguntas a nivel individual y social además de las preguntas acerca del motivo de consulta.
4. El modelo de Milán tiene dos objetivos principales: inyectar una nueva carga de información al sistema y proveer un panorama exhaustivo de todos los puntos de vista y contradicciones de la familia. En el modelo post-Milán el terapeuta puede proporcionar información en cualquier punto de la sesión y la libertad de dar una opinión que la familia puede aceptar o rechazar. En este modelo se cierra la sesión repitiendo las reglas del juego.
5. En el modelo de Milán se comienza con un número de integrantes y gradualmente se van eliminando. En el modelo post-Milán todos los integrantes de la familia son invitados desde la primera sesión.
6. El proceso de ambos modelos involucra dos fases: asesoramiento y tratamiento. El asesoramiento se da desde el primer contacto con la familia hasta la tercera sesión. En esta fase el objetivo principal es evaluar si el equipo puede ayudar a la familia, lo que significa determinar la cantidad de integrantes delimitación de territorios, cómo se relacionan entre sí y el papel de cada uno en el mantenimiento del juego. Otro de los objetivos consiste en determinar la motivación del sistema familiar hacia la terapia. El tratamiento empieza en la

tercera sesión y en las sesiones posteriores el equipo terapéutico busca establecer y reforzar la autoridad de los padres en el núcleo familiar.

7. Ambos modelos reconocen tres reglas con respecto al terapeuta: 1) El terapeuta debe obtener información de cada uno de los miembros a diferentes niveles, para comprender el problema sistémico, 2) El terapeuta debe estar abierto a lo que diga la familia y a los cambios de opinión que se susciten durante la sesión, 3) Elaborar puntos de vista individuales. El terapeuta será quien otorgue la oportunidad de intercambiar lo que entiende cada integrante en relación al problema.
8. Para el éxito de una sesión se deben tomar en cuenta dos reglas: que todos los miembros de la familia puedan participar tanto por parte del terapeuta como de la familia y el terapeuta debe controlar que las normas no se rompan, por ejemplo si un miembro interrumpe a otro, es papel del terapeuta decidir si continúa o si la palabra es del interrumpido.
9. En el modelo de Milán el terapeuta plantea directamente a cada miembro preguntas circulares sobre el problema. El modelo post-Milán usa paradojas y metáforas que en la interacción le proporcione información que ayude a resolver el problema.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo pretende a través de una amplia revisión bibliográfica compilar, describir, comparar y analizar los conocimientos que se han obtenido a la fecha acerca de un trastorno que por su complejidad diagnóstica y terapéutica ha llamado la atención especialmente en los últimos 50 años; la conclusión de esta investigación presenta el estado del arte, esto es, la concepción a la que al presente han llegado los diversos estudiosos de este trastorno. En el capítulo I pudimos darnos cuenta como la visión que se ha tenido desde la antigüedad hasta nuestros días de la anorexia ha venido modificándose debido a que se le han atribuido diversas etiologías según la época. Por ejemplo, se creía que dicha conducta (la de no comer), se debía a factores divinos o satánicos, esto porque en la Edad Media muchas mujeres buscaban la unión con Dios a través del ayuno, con el objetivo de santificarse y si a ello le sumamos que la iglesia las alentaba, podemos comprender porqué en esta etapa a las ayunadoras no se les consideraba enfermas. Ahora bien, muchas de ellas fueron acusadas de herejes, pues la iglesia no sabía si este tipo de ayuno, en el que se ponía en riesgo la vida de las jóvenes era obra de Dios o del Diablo. Estas mujeres de la Edad Media se supone, porque no se tienen los suficientes registros para poderlo afirmar, que restringían su alimentación por cuestiones religiosas a diferencia de las anoréxicas de hoy en día. Aunque no me parece descabellado pensar que por lo común que era en aquella época que las mujeres se consagraran a la religión - las que aquí nos ocupan - usaron tal situación para sublimar el verdadero motivo por el cual se sometían a tan estrictos ayunos; y es a través de dedicar su vida a la religión que se alejan del hogar yéndose a vivir a un convento y teniendo en éste el control sobre su propia vida y la de su familia, pues a los ojos de ésta suben en la escala de los sacrificios y son sujetos de admiración. Fue hasta el siglo XVII cuando la concepción del ayuno empezó a cambiar, y se empezó a utilizar el término "tisis nerviosa" o "atrofia nerviosa" para describir esta conducta de la restricción de alimento y pasó de ser una cuestión religiosa a ser una perturbación del Sistema Nervioso caracterizada por tristeza y preocupaciones ansiosas descrita por Richard Morton. Después, entrado el siglo XVIII, se relaciona el rechazo a los alimentos con el estado psíquico de los sujetos, fortaleciéndose con ello la postura de que el origen de este trastorno es mental. Reforzando esta hipótesis los médicos del siglo XIX relacionaron el rechazo a los alimentos con la amenorrea, pensando que estaban frente a un tipo de histeria; es decir, el origen de la anorexia pasó de ser una alteración en el Sistema Nervioso a ser una alteración mental.

