



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DESORDEN ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO:
TRASTORNO POR ATRACÓN,
UN ANÁLISIS DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

AIDA ESTEFANIA MARROQUIN ARGUETA

ASESOR DE TESIS

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios.

Por regalarme la vida, la salud y una familia.
Por darme fuerza, entendimiento, amor y bondad.

A mi padre Moises Marroquin Salvatierra.

Eres un padre amoroso e incondicional; mi ejemplo de perseverancia.
Gracias por tus sabios consejos.

A mi madre Elvira Rosalinda Argueta Moran.

Por enseñarme el amor a la lectura desde mis primeros años de vida.
Por ser mi primera y más grande maestra. Agradezco tu cariño y apoyo.

A mis hijas Katia Isabela Marroquin Argueta y Mariana Ojeda Marroquin.

Por su comprensión y amor.
Son mi motivación para ser mejor persona y un ejemplo para ustedes.

A mis abuelos Moises Marroquin, Olga Salvatierra, German Argueta y Aida Moran.

Gracias por enseñarme el valor de leer, escribir, de aprender y de enseñar. Por el cariño que siempre me han brindado.

A mi hermano Moises Marroquin Argueta, a Patricia Cardenas, a mi do German Argueta y a toda mi familia.

Agradezco tu cariño, los momentos en que has sido mi soporte, las veces en que has leído lo que escribo y toda la confianza que tienes en mí.

A mis amigos Cristabel Diaz, Hildeliza Diaz, Cesiah Velasquez e Ignacio Quepons.

Por su amistad. Por motivarme a terminar la tesis, por leer lo que escribo.

A Alma Delia Sanchez

El cariño y atención que ha brindado a mis hijas, me ha dado la tranquilidad de trabajar en mi tesis. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Gracias mi asesora de tesis Lic. María Antonia Rodríguez Milian por creer en esta investigación y darme su apoyo pacientemente cada vez que lo necesité.

INDICE

PORTADA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION	7
-Planteamiento del problema	8
-Objetivos generales.	10
-Premisas: Preguntas de Investigación	11
-Procedimiento	.11
MARCO REFERENCIAL	
Obesidad.	12
1. Comedores compulsivos.....	... 14
Obesidad y personalidad.	
Alteraciones psicológicas frecuentes	.18
1. Imagen corporal distorsionada de uno mismo	18
2. Descontrol alimentario (Atracón alimentario) .	.20
3. Ansiedad	21
4. Adicciones y enfermedad: Manifestaciones de la depresión	22
5. Trastornos de la sexualidad	26
a. Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo	26
b. Estar obeso como forma de agredir al compañero.	31
Estructuras y procesos psicoanalíticos.	
1. Modelo topográfico de la mente	32

2 Modelo estructural de la mente	.35
3. Desarrollo psicosexual.	41
4. Sobre los usos que las sociedades dan a los alimentos.	44
Trastornos de la conducta alimentaria.	.45
1. Factores biológicos.	.45
2. Factores psicológicos.	.47
a. Conducta y personalidad.	47
b. Conductas adictivas en la obesidad.	49
c. Conductas repartorias.	50
d. La imagen corporal..	52
e. Medida.	.53
Anorexia Nerviosa	.53
1. Criterios diagnósticos	54
Bulimia Nerviosa	56
1. Criterios diagnósticos.	56
Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.	60
1. Criterios diagnósticos	60
Trastornos por atracón	62
1. Criterios diagnósticos.	63
2. Psicopatología	64
3. Epidemiológica.....66
4. Etiopatogenia.	.67
5. Aspectos relacionales entre trastorno por atracón y obesidad.....	70
6. Aspectos clínicos	72

Desarrollo de la personalidad y psicopatología.

1. Personalidad.	73
2. Factores predisponentes de la patología	73
3. Punto de vista filosófico sobre el comer en exceso	.74
4. Primacía de las experiencias y de la imaginación oral..	76
5. Fantasías orales inconscientes	78
6. Dependencia oral profunda	80
7. El destete.	83

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

INTRODUCCION

*"Ay! La pobre princesa de la boca rose
Quiere ser golondrina, quiere ser mariposa,
Tener alas ligeras, bajo el cielo volar
Ir al sol por la escala luminosa de un rayo, o
perdersse en el viento, sobre el trueno del mar."*

Sonatina, Rubén Darío.

El trastorno por atracón es el sexto desorden alimentario no especificado con síntomas parecidos a la bulimia nerviosa pero sin la conducta compensatoria de la misma. Por esta razón ha sido clasificado como un trastorno de la alimentación recientemente.

Al Indagar acerca de un tema nuevo, con poca investigación científica, lo que se pretende descubrir es información valida y confiable, no solamente para delinear líneas de investigación posteriores sino para emprender movimientos activos en los diferentes ámbitos en los que individuos puedan estar siendo afectados; tales como los grupos de autoayuda para personas con problemas hacia la comida.

Se debe poner especial atención a los aspectos cualitativos de la información que la investigación proporcione. No sin dejar a un lado los cuantitativos sino para complementarlos.

Al elegir el enfoque psicoanalítico no se puede evitar querer descubrir la etiopatogenia del trastorno, aunque parezca un objetivo muy ambicioso.

Toda información puede ser valiosa y para empezar a comprender sobre el tema, se debe recurrir a investigaciones anteriores. Sin dejar a un lado las

investigaciones sobre la personalidad, las fijaciones en la infancia, la obesidad, la dependencia, el desarrollo humano, la conducta humana, la alimentación, el sexo y la culpa. Todos estos temas altamente relacionados con el tema principal: El trastorno por atracón.

Planteamiento del problema

Las enfermedades provenientes de desordenes alimentarios poseen un abordaje paradójico. Al comienzo atraen por la claridad de su sintomatología, pero después, cuanto más se estudian mas se niegan a dejarse aprehender, esto le ha sucedido a todas las disciplinas que se interesan en ellas, incluyendo el Psicoanálisis.

Los trastornos de la alimentación se están convirtiendo en un mal habitual de las sociedades desarrolladas. Los malos hábitos alimenticios, los sobrevalorados ideales de belleza y la presencia de problemas psicológicos, provocan cambios de actitud patológicos hacia la alimentación.

En la actualidad, es bien conocida la existencia de patólogas como la Anorexia Nerviosa o la Bulimia Nerviosa, pero existe otro trastorno del que no se habla tanto en los medios de comunicación, a pesar de que según las últimas estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Salud Mental, en el departamento de salud y servicios humanos es ya el más frecuente de los EEUU. Se trata del Binge Eating o Trastorno por atracón, un trastorno emergente que ha empezado a diagnosticarse hace tan solo algunos años y que se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de comida con sensación de pérdida de control, malestares físicos y psicológicos.

La persona afectada come incontroladamente, alcanzando incluso el consumo de hasta 20,000 calorías. Sin embargo, estas personas no utilizan la conducta compensatoria apropiada de la Bulimia Nerviosa, el vomito o algún otro medio de purga después de los episodios de comida.

La categoría de los trastornos alimentarios no especificados, según DSM-IV (APA, 2001), se refiere a aquellos trastornos que no cumplen los criterios para ninguna patología alimentaria de diagnóstico formal.

Integran esta parte, seis perfiles de síntomas. Los tres primeros hacen referencia a casos de anorexia nerviosa incompletos, mientras que los cuatro restantes, son cuadros que corresponden a síntomas parciales de Bulimia nerviosa (BN).

El trastorno por atracón es el sexto de los desórdenes alimentarios no especificados, se encuentra en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-TR. El trastorno por atracón y los demás desórdenes alimentarios no especificados sufren de menor popularidad que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pues han sido investigados con menor profundidad.

Según el departamento de salud y de servicios humanos de los Estados Unidos se calcula que el trastorno podría estar afectando ya a entre un 1% y un 2% de la población mundial, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres; aunque se está observando un incremento de la incidencia en ambos géneros.

Investigadores contemporáneos como Stunkard (1995) ha reconocido que lo padecen personas con o sin obesidad, siendo por lo general mujeres y menciona que el número de casos se ha ido incrementando.

Esta psicopatología crónica es relacionada con la depresión, los miedos y las fobias. Los estudios de Stunkard (1955) han determinado que el 50% de

personas que lo padecen presentan una historia de depresión y muchos de ellos fueron víctimas de abuso sexual, también se le relaciona con otros trastornos de la conducta alimentaria como el síndrome del comedor nocturno, en inglés Night Eating Disorders (NES) y con la obesidad; se estima que el trastorno por atracón podría estar presente en un cincuenta por ciento de la gente obesa¹.

El trastorno por atracón es un trastorno de última generación y por eso es importante su investigación, razón por lo cual se decidió realizar una tesis de tipo documental.

Objetivos generales

1. Analizar el papel de la autoestima, la angustia y la ansiedad en el trastorno por atracón.
2. Explorar las causas de las fijaciones en las etapas del desarrollo psicosexual del ser humano para entender la etiopatogenia del trastorno.
3. Analizar si las causas del trastorno por atracón se relaciona con las fijaciones de las etapas psicosexuales, las pulsiones y las compulsiones o si se relaciona con la neurosis obsesiva.
4. Describir desde el punto de vista de los teóricos psicoanalistas, el papel de los sentimientos inconscientes, las conductas compulsivas, el manejo de la vida sexual, familiar y social de las personas con trastorno por atracón.
5. Analizar con base a los estudios de diferentes autores psicoanalíticos como Freud, Klein, Jung, Laplanche y Bruch la etiopatogenia del trastorno por atracón.

¹ Stunkard AJ, Alliston KC.(2003) Binge Eating Disorder: Disorder or Marker Int. J Eat. Disord p. 107-116.

Premisas: Preguntas de investigación.

1. ¿Qué factores del desarrollo del ser humano influyen en el desorden alimentario no especificado trastorno por atracón?
2. ¿Qué autores psicoanalistas se han dedicado a la investigación de los desordenes alimentarios, en concreto del síndrome por atracón?
3. ¿Como se desarrollan los síntomas de la patología en la persona que padece de trastorno por atracón?
4. ¿Cuales son las problemáticas que se presentan en los aspectos sexuales, familiares y sociales de una persona con trastorno por atracón?
5. ¿Qué mecanismos de defensa presenta una persona con trastorno por atracón?
6. ¿Cuales son las causas del trastorno por atracón?

Procedimiento

El procedimiento de la investigación pretende ocupar un enfoque exploratorio de la problemática de investigación y así responder preguntas de investigación a través del estudio amplio, crítico y sistemático de fuentes documentales de diversa índole.

Analizando las investigaciones realizadas previamente y las aportaciones efectuadas en el campo de interés, se llegarán a conclusiones, no definitivas, pero que si aportan un punto de vista, a partir del análisis y la argumentación de la tesis documental planteada.

MARCO REFERENCIAL

OBESIDAD

"Debemos asombrarnos al descubrir un Freud, sordo, mefobo, dirlamos nosotros. reacio a la masica, instalando en su casa un ritual alimentario repetitivo que le permite encontrar cada dia sobre su mesa un puchero en el que solo cambian las salsas?"

Se pregunta el filósofo hedonista Michel Onfray (1996).

A los 28 años, Michel Onfray tuvo un infarto. Los especialistas le aconsejaron un drástico cambio en su régimen alimentario. Arriesgando su salud, Onfray se negó y poco tiempo después devolvió en su libro: "El vientre de los filósofos" (1996), una lección de hedonismo a sus nutricionistas, en el reúne a Diógenes, Rousseau, Kant, Nietzsche, Fourier, Sartre y Marinetti en un banquete imaginario. En esta obra postula el gusto de la libertad en el arte de comer.

He comido y bebido esos alimentos viendo en ellos no ya materia de ejercicio, sino materia de placer." Escribió Diogenes en una carta a su discípulo Monimo (p.30 citado por Onfray)

Siendo el comer un placer para la mayoría de las persona, muchas veces no es más que un círculo vicioso en donde queda atrapado el obeso, quien lejos

de sentir alivio a través de la ingesta se sumerge en el dolor que le provoca no ser consecuente con su deseo de delgadez.

La organización mundial de la salud OMS define obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El Índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros.

La definición de la OMS es la siguiente: /

Un índice de masa corporal igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un

Índice de masa corporal igual o superior a 30 determina obesidad.

Según la organización mundial de la salud la obesidad es el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de la obesidad.

Según el portal de salud del gobierno mexicano, la obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México, pues obtuvo el primero lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y segundo en adultos.

La mala alimentación, el sedentarismo, la falta de acceso a alimentos nutritivos, son factores determinantes del sobrepeso y la obesidad.

El doctor Alberto Cormillot cuenta con más de cuarenta años trabajando en la asistencia de obesos y sus familiares y en capacitación para profesionales en dicha especialidad. Creó y dirige instituciones como Clínica de Nutrición y Salud que son grupos profesionales para adelgazar y la Fundación ALCO

que son grupos de autoayuda para comedores compulsivos con actividad en Argentina, México y en varios países.

El doctor Alberto Cormillot (2005 citado en Parisow) define obesidad como:

Una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, que su manejo debe pasar especialmente por lo psicológico ya que lo que se procura es un cambio de la conducta y que como ocurre con la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del contacto con la gente p.7).

El doctor Cormillot no es el único en definir a la obesidad como una adicción. Los trastornos de la conducta alimentaria y las adicciones son dos de las problemáticas que afectan a la sociedad. Se deben de plantear las similitudes entre ambas. ¿Se podría considerar la conducta alimentaria como un tipo de adicción? Y de ser así, ¿podrá considerarse como adicción a la comida o a las conductas compensatorias?

Comedores Compulsivos

Un comedor compulsivo siente el impulso o sentimiento de estar atraído irresistiblemente a llevar a cabo el acto irracional de comer desmesuradamente.

La definición se puede encontrar en el diccionario de psicoanálisis de Laplanche (1997):

Clínicamente, tipo de conductas que el sujeto se ve impedido a ejecutar por una coacción.

Un pensamiento (obsesión), un acto, una operación defensiva, incluso una compleja secuencia de comportamientos, se califican

de compulsivos cuando su no realización se siente como desencadenante de cierto grado de angustia (s.p)

Los comedores compulsivos sufren de una enfermedad crónica. La ansiedad en el individuo crea un impulso hacia comer compulsivamente, al comer de esta manera entra en juego la culpa, la depresión, los miedos y las fobias; poco a poco se va desarrollando un alto nivel de ansiedad que vuelve a invitarlo a seguir comiendo. De esta manera, cada vez que el individuo come, se angustia, y cada vez que se angustia quiere seguir comiendo.

Uno de los síntomas del comer compulsivamente es la hiperfagia, es decir, comer y comer sin parar.

En el Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo el profesor asociado al área de psiquiatría el Dr. J.L. Pedreira Massa (1994) explica que las causas pueden agruparse en dos grandes apartados:

1° Los hábitos familiares: Serían familias que "comen de mas" en relación con sus necesidades y consumo.

2° Los conflictos psicológicos: La baja tolerancia a la frustración unida a una incapacidad para tolerar el aplazamiento de satisfacción de las demandas. Ante ello se suple con la incorporación/ingesta de alimento real/comida. Aunque las causas sean de uno u otro grupo, los mecanismos propuestos para explicarla han sido de diversa índole:

1.- La solicitud de la madre al bebe se hace de forma preferente por la alimentación, es decir la madre desea que su hijo/a "coma bien y todo lo que le doy".

2.- La reacción del bebe hacia el alimento se manifiesta como un deseo de satisfacción inmediata, no tolera la espera ni demora.

3.- El alimento aparece como un vector de primer orden lleno de cargas emocionales intensas entre la madre y el bebe. En ocasiones casi se puede decir que es el único vehículo para esas cargas emocionales o resulta dificultoso encontrar otras vías para expresarlas.

4.- En determinadas circunstancias el alimento aparece como un medio para calmar la angustia de la interacción en el seno de la madre-bebe.

5.- De esta manera la sensación de insatisfacción y la demanda al otro tienen un común: el alimento. De suerte que existe una anulación de la distancia entre la necesidad y su satisfacción. El riesgo evolutivo que tiene este tipo de conducta es la obesidad a medio y largo plazo. En ocasiones aparece concomitante con clínica de depresión, el rasgo más característico es que: a pesar de la hiperfagia existe un retraso pondero-estatural en estos niños/as.

Otros síntomas que pueden presentarse en un comedor compulsivo son las fobias sociales, que son el terror por la humillación o vergüenza en el entorno social.

Así también existen las fobias específicas, las cuales se desarrollan cuando el sujeto presenta un miedo extremo a un objeto, lugar o persona. Un ejemplo sería: "El ofrecimiento de dulces o chocolates a niños, seguidos de abuso sexual". En este caso el sujeto podría relacionar el suceso traumático con el dulce o chocolate y de esa manera crear una repulsión o terror exagerados hacia estos.

Lynne L. Hall (2010) menciona dos tipos de fobias relacionadas con el comer compulsivamente: estas son la *Phagophobia* que es el miedo a tragar y/o a la comida y la *Sitophobia* o *Sitiophobia* que es el miedo de la comida o de comer.

No es extraño encontrar que quienes sufren de comer compulsivamente, presentan miedos intensos a ingerir alimentos en público cuando creen que quienes se encuentran alrededor los observan directamente.

Obesidad y personalidad

Incluso en la actualidad no se ha dado importancia suficiente a los rasgos psicológicos o de comportamientos de la persona obesa,

porque ligeramente se está entendiendo la obesidad con una enfermedad importante de repercusión psicológica. Sin embargo, los aspectos psicológicos son un aspecto clave a considerar en el protocolo de tratamiento de la obesidad.

A continuación la definición de obesidad, de los autores Silvestri y Staville en el 2005.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la herencia, la genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales (p.3.)

Se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine la obesidad, hoy no se puede definir una cuestión psicopatológica específicamente vinculada a la obesidad. Existen obesos con o sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso.

Hide Bruch (cited^o en Parisow, 1973), enfatiza que:

La dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad y hambre de otras emociones que le embarga cotidianamente. p 7.

Existen factores comunes en las distintas personalidades de los obesos, semejantes a la de los adictos y los sufrientes de enfermedades crónicas, algunos autores hablan de una personalidad adictiva.

***Alteraciones psicológicas frecuentes en personas
obesas.***

Imagen corporal distorsionada de si mismo.

Ciertos problemas psicológicos expresan la ansiedad, miedos y problemas no resueltos de una cultura. El culto al cuerpo predomina en muchas culturas, con una presión mayor en la mujer, esto tal vez explique la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y la alimentación, así que también se puede hacer referencia a un trastorno étnico.

En el diccionario de psicoanálisis de Laplanche (1997) se encuentran definiciones de imagen corporal de los siguientes autores: Schilder, Haed, Dolto y Lagache.

Para Paul Schilder en 1923 y tomado de la noción de esquema corporal enunciada en 1911 por el neurólogo inglés Henry Haed (1861-1940). Paul Schilder emplea esta expresión para:

Designar una representación a la vez consciente e inconsciente de la posición del cuerpo en el espacio, encarado en sus tres aspectos de sostén fisiológico, estructura libidinal y significación social (s.p).

Sin referirse a Schilder, Françoise Dolto retomó la expresión en octubre de 1956, asociándola a:

La noción freudiana de estadio, para designar el proceso de "focalización" o inscripción en el cuerpo de percepciones arcaicas

de naturaleza olfatoria, respiratoria o erógena, que delimitan la personalidad dinámica y funcional del ser humano (s.p).

A partir de 1957, Dolto empleó más bien la expresión: "imagen inconsciente del cuerpo", primero con referencia a Daniel Lagache y a la noción de construcción de la personalidad, y después con un enfoque Lacaniano. Se trataba entonces de definir: "la encarnación simbólica del sujeto deseante", es decir, una representación inconsciente del cuerpo, distinta del esquema corporal, que sería su representación consciente o preconsciente.

Se puede hacer referencia a la imagen corporal distorsionada de uno mismo como una representación psicológica subjetiva consciente e inconsciente del propio cuerpo.

Para saber el impacto de las fantasías pre conceptivas y el vínculo en la formación de la imagen corporal infantil en niños obesos, analicemos el estudio de Manzo (2010) el cual realizó un estudio comparativo con veinte parejas madre-hijo; este investigador encontró que la obesidad y la alteración de la imagen corporal están vinculadas con las fantasías pre conceptivas, el vínculo con el hijo y factores sociales.

Las fantasías pre conceptivas son una serie de representaciones mentales que la madre desarrolla durante la etapa de su embarazo: en estas actividades mentales la madre incluye ideas, creencias o imágenes que involucran al feto en desarrollo. La idealización que tuvo la madre sobre el hijo repercute desde el nacimiento y durante el desarrollo del niño, pues la madre contrasta la fantasía con la realidad.

Según (Vives, 1991) este proceso se realiza en varias etapas las cuales son: la fase del deseo, la fase de la fantasía pura y el estadio objetal.

Después de que el niño nace, la madre entra en un periodo de reajuste psicológico, en esta etapa ella aprende a amar y aceptar a su hijo tal y como es; de esta forma el niño recibe el amor y se va creando un vínculo entre madre e hijo, esto hace que las pasadas fantasías pre conceptivas de la madre queden en el pasado y el niño tenga un desarrollo sano de su personalidad, aceptando a su cuerpo tal y como es.

Según HiIde Bruch (citado en Parisow 1973):

De producirse una exclusión de las necesidades corporales del niño en la relación precoz madre-hijo prevaleciendo arbitrariamente as emociones corporales de la madre sobre las del niño al no haber una madre "suficientemente buena" capaz de cualificar adecuadamente las necesidades del bebe esto podría derivar en un desconocimiento, de los límites del yo, de la imagen del propio cuerpo y del sentido de identidad. (p.7).

