



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Anorexia nerviosa: perfil familiar. La incidencia
de la familia en la enfermedad.**

N° 237

Johanna Raquel Sala

Tutora: Alicia Arilla

Departamento de Investigaciones
Setiembre 2008

Indice

❖ AGRADECIMIENTOS	5
❖ INTRODUCCION	6
❖ RESUMEN	7
❖ CAPÍTULO I. Anorexia Nerviosa (= A.N).....	7
1.1 Historia de la A.N.	7
1.2 Anorexia Nerviosa: Definiciones	8
1.3 Criterios y características diagnósticas.....	9
1.4 Diagnósticos diferenciales	11
1.5 La “multideterminación” de los trastornos alimentarios	11
1.5.1 Factores predisponentes	12
1.5.2 Factores precipitantes.....	15
1.5.3 Factores de mantenimiento	16
❖ CAPÍTULO II. La Familia.....	17
2.1 Definiciones	17
2.2 Familias sanas	18
2.3 Familias disfuncionales.....	19
2.4 Mitos y creencias familiares	21
❖ CAPÍTULO III. Perfil familiar del paciente con A.N.	22
3.1 Personalidad de los padres y sus respectivas familias de origen.....	22
3.2 Personalidad de la anoréxica.....	24
3.3 Relación de los padres como pareja.....	26
3.4 Relación de la paciente con sus padres	27
3.5 Hermanos de la paciente	29
❖ CAPÍTULO IV. Comportamiento alimentario familiar	29
4.1 Importancia de la calidad de la Alimentación.....	29
4.2 Presencia de trastornos psicológicos y de la conducta alimentaria en la familia de la paciente con A.N.....	31
❖ CONCLUSIÓN	33
❖ BIBLIOGRAFÍA.....	35

Agradecimientos

A mis padres, por el cariño que siempre me dieron y por haber confiado en mí, en cada uno de los momentos que necesité.

A Ezequiel, por el apoyo incondicional y por tanto amor.

A mis amigos y mi familia por acompañarme siempre.

A Celia, por sus sabias palabras.

Al Lic. Bergagna por su colaboración.

A mi tutora, la Lic. Alicia Arilla, por su respaldo y sus aportes en el desarrollo de este trabajo.

A todos, muchas gracias; porque cada uno, a su modo, ayudó a que logre realizar este trabajo.

Introducción:

El objetivo principal de este trabajo se centrará en dos aspectos: determinar las características comunes de las familias donde uno de los miembros padece de Anorexia nerviosa y de que manera estas características inciden en la enfermedad.

Es necesario aclarar que no solo un factor, en este caso el familiar, es el causante de esta enfermedad sino que también inciden factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

La anorexia nerviosa es considerada desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad, en la que la persona genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto”. En este trabajo también se considerará a la anorexia nerviosa como enfermedad psicósomática, ya que son varios los autores que coinciden en esto; tal es el caso de Bozzo, J (1991) que la ubica como una enfermedad limítrofe entre las psicosis y las enfermedades psicósomáticas. El autor entiende por enfermedad psicósomática: “aquella en la que los factores psicológicos demuestran ser importantes, aunque no exclusivos, en la etiología o bien en el mantenimiento de la patología y se traduce en lesiones corporales o peligro severo para el afectado”. A lo largo de todo el trabajo, se tomarán en consideración estas definiciones.

En relación al Perfil familiar, Kestenberg (1976) refiriéndose a las madres de las pacientes con anorexia, describe uno de los perfiles maternos al que denomina “Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas”. Plantea que son madres atentas a las necesidades de cada integrante de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que están inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. La madre comunica un ideal de lo femenino como desinteresado y no indulgente con sus deseos. No obstante, tras su solicitud hacia los otros, especialmente hacia su esposo, siente una irritabilidad y resentimiento no expresado, ya que expresar sus sentimientos podría ser autoindulgente.

Por otro lado Minuchin (1978), estudió a través de una investigación los modelos transaccionales de familias con perturbaciones psicósomáticas, como por ejemplo, las familias con pacientes anoréxicas. El estudio evidenció que el sistema familiar tenía modelos interactivos y organizativos con características disfuncionales. Estas características que eran antitéticas para el desarrollo de la autonomía eran las siguientes: 1) aglutinamiento, 2) sobreprotección, 3) rigidez, 4) falta de resolución del conflicto, 5) involucreción del niño en el conflicto parental.