Fueron Gull y Laségue a mediados del siglo XIX quienes hicieron referencia al temor mórbido a engordar o subir de peso de estas mujeres, siendo Gull quien utilizó por primera vez el término "anorexia nervosa" y con ello rechazó que se tratara de un tipo de histeria, ya que no

se presentaban los síntomas propios de ésta como son: anestesia, ceguera y parálisis. Ambos autores la consideraron una enfermedad psicógena. Laséque fue más allá convirtiéndose en el primer médico del siglo XIX que sugirió que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre las muchachas y sus padres. Es así que al ir avanzando las investigaciones durante el mencionado siglo, se empezaron a ver a estas mujeres como pacientes y no como santas o brujas.

Conforme avanzó el siglo XX los investigadores fueron asociando la enfermedad con la sintomatología obsesiva y con el temor al desarrollo sexual; es decir, se empezó a hablar del miedo de las anoréxicas a crecer y del deseo de seguir siendo “niñas”, evitando así la madurez y con ello propiciando el manejo del control del propio cuerpo y de la familia. Fue Mara Selvini Palazzoli quien planteó que ésta es una enfermedad de mujeres porque ellas son sujeto de mayor control familiar a diferencia de los hombres, siendo el alimento y las comidas simbolismos de luchas y conflictos concretados en el medio familiar y no la insatisfacción físico-estética la que propicie futuros trastornos anoréxicos. Es en este momento de la historia cuando podemos apreciar que esta enfermedad va más allá de simples modas o de influencias de los medios de comunicación. Es decir que resulta erróneo pensar que las adolescentes padecen anorexia a consecuencia de estereotipos de belleza femenina o de influencias sociales; la génesis de esta enfermedad es mucho más profunda situándose en la dinámica familiar.

Cuando la anorexia es clasificada como un trastorno alimentario en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV) se definió como un trastorno que consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal, el miedo intenso a subir de peso, la alteración de la imagen corporal y la presencia de amenorrea.

Es Hilde Bruch quien clasificó a la anorexia en primaria y secundaria – la primaria es la que en esta investigación nos ocupó-, la cual tiene como características la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos y la sensación paralizante de ineficacia. La secundaria o atípica se presenta junto a otras patologías como histeria, depresión o esquizofrenia y a diferencia de la primaria ésta se da en personas de mayor edad y tiene mejor pronóstico.

En el capítulo II se definió la enfermedad desde el punto de vista médico como una forma de desnutrición resultante de la inanición crónica, sin embargo los médicos saben que el origen de la anorexia no es un problema de desnutrición, pero que sin embargo se expresa en una disminución de la ingesta y en un adelgazamiento progresivo, poniéndose en marcha una serie de mecanismos que tienen por finalidad mantener la vida, pasando a un segundo plano aquellas funciones “no vitales” como la reproducción y el crecimiento.

Esta enfermedad provoca una serie de alteraciones en los aparatos: digestivo, cardiovascular, respiratorio, circulatorio, en el sistema óseo y además detección y aún regresión

Después en los años ochentas este mismo equipo optó por el método de prescripciones que incluía a los miembros de la familia extensa, la paciente y eventualmente a los hermanos (as) quienes eran involucrados en las primeras dos sesiones, mientras que después el trabajo se fundaba sólo en las alianzas con los padres, por ejemplo se les prescribía que se ausentaran de casa – los padres- por horas o días sin dar explicación a los demás miembros de la familia y que más tarde en terapia refirieran cual había sido la reacción de cada uno de los integrantes de la familia. Este método era eficaz en las familias que tenían un hipercontrol recíproco entre padres y paciente, pero no servía para las familias que tenían una actitud hostil hacia la paciente, o en aquellas en la que la anoréxica ya era casada. Más tarde el equipo de Milán usó el método de revelación del juego familiar en el que se dio énfasis en conectar el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres.