Probablemente en que en algunas culturas predomine un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, explique el aumento progresivo de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación. Aspiraciones de los padres, familia y sociedad a tener un modelo de cuerpo delgado puede repercutir de manera no saludable en el desarrollo del niño especialmente si es presionado a verse de cierta manera.

Descontrol Alimentarlo (Atracón Alimentario)

Es una conducta que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa, por lo menos dos veces por semana durante dos meses.

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre lo que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y una sensación de enojo/desesperación/decepción por no poderse controlar.

Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima.

Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad no solo aparece por los peligros externos y objetivos, sino también por otros que tienen carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes. La reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros están desajustados, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformara en un peligro agregado.

Para (Marks, 1986; citado por Sierra, Ortega y Zubeidat 2003) el término ansiedad alude a:

La combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de este, en que mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (p.15).

La alarma interna que supone la ansiedad, no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirla. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminando el peligro que le ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente.

La ansiedad se libera de alguna forma, comiendo, tal y como señala Bruch, (1974) según las investigaciones en su libro *Eating Disorders Obesity. Anorexia Nervosa, and the person within*.

El comer o más exactamente masticar, supone un gasto de energía e implica una forma de desgarrar y triturar actividades que son un tanto agresivas, esto se transforma en una forma de reducir la ansiedad, aunque es una forma rápida y pasajera puede llegar a tardar todo el tiempo que el individuo se mantenga comiendo.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

Manifestaciones Depresivas

En esta psicopatología se pueden describir las siguientes características:

Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo.

- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes.
- Insomnio o al menos serias dificultades para conciliar el sueño y conseguir que este sea realmente reparador.
- Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
- Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
- Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso.
- Bajo nivel de autoestima.
- Excesiva preocupación por el estado de salud.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna que lo justifique.
- Auto reproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva.
- A niveles diferentes de consciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad.

- Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo.
- Ideas mas o menos concretas de suicidio.

Por otro lado Lopez (2009) explica la manifestacion de la depresion en relacion con adicciones y enfermedades, en el articulo publicado por el colegio de Analisis Lacaniano (Mexico 2009)

Adicciones y Enfermedad: Manifestaciones de la depresion.

Se entiende, entonces, que las adicciones son manifestaciones de la depresiOn, y constituyen recursos para aliviar el dolor de enfrentar el vacio en el que las condiciones sociales de consumidores automatas, nos han arrojado en este neoliberalismo salvaje. Asi, las adicciones pueden ser como deciamos, el consumo de drogas, quirnicas o no, licitas o no, como el alcohol, la sobrealimentacion, el sexo, el tabaquismo, el café, el juego, el deporte, el trabajo en exceso, el Internet, la compra compulsiva, la pareja, la religion o el esoterismo, entre otras que, por otra parte, muchos de estos aspectos, no dejan de ser productos de consumo, al que dificilmente nos podemos sustraer.

La misma palabra adiccion la podemos separar en las raices "a" y "dicciOn" que unidas significan "sin palabra". Esto nos indicaria que las a-dicciones, son esos males de ausencia de palabra, enfermedades del silencio como las llama Salamamonovitz, pero que encuentran otros caminos de expresiOn, como por ejemplo, en el propio cuerpo del sujeto y a traves del tacto y no pocas veces, del pasaje al acto, poniendo la vida del sujeto en riesgo de muerte, lo que constituye un autentico suicidio lento.

El adicto y el deprimido quieren llenar su boca vacia de palabra con algo material que representa la Cosa, eso imposible que no puede ser articulado con ninguna palabra, eso que no puede ser recuperado nunca. eso de lo que Kristeva nos habla en el -Sol

negro" , "... sol sonado y claro a la vez..." a la que " le dedica sus lagrimas y su goce esta orilla de lo extraño" .

El adicto confunde la palabra con la Cosa en respuesta a un mundo de leyes perversas que se aplican a unos pero no a otros, como ocurre con la distribución injusta y avorazada de la riqueza del neoliberalismo salvaje de nuestro tiempo (p.3-4)

El comer en exceso varios alimentos puede contribuir a cerrarle el paso a la depresión.

Algunas personas presentan un estado de ánimo decaído, sin muchas fuerzas Para realizar tareas habituales que no llega a ser una autentica depresión, las cuales sienten (aunque sin relacionar una cosa con otra) como aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono.

Estos alimentos tienen entre su composición química elementos que aumentan los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología.

Esos kilos de más, producto del consumo de alimentos calóricos son el precio que la persona paga por poner un dique de contención a la depresión. Un dique de contención se encarga de proteger determinadas áreas contra el embate de las (o)las, así los alimentos realizan una función de contención hacia los sentimientos, alejándolos del enfoque del sujeto; algunas emociones son sepultadas y/o transformadas y se crean patrones de conducta en donde se reconocen características especiales como la diferencia de humor y estado de ánimo dependientes del modo y forma de consumir alimentos.

Trastornos de la Sexualidad

Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo²

El contacto sexual y la comida, se relacionan en una extraña forma, tal como se analizan en las siguientes líneas.

Silvestri & Staville en el 2005 relacionan la satisfacción con la comida, con la insatisfacción sexual:

Si bien, el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, el deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción, y si esta se mantiene durante un largo periodo de tiempo se tiende a buscar otra satisfacción que, de manera imperfecta, la compense. Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional (p.16).

En las funciones biológicas del individuo según el psicoanálisis encontramos dos pulsiones básicas: pulsión de eros y pulsión de muerte, estas se combinan o se contrastan entre sí, por ejemplo: cuando una persona está comiendo y tritura la comida, lo que supone un acto de destrucción, pero al mismo tiempo la incluye a su cuerpo como alimentación (acto de vida); de la misma forma cuando una pareja tiene relaciones sexuales se da la penetración que es una agresión (acto de destrucción) mas la finalidad es la de una unión íntima (acto de vida). De esta forma las dos pulsiones Eros y de muerte, se combinan y llevan a la pareja a contrarios de atracción-repulsión.

² Freud Sigmund (1940) Esquema del psicoanálisis. p.4.

Cuando el contacto sexual es rechazado para el obeso las pulsiones de Eros y muerte pueden descompensarse. El sujeto busca un sustituto al placer sexual, la comida.

Miedo a las relaciones sexuales que se dificultan engordando.

El miedo a las relaciones sexuales, conocido en el psicoanálisis como fobias sexuales, es caracterizado por un deseo compulsivo de evitar tener experiencias sexuales y puede provocar un miedo desmesurado y recurrente que compromete la intimidad de quienes la padecen.

El sujeto, sea hombre a mujer experimenta ansiedad y angustia, temor persistente o irracional asociado a su deseo compulsivo de evitar tener sensaciones o experiencias sexuales.

Silvestri (2005) menciona las causas comunes por las cuales un sujeto evita entrar a una relación afectiva y tener experiencias sexuales comiendo desmesuradamente y teniendo un cuerpo obeso. Es importante mencionar que las causas mencionadas por Silvestri son comunes en hombres y mujeres y se dan de forma inconsciente, es decir, que la persona no planea engordar para evitar cierta experiencia sexual pero de cualquier manera su mente y sentimientos reaccionan así debido a sus miedos internos.

El miedo a entrar a una relación afectivo-sexual puede provocar que a nivel inconsciente algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar para de esta manera ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen incluso aunque la deseen.

Esto puede ocurrir:

- En mujeres que están en pareja, con miedo de ser infieles.
- Chicas jóvenes con miedo a iniciarse en el mundo de la sexualidad activa. Este miedo puede deberse a historias traumáticas relacionadas con el sexo, hayan sido vividas o transmitidas por la generación anterior, o bien al deseo de permanecer en la infancia y, por lo tanto de postergar el ingreso a la vida adulta. (este último aparece por miedo a perder la protección y el contacto afectivo con los padres, injustificado generalmente, justificado otras, y hasta estimulado por los padres en algunas ocasiones. y se instala en adolescentes que van cumpliendo etapas pero no cumplen con las etapas evolutivas que les corresponde. A su vez, la insatisfacción por no alcanzar las experiencias propias de su edad y la ansiedad aparecida ante el peligro de quedar sin el apoyo familiar, se pueden apagar comiendo.
- Mujeres asustadas de su gran capacidad erótica y que temen quedar atrapadas por la adicción al sexo.
- Personas acostumbradas en la infancia a ser llamativamente obedientes, incapaces de contradecir norma alguna, que gracias a ellos se aseguraron el cariño de sus mayores, y que al llegar a la etapa adulta son incapaces de desprenderse de prohibiciones, tabúes, miedos, aprensiones que aprendieron a tener respecto a la vida sexual.
- Miedo a la intimidad con otra persona. Este es un miedo que seguramente afecta más a hombres que a mujeres. Se trata del miedo de depender de alguien, a que ese alguien se convierta en fundamental para la vida, a que conozca lo más íntimo de uno mismo, a que este tan cerca que lo haga vulnerable. Evitando las relaciones sexuales se pone un tope a la intimidad y en estos casos la obesidad resulta muy
- Personas que no desean tener relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja. Son personas que siguen viviendo con su pareja, pero más en su calidad de compañeros de vivienda que como dos personas unidas a nivel emocional (es el caso de algunas mujeres que consideran que no pueden negarse al encuentro sexual con su esposo, pero que no les apetece en absoluto, de manera que procuran dar las menores facilidades posibles para el encuentro erótico, como estando poco atractivas).
- En algunos obesos de estructura neurótica, especialmente mujeres, muy susceptibles de ofensa fácil y con baja autoestima • se pueden observar rasgos de seducción, humor labil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital tales como frigidez, vaginismo, rechazo sexual, aunque ninguno es patognomónico de la obesidad nos refieren a una disfunción psíquica. En estos pacientes la obesidad constituye un "refugio seguro" y la alternativa de mostrar una figura atractiva despierta en ellas una

sensación de peligro referido al temor de perder el control de sus impulsos, temor proyectado a sus objetos y ante el cual la obesidad tranquiliza, al esconder las formas femeninas atractivas. De esta manera prevalece este beneficio por encima del desagrado que la obesidad les produce. El ocultamiento es más frecuente en la mujer. En el hombre la obesidad repercute menos y es muy raro que este pierda su actitud sexual o disminuya su sexualidad. Pero cuando el sobrepeso es tal que dificulta los movimientos y la respiración y es peligroso para la salud el hombre cambia de actitud y se torna pasivo (p.16,17).

Parece una controversia temer y desear una relación sexual, sin embargo, la mente es bastante compleja. Normalmente las personas no relacionan su sobrepeso u obesidad con su fobia sexual, pero el inconsciente tratando de protegerse contra la "agresión sexual" puede provocar en el sujeto una gran necesidad de comer. A nivel consciente el sujeto sabe que comiendo macho va a engordar, aun así hay una fuerza poderosa dentro de él, que lo estimula a seguir comiendo. De este modo tenemos a "la típica chica gorda universitaria que se viste como niña y utiliza lápices y cuadernos de caricaturas infantiles" o al "típico ingeniero obeso que prefiere mantenerse callado delante de las mujeres de la oficina". Pareciera que las personas no quieren acercarseles, sin embargo, ellos han creado una protección real a su alrededor, todas esas capas de grasa de alguna forma los protegen, los cubren. Aunque es necesario recalcar que no todos los obesos tienen fobias sexuales.

Aparición de la obesidad como respuesta de la pérdida de un ser querido.

La relación con la ingesta de comida y la pérdida de un ser querido, también ha sido analizada.

De acuerdo con. Silvestri (2005)

Suele observarse en alumnos obesos que bajan de peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido-representante invariablemente de la madre.

Estos fenómenos son sufridos pasivamente, es decir quienes lo padecen no buscan ni acentuar ni atenuar su peso corporal en relación con sus experiencias amorosas. Pero poco a poco, toma fuerza en su conciencia la constelación de angustia relacionada con temores y/o situaciones de abandono.

Este es un ejemplo paradigmático que nos remite a la observación primordial de que, en muchos casos, la carencia de objetos matematizados puede desencadenar el proceso psicobiológico que conduce a la obesidad. En estos casos el sujeto elige la comida como objeto, en vez de otros objetos, por su compromiso afectivo porque "ella" es comida, no abandona.

Pero como el comer, en la proporción que la voracidad de objeto exige, produce obesidad, esto acarrea rechazo social, con el consiguiente deterioro de la autoestima y el natural dolor que eso produce, busca ser calmado con comida. Se inaugura así un ciclo que gira, dramáticamente, en torno de sí mismo.

Así que el vacío psíquico, juega un papel crucial en la cuestión del no saciarse del obeso, entendida desde la orilla de su psicogénesis.

Si el normal saciarse representa la separación del objeto anhelado, el comer de más y sentirse nunca llenos estaría relacionado con un vano intento de llenar un vacío interior sin límites, vacío que tiene su origen en duras e indelebles experiencias infantiles de soledad y abandono.

El no comprometerse afectivamente equivale en el mundo de muchos obesos, a no sentir hambre (p.17-18).

Al estar enamorado el sujeto tiene un bienestar momentáneo que relaciona con el bienestar que sintió al estar dentro del vientre de su madre. La comida de repente deja de llamar su atención, pues su necesidad de amor está siendo suplida; al faltar el ser amado o dejar de recibir amor por parte de este, el sujeto empieza a sentir que algo le falta, empieza a llenarse de

angustia y ansiedad, el inconsciente toma el mando, y la necesidad de llenarse regresa.

Ahora. ¿dónde queda la madre en todo esto?, como se menciono anteriormente, el papel de la madre en el infante es de suma importancia, en casos como este, puede suponerse que el sujeto no recibió amor por parte de su madre, tal vez el sujeto no fue amamantado, tal vez desde sus primeros días sentía esa necesidad del pecho de mamá, que pronto quiso cubrir buscando otra forma de alimentación.

El amamantar no es solamente alimentar, si fuera así, un objeto de plástico haría el mismo trabajo. Al amamantar el infante recibe contacto físico, cercanía de la persona que mejor conoce, si el infante es abrazado seguramente sentirá protección, si es acariciado seguramente sentirá placer y amor.

Estos sentimientos que no fueron cubiertos, se reflejan en el obeso quien mantiene una constante falta de amor maternal, y cualquier persona que le da amor va a tomar el "papel de su madre".

Estar obeso como forma de agredir al compañero.

Ser obeso en una relación de pareja, es una forma de sentirse más seguro, en relación a la otra persona, en un proceso psicológico tan complejo en donde el cuerpo, juega un papel importante, tal y como lo expresa Silvestri (2005):

En algunas parejas que se ven envueltas en una lucha en la que cada uno se esfuerza por reducir, empequeñecer, limitar, infravalorar al compañero en un intento por sentirse más seguro, a lo que el otro contesta con iguales formas, la obesidad puede ser una manera más de desagraviar al otro, sobre todo si el compañero

es de esas personas que dan una especial importancia a la estética y aprecian mucho la apariencia ante los demás. Está claro que es un comportamiento absurdo, que lleva al deterioro personal y de la relación, pero ocurre en algunas parejas (p.18).

La presión por parte de la pareja de que se tenga un cuerpo ideal, puede afectar al sujeto provocándole ansiedad y haciéndolo comer compulsivamente. Si la pareja trata de controlar lo que come el sujeto y la cantidad que come, este puede sentir angustia y enojo por no sentirse aceptado. Muchas veces puede comer a escondidas de su pareja pues ahora la comida tiene un énfasis especial, es algo "prohibido".

ESTRUCTURAS Y PROCESOS PSICOANALITICOS

Siendo esta una investigación sobre el trastorno alimentario no especificado por atracón desde un enfoque psicoanalítico, es preciso tener claridad y comprensión de la teoría sobre la estructura de la psique y su funcionamiento para poder identificar los procesos que se suscitan en el desarrollo de la personalidad y en las diferentes formas en que se pueden influir sobre un individuo.

Modelo topográfico de la mente.

El doctor Sigmund Freud utiliza el término topica, que etimológicamente significa topos o lugar, como una metáfora espacial que serializaría unos lugares imaginarios por donde circulan los contenidos psíquicos. El inconsciente, el preconscious y el consciente.

- El Inconsciente

El inconsciente incluye recuerdos, sensaciones, fantasías e impulsos primitivos a los que no se obtiene acceso fácilmente. Está regido por procesos primarios, de manera que la energía circula libre y tiende a la descarga sin trabas y los contenidos están sometidos a mecanismos específicos como condensación y desplazamiento. Debe señalarse que en el inconsciente se encuentran los deseos más primitivos e infantiles.

Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real: su naturaleza interna nos es tan desconocida como la realidad del mundo exterior y nos es dado por el testimonio de nuestra conciencia tan incompletamente como el mundo exterior por el de nuestros órganos sensoriales (Freud, 1898, p.358).

- El preconscious

El preconscious es el sistema intermedio del aparato psíquico, tiene contenidos no presentes en el campo de la conciencia pero si más accesibles que los contenidos que se encuentran en el inconsciente. Contiene los recuerdos que se encuentran temporalmente fuera de la conciencia pero que pueden recuperarse con facilidad.

El consciente

El consciente, se encarga de los procesos cognitivos y la relación con el mundo exterior. Contiene la experiencia consciente de los pensamientos, los

sentimientos y las conductas en las que el individuo este al tanto en el momento.

Por consiguiente, el consciente y preconscious están regidos por procesos secundarios que son racionales y lógicos; se guían por el principio de realidad. Mientras que el inconsciente está regido por el proceso primario guiado por el principio de placer. Entre estas instancias, se encuentra el mecanismo de censura que impide que la energía circule libremente de manera incontrolada de un lado a otro. Entre preconscious y consciente, la censura se denomina selección o supresión y la situada entre preconscious e inconsciente se denomina represión.

Lo inconsciente y la conciencia. La realidad.

Bien mirado, no es la existencia de dos sistemas cerca del extremo motor del aparato, sino la de dos procesos o modos de su derivación de la excitación, lo que ha quedado explicado con las especulaciones psicológicas del apartado que precede. Pero esto no nos conturba en absoluto, pues debemos hallarnos dispuestos a prescindir de nuestras representaciones auxiliares en cuanto creamos haber llegado a una posibilidad de sustituirlas por otra cosa más aproximada a la realidad desconocida. Intentaremos ahora rectificar algunas opiniones que pudieron ser equivocadamente interpretadas mientras tuvimos ante la vista los dos sistemas, como dos localidades dentro del aparato psíquico. Cuando decimos que una idea inconsciente aspira a una traducción a lo preconscious parece después emerger en la conciencia, no queremos decir que deba ser formada una segunda idea en un nuevo lugar. Asimismo queremos también separar cuidadosamente la emergencia en la conciencia toda la idea de un cambio de localidad. Cuando decimos que una idea preconscious queda reprimida y acogida después por lo inconsciente, podían incitarnos estas imágenes a creer que realmente queda disuelta en una de las dos localidades psíquicas una ordenación y sustituida por otra nueva en la otra localidad. En lugar de esto, diremos ahora, en forma que corresponde mejor al verdadero estado de cosas, que una carga de energía es transferida o retirada de una ordenación determinada, de manera que el producto psíquico queda situado bajo el dominio de una instancia o sustraído al mismo. Sostituimos aquí, nuevamente, una representación estática por una representación dinámica; lo que nos parece dotado de movimiento no es el producto psíquico, sino su inervación. (Freud, 1898, p. 355-356).

Modelo estructural de la mente.

En el modelo estructural descrito por el doctor Sigmund Freud, utiliza una metáfora organizacional, describiendo el aparato psíquico con tres estructuras o instancias que se habrían formado progresivamente: el ello, el yo y el super yo.

- El Ello

Es el componente original de la personalidad, el único que está presente al nacer. Se entiende al Ello como el polo pulsional de la personalidad, en donde se reserva la energía psíquica, contiene impulsos sexuales y agresivos así como recuerdos de experiencias de gratificación relacionadas con la seguridad y el placer.

El ello se rige por el llamado principio de placer, la idea de que todas las necesidades tienen que ser satisfechas de inmediato. (...) Las necesidades insatisfechas constituyen un estado de tensión, y esto motiva a la gente a satisfacer sus necesidades de manera inmediata. De acuerdo con el principio de placer, el menor aumento de hambre debería dar lugar a un intento de comer y cualquier asomo de deseo sexual debería producir un intento por obtener gratificación (Carver, 1997, p. 204).

A primera vista, el principio de placer parece fascinante, después de todo, a nadie le gustaría ir por ahí con las necesidades insatisfechas. Pero hay un problema: el principio de placer no impone restricciones a la forma en que las necesidades han de ser satisfechas. El principio exige que las necesidades

sean resueltas, pero no dice que deben de serlo de manera racional o apropiada o tomando en cuenta los riesgos o problemas potenciales.

El individuo regido completamente por el principio de placer muy pronto se vera envuelto en problemas, pues el mundo es complicado y con frecuencia tan amenazador, que debe ser tornado con cuidado; por ejemplo, el que esta hambriento no puede precipitarse en medio de una calle llena de autos en movimiento para obtener comida. La realidad social impone limites a la conducta.

El principio de placer significa que cuando se crea alguna tension, el Ello (id) trata de descargarla.

Se llama proceso primario al mecanismo por el que el Ello descarga las tensiones, consiste en formar una imagen mental de un objeto o acontecimiento, el proceso primario conjuraria la imagen del pecho de la madre o la del biberon. Al verse separado de una persona amada, el proceso primario produce en la fantasia imagenes suyas. A la experiencia de generar estas imagenes se la conoce como satisfaccion del deseo.

La distincion trazada por Freud entre proceso primario y proceso secundario aparece en el libro: La interpretacion de las suenos, en el quinto apartado del septimo capitulo titulado: "Sobre la psicologia de los procesos oniricos". Este septimo y ultimo capitulo de la obra apunta a proporcionar una representacion teorica de la organizacion y el funcionamiento del aparato psiquico, que permita comprender las interpretaciones anteriormente expuestas.