El planteo de este trabajo, lleva a reflexionar sobre el beneficio de incluir e involucrar a toda la familia en el tratamiento de esta enfermedad y no solo al niño identificado porque no solo el paciente padece la enfermedad sino que hay un entorno familiar enfermizo; esto quiere decir, que existe en esa familia un modo disfuncional de relacionarse. Se hace necesario entonces, conocer la dinámica familiar en el ámbito terapéutico para que el tratamiento sea mucho más efectivo y no solo le resulte útil al paciente sino que también lo sea para el resto de los integrantes de la familia a modo de comprender porque en un momento determinado, uno de los miembros se “enfermó”. Este tratamiento psicológico cumpliría la función de acompañar el tratamiento médico en los casos en donde el trabajo terapéutico a través de la palabra no sea suficiente por causa de la gravedad de la enfermedad.

Para la elaboración de este trabajo, se realizará una consulta bibliografía especializada en el tema a tratar; la búsqueda de información se obtendrá a través de lo formulado por diferentes autores.

Se encontrará en primer lugar una definición, una conceptualización de lo que es la Anorexia nerviosa y una breve reseña histórica sobre esta enfermedad. Se hará referencia al concepto de la multideterminación de la Anorexia nerviosa, explicando de manera detallada cuales son los factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales) precipitantes y de mantenimiento que inciden en la enfermedad.

Luego se definirá el concepto de “familia” y lo que entendemos por “familia sana” y “familia disfuncional”; también se explicará que se entiende por mitos y por creencias familiares.

Se realizará un análisis del perfil de este tipo de familias describiendo las características de personalidad de los padres, de los hermanos y de la paciente; el vínculo que la misma mantiene con sus familiares, como también el tipo de relación que tienen los padres de la paciente como pareja. Finalmente, se describirá y explicará el comportamiento alimentario familiar: rituales asociados a la alimentación, importancia atribuida a la misma, la presencia de trastornos psicológicos tanto en la paciente como en la familia; como también posibles trastornos alimentarios en los otros miembros de la familia.

Resumen:

El presente trabajo se propone indagar el perfil de las familias donde uno de los miembros padece anorexia nerviosa; se intentará determinar cuáles son las características que tienen en común estas familias y de que manera estas características inciden en la enfermedad.

Para cumplir este propósito, se partirá con una conceptualización de lo que es la anorexia nerviosa, analizando la multideterminación de dicha enfermedad. Se definirá el concepto de “familia” y lo que entendemos por “familia sana” y “familia disfuncional”.

Luego se analizará el perfil familiar, por lo cual se describirán los vínculos y la personalidad de los familiares.

Por último, se desarrollará el comportamiento alimentario familiar, en el cual se indagará la importancia atribuida a la alimentación como también la presencia de trastornos psicológicos y trastornos alimentarios en los otros miembros de familia.

Para la elaboración del trabajo, se realizará una consulta bibliográfica especializada en el tema a tratar.

Capítulo 1. Anorexia nerviosa (= A.N.)

1.1. Historia de la Anorexia nerviosa

Herscovici, C y Bay, L (1999) realizaron una reseña histórica sobre la Anorexia nerviosa, describiendo las características de la enfermedad; a continuación se detalla esa descripción:

En la Edad media aparecen los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.

Se dice que una santa del siglo XIV cuyo nombre era Liduina de Shiedam, vivió durante años alimentándose “sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia”. Lacey (1982) cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgefortis, diciendo que era de alto rango social, hija del rey de Portugal, y siendo una doncella ayunó y le rezó a D's, rogándole que le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Luego de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y su cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice que en algunos países de Europa fue adoptada como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina.

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a Morton, R. y data del año 1694. Describe a una joven de 18 años de la siguiente manera:

“[...] cayó víctima de la supresión total de sus Menstruaciones, a causa de una multiplicidad de Inquietudes y Pasiones de su mente.....A partir de lo cual su Apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser mala; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a palidecer [...]”