Con estos tres métodos se logró llevar a más de la mitad de las anoréxicas tratadas por este equipo a una actuación psíquica globalmente buena (Selvini-Palazzoli, 1999).

Como pudimos darnos cuenta a partir de la bibliografía revisada se encontraron discrepancias en las distintas teorías que tratan de explicar esta enfermedad, estas diferencias radican en la explicación que cada enfoque da del trastorno; en los factores que lo provocan y en el tratamiento que debiera seguirse. En nuestro país autores como: Rocha, García, Barriguete y Palma (2003) en su artículo llamado "Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria", refirieron que uno de los mayores problemas en la comprensión de estos trastornos radica en la manera en la cual se conceptualiza el padecimiento, por lo que resulta frecuente, dicen estos autores, que se pongan de moda tratamientos más o menos rápidos y en algunos casos sensacionalistas para tratar algo que ni siquiera se comprende bien. Por lo que se pierde tiempo, dinero y sobre todo se producen daños al paciente y a sus familiares que pudieran resultar permanentes.

Por lo tanto, es lógico pensar que se llegan a cometer una serie de errores en la intervención, los cuales pueden constituirse en importantes factores de mantenimiento o empeoramiento del cuadro anoréxico. Toro y Vilardell (1987) mencionaron algunos de ellos: el médico que por falta de conocimiento o por no asumir responsabilidades retrasa el diagnóstico empeorando el cuadro y por tanto el pronóstico, el dietista y el endocrinólogo que recomienda a una joven que pierda los kilos que a su juicio le sobran o corroboran sus deseos de hacerlo sin una mínima verificación previa de sus características psicológicas o psiquiátricas, los ginecólogos que frente a una amenorrea sintomática de un cuadro anoréxico se empeñan en que la muchacha en cuestión menstrúe como sea, los psiquiatras y psicólogos que ante una anoréxica que presenta los más evidentes signos psicológicos y fisiológicos de la desnutrición, se empeñan en psicoterapias individuales, grupales o familiares; sin atender a la probable

irreversibilidad o empeoramiento de esa sintomatología si no se consigue la imprescindible realimentación.

Viniegra y Salinas (2003) en su artículo titulado “ La anorexia nerviosa ¿Un problema de ingestión de nutrimentos?”, mencionaron la importancia de destacar que esta enfermedad se gesta por una estructura familiar determinada, que condiciona ciertas características psicológicas de los individuos que las padecen y que al expresarse plenamente como un rechazo a la ingesta de alimentos y por consiguiente en un adelgazamiento progresivo, provoca enormes cambios en el organismo y estos son la expresión de ese trastorno familiar. En otras palabras una determinada estructura familiar (lo social), provoca que algunos de sus integrantes desarrollen ciertas peculiaridades de personalidad ( lo psicológico) y que haga su aparición la anorexia nervosa ( lo biológico). Esto nos permite entender por qué el nivel de intervención familiar es imprescindible.

Como nos hemos podido dar cuenta a través de esta investigación la anorexia nervosa es un trastorno que se ha explicado desde diferentes puntos de vista. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que los principales factores de dicha enfermedad son: la dinámica familiar y las características de personalidad de la enferma, como lo explica el enfoque sistémico. Por ello en cuanto al tratamiento lo más acertado es que estas enfermas sean tratadas de forma individual y familiar. Individual para que en un espacio reservado sólo para ellas puedan hablar sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas y familiar; para que en conjunto logren identificar y modificar los patrones insanos de interacción que tienen como familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* ( 4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Aparicio, R. (2001). *Evolución diagnóstica y conceptual de los trastornos alimentarios*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Barbosa, A. (2001). *Las aproximaciones cognitivo-conductual y sistémica en la anorexia nerviosa*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Buckroyd, J. (1997). *Anorexia y Bulimia*. España: Martínez Roca.
- Bruch, H. (1904). *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Busignore, A. (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria: prácticas interdisciplinarias*. ( 2ª ed.). Argentina: Atuel.
- Caparros, N. y Saofeliú, I, (1997). *La anorexia: una locura del cuerpo*. España: Biblioteca Nueva.
- Correa, E. (2003). *Epidemia Social del Siglo XXI, Anorexia y Bulimia nervosa*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Crispo, R. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervención para el cambio*. Barcelona: Herder.
- Crispo, R. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. ( 1ª reimpresión). Barcelona: Gedisa.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico- práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. España: Masson.