En el diccionario de psicoanalisis de Lapanche se explican los funcionamientos del aparato psiquico descritos por Freud.

Son los dos modos de funcionamiento del aparato psíquico, tal como fueron descritos por Freud. Pueden ser radicalmente distinguidos: a) desde el punto de vista: el proceso primario caracteriza el sistema Inconsciente, mientras que el proceso secundario caracteriza el sistema preconscious-consciente. b) desde el punto de vista en el caso del proceso primario, la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y de la condensación; tiene a recategorizar plenamente las representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción constitutivas del deseo (alucinación primitiva). En el caso del proceso secundario, la energía es primeramente ligada antes de fluir en forma controlada; las representaciones son categorizadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles. La oposición entre proceso primario y proceso secundario es correlativa de la existente entre principio de placer y principio de realidad (Laplanche, 1997, s.p.).

- Yo

Como el Ello no puede manejar con eficacia la realidad objetiva, se desarrolla un segundo conjunto de funciones psicológicas a las que se denomina Yo. El doctor Freud creía que el yo evoluciona a partir del Ello y que aprovecha parte de su energía. Los procesos del Yo tratan de que los impulsos del Ello se expresen de una manera efectiva, que tome en consideración las exigencias del mundo externo.

Los caracteres principales del yo, de acuerdo con Freud, (1940):

A consecuencia del vínculo preformado entre percepción sensorial y acción muscular, el yo dispone respecto de los movimientos voluntarios. Tiene la tarea de la auto conservación, y la cumple tomando hacia afuera noticia de los estímulos, almacenando experiencias sobre ellos (en la memoria), evitando estímulos hiperintensos (mediante la huida), enfrentando estímulos moderados (mediante la adaptación) y, por fin, aprendiendo a alterar el mundo exterior de una manera acorde a fines para su ventaja (actividad); y hacia adentro, hacia el ello, ganando imperio sobre las exigencias pulsionales, decidiendo si debe consentirle la satisfacción, desplazando esta última a los tiempos y circunstancias favorables en el mundo exterior, o sofocando totalmente sus excitaciones. En su actividad es guiado por las

noticias de las tensiones de estímulo presentes o registradas dentro de él: su elevación es sentida en general como un displacer, y su rebajamiento, como placer. No obstante, es probable que lo sentido como placer y displacer no sean a alturas absolutas de esta tensión de estímulo, sino algo en el ritmo de su alteración. El yo aspira al placer, quiere evitar el displacer. Un acrecentamiento esperado, previsto de displacer es respondido con la sensación de angustia; y su ocasión, amanece ella desde afuera o desde adentro, se llama peligro. De tiempo en tiempo, el yo desata su conexión con el mundo exterior y se retira al estado del dormir, en el cual altera considerablemente su organización. Y del estado del dormir cabe inferir que esa organización consiste en una particular distribución de la energía animica (p.197-206)

Se dice que el yo se rige por el principio de realidad. La idea de que la conducta no solo debe considerar las necesidades y urgencias que provienen del interior, sino también las condiciones del mundo externo.

Si los riesgos de un curso de acción parecen demasiado altos, considera otra forma de satisfacer la necesidad, si no encuentra un modo seguro de reducir la tensión de manera inmediata, la gratificación de la necesidad se posterga hasta el momento más seguro y adecuado.

Dada la operación del principio de realidad, una meta del yo consiste en demorar la descarga de la energía del Ego hasta que se encuentre un objeto o alguna actividad gracias al llamado proceso secundario.

- *Superyo*

Se desarrolla como una forma de resolver un conflicto particular que ocurre durante el desarrollo de la personalidad entre el yo y el ello. Es la incorporación de los valores paternos y sociales. Decide lo que es correcto y lo que está mal y se esfuerza por lograr la perfección más que el placer. Para

obtener el amor y el afecto de sus padres, el niño llega a guiarse por lo que estos consideran correcto. Freud consideraba que esta estructura procede principalmente de los padres. Se llama introyección al proceso de tomar o incorporar los valores de los padres. Aunque estos valores incluyen influencias de otros miembros de la familia, figuras de autoridad y amistades.

El superyó (superego) se divide además en dos subsistemas. Uno es el llamado ideal del yo, que está formado por las reglas de buena conducta y las normas de excelencia hacia las que debería dirigirse el yo. Cualquier cosa que los padres aprueben o valoren es incorporado en el ideal del yo. Al comportarse de la manera que se ajusta a esos criterios el individuo siente orgullo. El otro aspecto del superyo, la conciencia, está constituido por reglas que indican cuáles son las malas conductas.

Como precipitado del largo período de infancia durante el cual el ser humano en crecimiento vive en dependencia de sus padres, se forma dentro del yo una particular instancia en la que se prolonga el influjo de estos. Ha recibido el nombre de *superyó*.

En la medida en que este *superyó* se separa del yo o se contrapone a él, es un tercer poder que el yo se ve precisado a tomar en cuenta. Así las cosas, una acción del yo es correcta cuando cumple al mismo tiempo los requerimientos del ello, del *superyo* y de la realidad objetiva, vale decir, cuando sabe reconciliar entre sí sus exigencias. Los detalles del vínculo entre yo y superyo se vuelven por completo inteligibles reconduciéndolos a la relación del niño con sus progenitores. Naturalmente, en el influjo de los progenitores no solo es eficiente la índole personal de estos, sino también el influjo, por ellos propagado, de la tradición de la familia, la raza y el pueblo, así como los requerimientos del medio social respectivo, que ellos subrogan. De igual modo, en el curso del desarrollo individual el superyó recoge aportes de posteriores continuadores y personas sustitutivas de los progenitores, como pedagogos, arquetipos públicos, ideales venerados en la sociedad. Se ve que el yo y superyó, a pesar de su diversidad fundamental, muestran una coincidencia en cuanto representan *{representieren}* los influjos del pasado: el ello, los del pasado heredado, el superyó, en lo esencial, los del pasado asumido por otros.

En tanto, el yo está comandado principalmente por lo que el niño mismo ha vivenciado, vale decir, lo accidental y actual. Este

esquema general del aparato psíquico habra de considerarse Abdo tambien para los animales superiores, semejantes al hombre en lo animico. Cabe suponer un superyó siempre que exista un período prolongado de dependencia infantil, como en el ser humano. Y es inevitable suponer una separación de yo y ello. La psicología animal no ha abordado todavía la interesante tarea que esto le plantea. (Freud, 1940, p.197-206)³

El superyó asume tres funciones: auto observación, conciencia moral o censura que es donde aparece la culpabilidad. En la función ideal del yo radica también la aparición del complejo de inferioridad.

Una psicopatología se presenta cuando existe un conflicto entre estas instancias psíquicas; el síntoma aparece porque las defensas han dejado de ser efectivas y por lo tanto no pueden reducir la tensión en el sujeto. Esta tensión puede llegar a ser tan intolerable, que encuentra su expresión a través de reacciones de ansiedad, o desplaza simbólicamente esa ansiedad hacia objetos específicos.

Como un ejemplo claro de las funciones del ello, el yo y el super yo, se puede tomar a la alimentación. Pues es símbolo de gran importancia en las tres instancias psíquicas. El uso primario de la alimentación como satisfacer deseos como el hambre y necesidades del cuerpo como la nutrición, no siempre es la causa principal por la que se consumen alimentos.

Los alimentos son considerados de diferentes maneras, según la familia y sociedad en que se viva. Para algunos, la alimentación es un loco, un símbolo del buen vivir; ver comer excesivamente a un niño es motivo de aplausos para algunos. El exceso de comida significa placer para el cuerpo y sustituto a otras necesidades físicas o emocionales, a veces la alimentación puede ser usada como castigo o premio. La forma en que un individuo aprende a alimentarse influye directamente en el desarrollo de su personalidad.

³ Las cursivas aparecen en el texto original.

Desarrollo psicosexual

Freud creía que el desarrollo de la personalidad pasa por una serie de etapas. Cada una de las cuales refleja el área del cuerpo por la cual se descarga la energía sexual a libido en ese periodo; es por eso que las llama etapas psicosexuales. En opinión de Freud en cada una de las tres primeras etapas el niño afronta un conflicto. Si en alguna no se resuelve adecuadamente, queda invertida de manera permanente una cantidad excesiva de libido que es un proceso que se conoce como fijación. Lo que supone que queda menos energía disponible para manejar los conflictos de las siguientes etapas, y que en consecuencia sea menos probable la solución exitosa de los conflictos. En este sentido, cada etapa se construye sobre las anteriores.

La fijación puede ocurrir por dos razones. Una persona que en una etapa es gratificada en exceso puede mostrarse reuente a abandonarla y seguir avanzando.

Y la otra en la cual las necesidades son frustradas y no puede avanzar mientras sus necesidades no sean cubiertas.

En cualquier caso, la personalidad queda parcialmente detenida en esta etapa en la medida en que una parte de la libido queda invertida en ella. Cuando la fijación es muy fuerte, el sujeto sufre una preocupación inconsciente tan grande que le queda muy poca energía para cualquier otra cosa.

El concepto de fijación según el diccionario de psicoanálisis de Laplanche, (1997) sería la siguiente:

Ligazón privilegiada de la libido con objetos, imágenes, o tipos de satisfacción libidinal vinculados a los estadios pre genitales. La

floc& de fijacion, generalmente ligada a la de regresion, en una concepcion genetica dinamica de la evolucion de la libido, permite reconocer las condiciones en que un adulto puede persistir en la busqueda de satisfacciones ligadas a un objeto desaparecido (por ejemplo, Nacion al estadio anal en la neurosis obsesiva). Mas en general, se hablara de una fijacion de ciertas representaciones (representantes de la representacion *Vorstellungsrepräsentanz* o incluso significantes) ligadas al dinamismo pulsional, para con ello el modo de inscripcion en el inconsciente. (s.p.).

La etapa oral

La etapa oral se extiende del nacimiento hasta cerca de los 18 meses de edad. El conflicto básico de esta etapa, tiene que ver con el proceso de destete, literal y metafóricamente, pues los niños son presionados para desprenderse de la madre y depender menos de ella.

La etapa oral tiene dos sub etapas. Durante la primera fase que dura alrededor de seis meses el bebé está particularmente desprotegido y dependiente. A la primera fase de la etapa oral se le llama: "fase oral corporativa" porque en ella el niño está más o menos limitado para tomar las cosas. Freud pensaba que durante este tiempo se desarrollan varios rasgos por medio de fijaciones. Los rasgos incluyen un sentido general de optimismo frente al pesimismo, de confianza frente a la desconfianza y de dependencia de los demás.

La segunda parte de la etapa oral, que empieza con la dentición, es llamada fase oral sadica. El placer sexual proviene ahora de morder y masticar. Durante esta época el infante es destetado del biberón o el pecho y empieza a morder y a masticar la comida. Los rasgos de la personalidad adulta que

surgen durante la fase oral sadica pueden atribuirse a esta nueva capacidad. Se cree que esta fase determina quien sera verbalmente agresivo y quien tendra a utilizar el sarcasmo en una conversacion.

El primer organo que aparece como zona erogenica y propone al alma una exigencia libidinosa es, a partir del nacimiento, la boca. Al comienzo, toda actividad anirica se acomoda de manera de procurar satisfaccion a la necesidad de esta zona. Desde luego, ella sirve en primer termino a la autoconservacion por via del alimento, pero no es lícito confundir fisiologia con osiologia. Muy temprano, en el chupeteo en que el niño persevera obstinadamente se evidencia una necesidad de satisfaccion que si bien tiene por punto de partida la necesidad de alimento y es incitada por esta aspira a una ganancia de placer independiente de la nutricion, y que por eso puede y debe ser llamada sexual. Ya durante esta fase oral entran en escena, con la aparicion de los dientes, unos impulsos sadicos aislados. Ello ocurre en medida mucho mas vasta en la segunda fase, que la primera «oral-anal» porque aqui la satisfaccion es buscada en la boca y en la eliminacion excretoria. Fundamos nuestro derecho a anotar bajo el rubro de la libido las aspiraciones agresivas en la concepcion de que el sadismo es una mezcla pulsional de aspiraciones puramente libidinosas con otras instinctivas puras, una mezcla que desde entonces no se cancela mas. (Freud, 1940, p.197-206)

En terminos generales, los caracteres orales deberian relacionarse con el mundo de manera oral. Tendrian que preocuparse mas que los otros por la comida y la bebida, y al enfrentar presiones deberia ser mas probable que redujeran la tension por medio de actividades que incluyeran la boca, como fumar, beber, comer o morderse las unas. Al enojarse, deberian emprender, mas agresion verbal que fisica.

Sobre los usos que las sociedades dan a los alimentos.

Existen diversas formas de ver la comida, la figura corporal y las conductas socialmente adecuadas. Todos estos componentes figuran en el superyo que obtiene la idea de un yo ideal en una sociedad.

Es decir, que con la alimentación un individuo puede iniciar y mantener relaciones personales, expresar amor, cariño o individualidad, proclamar la distintividad en un grupo o mostrar la pertenencia al mismo.

El acto de comer, en algunas ocasiones, hace frente al estrés psicológico o emocional; puede actuar como reforzador de la autoestima o ser usado como recompensa o castigo, así como también efectúa el papel simbólico de experiencias emocionales a sentimientos morales, y en ocasiones representa seguridad.

A través de la historia el impulso de la ingesta como principal regulador del peso, y por lo tanto de la imagen, ha sufrido cambios en función de las normas estéticas vigentes.

De tal manera que los efectos del trastorno por atracón no se limitan a una sola esfera de la vida de la persona que los padece y no solo ella se ve afectada, su entorno familiar resiente también las consecuencias.

Las respuestas que exigen los problemas que plantea el trastorno por atracón son tan complejas como el trastorno mismo.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria se dividen en cuatro categorías: biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Factores Biológicos.

Unikel (2010), muestra una tabla con los diferentes síntomas fisiológicos que puede presentar una persona con problemas alimentarios.

Existen algunas complicaciones médicas relacionadas a los Trastornos Alimentarios como la Anorexia, la Bulimia y el Trastorno del Atracón.

La desnutrición también juega un papel importante a nivel biológico, cuando una persona padece de: pérdida de peso excesiva por debajo de un índice de masa corporal (IMC) de 17.5, amenorrea, primaria o secundaria, Osteopenia también conocida como Osteoporosis, disminución del volumen cerebral, intolerancia al frío, piel escamosa y fongos de las uñas.

No podemos descartar la mala nutrición que aunque no es tan fuerte como la desnutrición deja también sus secuelas que son los déficits nutricionales específicos como la anemia y la pelagra.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el término desnutrición hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes.

La mala nutrición se caracteriza por una nutrición que no recibe nutrientes de calidad en cantidades suficientes. Los casos de malnutrición pueden ser de dos tipos los que llevan a la desnutrición y se caracterizan por un déficit de

nutrientes permanente, y los que ilevan a la obesidad por un exceso de nutrientes poco recomendables.

Otra conducta combn son los vomitos auto inducidos provocando: reflujo gastroesofegico⁴ (ocurre cuando un musculo al final del esofago no se cierra adecuadamente permitiendo que el contenido del estornago regrese y provocando reflujo); el Sindrome de Mallory-Weiss (laceraciones en la membrane mucosa del esofago, normalmente causados por hacer fuertes y prolongados esfuerzos pare vomiter o toser); Esafago de Barret (cambio anormal de as celulas de Ia porcion terminal del esofago), deshidratacion, Hipopotasemia (trastorno en el equilibrio hidroelectrolitico del cuerpo); Alcalosis metabolica (trastornos del equilibria acido-base); desgaste del esmalte dental, Gingivitis (enfermedad bucal que provoca inflamacion y sangrado en las enclas), Hipertrofia Paroticlea (ampliacion de la tiroides liberando demasiadas hormonas) , Xerostomia (sensacion subjetiva de sequedad en la boca); el abuso de laxantes provoca deshidratacion, tolerancia al efecto laxante y acidosis metabolica.

La deshidratacion tambien es comOn en el use de diureticos asi coma la Hipopotasemia y la Hipotension Arterial. El abuso de enemas provoca deshidratacion y acidosis metabolica. Y Ia ingestion habitual de medicamentos con efectos anorexigenos o que contienen hormones tiroideas pueden ocasionar dependencia psicologica o fisica, irritabilidad, insomnia, cambios del estado de anima, psicosis e hipotiroidismo. (Unikel, 2010).

⁴ Los paréntesis son nuestros.

Factores Psicologicos

A continuaciOn se presentan algunos aspectos que se consideran fundamentales en los aspectos psicologicos que afectan la obesidad:

- Conducta y Personalidad.
- Conductas adictivas en la obesidad.
- Conductas reparatorias.
- La imagen corporal.
- La medida.

Conducta y Personalidad

El filosofo frances Onfray (1996) citando la experiencia de Nietzche (1869) dice que este nunca puso en practica lo que preconizaba y segOn sus propias palabras: "Yo soy una cosa y lo que escribo es otra cosa".

Esta afirmacion podria considerarse at estudiar las conductas del obeso quien come ya sea con voracidad o simplemente en exceso, aunque su deseo sea el de perder peso, asi pareceria que lo que el desea no este presente en el acto de corner.

"Lo que sucede reatmente dentro del sujeto es inaprensible y solo podemos hablar de lo que se objetiva: su conducta" de esta manera invita el Dr. Zukerfeld citado en Parysow (2005) en la investigacion Hamada Aspectos psicologicos en la Obesidad un intent() de interpretaciOn, at abordaje de esta patotogia y propone que: "el enfoque de la obesidad coma adiccion a la

comida hace pensar en estudiar las conductas particulares e independientemente de la personalidad previa o experiencia interna del obeso" (p.12)

Retomando la idea de Onfray (1996), que dijo que En el libro: "Fundamentación de la metafísica de las costumbres", Kant titula un capítulo llamándolo: "Del embrutecimiento de uno mismo por el uso inmoderado de los placeres de la comida".

La fuerza animal que busca el placer, obstaculiza o dificulta la facultad de hacer de él un uso intelectual. Un ejemplo común se encuentra en los obesos que prefieren dejarse llevar por el placer que les provoca la comida antes que las calorías aunque esta pueda llevar su cuerpo al comer en exceso. De esta forma el sentido común del obeso es "embrutecido" pues la fuerza animal es mayor que la fuerza intelectual.

La embriaguez y la glotonería son vicios que pertenecen a este ámbito. En el estado de embriaguez un hombre no puede ser tratado como tal, pues su capacidad de razonar es reducida; de la misma manera un sujeto que se atiborra de comida, queda paralizado por un tiempo y no es capaz de realizar acciones que exigen habilidad física y reflexión.

Ahora bien, si esas conductas rebajan al sujeto a un estado animal, ¿Por qué son tan seductoras para la humanidad?

Kant en 1785 explica que ese envilecimiento es seductor, porque aporta un instante de anhelada felicidad, una liberación de los deberes del sujeto.

El sujeto llega a sentirse comprendido por los demás, pues ellos aceptan que él no pueda realizar ciertas acciones porque no tiene la capacidad de hacerlo como los otros.

Conductas Adictivas en la Obesidad:

Son una serie de conductas características que expresan la existencia de un grado de conflicto y dependencia frente a la comida y a determinados tipos de alimentos, especialmente los hidratos de carbono. Se las denomina adictivas y se las clasifica en:

- a) Impulsivas: caracterizadas por la avidez y el descontrol.
- b) Compulsivas: cuando se agrava la culpa persecutoria y las racionalizaciones y persecuciones.

De esta forma podemos afirmar que los llamados "comedores compulsivos" son aquellos que no solo comen sin poder controlarse, sino también sufren de una culpa compensatoria.

Suelen hacerse promesas a sí mismos acerca de que no volverá a comer compulsivamente e intentan sin éxito dietas y ejercicio, sufriendo por no poder controlarse; comen aun sintiéndose mal en el mismo momento de ingerir la comida. Muchas veces se avergüenzan de sus actos compulsivos y tratan de esconderlos, conductas ocultas como: comer escondidas en el baño, asaltar el refrigerador a media noche cuando todos duermen o robar comida, reflejan sus sentimientos de vergüenza y culpa.

Existen también los sujetos que comen sin control y de forma desmesurada no sintiendo culpa alguna, desvergonzados y en ocasiones orgullosos de sus actos. No les importa las opiniones de los demás o los problemas a los que su adicción a la comida los pueda llevar.

En ellos, su centro de atención está en ingerir sus preciados alimentos, sin encontrar un límite. Como se mencionó anteriormente, tienen una actitud impulsiva, siendo también adictos a la comida.

Conductas reparatorias.

Las conductas reparatorias son usadas por el sujeto para reparar una conducta que es vista como inapropiada.

- En la conducta reparatoria llamada Abstinente el sujeto busca el control. la relación con la comida adquiere características fóbicas, el paciente tiene miedo y se establece un espacio intermedio entre el y la comida.
- En la conducta reparatoria llamada Sobria el sujeto desea la recuperación, aparece el autocontrol y conductas supletorias o sublimadas. La decisión de recuperarse es por convicción y no por imposición.
- En la conducta reparatoria llamada Impotencia: ante la idea "no puedo" el sujeto impresiona con cierta conciencia de su obstáculo interior, el cual surge a partir de un funcionamiento psicológico donde predomina el escepticismo y desesperanza.
- Y por último la conducta reparatoria llamada Indecisión: se trata estrictamente de la dificultad propia de tomar una decisión que se manifiesta directa o indirectamente con un: "no quiero" y que hace dudar de la real motivación para tratarse, lo que fortalece la hipótesis acerca de los "beneficios" que otorga el mantenimiento de la patología. Puede presentarse hasta que se devela su característica más volitiva, es decir, el "no puedo", que es en realidad "no quiero".

Las conductas reparatorias de indecisiOn, impotencia y abstinencia suelen alternar en el mismo sujeto, implican que en algunos casos no puedan cambiar por definidos obstaculos psicopatologicos, en muchos casos no quieran cambiar independientemente de las declaraciones conscientes que se hagan at respecto y en muchos otros casos no saben comp cambiar.

La compulsion en el obeso esta mas ligada a la pulsion de muerte, a la repeticion, es decir, esta "mas alla del principio del placer" ■,Por que describir a dicha conducta con el termino compulsion?

Esta denominacion, esta dada por el caracter de imposicion coercitiva de la vivencia. El sujeto no puede detenerse ni dejar de comer, tal como le sucede at neurotic° obsesivo frente a ciertas ideas en las que no puede evitar pensar, o frente a actos que no puede dejar de realizar.

En un trabajo presentado en la Revista: Actualidad Psicologica, los Dr. Cormillot y Zuckerfeld (citados en Parisow 2005) abordan la idea de una imposicion coercitiva.

...independientemente de la personalidad o conflictiva previa lo que hay que tener en cuenta es la existencia en el obeso de miedos que siempre estan presentes y que condicionan actitudes defensivas y huidas fobicas. Finalmente estas huidas culminan en re engorde que incrementa aCin mas la persecuciOn constituyendo un verdadero circulo vicioso cronico que hace que el paciente obeso busque otro profesional u otro tratamiento, iniciando largas cadenas (p.13).

La imagen corpora"

Refiere a la imagen mental que se tiene del propio cuerpo, es también un fenómeno perceptual del comportamiento afectivo y cognitivo; y por último es una construcción multidimensional que abarca como el sujeto ve, piensa, experimenta y siente acerca del tamaño de su cuerpo y peso.

Los disturbios en la imagen corporal son una de las alteraciones psicológicas más frecuentes en los obesos y están relacionados con una baja autoestima, depresión y un poco efectivo funcionamiento psicosocial.

El disturbio en la imagen es uno de los factores psicológicos más angustiantes para el sujeto pero es importante diferenciarlo del concepto de autoestima física que sería el grado en que el sujeto gusta o no de su cuerpo.

En el año 1956 el Dr. Mauricio Abadi ya abordaba el tema aportando el concepto de doble esquema corporal del obeso.

...uno que incluye su envoltorio adiposo (diríamos el esquema corporal de la madre embarazada) y otro que es su propio esquema corporal, independientemente del espacio grasoso que lo rodea (p.17).

Ese otro esquema corporal es de un ser eminentemente flaco, sumamente gracioso y vulnerable, dentro del gordo está el flaco, y un flaco de una delgadez extrema. De ahí que las famosas parejas del gordo y el flaco (Sancho Panza vs Don Quijote, por ejemplo), sean la disociación y redistribución espacial del gordo y el flaco, simbioticamente unidos, en la fantasía inconsciente del obeso, al igual que la madre y el feto.

Medida

Para aproximar el concepto de exceso, Onfray cite a Sartre:

...la tendencia a llenar (...) es seguramente una de las más fundamentales entre las que sirven de fundamento al acto de comer. La comida es la masilla que obtura la boca; comer es entre otras cosas taponarse p.94

Michael Foucault (citado en Onfray, 1996) aporta en este sentido: "En los diferentes dominios en los que se requiere, el régimen ha de establecer una medida" (p.19). Es decir, una cantidad de comida: "un cerdo se daría cuenta", como dice uno de los interlocutores del diálogo platónico de los Rivaletas. Se puede afirmar que lo que es útil para el cuerpo lo es solamente en la medida justa, y no cuando lo sobrepasa o cuando lo adolece.

Ahora bien, esta medida comprende la importancia de llevar un orden corporal y un orden moral. Como creían los pitagóricos que desempeñaron un papel muy importante en el desarrollo de la dietética, señalaron que existe una relación entre los cuidados necesarios al cuerpo y la preocupación de guardar para el alma su pureza y armonía.

Anorexia Nerviosa (AN)

La Anorexia Nerviosa es un síndrome específico, cuyas características son descritas en el DSM-IV.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el Compulsivo/purgativo.

Para comprender mejor la diferencia entre el deseo de adelgazar y la anorexia nerviosa se puede tomar en cuenta el concepto de Cabetas:

Ante todo queremos distinguir entre el deseo de adelgazar controlado y voluntario y la AN, donde el impulso por adelgazar continua mas alla de los primeros propósitos de perder algunos kilos y se sigue de forma compulsiva y angustiada, buscando la delgadez esquelética, no ya estética, como objetivo, sin prestar ninguna atención a problemas de salud graves, con una actitud mecánica que se hace auto-estimuladora de la patología. Así pues, la tendencia a adelgazar y la AN esta muy lejos de coincidir plenamente, aunque la gente las confunda tan a menudo. (Cabetas, 1998, p.8).

Criterios de la Anorexia Nerviosa

Con respecto a las características de la AN, Rosas, (2007) menciona las siguientes:

...un rechazo a mantener el peso corporal por encima o arriba del límite inferior normal... reducción de alimentos ingeridos, rechazo a alimentos hipocalóricos, intenso temor a engordar aun estando abajo del peso normal, rechazo a admitir la gravedad de la situación, alteración de la imagen corporal y percepción y valor atribuidos al aspecto físico y al peso corporal distorsionados (p.2).

En un principio el Dr. Freud S. proporciona los argumentos para definir la anorexia nerviosa como una neurosis histerica, tomando como ejemplo el caso: "El hombre de los lobos", 1914.

A través del tiempo el concepto de delgadez ha ido evolucionando. han surgido nuevas exigencias en la sociedad. Y en diferentes culturas se crearon patrones de belleza muy exigentes.

Desde el punto de vista psicopatológico, la anorexia nerviosa, inicialmente, fue considerada como una manifestación histerica. Sin embargo, hoy se admite que la anorexia nerviosa restrictiva sería una manifestación antihisterica. (Diaz, 2003, p. 4).

El afecto va íntimamente ligado al crecimiento y la alimentación. Al nacer un ser humano registra un mundo de sensaciones que vienen de fuera, se crea su primer vínculo de: "aislamiento" también conocido como narcisismo primario.

Conforme pasa el tiempo se va creando una relación con el Otro, Ser Nutricio, que es el que se encarga de alimentarlo, normalmente la madre. Con la primera sonrisa el bebé pone en marcha su capacidad para conseguir alimento, pues se da cuenta que de esta forma consigue motivación afectiva del adulto.

El llanto también sirve para expresar desacuerdo, necesidad, malestar o disgusto, de esta forma se da un vínculo de: "simbiosis" pues se crea la primera relación dual.

Con la autonomía gradual se van adquiriendo los vínculos de "dependencia" y "autonomía".

En la anorexia nerviosa falla el vínculo de "autonomía" lo cual produce una regresión al vínculo de "simbiosis" y esta a su vez produce una regresión mayor al vínculo de "aislamiento".

A la paciente anoréxica se le dificulta el acceso con la madre y por lo tanto se le dificulta el acceso al desarrollo libidinal.

Además de una dificultad en la relación dual primaria, Cabetas (1998) menciona un malestar cultural femenino, como se puede ver en el siguiente extracto:

Hay un temor en la paciente a admitir la relación interpersonal, a dar entrada al "otro" en su mundo interior. Y al no poderlo simbolizar de otra manera no da entrada a los alimentos como símbolo inconsciente de no dar entrada al "otro" en el mundo personal de sus relaciones.

Es posible conjeturar que exista hostilidad de la paciente anoréxica a causa de las múltiples restricciones impuestas por esta en el curso de la educación y los cuidados corporales. Y que el no comer simbolice la no incorporación de sus mandatos o deseos.

La hostilidad de la anoréxica hacia la madre puede ser hostilidad hacia valores culturales transmitido por la madre en su educación. Lo femenino en la Cultura es un lugar de malestar. Ya expresa este malestar cultural femenino la histeria en el siglo XIX. El cuerpo y la actitud anoréxica hablan de la problemática intrapsíquica y también de la familiar y social (p. 43).

Bulimia Nerviosa (BN)

En la actualidad se han estudiado varios tipos de Bulimia, desde la situacional y/o reductora de estrés que se vinculan a dificultades de afrontamiento, hasta la Bulimia hedónica en donde existe el placer durante la ingesta sin conductas compensatorias. También existen conductas vomitadoras sin atracones previos que han sido estudiadas.

La Bulimia como Síndrome también es conocida como Bulimia Nerviosa, los criterios se encuentran en el DSM-IV (2007) y a continuación se mencionan:

- 1) Atracones recurrentes, comer en un periodo de dos horas una cantidad de comida significativamente superior a la que la mayoría de las personas comerían en el mismo lapso y en circunstancias análogas.
- 2) Sensación de perder el control durante el atracón.
- 3) Medidas recurrentes y compensatorias para prevenir el aumento de peso, por lo menos dos veces por semana, por ejemplo vómito auto inducido, laxantes, diuréticos y otros fármacos.

Para Diaz (2002) a este síndrome bulímico lo que lo caracteriza es:

...la pérdida de control sobre la ingesta resultando de ella la presencia de atracones y la presentación de un patrón anómalo de la alimentación (p. 4)

Otras características que menciona son las siguientes:

Los atracones son seguidos, habitualmente, de vómitos, generalmente autoinducidos, el abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos para adelgazar, así como la hiperactividad y el ejercicio como medida compensatoria para adelgazar. La preocupación por el peso es considerada como patológica ya que bastantes pacientes presentan un peso normal (p. 13)

Meltzer (1997) cita los resultados de Karl Abraham (1925) con relación a la base psicosexual del carácter, que debía ser conceptualizada en función de dos aspectos relevantes. El primero es reconocer la primacía de las zonas erógenas y el segundo es reconocer las etapas de la organización de la relación objetal. Divide la etapa oral en dos fases: la oral de succión y la oral canibalística.

La fase de succión en la etapa oral se caracteriza por el chupeteo del pecho de la madre con fines de alimentación o por placer, mientras la fase oral canibalística indica que ya existe la dentición en el niño y es capaz de morder o rasgar el pecho de su madre.

Karl Abraham (1925) realiza una disertación sobre la influencia del erotismo oral en la formación del carácter. Menciona que si en la primera etapa de la vida, la etapa oral, esta transcurre sin placer o con un exceso de placer, el

resultado es el mismo, debido a que la necesidad de placer del niño no ha sido gratificada o ha sido excesivamente gratificada.

Para Abraham las personas con caracteres orales parecen siempre estar pidiendo algo y hacen pocas solicitudes y demandas asertivas. Son muy sensibles a la soledad y algunos tienen regresiones a la etapa de chupeteo u oral sadico.

Tienen una necesidad de comunicarse oralmente, de hablar, en ocasiones hostilmente con el propósito inconsciente de meter al adversario. Hay un ataque violento mordiendo y devorando a través de la palabra. Existe una gran diferencia dependiendo de si el rasgo de carácter se desarrolló a partir de la fase de chupeteo o la fase oral sadica.

La generosidad se manifiesta si el carácter oral proviene de la etapa del chupeteo y asimismo. una fijación en la primera etapa oral conduce a la sociabilidad, la ambición. Finalmente Abraham menciona que en algunos casos se manifiesta un apetito mOrbido intenso y la inclinación a diversos tipos de perversión oral y a vomitar después de haber comido.

Mientras que el placer de morder se enfatiza especialmente como una forma primitiva de sadismo. La envidia, los celos y la hostilidad son comunes si la fuente es la etapa oral sadica.

Se observe que existen individuos que no tuvieron un período de lactancia satisfactorio y que esto trae como consecuencia efectos para toda la vida. Para el niño, el equivalente psicológico de alimento, es el amor; y crea fantasías inconscientes, donde clasifica las figuras buenas con las que crea una alianza y las figuras malas con las que crea un conflicto.

En el ciclo de atracon-purga, la bulimica toma la parte "buena" de mamá y luego desecha la parte "mala" de la misma y de esta forma mantiene la

ilusion de un control del objeto maternal. Estas conductas evitan que la paciente manifieste descompensaciones depresivas.

La organizacion psiquica esta dirigida por la boca, con su objeto de fijacion en el pecho materno, ya sea como realidad o fantasia.

En el siguiente extracto, Mercado (2007), afirma que el erotismo oral ha sido reconocido como constituyente en la formacion del caracter. "En funcion de que los sintomas en los neuroticos son la expresion simbolica de un conflicto psiquico y una manera de exteriorizar un deseo reprimido" (p.2).

Sigmund Freud (citado por Mercado, 2007), menciona por su parte que: "Por tanto, los sintomas se forman en sexualidad anormal; la neurosis es, por asi decir, el negativo de la perversion" (p.2).

Y con respecto a los trastornos alimentarios, Mercado (2007) afirma que:

En la perversion la persona no se reprime y expresa en lo que hace, su deseo. (...) La perversion es la manifestacion no reprimida de la sexualidad infantil. En los trastornos alimentarios como la bulimia, el paciente no se reprime, expresa su sexualidad fijada en una etapa anterior del desarrollo. (...) El bebe deseaba incorporar a la madre, a la parte buena de ella y a la vez rechaza la parte mala de la misma. En la primera situacion come desmesuradamente, se da un atracón, y en el segundo, vomita. Desea el afecto y el alimento materno que no recibió adecuadamente en su momento, siente un deseo de agresion y violencia y lo vomita (p. 11-13).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANE).

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

La categoría de los trastornos alimentarios no especificados, según el DSM-IV, se refiere a aquellos trastornos que no cumplen los criterios para ninguna patología alimentaria de diagnóstico formal, integran esta parte, seis perfiles de síntomas; los tres primeros hacen referencia a casos de anorexia nerviosa incompletos, mientras que los cuatro restantes, son cuadros que corresponden a síntomas parciales de BN.

Los criterios de los trastornos de conducta alimentaria no especificados son los siguientes:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los

atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. (v. pag. 660 para los criterios que se sugieren). (Lopez-Ibor y cols. 2002, p.665-666).

La magnitud de la investigación y publicaciones sobre los trastornos del comportamiento alimentario en los últimos años ha sido muy extensa, aunque todavía no se ha alcanzado el nivel óptimo de conocimiento sobre ellos. Además, cabe señalar que el volumen de la investigación ha sido desigual para los distintos trastornos.

De un lado se encuentra la bulimia nerviosa (EN) que ha sido estudiada con creces, llegando a ser el trastorno alimentario más estudiado; del otro lado el trastorno alimentario compulsivo o trastorno por atracón (TA) es el que de forma más tardía ha empezado a estudiarse. El trastorno por atracón ha sido incluido en el DSM-IV de forma provisional.

Carmina (2001) lo especifica de la siguiente manera:

(...) entre la BN y el TA se encuentra la anorexia nerviosa (AN), la cual, aunque ha generado un amplio número de investigaciones, requiere una mayor clarificación de actuación sobre todo desde el punto de vista terapéutico. Finalmente, los trastornos alimentarios no especificados (TCANE) han sido olvidados por clínicos e investigadores, probablemente porque se han considerado de menor gravedad (p.381).

Las investigaciones del trastorno por atracón, son aun de tipo Exploratorio.

Para comprender este trastorno es necesario que se hagan revisiones teóricas en donde se mencionen las características. La patología, la epidemiología, la etiopatogenia, también su relación con la obesidad y los aspectos clínicos del trastorno.

Uno de los posibles abordajes dentro de la psicología clínica es el enfoque psicoanalítico de la personalidad, para encontrar una explicación a este trastorno actual de la conducta alimentaria.

TRASTORNO POR ATRACÓN (TA)

El trastorno por sobre ingesta compulsiva (o trastorno por atracón) es un síndrome caracterizado por la ocurrencia de atracones recurrentes de comida que no van acompañados de las conductas compensatorias asociadas a la bulimia.

Los sistemas de clasificación más extendidos en la actualidad.-DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y CIE 10 (Organización mundial de la salud, 1992) no contemplan aún criterios formales para su diagnóstico, si

bien el DSM-IV recoge un grupo de criterios todavía provisionales, esto es, sujetos a revisión de acuerdo a los resultados que arroje la investigación realizada en torno a los distintos aspectos del cuadro.

De acuerdo con el DSM-IV, citado por Berrocal y cols., 2002, los siguientes son los criterios diagnósticos del Trastorno por atracón:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingestión, en un corto periodo de tiempo (por ejemplo: en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (por ejemplo: sensación de que uno no puede parar de comer o controlar que o cuánto este comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingestión mucho más rápida de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

4. Comer a solas para esconder su voracidad.

5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, a gran culpabilidad después del atracón.

6. Profundo malestar al recordar los atracones.

7. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

8. El atracón se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas regulares. (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa

En los criterios del DSM-IV se presentan dos aspectos importantes que deben ser claramente explicados. Los episodios recurrentes de atracones cuentan con dos condiciones importantes, comer más de lo que normalmente se puede comer en determinado tiempo y la sensación de pérdida de control que ocurre cuando se come sin hambre; se come rápidamente o a escondidas para ocultar la voracidad.

Al perder el control la persona come de una forma compulsiva, de ahí procede el nombre: "comedor compulsivo".

Psicopatología

En esta psicopatología el sujeto ingiere la comida más rápido de lo normal, come hasta sentirse desagradablemente lleno. Resulta interesante que muchas veces la ingestión de grandes cantidades de comida se da a pesar de no tener hambre, muchas veces el sujeto siente vergüenza de comer vorazmente delante de las demás personas, así que se esconden para comer.

En lugar de sentir gusto por su conducta, se sienten a disgusto con su comportamiento y con su cuerpo, también sienten gran culpabilidad después del atracón.

Muchas veces estos sentimientos producen un profundo malestar al recordar los atracones, y se recurre a estrategias compensatorias regulares, por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo. Sin acudir a conductas compensatorias inadecuadas irregulares como el vómito, que es común en la BN. Todos estos factores pueden llevar a la depresión.

En Estados Unidos de America se conoce al Trastorno por atracon como Bing Eating Disorder, la psicopatologia se describe de la siguiente manera, de acuerdo con Guisado en el 2001:

Se describe a los pacientes obesos con BED (Bing Eating Disorder) por estar psicopatologicamente entre los pacientes con bulimia nerviosa (par arriba) y los obesos sin BED (por abajo). Presentan altos niveles de disforia y malestar psicologico asi como personalidad anancestica mas sintomas psiquiatricos, mas depresian o historia de depresion, y mayor tasa de trastorno de panic°, bulimia nerviosa, trastomo de la personalidad borderline y por evitacion. No se ha encontrado mayor tasa de abuso de sustancias-trastorno de ansiedad generalizado-fobia simple-fobia social entre BED y no BED, e igual tasa de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastomo de la personalidad obsesivo-compulsivo. La prevalencia de trastomos del eje 1 es del 60% en el BED y 34% en no BED, para los trastornos de la personalidad. 35% para los BED y 16% para los no BED. Se ha descrito en los pacientes con BED que tienen mas probabilidad de tener un familiar de primer grado con trastomo por use de sustancias.

Respecto a la imagen corporal se habla de una sobre estimacion de talia que es menos importante que en individuos con anorexia y bulimia nerviosa, ya que su llamativa obesidad imposibilita una distorsion importante. Si existe insatisfaccion con su apariencia por su objetiva obesidad. -iambi& se ha descrito una relacion positive entre los atracones y la insatisfaccion corporal en sujetos obesos. Y una asociacion con la preocupacion por la figura y el peso. Los individuos con BED estan mas insatisfechos con sus cuerpos que los individuos sin BED (p.3-4).

Como se mencionaba anteriormente la mayoría de personas con trastorno por atracon son obesas, la obesidad lejos de esconder al sujeto, lo expone; el sujeto sabe claramente que es obeso por el tamaño que tiene su cuerpo y también por el trato sociocultural que se da a los obesos. Estas y otros aspectos evitan la distorsion de su imagen corporal, mas no evitan la insatisfaccion corporal y la preocupacion del sujeto por su peso y figura. De acuerdo con los estudios Rodriguez (2003) y McGregor (2000) las personas con el trastorno por atracon son mas insatisfechas con sus cuerpos que los individuos sin trastorno por atracon.

Epidemiología

Se han hecho diferentes estudios sobre su distribución, frecuencia, determinantes, relaciones y predicciones del trastorno por atracón. Lo que más ha llamado la atención es la diferencia de las poblaciones en las que se hacen los estudios.

En la diferente selección de muestras, método e instrumentos se puede explicar las diferencias que se obtienen en la interpretación y los resultados obtenidos de diferentes estudios.

Es claro que muchos obesos presentan conductas de sobreingestión pero, ¿cómo se puede diferenciar entre el síntoma del atracón y el trastorno del atracón?

A continuación se mencionan los hechos más significativos para llegar a esta diferenciación:

- En 1959 A. Stunkard describió pacientes obesos que presentaban problemas significativos caracterizados por la presencia de ingestión de grandes cantidades de alimentos.
- En 1976 propuso criterios para la conducta del atracón en su acepción clínica.
- En 1980 el concepto psiquiátrico del atracón fue considerado para los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa.
- En 1985 inicia el estudio sistemático del TPA.
- En 1992 Spitzer et al. realizó el primer estudio sistemático. Con una muestra comunitaria de 1031 personas, los resultados fueron: el 1.1% de hombres padecía T.A. y el 20.8% de mujeres padecía de T.A.

La investigación de Spitzer incluyó al Trastorno por atracón en el DSM-IV en 1994, como trastorno no especificado en el apéndice "B", ejes propuestos para investigación.

Se calcula que existe una razón de hombre a mujer 2:3 en población que acude al tratamiento, la edad promedio en que suele presentarse el T.A. es a los 32 años, mientras que la prevalencia en la población comunitaria es de 2 a 10%, con incidencia entre el 25% y el 30% de personas obesas o con sobrepeso que acuden a tratamiento presentan T.A. Con lo que respecta a estudios en población no clínicos, Spitzer, en su estudio inicial, señaló una prevalencia en población general del 3%, en tanto que un estudio posterior, lo redujo al 2% (Plante II, 2001, p.316).