Chinchilla, A. (Ed.). (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. (1ª ed.). España: Masson.

Duker, M. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. México: Limusa.

Feinstein, S. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernández, F. y Turon, G. (1998). Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en la anorexia y bulimia. (1ª ed.). España: Masson.

Flores, M. (1995). Anorexia nerviosa y el condicionamiento aversivo a los sabores. Tesis de licenciatura. México: UNAM.

García, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. (1ª ed.). España: Masson.

García, E. (2002). Anorexia y Bulimia: Fenómenos poco comprendidos. Tesis de licenciatura. México: UNAM.

García, F. (1993). Las adoradoras de la delgadez. España: Díaz de Santos.

Goldman, B. (2000). Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer. Buenos Aires: Lugar

Gómez, P. (1996). Anorexia nerviosa. La prevención en familias. España: Pirámide.

Gómez, P. (2003). Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa. España: Tilde.

González, G. (1996). Anorexia Nerviosa. Tesis de licenciatura. México: UNAM

Gorali, V. (Ed.). (2000). Estudios de anorexia y bulimia. Argentina: Atuel.

Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. (2000). España: Ars Médica

Guillemot, A. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. España: Masson

- Hekier, M. y Miller, C. (1994). Anorexia- Bulimia: Deseo de nada. Argentina: Paidós.
- Herscovici, C. (1990). Anorexia nerviosa y Bulimia: Amenazas a la autonomía. México: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica.
- Maldonado, G. (1998). Anorexia nerviosa. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Martínez- Fomes, S. (1994). La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. México: Espasa-Calpe.
- Morande, G. (1999). La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Temas de hoy.
- Ortiz, G. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Palma, M. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición, 20 (5), 5-12.
- Plazas, M. (2003). Prevenir la anorexia y la bulimia. Cuadernos de nutrición, 20 (5), 13-16.
- Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. España: Pirámide.
- Raimbault, G. y Eliacheff, C. ( 1991). Las indomables. Figuras de la anorexia. Argentina: Nueva Visión.
- Rocha, S. y Barriguete, J. (2003). Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición, 20 (5), 1-4.
- Rojo, L. y Cava, G. (Eds.). (2003). Anorexia Nerviosa. ( 1ª ed.). España: Ariel
- Rubio, M. (2004). Cinco Modelos Explicativos de la Anorexia Nerviosa: Una revisión documental. Tesis de licenciatura. México: Universidad Salesiana.

Rutz, C. y Rutz, J. (1994). Entrevista familiar circular sistémica: una propuesta metodológica. Tesis de licenciatura. México: UNAM.

Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universitaria-Empresa.

Schute, G. (1983). Anorexia mental. Barcelona: Herder.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y contraparadoja. México: Paidós.

Selvini, M. y Sorrentino A.M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas (1ª ed). España: Paidós.

Shelley, R. (2000). Anorexia. Guía para pacientes, familiares y terapeutas. (1ª ed). México: Trillas.

Speicr, A. (1986). Psicoterapia familiar, en un caso de anorexia nerviosa. Argentina: Nueva Visión.

Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de las puertas de la familia? (1ª ed.). España: Gedisa.

Strada, G. (2002). El desafío de la anorexia. España: Síntesis.

Tannenhaus, N. (1999). Anorexia y Bulimia. (3ª ed.). España: Plaza & Janes.

Tisera-López, G. (1996). Anorexia- Bulimia. Argentina: Homo Sapiens.

Tinahones, F. (2003). Anorexia nerviosa y bulimia: una experiencia clínica. España: Diaz de Santos.

Tomas, J. (Ed.). (1999). Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia. Barcelona: Laertes.

Toro, J. y Vifardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. (1ª ed.). España: Ariel

Turob, V. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad. México: Masson

Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos de alimentación. España: Granica.

Vandereycken, W. (1999). La familia en su génesis y tratamiento. España: Granica

Viniegras, L. y Salinas, J.L. (2003). Anorexia nerviosa: ¿un problema de ingestión de alimentos?. Cuadernos de nutrición, 20 (5), 33-36.

Yager, J. (2001). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. España: Ars Médica.