Etiopatogenia

La investigación sobre la etiopatogenia del TA es muy limitada. La mayoría de los estudios se han centrado en los aspectos causales del atracón sin desarrollar un modelo biopsicosocial integrativo similar al postulado para la AN y BN.

Con respecto al estudio de Fairburn (citado en Striegel-Moore, 2000) el cual considero una metodología muy adecuada puesto que su diseño fue un estudio comparativo, integró cuatro grupos de mujeres: uno con TA, otro con BN, uno más con enfermedades psiquiátricas y el último con controles sanos.

Considerados los resultados de este estudio en conjunto, parece que el TA se asociaría a los factores de riesgo de un trastorno psiquiátrico en general y los determinantes de vulnerabilidad para la obesidad.

Con respecto a los factores de riesgo, menciona lo siguiente:

...los factores con mayor efecto fueron la autoevaluación negativa, las experiencias infantiles adversas (abusos físicos y sexuales) y comentarios despreciativos sobre el peso, figura y conducta alimentaria. El antecedente de abuso sexual en la infancia como factor de riesgo para el desarrollo de TA es objeto de controversia con estudios que ofrecen resultados contradictorios (p.9).

En cuanto a los factores de vulnerabilidad para la obesidad, menciona lo siguiente:

Los factores relacionados con la vulnerabilidad a la obesidad fueron claramente superiores en los afectos de TA respecto a los grupos de control sano y con enfermedad psiquiátrica, pero sorprendentemente menores respecto al grupo de BN.

La obesidad infantil y familiar, así como la presión social sobre peso y figura corporales fueron asimismo hallazgos significativos en el estudio (p.83).

Aun no es conocida la causa del trastorno por atracón, los investigadores han enfatizado su trabajo en entender las consecuencias del trastorno y los factores que contribuyen a su desarrollo.

Como otros trastornos alimentarios, parece que el trastorno por atracón resulta de una combinación de factores psicológicos, biológicos y medioambientales.

Se ha reconocido una conexión entre el trastorno por atracón y otros trastornos de la salud mental, casi la mitad de las personas con el trastorno

del atracón tienen un historial de depresión, aunque no se conoce bien por que existe esta conexión.

El miedo, la tristeza, el aburrimiento, la ansiedad y otras emociones negativas pueden provocar un episodio de atracón. El comportamiento impulsivo y otros problemas psicológicos también son más comunes en las personas que padecen el trastorno por atracón.

Los trastornos alimentarios, incluyendo el trastorno por atracón, tienden a ser más comunes en unas familias que en otras, sugiriendo una susceptibilidad del trastorno por atracón a cuestiones hereditarias.

En las cuestiones hereditarias toman un su lugar los elementos químicos del cerebro y el metabolismo, la forma en que el cuerpo usa las calorías, afectan al cuerpo humano.

También existe la influencia familiar, los pacientes muchas veces provienen de familias que comen demasiado, que usan la comida como un premio o como una cosa reconfortante y calmante. Así también hay familias que ponen un énfasis poco natural en la comida, obligando a comerla como castigo o aunque ya se este satisfecho. Muchas veces estas conductas familiares provocan que varios miembros de la familia tengan sobrepeso u obesidad.

El origen de los trastornos alimentarios se ha asociado a menudo con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida, en la que el individuo es más susceptible a padecerlos, en muchos historiales se puede encontrar abuso físico, psicológico o sexual, sobreprotección, control obsesivo y carencias de figuras de autoridad o reglas establecidas.

A esto se puede agregar la influencia ambiental con ciertos fenómenos como los medios de comunicación. La moda, estereotipos y prototipos de belleza.

Algunos rasgos de carácter dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales como la baja autoestima, la inestabilidad emocional y conductas compulsivas, lo cual puede asociarse al TA.

En el desarrollo de la adolescencia el trastorno por atracón pudiera ser una dificultad del resultado de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del proceso de crecimiento, lo que se complica particularmente ante la necesidad de definir su identidad y el sentido de su propia capacidad.

No se puede ignorar la importancia que tiene la fisiología y la influencia del medio (en el ser humano).

Contemplese además el papel de los neurotransmisores, los cuales cumplen un papel muy importante en la regulación del hambre y la saciedad, sobre todo en las vías de la serotonina y la noradrenalina, lo que contribuye a la expresión de conductas alimentarias específicas.

De esta forma se puede concluir que los factores biológicos pueden crear vulnerabilidad en el individuo para desarrollar un trastorno alimentario por atracón.

Aspectos relacionales entre TA. y la obesidad.

En general las personas manifiestan encontrarse comiendo compulsivamente a partir de sentimientos desagradables, sentirse deprimido es un estímulo particularmente poderoso, otros desencadenantes emocionales pueden ser la ansiedad, el enojo, la soledad, el aburrimiento, la irritabilidad y la desesperación.

El resultado es un deterioro progresivo de la calidad de vida, ya que los episodios tienen repercusiones directas sobre la salud física y psicológica,

afectando todas las áreas de la persona (individual, familiar y social), además generalmente, trae aparejado el aumento de peso, que puede llegar incluso a la obesidad con todos los riesgos que esta implica.

La consideración del trastorno por atracón (TA) como posible entidad nosológica individualizada y la demostración de la importante prevalencia de dicho trastorno en la población obesa ha producido en la última década una clara aproximación entre los investigadores de ambas afecciones(...) Dado que la mayoría de pacientes con trastorno por atracón son obesos, resulta problemático que los especialistas en trastornos de la conducta alimentaria no estén acostumbrados a tratar con obesos y a la inversa. Los especialistas en obesidad tienden a derivar a los servicios de psiquiatría aquellos obesos que presentan atracones, impidiéndose así el enfoque multidisciplinar necesario (Planell, 2001 p_314-322).

El interés por el trastorno por atracón, se inicia cuando Stunkard (2003) describió en una muestra de pacientes obesos, un síndrome caracterizado por la presencia de atracones.

En 1994, con la edición del DSM IV aparecieron dos innovaciones importantes, en primer lugar la BN se dividía en dos subtipos purgativo y no purgativo; en segundo lugar se propuso un nuevo trastorno en el apéndice B de criterios y ejes propuesto para estudios posteriores, llamado: "trastorno por atracón".

A pesar que el TA no es aún un diagnóstico formal y en la actualidad entra en la categoría de trastornos alimentarios no especificados, en la práctica clínica es una categoría ampliamente aceptada.

La utilización del EDE (Eating Disorders Examination), entrevista semiestructurada diseñada por Cooper y Fairburn, puede resultar de gran ayuda para distinguir un atracón genuino (atracon objetivo) de lo que no lo es (atracon subjetivo) (sobreingesta objetiva, sobreingesta subjetiva). Así, uno

de los principales problemas que plantea la definición actual de TA es que no se distingue fácilmente del subtipo no purgativo de la BN.

Una explicación simple sería: los episodios bulímicos objetivos son el resultado de: Ingestión de una gran cantidad de comida según EDE (Eating Disorders Examination) y pérdida de control.

Los episodios bulímicos subjetivos son el resultado de: Ingestión de una cantidad de comida no grande pero vista por el sujeto como excesiva y la pérdida de control.

Por otro lado, la sobreingestión objetiva es el resultado de: La ingestión de una gran cantidad de comida sin pérdida de control.

Y la sobreingestión subjetiva es el resultado de: una ingestión de comida no grande pero vista por el sujeto como excesiva, sin pérdida de control.

Aspectos clínicos

Característicamente el TA suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la década de los veinte. Varios estudios que han tenido en cuenta la secuencialidad sintomática han señalado diversas diferencias entre los que inician con atracones y aquellos que lo hacen con restricción.

Los pacientes que inician con atracones, probablemente un 35.40% de los TA, presentan respecto a los que lo hacen con restricción no solo atracones más precozmente sino también inicio de obesidad a edad más temprana, mayor afectación por comentarios negativos sobre su peso y figura corporal, mayor número de acontecimientos estresantes, y suelen ser más jóvenes cuando son diagnosticados de TA.

Estudios en pacientes adultos con TA plenamente desarrollado muestran que entre ambos grupos no existen diferencias

significativas en cuanto a maxim° IMC a lo largo de la vida, alteracion de la conducta alimentaria en el momento del estudio, funcionamiento psicologico general y psicopatologia comorbida, aunque respecto a este ultimo punto algunos autores sostienen que los pacientes que inician con atracones constituyen un subgrupo mas afectado (Shmidt, 2000, p.3).

Se puede decir que los desencadenantes del atracon son: el estado de animo negativo, una theta restrictiva, oscilaciones en el peso, que el individuo se encuentre solo, una baja autoestima, consumo de alcohol, preocupacion por el peso y figura y una llamativa insatisfacciOn corporal acompañado por comentarios negativos sobre la figura y el peso.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGIA.

Personalidad

Se reconoce la personalidad como la naturaleza psicologica o la identidad personal del individuo, incluye los rasgos caracteristicos, fundamentales y duraderos de la persona. Es estable y no cambia facilmente con el tiempo.

Factores predisponentes de la patologia

Encontramos diferencias de personalidad y psicopatologias en los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa se asocia con conductas obsesivas y exceso de control, la bulimia nerviosa se asocia con conductas mas histericas asociadas a la impulsividad, mientras el trastorno por atracon da enfasis a las conductas compulsives.

Entre los potenciales factores predisponentes se encuentran las características de la personalidad, los trastornos perceptivos-conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de estos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control. Todos estos son factores importantes que influyen en la conducta alimentaria y son determinantes para el origen, evolución, pronóstico y tratamiento.

Punto de vista filosófico sobre el comer en exceso.

El libro del Génesis sitúa como el primer pecado comer la fruta prohibida, se han dado muchas interpretaciones. La promesa a Eva de tener una vida eterna, de sabiduría y conocimiento divino, tales interpretaciones incluyendo la alegórica y la metafórica no invalidan el hecho de que se habla de una fruta y de que la primera falta fue comer.

Aquellos que padecen de obesidad, de bulimia o de atracones saben esto: existe una relación entre comer y la falta, se sienten culpables; comen escondidas, no se animan a hablar sobre esto. Por otra parte, la voluntad es incapaz de hacer algo al respecto, por más que el sujeto se lo proponga una y mil veces, el impulso se impone más allá de la voluntad.

La relación entre la culpa y voluntad es observable, sin embargo, es difícil que sea clara, ni es posible establecerla de una forma directa.

A lo largo de toda la vida el degustar, el comer y el beber retienen su importancia vital; y no solo en sentido fisiológico, sino también como expresión simbólica. El llevar a la boca, el mascar, el chupar, el fumar, son fuentes de placer para un enorme número de adultos.

Santa Tomas de Aquino (1245) trata de la gula en la segunda parte de su Summa Teologica. En la cuestion 148 dentro del Tratado de la Virtud de la Templanza como vicio opuesto a la abstinencia.

La cuestion se divide en seis articulos: 1) Se pregunta si la gula es un pecado, 2) Si la gula es pecado mortal, 3) Si es el pecado mas grave, 4) Trata sobre las diferentes especies de gula, 5) Si es un pecado capital y 6) Se pregunta que vicios derivan de ella.

Segun Santo Tomas de Aquino, en el Corpus menciona que es pecado lo que se opone a la virtud, es decir, lo que se aparte del orden de la razon; en lo cual consiste el bien de la virtud moral.

La gula es la apetencia desordenada de comer y beber, es decir, es algo que se aparta del orden de la razon, por lo tanto es un pecado. El pecado de la gula consiste en el desorden del apetito sensitivo.

Clasifica la gula en cinco especies:

- Comer fuera de hora, sin necesidad.
- Comer con demasiado ardor.
- Exigir manjares exquisitos.
- Comer manjares, preparados con excesivo refinamiento.
- Comer excesivamente.

Si bien para la psicologia el comer excesivamente obviamente no se reconoce como un pecado, la persona que lo sufre tiene un desorden alimentario, para poder comprender este desorden alimentario se tienen que

estudiar las primeras experiencias orales del sujeto, la importancia de estas experiencias del infante influye en los comportamientos del sujeto adulto.

Primacia de las experiencias y de la imaginación oral.

Los estudios del desarrollo humano han comprendido que el placer es necesario para comer. Si no existiera siquiera un poco de placer el ser humano no se viera necesitado de alimentarse.

En el desarrollo humano surge la aptitud de separar el hambre del deseo de comer, esta capacidad se adquiere. Desde las primeras etapas de la vida, el individuo cuenta con un órgano cuya fuerza es irrevocable, la boca.

Durante las primeras semanas de vida posnatal, la boca es el único órgano capaz de asir y rodear, por mucho tiempo mantiene su superioridad en estas funciones sobre otros métodos, como el asir o rodear con la mano. Se ha notado que cuando la boca asse el pezón y comienza a chupar, se trata de un verdadero acto de incorporación. pues temporalmente el pezón penetra en el otro cuerpo o se incorpora a él, mientras que la leche se incorpora de modo permanente. La anticipación de tal acción representa la primera actitud específica respecto a la realidad externa o a lo que se volverá la realidad externa.

Se nace con una amplia capacidad para usar la boca, se aprende a utilizarla mucho antes que las manos y otras partes del cuerpo, por medio de ella adquirimos una interacción con otro individuo. La interacción íntima con la madre viene ligada a la incorporación de leche materna, a la que el infante se ve necesitado de alimentarse.

Por ello, la boca es el primer organo en adoptar actitudes especificas hacia la realidad externa. Tambien es el primero en experimentar regularmente la posesion y subsecuente perdida de algo vital. La boca pierde tragando, escupiendo o vomitando y el pezón se escapa de la boca, sobre todo al final de la alimentacion. Se cree que esas experiencias tienen un papel importante en la imaginacion oral, en las transacciones orales dentro de la unidad simbiótica madre-niño y, más tarde, en las fantasías inconscientes y en la formacion de síntomas.

Con la boca el infante descubre nuevas sensaciones, puede sentir la cercanía o lejanía del pecho de su madre dependiendo si el pezón entra o sale de su boca, el infante tiene ciertas habilidades con su boca, puede tragar o escupir, incorporar o expulsar de su cuerpo.

La interacción con otro individuo, es decir, la interacción íntima con la madre viene ligada a la incorporación de leche materna a la que el infante se ve necesitado de alimentarse.

Freud escribía extensamente sobre la dinámica de la psique humana. Sigue las etapas psicosexuales del psicoanálisis, después del nacimiento se observa un predominio de la obtención de placer por la zona de la boca.

El placer oral no solo va unido a la función nutritiva sino que también recibe placer al excitarse la mucosa oral, a lo que se le conoce como necesidad de chupar, de esta forma el infante encuentra bastante satisfacción en su propio cuerpo. En la segunda fase, la forma de placer cambia con la aparición de los dientes, al placer de masticar.

Ya se indicó anteriormente que la boca tiene límites anatómicos definidos, los labios, que separan la realidad interna de la que será realidad externa. Así como el abrir la boca constituye la forma de aceptación más temprana, cerrar los labios es la forma de negar entrada a algo. El acto de cerrar la

boca, junto con todas las imágenes que lo acompañan, contribuye a otras formas de negación distintas a la puramente oral, como por ejemplo, el rechazo simbólico de algo que amenaza con ser doloroso o peligroso. No se adelanta se hará notar como el rechazo es un medio de defensa muy común, por parte de personas normales, como de personas neuroticas y psicóticas.

Fantasías orales inconscientes.

Jung (1970) hizo interpretaciones principalmente con el papel del inconsciente en la vida de los seres humanos, para Jung el inconsciente es el material psíquico que no está disponible para el yo, pero que puede influirlo; divide al inconsciente en dos partes:

El inconsciente personal: Es el nivel de la mente inconsciente que es única para cada individuo y contiene impulsos, deseos, recuerdos acumulados a través de las experiencias, las cuales no son asimiladas por el yo.

El inconsciente colectivo: Cuenta con las predisposiciones heredadas, el nivel más profundo del inconsciente común a la especie humana; el hombre hereda todo el cúmulo de experiencias pasadas de sus antecesores.

La herencia como tal, no es directa. Esto significa que se hereda siempre la tendencia o predisposición, pero de no presentarse un acontecimiento que refuerce dicha predisposición, es posible que esta jamás se haga presente en la vida del individuo.

Se puede entonces explicar que las fantasías inconscientes del individuo pueden ser influidas por niveles de conciencia colectiva profundos donde se vería incluida la tendencia a engordar de los padres, la forma de comer, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la

personalidad de los padres, las actitudes y preocupaciones de estos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control hacia la comida u otras cuestiones como el contacto físico.

Todos estos aspectos son transmitidos de generación tras generación por un inconsciente colectivo.

Para entender más sobre las fantasías inconscientes es necesario estudiar a Melanie Klein (1936) quien se caracterizó por manejar el análisis con un alto valor pedagógico. Su propósito era realizar una intervención analítica en el desarrollo psíquico y así disminuir los factores causantes de ansiedad. El juego se posicionó como su técnica principal de análisis.

Este método se inicia desde la primera semana de terapia y tiene como función analizar las tendencias hostiles, los sentimientos de culpa originados por la frustración oral y edípica, además de analizarse la relación con los objetos introyectados en el mundo interno y comprender la estructura del superyó, lo cual es su objetivo final.

El complejo de Edipo en la vida psíquica del bebé se origina con el destete y es por esto que el superyó se manifiesta con fantasías de aniquilamiento, por esta razón el tratamiento está dirigido al infante quien experimenta temores que provienen principalmente de la voracidad, la castración, el sentimiento de culpa, etc.

La teoría de Melanie Klein está basada en explicar y comprender los procesos psíquicos del sujeto en sus primeros años de vida.

Dependencia oral profunda

Todos los seres humanos adultos gozan con una variedad de experiencias orales tales como: comer, beber, besar, fumar, hablar, cantar, silbar y todos dependen en buena medida de por lo menos otra persona.

Además, en las metáforas empleadas por el adulto común y en las fantasías inconscientes y preconsciouses se tiene un simbolismo oral- receptivo del tipo atribuido a los bebés que maman (Por ejemplo, no seas "maman").

Como ya se mencionó anteriormente, la incorporación oral permite experiencias e imágenes que sirven como primeros modelos para la incorporación simbólica llamada introyección.

Los infantes pueden imaginar (representarse) el tragar o absorber de algún modo cosas que en la realidad es imposible en alguna medida, en sus fantasías icídicas o de miedo, que primitivas y poco realistas suelen expresar la incorporación oral.

La transición de una etapa psicosexual a otra depende en parte de la maduración, conforme los cuerpos maduran y crecen, se adquieren nuevos impulsos, necesidades y satisfacciones.

Si las necesidades orales como la succión no son satisfechas o se complacen exageradamente a la larga podría resultar un adulto con personalidad oral, la cual presenta un deseo excesivo de satisfacciones orales, como ingerir alimentos a fumar cigarrillos de forma compulsiva. Algunas personalidades orales son desconfiadas o posesivas, en ellas influyó la forma en que el pecho se les presentaba. Tal vez la madre retiraba el pecho de forma abrupta, lo que hacía sentir al infante que en cualquier momento podría perderla, de esta forma el infante crece con la necesidad de

satisfacer, de llenar o tener llena su boca, como representación inconsciente de tener cerca a su madre y el placer de ser alimentado.

Al abrir la boca el infante acepta el alimento de su madre. de igual manera al cerrar los labios niega la entrada a los alimentos y a su madre, de esta forma se representa el rechazo oral como modelo de negación.

Generalmente se da por hecho, con base en muchas pruebas clínicas y de observación, que la orientación oral es la que domina durante los primeros meses de vida del infante y que el primer ego es ante todo bucal.

De acuerdo con este punto de vista, el bebé experimenta su universo primero en función de la recepción pasiva de comida, que a continuación la acepta o rechaza activamente. Si agrupamos con esas experiencias otras relacionadas tales como el cuidado corporal, el tener en brazos, el cobijar, el pasear al bebé, el confortarlo y vigilarlo amorosamente, se tiene gran parte de las contribuciones francas hechas en bien del bebé, a las que ha llamado apoyo narcisista.

El apoyo narcisista se entenderá como el tipo de elección de objeto en el que el objeto de amor se elige sobre el modelo de las figuras parentales, en tanto que estas aseguran al niño alimento, cuidados y protección, tienen su fundamento en el hecho de que originariamente las pulsiones sexuales se apoyan en las pulsiones de autoconservación.

Es en el lactante en quien se observa el llamado narcisismo primario, el sujeto no conoce nada, fuera de sí mismo y cualquier factor externo es considerado como una parte de sí mismo.

Las primeras satisfacciones sexuales aparecen con el funcionamiento de los aparatos que sirven para la conservación de la vida, y como, de este apoyo original, resulta que las funciones de autoconservación serialan un primer objeto a la sexualidad es decir, el pecho materno.

Más tarde el infante aprende a amar a otras personas que le ayudan en su estado de desamparo y que satisfacen sus necesidades; y este amor se forma sobre el modelo y como prolongación de las relaciones con la madre durante el período de lactancia.

Decir que se aprecia o se estima a un niño al que se alimenta, cuida, conforta, abraza y ama es caer en lo obvio. Pero tal vez no sea tan obvio que tales experiencias son la base de lo que se llama confianza básica y de lo que hemos venido llamando autoestima.

Para poderse amar normalmente, para tener estima de sí mismo, es necesario haber tenido la experiencia infantil de verse plenamente amado. No haber gozado consistentemente tal experiencia durante la primera infancia y la primera niñez es carecer de bases para lograr una autoestima normal. Una vez establecida la confianza básica, el niño puede seguir estructurando las bases de su autoestima gracias a sus relaciones con los demás.

La fijación en el nivel de necesidades orales dependientes profundas es siempre patológica. Implica una de dos condiciones opuestas: o bien el paciente cuando niño, gozó satisfacciones excesivamente profundas cuando lo amamantaban, incluyendo aquí todo que hemos agrupado como apoyo narcisista infantil o bien se le negaron las satisfacciones orales, adecuadas y las relacionadas con estas. En un caso la fijación es resultado de una indulgencia extravagante; en el otro, surge de la frustración.

En ambos la fijación prepara el camino para que la persona desempeñe papeles dependientes, sumisos y subordinados, así como para que haya rebeliones periódicas contra tal situación. También puede asentar la base para las futuras declaraciones que el adulto haga de sentirse inútil, indigno e inferior e incluso para que tenga un deseo, de por sí, de que lo traten como un bebé. Después de todo, el bebé es un ser indefenso y está subordinado, aparte de que es fácil hacerlo sentir indeseado y no amado; lo que, al faltar una autoestima que lo equilibre, equivale a sentirse carente de valor e incapaz de despertar amor (Cameron Norman, 2011 p.63-65).

El destete

Según Melanie Klein (1936) existen bebés con fracaso para manejar satisfactoriamente los conflictos tempranos, desarrollan sentimientos agresivos que perturban la mentalidad infantil y que son al mismo tiempo importantes para su desarrollo.

como afirma previamente, el objeto de todas estas fantasías es el pecho materno. Parece curioso que el interés del bebé se limite solo a una parte de la persona y no a toda la persona; pero debemos tener presente que en esta etapa su percepción, tanto física como mental, es muy limitada y además que solo se preocupa del hecho fundamental de satisfacerse de inmediato, bien que no está siendo satisfecho, lo que Freud denominó: "el principio de placer-displacer". Es de este modo como el pecho de la madre, que gratifica o priva de la gratificación, se toma en la mente del bebé en "bueno" o "malo". Lo que denominamos pecho "buena" se convierte en el prototipo de lo que a lo largo de la vida será beneficioso y bueno. mientras que el pecho "malo" le atribuye todo su propio odio activo mediante un proceso denominado proyección.

Pero existe al mismo tiempo otro proceso de gran importancia, el proceso de introyección. Este último significa la actividad mental del bebé mediante la cual, en su fantasía, toma en sí mismo aquello que percibe en el mundo externo. Sabemos que en esta etapa el niño recibe sus mayores satisfacciones a través de la boca la que se convierte en la vía principal por la cual no solo ingiere el alimento sino que, mediante la fantasía introduce el mundo externo. (...) Al principio el pecho materno es el objeto de su constante deseo y por consiguiente es lo primero a ser introyectado. En su fantasía, el niño succiona el pecho dentro de sí, lo mastica y lo traga; de este modo siente que lo tiene dentro y que posee el pecho materno tanto en sus aspectos buenos como malos. (Klein, 1936, p.3).

Analizando lo que Melanie Klein menciona, se hace referencia que los instintos más importantes del bebé son de tipo digestivo, el niño pequeño relaciona todo lo que le ocurre con el pecho materno, es la primera percepción que valora y, después, lo relaciona todo con la madre, a la que

tambien valora, que tiempo despues percibe como persona; pecho y madre son, pues, los primeros objetos instintivos del bebe.

Como al mamar introduce en la boca el seno materno y en el tubo digestivo la leche, imagine interiorizar (mecanismo introyectivo), primero al pecho y despues a la madre o su sustituto, la nodriza. Esa representacion psiquica se localiza en el cerebro, por lo tanto, no muestra a la madre o a otra persona como es, sino como el nino la interpreta.

Las personas internalizadas, ya en el nino como en el adulto, no quedan estaticas, sino que reciben vida de los instintos y continuan conduciendose como lo hicieron en la realidad o como el bebe interpreto que lo hacian, cuando lo alimentaron, cuidaron o educaron.

Esas personas internalizadas determinan en el nino o en el adulto, impulsos o normas de actuar, que reflejan las que pecho, madre o padre tuvieron con el bebe, o los comportamientos reactivos de este ante aquellos. Se constituyen asi, comienzos del comportamiento futuro del individuo y de la conciencia moral o superyo, aunque puede suceder un conjunto de contratiempos, entre ellos, el trauma del destete.

Nos encontramos, pues, con dos circulos, uno benevolente y el otro malvado, ambos basados en el interjuego de factores externos o ambientales o factores psicicos internos; es decir, que toda disminucion en la cantidad o la intensidad de estímulos dolorosos, o bien todo incremento en la capacidad de adaptarse a ellos, ayudara a disminuir la fuerza de fantasias de naturaleza terrorifica. A su vez, la disminucion de estas fantasias permitira que el nino progrese en su adaptacion a la realidad, lo que a su vez disminuira aun mas las fantasias aterradoras (Klein, 1936, p.4).

Cualquier malestar digestivo sera relacionado como una frustracion o una agresion alimenticia provocada por la madre, a quien considerara como una

mala persona, como objeto malo. Si tiene hambre o adelgaza, será porque pecho o madre o representantes internalizados: "lo chupan por dentro".

Más adelante, cuando ya muerda, en situaciones penosas de hambre u otras, imagina que pecho o madre lo muerden a perforan el tubo digestivo con posibilidades de desplazamiento hacia otros órganos, estos procesos psíquicos inconscientes perduran hasta el adulto e influyen en la formación del superyó.

Como la relación de bebé y el ambiente es sobre todo alimenticia, el superyó empieza teniendo aspectos alimenticios perdurables, como remordimientos que constituyen el prototipo de castigos impuestos por los padres, la sociedad, el destino o la propia conciencia.

Así, en el superyó del niño, se ve una madre internalizada mala, que amenaza chuparlo, morderlo, envenenarlo a perforarlo; como reacción surgen fantasías de destruir el pecho o a la madre con las mismas maniobras que la madre internalizada mala ejecuta contra él, o con la saliva, la orina o las heces.

Como consecuencia de los contratiempos alimenticios, de la educación esfinteriana, del nacimiento de los hermanos o de las agresiones de la madre, surge el odio a la madre y luego la culpabilidad por ese "deseo" que persiste en el adulto. Cuando la madre falte, cuando sus necesidades no le son satisfechas, el niño se forzará por verla como persona buena, derivado de su culpabilidad y dependencia que experimenta.

No la culpan de abandono y explica el hecho de su comportamiento hostil hacia ella, temiendo la venganza por esa hostilidad.

Para sobrellevar ese contratiempo y el conflicto con los instintos, idealiza al pecho y a la madre y busca separar en su psiquismo las representaciones buenas de la madre de las representaciones malas, proyectándolas en otros

sires malos, de ahí que conciba "el pecho y a la madre buena" y "el pecho y la madre mala".

Según el Dr. Ernest Jones (citado en Klein, 1936) la frustración se presenta como la privación de sí el bebé no obtiene lo que desea, siente que la madre tiene el poder sobre él, y se lo retiene.

Para que el infante no presente fijaciones orales o dependencia oral, debe de obtener un trato considerablemente importante, proveniente de la madre o el cuidador, durante la etapa oral. Una de las partes más importantes de esta etapa es el destete.

El destete se da cuando la madre deja de alimentar al infante con el pecho materno; por ser la separación del pecho, es un factor determinante de angustia.

Para un adecuado desarrollo de la mente del bebé, es importante que caiga bajo la influencia de un círculo benevolente descrito a continuación:

- El amamantamiento natural es una ventaja para el desarrollo. La manera en cómo se trata al bebé, aun desde el parto deja impresiones en su mente.
- Cuidar la forma de ofrecer y hacer que el bebé acepte el pezón. El bebé debe experimentar sensaciones de placer y confianza.
- La madre debe de establecer una relación feliz con el niño y considerar su desarrollo emocional.
- Debe existir un equilibrio entre las necesidades físicas y psíquicas como la regularidad en el amamantamiento. Aunque las circunstancias

impidan a la madre alimentar al niño, aun puede establecer un fuerte lazo si es capaz de comprender la mentalidad del niño.

- Se debe evitar crear frustraciones innecesarias como prohibir chupar el pulgar. Las frustraciones orales intensas llevan a la necesidad intensificada de placer genital, como masturbación compulsiva. En lo que se refiere a la succión del pulgar puede ser reemplazada sin presionar. El chupeteo incontrollado del pulgar o chupete tiene riesgo de fomentar una fijación oral, pues impide el movimiento libidinal natural de la boca hacia los genitales.
- No se debe intervenir en la masturbación, debe existir una actitud amistosa de la madre hacia las manifestaciones de la sexualidad, no mostrar disgusto, dureza o burla que son humillantes y perjudiciales para el niño, tampoco se debe mostrar excesiva indulgencia, en especial a tomarse demasiadas libertades con la madre. Se debe restringir al bebé* suave pero firmemente, sin participar de su sexualidad.
- Se deben evitar señales de desaprobación o disgusto cuando se asea al bebé. La madre no debe verse ansiosa, ni tratar de evitar que el bebé se ensucie o se moje.
- Existe un error al intentar la educación de los esfínteres muy tempranamente. La madre debe ser comprensiva respecto al placer que siente en sus funciones excretorias.
- Se debe establecer una relación feliz entre madre e hijo, la alimentación debe ser un placer y no un deber para la madre. La felicidad reciproca promoverá comprensión emocional plena. El canto de la madre permanece como un recuerdo placentero y estimulante en su inconsciente.

- La madre debe comprender que el bebe no es su extension, debe ser tratado como un individuo, no debe ligarlo demasiado a si y debe ayudarlo a crecer independientemente.
- No debe de interferir en el desarrollo del nifio, ni tratar de acelerarlo, debe permitirsele que crezca a su propio ritmo, tranquilamente.
- Debe de haber un limite del rol materno. La madre debe aceptar la sexualidad del bebe amistosamente y evitar el excitado apasionamiento por las actividades del cuidado del bebe.
- Limitar los gestos, en particular en lo que se refiere a genitales del bebe.
- No privarlo de amor, el bebe se debe acariciar, besar, tenerlo entre brazos, todo lo que sea necesario.
- Que el bebe no duerma en el dormitorio de los padres, ni presencie las relaciones sexuales. ACin dormido puede percibir lo que sucede.
- El proceso del destete se debe dar lenta y suavemente. la edad adecuada es entre los 8 y 9 meses.
- Al acostumbrarlo a la comida se debe hacer con paciencia y gentileza.
- Se debe comprender que los bebes tienen mucha mayor capacidad intelectual de lo que se presume.

Se puede concluir que el destete exitoso implica que el infante se haya acostumbrado a la nueva comida y de esta forma da los primeros pasos para superar temores y conflictos, lo que lo lleva a la adaptacion de la frustracion.

Temores tempranos surgen de conflictos agresivos que se despiertan facilmente por cualquier frustracion o incomodidad. Existen procesos vigorosos de disociaciOn entre los dos aspectos buenos y malos; de su primero y mas importante objeto, la madre y entre sus emociones: "amor" y "odio" hacia ella.

A continuaci3n se mencionaran las condiciones deseables para entete y el destete. desde el punto de vista de un pediatra psicoterapeuta contemporaneo. El doctor Campos Castaneda (2006).

Ciertas condiciones son deseables para cada etapa.

El entete es is capacidad innata del infante de empezar a alimentarse del pecho materno incluye su primer experiencia y vinculo con la madre despues de nacer.

En la epoca del entete es importante:

- Que la mama entre en ese estado de «sana perturbaciOn» escrito por Winnicott como capacidad maternal primaria.
- Que el sosten dado por esta madre y la familia sea continuo, y que la discontinuidad inevitable sea en proporcion at grado de tolerancia que el bebe pueda administrar: falla gradual, inevitable y necesaria para el desarrollo.
- Que la madre se sienta sostenida y apoyada a su vez por el padre y/o la familia, y estos por la sociedad.
- Que las condiciones ambientales fisicas sean estables y continuas de tal manera que se tomen confiables.
- Que at inicio el bebe experimente una omnipotencia casi total, respetando los cuidadores, el gesto espontaneo expresado por la demanda de su singular necesidad de sosten y succi3n.

Son condiciones deseables para el destete:

- La presencia de la madre con su capacidad activa para estar sola en presencia de su hijo.

- Que la alimentacion vaya siendo reemplazada por una dieta que no implique lactancia y que cubra los requerimientos nutricionales.
- Que la zona de excitación este transitando de la oralidad a la genitalidad.
- Que las condiciones de estabilidad y de continuidad del cuidado tanto de los personajes significativos como del medio físico se mantengan.
- Si para la etapa del destete es necesario una madre imbuida en su «capacidad maternal primaria» para el destete es necesario que la madre se vaya recuperando de ese estado al tiempo que su cría va desarrollando. La madre recuperará su propia capacidad para estar sola en presencia de su hijo. Si la madre no es capaz de esto, el hijo no podrá adquirir la capacidad de estar solo en presencia de la madre. Es decir no podía destetarse.
- Que la disminución del dominio omnipotente y mágico del objeto sea un hecho. Esto implica una madre que frustra regularmente ya que hay suficiente yo para ser frustrado- tolerando el ataque mágico despiadado para devolver cada vez más integración y realidad. La frustración no pasa por una variación de las condiciones estables del sostén sino por una adecuada relación entre dos yoes. Uno de los cuales es maduro y el otro estará transitando a la madurez, aquí el manejo adecuado de las pataletas es central, y depende en gran medida de las capacidades de la madre de manejar una relación diádica en términos de suficiente integración de los aspectos ambientales plasmados en el sostén (madre ambiente) y los aspectos instintivos (madre objeto)...)
- Una persistencia del control omnipotente del objeto por parte del infante, lo que implica un sometimiento masoquista de la madre. Clínicamente estamos ante el: «babe engreído».
- Una incapacidad de la madre para no contrabandear su deseo personal en la «ley de la realidad compartida». La tan temida «madre falica» que no brinda la posibilidad de un deseo independiente.
- Unas condiciones inestables de sostén que son subsanadas por una succión compulsiva. En este punto estamos en la base de la etiología de trastornos diversos de actuación que van por ejemplo, desde una leve tendencia a morderse las uñas, una compulsión a comer en exceso, hasta un trastorno de adicción severo.
- Un intento por adelantar el proceso antes que la madurez psicósomática le permita al bebé lo que los psicólogos denominan: capacidad para la constancia objetal. Asistimos en la actualidad a una tendencia general social y globalizada a someter cada vez más a los infantes a exigencias de competencias para las cuales no hay la suficiente madurez.

- Por ultimo quiero referirme a una cualidad particular de angustia que se calma mediante el sosten y la succiOn. Esta cualidad vendria a ser la de aniquilaciOn, que paradOjicamente tiene la ventaja de unificar e integrar. Posteriormente a medida que los procesos de maduraciOn se van dando, y aparece el sentido del self, esta angustia deviene en angustia de separaciOn. El infante, que puede alcanzar con su destete la capacidad de estar solo en presencia de su madre, podra ser capaz de manejar la angustia de separaciOn saludablemente. Esto lo coloca no solo en adecuadas condiciones para manejar todas las separaciones que la vida le va a deparar, sino tambien en una suficiente capacidad de transitar por el Edipo de forma saludable con recursos para lidiar con la angustia de castraciOn (p.47-48).

Las emociones del infante son particularmente poderosas y dominadas por los extremos. Hay procesos vigorosos de disociacion entre los dos aspectos el bueno y el malo de su primero y mas importante objeto, la madre y entre sus emociones de amor y odio hacia ella. Esta division le permite dominar sus temores tempranos que surgen de sus impulsos agresivos.

Los infantes pueden despertar su impulso agresivo facilmente por cualquier frustracion o incomodidad y traducirlo a la forma de sentirse abandonados, dafiados, atacados o hasta perseguidos. De ahi el nombre temores persecutorios, estos pues, se centran en la madre y prevalecen hasta que se desarrolla un vinculo mas integrado con ella y por lo consecuente con otras personas.

Claro esta no siempre se desarrolla un vinculo fuerte o sano con la madre y de ello se desprenden sentimientos que repercuten en el desarrollo de la personalidad del infante. Como en el caso, muchas veces, del comedor conipulsivo.

CONCLUSIONES

Se puede descubrir información de alta validez clínica indagando en los antecedentes infantiles de un individuo.

Las personas que padecen el trastorno por atracón pueden tener sus principales puntos de fijación en una fase infantil de dependencia oral, una fase de desarrollo preedípico anterior a la de autoafirmación y la lucha por el poder; muestran su enojo y resentimiento comiendo en exceso y este comer expresa profundas necesidades de dependencia y culpa.

Los conflictos de las personas con T.A. no se centran en la culpa o la obsesión a la comida, sino en el deseo de recibir amor de las personas que le rodean, en especial de la figura materna, al no pasar esto, se tiene la convicción de que no es capaz de despertar amor y de que no se le acepta. Sin embargo, estos conflictos ocurren en algún período de la infancia temprana.

La persona con trastorno por atracón no pierde contacto con la realidad externa, aunque sí presenta ciertos problemas psicológicos como la ansiedad y el rechazo hacia su imagen corporal. No poseen una imagen corporal distorsionada de sí mismo como en el caso de la anorexia nerviosa, pues tiene una representación objetiva sobre su propio cuerpo.

Toda separación es una situación compleja para los seres humanos. El primer momento de autonomía en la vida de las personas es el nacimiento.

Desde el nacimiento el individuo puede recibir ciertas alteraciones en su psique. Cada detalle es importante y debe ser cuidado. El tipo de parto, la forma en que fue recibido o deseado al nacer, la presencia de algún sufrimiento fetal o post parto, el uso de fórceps o la cesárea, depresión post

parto, negación de ver o tocar al recién nacido por parte de los padres, negación del pecho materno, separación física de la madre, desánimo por el sexo del infante o alguna señal particular o color de piel. Todas estas acciones pueden causar impresiones en el inconsciente que navegarán con el sujeto a lo largo de su vida causando tal vez algunos estragos en el desarrollo de su personalidad es decir su forma de ser y actuar.

Sobre las fantasías pre conceptivas, son una derivación del narcisismo de las madres depositada en el hijo y que influyen en la estructuración psíquica y corporal del niño. Si las fantasías pre conceptivas de la madre no se supieron manejar de manera correcta después del nacimiento, las actitudes de rechazo e inconformidad en cuanto a la imagen del hijo pueden provocar que la personalidad no se desarrolle de una forma sana, que el infante no acepte su cuerpo tal y como es, además de impactar en la formación del ideal del yo en el niño, a partir del propio ideal del yo de los padres, afectando la formación del vínculo.

La idealización que tuvo la madre sobre el hijo durante la gestación, repercute desde el nacimiento y durante su desarrollo, la madre contrasta la fantasía con la realidad poco después de que el niño nace.

Cuando la madre no entra en un período() de reajuste psicológico y no aprende a amar y aceptar a su hijo tal y como es, este impacto que recibe el infante percibiendo el rechazo de su madre, influye en el resto de su vida; durante el desarrollo el infante vive una inconformidad hacia sí mismo, un sentimiento que se va manteniendo por el resto de su vida.

Las fantasías pre conceptivas de la madre no son dañinas sino hasta el momento en que la madre no logra saber ponerse a ellas, y rechaza al hijo por no haber cumplido sus expectativas, un bebé no puede entender lo que ocurre en la mente de la madre pero sí puede percibir todas las impresiones que esta le brinda de forma consciente o inconsciente.

Cuando el rechazo hacia la imagen corporal persiste por parte de los padres o cuidadores pueden crearse alteraciones de la imagen corporal en la mente del infante, desvalorizaciones de su cuerpo e integridad física. Esto se ha detectado por medio de diversos estudios, entre ellos el estudio en niños obesos realizado en México por Manzo en el 2010.

Es sabido que en la etapa oral el sustento del infante es sumamente importante, pues el alimento que se obtiene, es decir, la leche es necesaria para la supervivencia además de que la alimentación significa el primer contacto con "el otro".

El sustento es tan importante como las sensaciones de cariño y protección y aceptación que se deben de obtener de la madre, en un sentido figurado podríamos decir que la madre no debe solo dar leche al hijo sino leche y miel.

Cuando un vínculo entre madre e hijo no es lo suficientemente fuerte o sano repercute gravemente en el niño y adulto en que se convertirá.

Algunos casos de vínculos deficientes se dan cuando, la madre abandona a su hijo físicamente o emocionalmente al momento de nacer esto puede repercutir en el niño marcando fuertemente su desarrollo psicológico.

El amamantarse representa para el infante el momento más íntimo y más deseado con su madre, en el que él siente incorporarse a ella. En la etapa oral, ser amamantado representa el máximo placer que el bebé puede obtener por medio de la boca, un órgano de máxima importancia, donde experimenta sus primeras sensaciones de bienestar y conocimiento del medio que lo rodea.

El entete se conoce como las primeras veces que el infante es amamantado. La madre por medio del calostro que lleva en su leche suministra buenas

dosis de vitaminas y minerales para su bebe. Suele pasar especialmente para las madres primerizas que experimentan cierto dolor en los pechos al amamantar por primeras veces, suele suceder que la madre no encuentra la postura adecuada para amamantar o tal vez el bebe encuentra dificultad para succionar el pezón.

Fuera de las causas fisiológicas por las cuales se pueden tener dificultades en el tete existen también causas emocionales desde actitudes de rechazo hacia el hijo o su imagen corporal como se vio anteriormente hasta posturas de rechazo justificadas como no querer amamantar para evitar la caída de los pechos, también puede deberse a emociones de miedo por no creerse lo suficientemente capaz, sentirse débil o con falta de ánimo, etc. Todas estas acciones afectan el desarrollo psicosexual del neonato.

Se encontraron en este estudio actitudes negativas de la madre al amamantar que pueden repercutir en el desarrollo del hijo, estas pueden ser de rechazo, abandono o sobreprotección.

Aun al estar siendo alimentado por su madre el infante puede sufrir abandono al no crear un vínculo con ella. La falta de un vínculo se crea cuando la madre ha abandonado emocionalmente a su hijo y solo cumple con la función de amamantar por compromiso.

Un ejemplo será el de una madre que amamanta a su hijo pero evita el contacto físico con este y no le ofrece demostraciones de cariño o aceptación.

Un ejemplo de posición de rechazo por parte de la madre suele darse con madres que expresan desprecio por su hijo, expresiones de asco al asearlo o alimentarlo, entre otras actitudes de desprecio.

La sobre protección suele ir de la mano de la sobre alimentación pues una madre que se esfuerza en exceso en suplir las demandas de alimentación y cuidados de su hijo puede transmitirle su frustración.

Con el proceder de acciones como las previamente dichas o similares que afecten el vínculo entre madre e hijo las conductas del mismo empiezan a llenarse de desesperación y aflicción que pueden evolucionar y repercutir en el adulto con fijaciones orales como fumar, morderse las uñas por tensión y sobre todo una relación de tensión con la comida representante simbólico directo del pecho de la madre.

Conforme la etapa oral continua aparecen los primeros dientes del bebé por lo general filosos como las agujas. Algunos bebés suelen descargar su energía libidinal en forma de agresiones hacia la madre mordiendo con sus afilados dientes el pezón a veces desgarrándolo y solo algunas veces arrancándolo.

La actitud de la madre hacia el hijo al percibir el dolor ocasionado por este debe ser en extremo cuidadosa y paciente. Pues si la madre tome conductas castigadoras como regañar, pellizcar, negar el pecho, entre otras para erradicar la conducta de su hijo puede ocasionar en él una serie de descompensaciones psicológicas.

De las agresiones de la madre hacia el infante, surge el odio hacia la madre, el odio como sentimiento primario, es la impresión negativa de las sensaciones que se obtienen. La culpabilidad por ese odio persiste en el adulto. El niño se esforzará por no condenar a la madre y explicará las reacciones agresivas de la madre hacia él como consecuencia de alguna conducta hostil que pudo tener hacia ella.

El niño cree que alimentarse de la madre fue una conducta hostil y por eso ha sido agredido o rechazado, en el caso de ser ignorado, el infante fantasea

con ingerir completamente a su madre e incorporarla a su cuerpo, esto le hace temer a la venganza de la madre.

Para contrarrestar estos sentimientos, el infante separa en su psiquismo a la madre en sensaciones e impresiones buenas y sensaciones e impresiones malas; idealiza también el pecho de la madre.

Las dos fases de la etapa oral.

La fase del chupeteo es en donde la acción más importante de la boca es aprender a incorporar la leche a su cuerpo y conocer texturas por medio de los labios y lengua.

Cuando el infante succiona demasiado rápido puede estar manifestando la ansiedad que siente cuando la madre retira bruscamente el pecho del niño o cuando la madre no alimenta y sustenta al niño el tiempo suficiente dejándolo con sensaciones de hambre e insatisfacción.

También puede manifestar sentimientos de abandono por actitudes de la madre como dejarlo solo por un tiempo prolongado y/o no atender sus necesidades básicas de sustento y limpieza o evitar el contacto físico con el niño.

Es importante comprender que no solo las carencias de sustento y cariño son perjudiciales en el desarrollo del niño, también lo son el exceso de los mismos. Por ejemplo, si la madre tiene acciones como dar pecho al niño más de lo que necesita o amamantarlo para que no llore cuando el niño presenta otro tipo de necesidad, o si la madre presenta una excesiva dependencia a su hijo y un obsesivo control sobre sus cuidados y alimentación proporcionándole lo que le falta antes de que este lo requiera.

De esta manera, el chupeteo incontrolado evoluciona convirtiéndose en un comer excesivo en el que el adulto simboliza un trato ingenuo e inconsciente de romper una relación de control de la madre, así como la manifestación de dependencia a la misma y necesidad de su amor.

La otra fase de la etapa oral es la canibalística, la cual empieza con la dentición del niño, los dientes son una nueva herramienta que debe aprender a utilizar, al amamantarse durante esta fase, aprende que puede lastimar a la mamá. Los sentimientos de agresividad y culpa dependen en gran medida de la actitud de la madre hacia el niño cuando es lastimado por los dientes del infante. Un golpe, aunque sea suave, un pellizco, un desdeno o un abandono como castigo por parte de la madre, pueden provocar sentimientos de culpa en el infante.

El sentimiento de culpa inconsciente que prevalece en el trastorno por atracón se puede manifestar por la sensación primaria que se tuvo en la infancia de ser el culpable del comportamiento de la madre.

El aparato psíquico del niño tiende a defender las conductas de su madre dividiéndola en dos partes: una buena y otra mala, todo esto de una forma inconsciente. Más adelante le atribuye a la comida el mismo sentido de ser buena y mala, expresándolo en las acciones compulsivas, el deseo a la parte buena y la culpa inconsciente hacia la parte mala, proyectándola en su mismo cuerpo.

La angustia es entonces la causante de acciones como comer compulsivamente y experimentar sentimientos de culpa.

En el bebé la angustia puede ser aniquilada mediante el sostén y la succión. Las sensaciones como sentirse lleno o vacío son complejas y deben ser cuidadas en el infante.

Asp como las sensaciones de vacío, soledad o abandono pueden provocar profundos miedos y angustia, la sensación de estar lleno puede interpretarse como un bienestar sustituto de la madre. Estas sensaciones acompañan al individuo en toda su vida, se vive cotidianamente con una interacción con los alimentos. Si estos tienen pues, interpretaciones psíquicas más profundas y simbolizan elementos importantes en la vida, tales como la imagen materna y el amor propio, es casi evidente, entonces la necesidad compulsiva del individuo de seguir adquiriendo comida para llenar un vacío.

La persona con trastorno por atracón mantiene una profunda dependencia oral y menosprecio de sí mismo provocado por la culpa inconsciente. El origen de la culpa es complejo y diferente en cada caso, aunque existen factores predisponentes como: la calidad del vínculo materno.

Estudios del desarrollo de la personalidad en las primeras etapas psicosexuales del individuo, como la etapa oral y sus fijaciones, se deben a la psicoanalista Melanie Klein, ella fundó teorías sobre la importancia del vínculo materno y el niño. Su investigación se basa en las observaciones y análisis durante la terapia de juego aplicada a niños y bebés.

Uno de los principales descubrimientos y aportes de su investigación, es que la falta de atenciones y cuidados necesarios de la madre influye de manera negativa en la mente del niño. Se crean recuerdos inconscientes de sensaciones desagradables, como la soledad y el abandono, sensaciones de tensión hacia alguna agresión o sentimientos de desesperación por obtener el alimento, cuidado, contacto físico o cariño.

Una madre debe tener conocimiento sobre el desarrollo del infante, conocer los procesos de su maduración y sobre todo crear un vínculo fuerte con el niño. Siendo capaz de reconocer las emociones del niño y suplir sus necesidades aun antes que las de ella misma. Esto no significa que la

madre pierda interes en ella misma o que abandone su cuerpo y no busque su bienestar sino que busque ante todo el bienestar del hijo.

Un ejemplo clasico sera el del neonato necesitado de atencion. cuidados y alimentacion aun a altas horas de la noche y en la madrugada que requiere una madre paciente y entregada que sea capaz de suplir sus necesidades pese a sus propias sensaciones como cansancio, sueño, aburrimiento, entre otras.

Un proceso importante en el desarrollo del infante es el destete, todos los aspectos referente a este hecho son de suma importancia. rVluchas madres aun en nuestros tiempos ignoran la forma adecuada de retirar el pecho o el biberon al bebe e introducirlo a ingerir alimentos solidos. Este proceso este lejos de ser simplemente un cambio en la alimentacion, implica cambios en los procesos psrquicos del infante, en su forma de comprender el mundo y ver a su madre como un ser fuera de si mimo.

El bebe debe de sentirse seguro y comprendido, el destete no debe ser un cambio dificil pero si debe de darse de forma cuidadosa. Se deben tomar as medidas necesarias en este proceso, no se deben dar cambios bruscos o descorazonados abandonos.

Hay que tomar en cuenta que el destete no solo se trata de dejar el alimento que directamente entrega la madre, sino tambien de separarse un poco mas de ella, de dejar ese estado de fusion emocional, muchas veces esta separacion entre la madre y su hijo es vivida como un duelo, donde un objeto de amor se pierde y se logra paulatinamente elaborar esa perdida. En psicoanalisis se ha descrito el destete como el momento del desarrollo del yo, tiempo en el que paralelamente al desarrollo neurofisiologico, el nifio logra distinguir su propia imagen de la imagen de su madre.

El infante que puede alcanzar con su destete la capacidad de estar solo en presencia de su madre podrá ser capaz de manejar la angustia de separación saludablemente. Esto le permite en la edad adulta manejar separaciones de otra índole de una forma sana sin recurrir a la angustia.

Un intento por adelantar el proceso antes que la madurez psicósomática le permita al bebé es lo que los psicólogos denominan: capacidad para la constancia objetal. Se asiste en la actualidad a una tendencia general social y globalizada a someter cada vez más a los infantes a exigencias de competencias para las cuales no hay la suficiente madurez. Así también retrasar procesos de desarrollo como el destete pueden ser causas de dependencias orales profundas.

Cuando surgen conflictos en algún periodo de transición del destete, se crean necesidades de dependencia crecientes, junto a sentimientos de abandono y rechazo, provocando el miedo de volver a sentirse tentado a una relación simbiótica.

Para minimizar esta circunstancia de regresar a la relación simbiótica y establecer un vínculo sano entre la madre y el hijo desde los primeros días, se establecen los siguientes lineamientos básicos:

Para establecer -Vínculo Materno:

- Establecer una relación feliz con el niño.
- Considerar el desarrollo emocional del niño.
- Dar un trato sensible y amoroso al bebé desde el parto, cuidando las impresiones que queden en su mente.
- El bebé debe experimentar sensaciones de placer y confianza.

- El canto de la madre permanece como recuerdo placentero y estimulante en su inconsciente.
- Una felicidad reciproca promovera comprension emocional plena.
- La madre debe comprender que el bebe no es su extension y debe ser tratado como un individuo.
- La madre no debe ligar demasiado al hijo a si misma y debe ayudarlo a crecer independiente.
- Darle amor al bebe, el niriio se debe acariciar, besar, tenerlo en brazos, entre otras manifestaciones de carino.
- Comprender que los bebes tienen mayor capacidad intelectual de lo que se presume.

En el amamantamiento:

- Ofrecer cuidadosamente el pecho o el biberOn al niriio, asi como retirarlo con delicadeza.
- Debe existir un equilibrio entre las necesidades fisicas y psicicas. Por ejemplo: la regularidad en el amamantamiento.
- No debe ceriirse de modo estricto a las reglas. Por ejemplo: los horarios de alimentacion.
- Evitar crear frustraciones innecesarias, las frustraciones orales intensas Bevan a la necesidad intensificada de placer genital llevando a actos como: la masturbacion compulsiva.

- El proceso de destete debe darse lenta y suavemente, de una forma gradual. La edad recomendable por Melanie Klein es desde los 8 a los 9 meses.
- No presionar en el reemplazo del chupeteo incontrolado del pulgar o chupete. Se debe reemplazar sin presionar.
- Aunque las circunstancias impidan a la madre alimentar al niño por medio del seno materno, aCm puede establecer un fuerte lazo si es capaz de comprender la mentalidad del
- Se debe tener paciencia y gentileza al acostumbrarlo a la comida.
- El amamantamiento natural es una ventaja para el desarrollo.

En los cuidados del infante:

- Evitar intervenir en la masturbación del niño.
- No se debe tratar de educar los esfínteres prematuramente. Es decir antes de los dos años aproximadamente.
- Que el niño no duerma en el dormitorio de los padres, ni que presencie las relaciones sexuales, at.in dormido puede percibir lo que sucede.
- La madre no debe verse ansiosa al tratar de evitar que el niño se moje o se ensucie.
- Evitar señales de desaprobación o disgusto cuando se asea al bebé.
- La alimentación no debe ser un deber sino un placer para la madre.

- No se debe interferir en el desarrollo del nido, ni tratar de acelerarlo. Debe permitirsele que crezca a su propio ritmo, tranquilamente.
- Se debe ser comprensiva respecto al placer que siente en sus funciones excretoras.
- Se debe tener una actitud amistosa hacia las manifestaciones de la sexualidad, no mostrar disgusto, dureza o burla, que son humillantes y perjudiciales para el niño.
- No mostrar excesiva indulgencia, en especial a tomarse demasiadas libertades con la madre. Restringir al bebé, suave pero firmemente, sin participar de su sexualidad.
- Evitar el excitado apasionamiento por las actividades del cuidado del cuidado del bebé.
- Limitar los gestos de burla o expresiones de asco o deseo, en particular, en lo que se refiere a genitales del bebé.

Obesidad Infantil

México ocupa el primer lugar mundial de obesidad infantil, ya que uno de cada cuatro niños entre 5 y 11 años tiene sobrepeso u obesidad de acuerdo a la Encuesta Nacional de Coberturas del Instituto Mexicano del Seguro Social, (2009).

"Siete de cada diez habitantes en la zona sur de Veracruz presentan sobrepeso u obesidad, siendo los centros urbanos los principales puntos donde existe esta situación", afirmó Isabel de la Cruz Arroyo, jefa de la Jurisdicción Sanitaria. No.XI (2011).

Detalle también que son habitantes de 10 a 65 años los que inciden mayormente en este padecimiento. Entre los municipios de Veracruz que presentan la mayor cantidad de habitantes con problemas de obesidad, se encuentran Coatzacoalcos, Minatitlán y Cosoleacaque, debido a que son ciudades que concentran el mayor número de población en los 18 municipios que comprende la jurisdicción XI de México.

Aunque no todo el paciente que presenta sobrepeso u obesidad es un comedor compulsivo, es de mucha importancia que los profesionales dedicados a la salud física y mental tengan un mayor conocimiento sobre la relación entre la obesidad y el trastorno por atracón, ya que estudios han revelado que el 50% de personas con obesidad, padecen del trastorno por atracón.

La mayoría de la gente come demasiado de vez en cuando, y muchas personas creen que frecuentemente comen más de lo que deben. Sin embargo, comer grandes cantidades de comida no significa que esa persona padezca el trastorno por atracón. La mayoría de la gente con problemas serios del trastorno por atracón tiene algunos de los siguientes síntomas:

- Episodios frecuentes de comer lo que considerarían otras personas una cantidad excesiva.
- Sensaciones frecuentes de no poder controlar lo que come o cuánto come.
- Comer mucho más rápido que lo normal.
- Comer hasta estar incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de comida aun sin la sensación de hambre.
- Comer en soledad por vergüenza de la cantidad de comida ingerida.
- Sentir disgusto, depresión o vergüenza después de un atracón.
- Cambios frecuentes de peso, sobrepeso u obesidad.

- Baja autoestima.
- Perdida del deseo sexual.
- Uso de dietas frecuentes o ejercicio excesivo.

Al conocer la problemática se podrá ahondar en sus orígenes y consecuencias en la vida del paciente con T.A y facilitará la creación de nuevas formas para su tratamiento. Además de que podrá ser detectado y diagnosticado a tiempo.

La prevención del mismo es de gran importancia, crear conciencia en el conocimiento de los factores etiopatogénicos del trastorno por atracón puede evitar conductas inadecuadas en los padres, cuidadores, y profesionales de la salud.

Aunque puede que no se pueda prevenir todos los casos de trastorno por atracón, ayuda al empezar el tratamiento tan pronto como se empiecen a tener los síntomas. Además, enseñar y animar a la gente a tener hábitos saludables y actitudes realistas sobre la comida y la imagen de su cuerpo también puede ayudar a prevenir el desarrollo o empeoramiento del trastorno alimentario aun no especificado.

Propuestas

Los desórdenes alimentarios como Bulimia, Anorexia y recientemente el trastorno por atracón han causado estragos en la sociedad causando múltiples casos de muertes y estragos emocionales.

A partir de estos fenómenos se ofrecen las siguientes propuestas que se desprenden de esta investigación:

- Baja autoestima.
- Perdida del deseo sexual.
- Uso de dietas frecuentes o ejercicio excesivo.

Al conocer la problemática se podrá ahondar en sus orígenes y consecuencias en la vida del paciente con T.A y facilitará la creación de nuevas formas para su tratamiento. Además de que podía ser detectado y diagnosticado a tiempo.

La prevención del mismo es de gran importancia, crear conciencia en el conocimiento de los factores etiopatogénicos del trastorno por atracón puede evitar conductas inadecuadas en los padres, cuidadores, y profesionales de la salud.

Aunque puede que no se pueda prevenir todos los casos de trastorno por atracón, ayuda el empezar el tratamiento tan pronto como se empiecen a tener los síntomas. Además, enseñar y animar a la gente a tener hábitos saludables y actitudes realistas sobre la comida y la imagen de su cuerpo también puede ayudar a prevenir el desarrollo o empeoramiento del trastorno alimentario aun no especificado.

Propuestas

Los desórdenes alimentarios como Bulimia, Anorexia y recientemente el trastorno por atracón han causado estragos en la sociedad causando múltiples casos de muertes y estragos emocionales.

A partir de estos fenómenos se ofrecen las siguientes propuestas que se desprenden de esta investigación:

En cuanto a las líneas de investigación futuras:

- Investigación sobre los grupos de autoayuda para comedores compulsivos en el estado de Veracruz, así como la investigación de la eficacia de sus procedimientos: "El manual del grupo de autoayuda".
- Traducción de los test aplicados para personas con Binge Eating o Trastorno por atracón, en diferentes idiomas. Ver en el anexo 1, la traducción del test eating disorders traducido por la autora de esta investigación.
- La investigación sobre el trastorno por atracón desde un enfoque sociológico.
- Continuar la investigación del trastorno por atracón, enfocado hacia los tratamientos psicoterapéuticos.
- Realizar investigación de corte cuantitativa sobre las estadísticas de personas que padecen del trastorno por atracón, a nivel nacional y por estados.
- Escribir sobre las formas de crear o mejorar el vínculo sano entre madre e hijo y sobre la forma en que se puede prevenir los trastornos alimentarios, de una manera clara y sencilla, para que sea accesible a cualquier tipo de lectores.

En cuanto al papel del psicólogo:

- Creación de talleres dinámicos e informativos sobre: "Los lineamientos básicos de un vínculo efectivo entre madre e hijo", para madres, profesional de la salud y público en general.
- Creación de grupos de autoayuda para personas que padezcan o puedan padecer del trastorno por atracón, que incluyan tratamientos médicos, nutricionales, físicos y psicológicos.

El papel del psicólogo.

¿Cómo puede un psicólogo ayudar a una persona a recuperarse de un trastorno de alimentario?

Los psicólogos desempeñan un papel vital en el tratamiento exitoso de los trastornos alimentarios. Se enfatiza la necesidad de un equipo multidisciplinario para el abordaje terapéutico y así brindar la atención adecuada al paciente.

El psicólogo debe identificar los problemas importantes que requieren atención y desarrollar un plan de tratamiento para ayudar al paciente a reemplazar pensamientos y conductas destructivas para su salud física y mental por otras más positivas.

Por ejemplo, el psicólogo y el paciente pueden trabajar juntos en concentrarse en la importancia de la salud en lugar del peso. El paciente puede llevar un diario de comidas con el fin de crear más conciencia de los tipos de situaciones que desencadenan el comer compulsivamente.

El psicólogo y el paciente deben trabajar juntos para explorar los problemas psicológicos subyacentes al trastorno de la alimentación.

El psicoanálisis como tratamiento de los trastornos de alimentación, recomienda tomar cada caso como nuevo y no sacar conclusiones apresuradas, ya que la orientación del tratamiento dependerá de la estructura de que se trate.

Serán analizados los pacientes que, tras una evaluación individual, cumplan con los criterios del trastorno alimentario. En el caso de trabajo con adolescentes, se deben incluir también entrevistas a los familiares.

El resultado final de la terapia analítica es permitir que toda la organización mental del paciente, detenida en un estadio infantil del desarrollo, continúe su progresión hacia la condición normal del adulto.

El esquema corporal, identidad y diferenciación self-objeto están relacionados, y a su vez estos con la relación madre-hijo. El objetivo del análisis es que el paciente se recupere y tome conciencia de sus conflictos para poder expresarlos de una forma adecuada y sin dañarse.

Pueden encontrarse constantes en el curso del tratamiento, el desconcierto y la sorpresa. El comer compulsivo es una negación y como tal una de las funciones contenidas en la compulsión, consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto mediante el acto de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo representa. Lo precario de dicho mecanismo de negación exige que sea permanentemente renovado en cada acto alimenticio.

Al final, es la tolerancia del analista al desorden y a la incertidumbre, las aproximaciones graduales, al acierto y el error, lo que permite al paciente mostrarse tal y como realmente es.

La psicoterapia psicoanalítica está encaminada a concentrarse en mejorar las relaciones personales del paciente, en esta misma línea la terapia de grupo también resultaría útil.

Los terapeutas pueden guiar a los familiares para que entiendan el trastorno del paciente y aprendan nuevas técnicas para sobrellevar los problemas. Los grupos de apoyo también pueden colaborar.

Grupos de autoayuda

Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

Cabe enfatizar que un grupo de autoayuda no puede resolver todos los problemas, ni puede reemplazar los servicios de los profesionales de la salud.

El inicio de un grupo requiere planeación y esfuerzo. Se deben fijar las metas grupales y permitir a los integrantes o cuidadores que se reúnan con regularidad para apoyarse mutuamente, se ofrece también la oportunidad de conocer a otras personas en la misma situación, para que compartan sentimientos y experiencias, así también proporciona la oportunidad de aprender más sobre la enfermedad.

El psicólogo debe capacitarse en la formación de grupos de autoayuda, posterior a esto debe organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda para personas que enfrenten la adicción del comer compulsivamente.

Psicología de la Salud y el estudio de campo.

Salud puede considerarse simplemente como la ausencia de enfermedad. En el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales.

Al ser conceptualizada como un campo de desempeño profesional, la Psicología de la Salud deberá de ser normada en sus criterios por un modelo teórico-metodológico que permita explicar y abordar cómo incide el factor psicológico en la promoción de la salud, las etapas de la enfermedad y los diferentes niveles de prevención, que permitan al psicólogo de la Salud desarrollar competencias pertinentes que lo faculte en el plano terapéutico para pasar de un nivel de asistencia meramente consultiva.

Una postura de investigación de campo debe ser un modelo que implique la explicación psicológica, que no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino que ponga en manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

En el modelo psicoanalítico surgen posturas neo psicoanalíticas que destacan el papel preponderante de las alteraciones de la Imagen Corporal en los trastornos de la conducta alimentaria como los trabajos mencionados en esta investigación de la doctora Hilde Bruch.

En una investigación de campo se debe tomar en cuenta los diversos factores predisponentes como los genéticos; sexo, edad, trastorno afectivo, introversión/ inestabilidad, sobrepeso en la pubertad y adolescencia, nivel social, familiares con trastorno afectivo, familiares con adicciones, familiares con trastornos de la ingesta, obesidad materna y valores estéticos dominantes.

También es necesario contemplar los factores precipitantes como por ejemplo: los cambios corporales, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento en la actividad física, acontecimientos vitales y los factores perpetuantes como las consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones anoréxicas, actividad física excesiva o iatrogenia.

El psicólogo debe considerar la etiología de los problemas alimentarios y debe contemplar una combinación de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Es decir, que en el análisis del paciente deben existir relaciones directas entre una amplia variedad de factores y la problemática en cuestión. Sin embargo, hace falta investigación que analice cómo es que diversos contextos están relacionados con diferentes variables de índole personal y si estos se relacionan entre sí en la predicción de los problemas de conducta alimentaria.

Se necesitan investigaciones de campo que describan el contexto como factor del desarrollo psicológico del individuo, incluyendo el sistema de creencias, ideología, estilo de vida y forma de organización social que

prevalecen en la cultura, son necesarias las Investigaciones que definan el patron de actividades, roles y relaciones interpersonales fundamentalmente al interior de la familia. Es necesario saber lo que el individuo experimenta con respecto a sus características físicas y materiales particulares.

Las investigaciones deben it encaminadas a explorar otros factores importantes tales como: posibles traumatismos, falta de cuidados físicos, desordenes alimentarios en la familia, abuso de drogas y el abuso de alcohol.

La pievencion de los trastornos alimentarios. Prevencion del Trastomo por Atracon. "La familia como influencia contextual".

El psicologo debe crear estrategias de prevencion qua tengan como objetivo favorecer el desarrollo de habilidades como el fortalecimiento de la autoestima, la asertividad, las habilidades de comunicacion, la auto aceptacion de la imagen corporal, entre otras. Estos recursos ayudaran a los nirlos y jovenes a enfrentar muchas situaciones de la vida cotidiana de manera favorable.

Ciertas conductas en la familia pueden limitar las opciones y oportunidades para el nifio y el adolescents en el futuro. Se considera que los jovenes que practican deportes y actividades acadernicas o musicales refuerzan de forma positiva su actitud ante la vida.

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos, cuando las relaciones entre padres e hijos se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los hijos sean futuros ciudadanos responsables. Por el contrario, cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto, en la carencia de apoyo, de diálogo, en la falta de cariño y de cuidados, pueden surgir graves problemas de ajuste y fijaciones en etapas de la niñez como por ejemplo: problemas de autoestima y de satisfacción hacia la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así, como la implicación en conductas antisociales y en comportamiento de riesgo, todo esto puede vincularse también a trastornos de la alimentación.

El psicólogo debe promover la habilidad al sistema familiar para cambiar sus estructuras y relaciones, para así adaptarse a un mejor funcionamiento familiar. Se debe promover la cohesión familiar, cuanto mayor sea la vinculación emocional entre los miembros de la familia, más adaptado será el funcionamiento de la misma.

El psicólogo, los padres y profesores son importantes agentes de prevención, la cual debe incluirse en los centros educativos, realizada por parte de las instituciones de salud; los esfuerzos deben estar dirigidos a la prevención de los trastornos alimentarios orientando a profesores, directores de centros educativos, médicos y padres de familia.

La información debe promover el desarrollo de la autoestima, una actitud hacia el cuerpo positiva, el manejo adecuado de las emociones, la reducción del estrés así como promover hábitos alimenticios saludables y la actividad

física; en todo esto el papel del profesional de la Psicología, en la prevención de los trastornos alimentarios es fundamental.

BIBLIOGRAFIA

Carves Charles, Teorias de la Personalidad , 1997 Prentice Hall, Mexico.

Tercera impresion

Freud Sigmund, Obras completas de Sigmund Freud, 1898 Amorroutu

Editores, Espana. p. 355-358. Tercera impresion.

Klein Melanie, Obras Completas de Melanie Klein, 1988 Editorial Paidos,

Argentina, p.3-4 Primera impresion.

Lopez Ibor Juan, Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos

Mentales, 2002 Elsevier Masso, Espana. p. 665-666 Primera impresion.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Berrocal Carmen, Trastorno por sobre ingesta compulsiva. Validez de la diferenciacion entre el sindrome completo y parcial. (2002) Espana p.408.

Recuperado el día 17 de octubre del 2012, desde:

<http://www.aepc.es/ijchp/articulos/pdf/iichp-47.pdf>

Cabetas Isabel Anorexia Nervosa: La melancolia como sustrato

psicopatológico de la enfermedad. 1998 Espana p.8 Recuperado el día 18

de octubre del 2012, desde:

<http://bibliotecaPcP.ucm.es/ItPgisi19972000/S/4/S4012601.pdf>

Carmen Norman. Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología un enfoque dinamico. 2011, Mexico pagina 63-65; 433-435. Recuperado el día 19 de noviembre del 2012, desde: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/desarrollo-psicopatologia-personalidad-enfonque-dinamicohd/37840059.html

Campos Hugo, El destete y la capacidad de estar solo. 2006, Per0, p.47 Recuperado ei día 23 de noviembre del 2012, desde: <http://sisbib.unmsm.edu.peAvrevistas/rpp/v59n2lpdf/a08.pdf>

Diaz Joaquin, Interpretacion psicoanalitica de la Anorexia Nerviosa. 2003, Haurcourt Brace, Espana. p 43 Recuperado el día 23 de noviembre del 2012, desde: <http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/trabajos/psicoa.pdf>.

Diaz Joaquin, Clinica Diagnostica de is Bulimia Nerviosa. 2002, Harcourt Brace, Espana. p. 4-13 Recuperado el día 3 de enero del 2012, desde: <http://www.paidopsiquiatria.comianorexia/trabajos/psicoa.pdf>.

Guisado Juan, Aspectos clinicos del trastorno por atracon "binge eating disorder". 2001, Espana. p. 3-4 Recuperado el día 3 de enero del 2012, desde: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15744/15603>

Hall Lyne, Stress, Anxiety and Depression Fighting Phobias: the things that go bump in the mind 2010. Food and Drug Administration, US. Estados Unidos. p.46-47. Recuperado el día 7 de enero del 2012, desde: <http://books.google.com.mx/books?id=w13d3fY08vWQC&pg=PA5&lpg=PA5&dq=figh+ting+phobias:+the+things+that+go+bump+in+the+mind.++pdf&source=bl&ots=CS4ORHlzkX&sig=WpaXFiaB857909QwiTGYYPxBgxY&hl=es&sa=X&ei=xvX1UcOzOcmsgqGD24DICQ&ved=OCCsQ6AEwAA#v=onepage&q=Fighting%20phobias%3A%20the%20things%20that%20go%20bump%20in%20the%20mind.%20%20pdf&f=false>

Lapanche Jean, Diccionario de Psicoanalisis. 1993 Editorial Paidos. Espana s.p. Recuperado el dia 23 de noviembre del 2012, desde: <http://www.gandhi.com.mx/index.cfm/id/Producto/dept/libros/pid/20180>

Lopez Enrique, La depresion. Textures del CPL Colegio de psicoanalisis mexicano. 2009 Revista de psicoanalisis online. Mexico 3; 8-16. Recuperado el die 13 de febrero del 2012, desde: http://www.colegiodepsicoanalisislacaniano.com/s10_DEPRESIon.pdf

Marks Isaac, Tratamiento de la neurosis 1986 Mr. Ediciones. Espana p.156 Recuperado el die 13 de febrero del 2012, desde: <http://www.universalbookdistribution.com/Tratamiento-de-las-neurosis-8427010354-9788427010352.html>

Onfray Michel, El vientre de los filosofos. 1996, Libros perfil S.A. Espana p.19-21 Recuperado el dia 3 de abril del 2012, desde: <http://www.casadellibro.com/libro-el-vientre-de-los-filosofos/9789506393045/1095583>

Parysow Roxana, Aspectos psicologicos de la Obesidad. 2005 Editorial Paidos. Argentina p. Recuperado el die 4 de abril del 2012, desde: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/172_parysow.pdf

Predeira Jose, Trastornos de la conducta alimentaria: Vision desde la psicopatologia del desarrollo. 1998 Coulmna Olalla, Espana. p.9 Recuperado el dia 9 de abril del 2012, desde: <http://es.salut.conecta.it/pdf/pedreira/asistencia.pdf>.

Roses Adelina, Trastornos alimentarios y perversion. 2007, Mexico. Mexico. P.2 Recuperado el dia 9 de abril del 2012, desde: <http://biblioteca.ucm.esttesis/19972000/S/4/S4012601.pdf>

Saldafia Carmina, Tratamientos psicologicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. 2001 Espana. p. 381 Recuperado el dia 10 de abril del 2012 desde <http://www.psicothema.com/psicotherna.asp?id=461>.

Sanchez Luis, Trastorno por atracon y obesidad. Unidad de Psiquiatria. Hospital Universitario German Trias i Pujol. Badalona. Barcelona 2001 Espana. p314-322 Recuperado el dia 21 de abril del 2012, desde: <http://fies.salut.conectajt/pdf/planell.pdf>

Schmidt Unrike, Binge eating and binge eating disorder, Eur Eat Disord.2000 USA p.3 Recuperado el dia 22 de abril del 2012, desde: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-0968\(200010\)8:5%3C340::AID-ERV379%03E3.0.CO;2-Niabstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-0968(200010)8:5%3C340::AID-ERV379%03E3.0.CO;2-Niabstract)

Sierra Juan, Ansiedad, angustia y estres: tres conceptos a diferenciar. 2003. Brasil p.15 Recuperado el dia 7 de noviembre del 2012 desde: <http://www.redalvc.org/articulo.oa?id=27130102>.

Sigmund Freud, Esquema del psicoanalisis. 1898 Paidos. Mexico p 4-8. Recuperado el dia 27 de abril del 2012, desde: <http://www.libreriapaidos.com/9789501240801/ESQUEMA+DEL+PSICOANALISIS/>

Silvestri Eliana, Aspectos psicologicos de la obesidad. 2005 El ateneo. Mexico p.3 Recuperado el dia 28 de abril del 2012, desde: <http://es.scribd.com/doc/143100505/Aspectos-Psicologicos-en-La-Obesidad>

Striegel-Moore, Wilfley. Recurrent binge eating in black American women. Arch. Fam Medicine. 2000 USA p.83 Recuperado el 11 de mayo del 2012, desde: http://triggered.stanford.clockss.org/ServeContent?rft_id=info:doi/10.1001/arc hfami.9.1.83.

Stunkard Albert, Bing Eating Disorder.2013 Editors COI statements. Estados Unidos p.107-116. Recuperado el dia 12 de mayo del 2012, desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1.1550-8528.1994.tb00058.x/abstract>.

Unikel Claudia, Guia Clinics para los trastornos de la conducta alimentaria 2010 Mexico p.16 Recuperado el dia 15 de mayo del 2012, desde: http://www.inprtgob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf

AN EXO

TEST DE DESORDENES ALIMENTICIOS

Este Test no necesariamente le dira si sufre o no, DesOrdenes Alimenticios.

Respondiendo SI o TALVEZ a una o mas preguntas en la seccion "A" .
Combinada con respuestas SI o TALVEZ. A una o mas preguntas en la seccion "B" son un indicador de que Ud. puede estar sufriendo por un desorden alimenticio o vaya en camino hacia uno.

Respondiendo SI a una o mas preguntas de la seccion "C" puede indicar estar relacionado con problemas de la salud fisica y podria ser una buena idea para ti visitar a tu doctor.

Puedes imprimir la pagina para darsela a tu tutor o terapeuta.

Tu nombre:

Seccion A Sentimientos

¿Es Ud. un perfeccionista, una persona que siempre quiere estar en control, y no importa lo que haga nunca es suficiente?

¿Le parece que usted busca o desea la aceptacion y/o

aprobacion de la gente, y/o que tienen dificultades para decir "no"?

¿Le parece que usted está siempre cuestionando sus propios juicios y/o acciones, y se juzga a sí mismo por pequeñas faltas?

¿Cree que no es lo suficiente bueno, tonto y/o sin valor o que la gente siempre lo juzga de manera negativa?

¿Esconde sus sentimientos u opiniones de la gente por temor a ser juzgado negativamente, y/o se siente como una carga para los demás con sus problemas?

¿Dentro de su familia y/o círculo de amigos se le considera "el fuerte" a que todo el mundo llegará con sus problemas, y/o nunca parece hablar mucho acerca de usted mismo?

¿Cree usted que la vida sería mejor y/o le agradaría más a la gente si fuera delgado/más delgado?

¿Se encuentra Ud. A menudo comparando su apariencia y el

peso con otros, extrarios y/o modelos y actores, y deseando ser tan "bien parecido" o tan "delgado" como ellos son?

6Siente constantemente que usted tiene sobrepeso, aunque otros le han dicho que no?

6Los miembros de su familia y/o amigos a menudo expresan preocupaci6n por su perdida/ganancia de peso, su aspecto, y/o sus habitos alimenticios?

tCree usted que los problemas de todos son mas importantes que los suyos, o menosprecia sus propias emociones o dolor?

6Se siente a menudo paralizado o vacio por dentro, que su vida carece de plenitud y felicidad, como que falta algo o hay un vacio en su interior?

6Siente usted como si tiene una "consciencia" o "voz" que le dice cosas negativas acerca de usted mismo, lo convence de que no merece comer y/o ser feliz, o le dice que merece ser gordo y feo?

Al examinarse usted mismo y como se siente, ¿Cree usted que puede sufrir de anorexia, bulimia o comer compulsivo, o cualquier combinacion de los tres?

c, Sufre usted de episodios de depresion, desesperanza y/o falta de motivacion; y/o encuentra a sus otros problemas abrumadores y dificiles de manejar?

6Esta usted deprimido, suicida, estresado, y/o fatigado; y/o sufre de ansiedad o ataques de panic°, cambios de humor rabia y/o insomnio?

6Alguna vez ha sido diagnosticado con trastorno de depresion clinica, el deficit de atencion, depresion maniaca, trastorno bipolar H, trastorno de estres postraumatico, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de identidad disociativo, o cualquier otra enfermedad psicologica/neurologica?

Seccion B " Comportamientos"

"Purga" Se define como cualquier comportamiento usado para intentar librar al cuerpo de comida (y a veces **SENTIMIENTOS**)- Esto incluye el

vomito auto inducido, restriccion y hambre o periodos de ayuno despues de los atracones, hacer ejercicio compulsivamente, tomar laxantes o diureticos, etc.

¿Come usted, restringe el hambre, tiene atracones y/o purgas y/o ejercicio compulsivo cuando se siente solo, mal sobre usted mismo o sobre una situacion o cuando esta sintiendo una presión emocional?

Mientras esta comiendo, muriendose de hambre o teniendo atracones y/o purgas; ¿se siente usted reconfortado, aliviado, como si las presiones emocionales se han ido, como si estuviera en un mayor control?

¿Se siente culpable despues de un atracón y/o un episodio de purga, despues de comer o durante y/o despues de periodos de restriccion/ auto inanicion?

¿Mientras esta comiendo alguna vez se siente fuera de control o como si usted va a perder el control y no es capaz de detenerse; y/o trata usted de evitar el consumo debido a este miedo?

¿Se siente culpable por lo general despues de un atracón, o

despues de cualquier merienda o comida, y como si usted ha aumentado de peso casi al instante, como si usted es un fracaso, y/o como si usted se ha saboteado?

6Utiliza la auto-.inaniciOn, purgas, pastillas para adelgazar, laxantes, diureticos y/o ejercicio obsesivo como una manera de intentar bajar de peso?

c,Bebe mucha agua, to o café, come una gran cantidad de dulces o comida chatarra y/o chicle, fuma y/o toma pildoras de cafeina como un intento de controlar el apetito y/o sentirse con mas energia?

6Abusa usted del alcohol, drogas o medicamentos con receta, y/o practica el comportamiento de auto-agresion, como lo es cortarse?

6Se pesa usted frecuentemente y el numero en la escala dicta su estado de animo y/o auto-estima para el dia, y/o se encuentra que esta continuamente tratando de conseguir el numero mas bajo?

6Esta constantemente "a dieta", y/o contando calorfas y gramos de grasa, y/o siente como si hubiera intentado cada

"dieta de moda" o esquema de "bajar de peso rapido"?

¿Establece los objetivos de peso para usted mismo solo para encontrar cuando llegue a ellos que desea perder más?

Hace usted alguna de las siguientes: esconder y/o robar comida, laxantes o pildoras de dieta, comer o ejercitarse en secreto, evitar comer en público o cerca de otras personas; usar ropa que oculte su peso, y/o poner excusas (como "no me siento bien") para evitar las comidas?

¿Es reservado sobre sus hábitos alimenticios, cree usted que son anormales, y/o evitaría recomendar sus métodos a un familiar o amigo?

¿Se preocuparía por un amigo o familiar que viene a usted con métodos de afrontamiento similares para bajar de peso?

¿Miente acerca de sus hábitos alimenticios, los esconde de los demás a toda costa, y/o mentiría o robaría para continuar con ellos?

¿Utiliza la autolesión (cortarse, quemarse, tirar de su cabello) como una manera de hacer frente a las cosas?

Seccion C Signos Fisicos

- Masticar/Escupir (poner comida en la boca, masticarlo y luego escupirlo- esta es otra forma de atracones/purga).

¿Eres sensible a la temperatura (siempre se siente frío o calor), y/o siente hormigueo en las extremidades (manos y pies)?

¿Le parece que le salen moretones con facilidad, tiene una tolerancia muy alta para el dolor, y/o que es extremadamente sensible al ruido (aunque sean ruidos poco fuertes los que lo irritan)?

¿Esta usted cansado de una forma poco realista respecto a la cantidad de energía consumida (por ejemplo, se siente sin aliento o mareado después de subir un tramo de escaleras), y/o se encuentra a menudo fatigado?

¿Sufre usted alguno de los siguientes: palpitaciones del corazón, y/o dolores en el pecho, desmayos, desvanecimiento o mareos, dolor crónico en la espalda

¿Pasa usted mucho tiempo cocinando obsesivamente para los
dernas, o leyendo recetas, y/o estudiando la información
nutricional de la comida (calorías, gramos de grasa, etc.)?

¿Hace usted uno o más de los siguientes Comportamientos del
Desorden Alimenticio (perjudiciales)?

- Restringir las ingesta de alimentos o morir de hambre (comer muy poco, no comer nada, o tratar de comer lo menos posible);
- Atracón (comer grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo);
- Purga (usar métodos como el vomito auto inducido o laxantes para tratar de "deshacerse" de lo que ha comido);
- Comer en Exceso Compulsivamente (comer, incluso si usted no tiene hambre)
- Ejercicio Compulsivamente (demasiado ejercicio, demasiado vigorosamente, o cuando es intrusivo en su vida);
- Tomar pastillas para adelgazar, laxantes, diuréticos o píldoras de otras sustancias nocivas que le ayudaran a controlar el apetito o ayudaran en la depuración,

inferior, dolores de cabeza o sensaciOn de mareo, hormigueo en brazos y piernas, entumecimiento en la cara u otras partes del cuerpo, dolor en las articulaciones, excitabilidad, cambios de humor, hiperactividad, baja presiOn arterial y/o temperatura corporal o aumento de la presiOn arterial o colesterol, y/o enfermedad cronica con sintomas de resfriado o gripe?

6Sufre usted alguna de las siguientes: trastornos en el ciclo menstrual y/o irregularidad, infertilidad, disminucion del deseo sexual, irritabilidad, falta de capacidad de concentracion, vision borrosa, insuficiencia renal y/o infecciones urinarias, dolores de garganta, problemas dentales, calambres en el estomago, sangre en las heces o vomito, diarrea, estreñimiento y/o incontinencia (perdida del control intestinal), insomnio, fatiga y/o ansiedad o depresiOn?

inferior, dolores de cabeza o sensaciOn de mareo, hormigueo en brazos y piernas, entumecimiento en la cara u otras partes del cuerpo, dolor en las articulaciones, excitabilidad, cambios de humor, hiperactividad, baja presiOn arterial y/o temperatura corporal o aumento de la presiOn arterial o colesterol, y/o enfermedad cronica con sintomas de resfriado o gripe?

6Sufre usted alguna de las siguientes: trastornos en el ciclo menstrual y/o irregularidad, infertilidad, disminucion del deseo sexual, irritabilidad, falta de capacidad de concentraciOn, vision borrosa, insuficiencia renal y/o infecciones urinarias, dolores de garganta, problemas dentales, calambres en el estomago, sangre en las heces o vomito, diarrea, estreliimiento y/o incontinencia (pérdida del control intestinal), insomnio, fatiga y/o ansiedad o depresi3n?