La paciente de Morton se negó a seguir el tratamiento indicado y murió tres meses más tarde. Lasegue, en 1873 describió el cuadro clínico como *anorexia hysterique* ilustrando las distorsiones cognitivas, la negación y el trastorno de la imagen corporal.

Fue William Gull quien en 1874 acuñó el nombre *anorexia nervosa*; lo que destaca de la enfermedad es: la típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención profesional especializada.

Surgieron controversias acerca de cómo debía encararse el tratamiento; algunos consideraban que había que retirar al paciente de su entorno habitual, en cambio Myrtle (1888), entre otros, opinaba que el aislamiento de la paciente de su familia era terapéuticamente innecesario, demasiado costoso y un castigo cruel.

En el año 1914, Simmonds, patólogo alemán, describió a una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria, y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa.

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tñeron el pensamiento psiquiátrico durante décadas. Estos aseguraban que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral. En los últimos 40 años, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas. La contribución de mayor influencia surge de los escritos de Bruch, H (1973) que abarcaron más de tres décadas. Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos, tales como los signos de necesidad nutricional. También describe en los

pacientes una “sensación paralizante de ineficacia” que la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo. La falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las expectativas de sus padres llevaron a Bruch a describirlas como “un gorrión en una jaula de oro...que quiere sobrevolar y despegar por su cuenta”. Minuchin, S y colaboradores (1978) postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar.

Crisp y otros (1980) proponen otra teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos; según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad. Otro aporte significativo es el de Russell, G y colaboradores quienes realzan el rigor científico de los trabajos sobre el tema con la publicación del primer estudio realizado con el grupo de control sobre la eficacia terapéutica. En él se compara la terapia familiar con la terapia de apoyo individual en una población de 80 pacientes, y concluye que la terapia familiar es más eficaz que la individual para pacientes no crónicos y para quienes la enfermedad haya comenzado antes de los 19 años. En 1970 Russell establece una caracterización positiva, en el sentido de que el reconocimiento de los criterios por él propuestos permite hacer el diagnóstico de la enfermedad. Estos son: A) la conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada, B) hay un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación (en los varones, el equivalente de este síntoma es la pérdida del apetito sexual), C) hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar. Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos, existiendo a lo largo de los años versiones de los manuales como el DSM y el CIE 10 cada vez más actualizadas. A lo largo de este capítulo, se describirán los criterios diagnósticos más actuales de la Anorexia nerviosa.

1.2. Anorexia Nerviosa: Definiciones

Según la definición de Ruiloba, V (1999), la Anorexia nerviosa es considerada: “una enfermedad de etiopatogenia sólo parcialmente conocida, cuya sintomatología inicial esta centrada no en la anorexia, sino en el deseo irrefrenable de delgadez y la consiguiente resistencia a comer o a retener lo ingerido”.

Para Herscovici, C y Bay, L (1999) la Anorexia nerviosa es considerada un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura y amenorrea.

Las autoras explican que, a diferencia de la mayoría de las enfermedades que se presentan con síntomas como dolores, fiebre alertando a los pacientes de que algo anormal sucede y que es necesario una consulta médica, la Anorexia nerviosa, en cambio, suele ser insidiosa en su forma de presentación; los pacientes se proponen empezar un programa para adelgazar, con dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física, y así comienza la pérdida de peso. Generalmente, esto genera bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se inició.

A continuación se describirán los síntomas físicos según Ruiloba, V (1999) y los síntomas tanto del comportamiento como emocionales según Lofrano, A., Di Rienzo, N., y Lofrano, V.

Manifestaciones físicas de la Anorexia nerviosa según Vallejo Ruiloba (1999):

- Cardiovasculares: Bradicardia, Hipotensión, Arritmias, Acrocianosis
- Gastrointestinales: vaciado gástrico enlentecido, estreñimiento, elevación de enzimas hepáticas
- Renales: filtrado glomerular disminuido, hiperazoemia, edemas, litiasis
- Hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoplasia medular.
- Endocrinometabólicas: ovarios poliquísticos, amenorrea, alteración de la termorregulación, disfunción tiroidea, hipercolesterolemia, hipoglucemia, hiper胡萝卜素emia, hipercortisolemia, hipoproteinemia, osteoporosis.

Síntomas del comportamiento (Lofrano, A., Di Rienzo, N., y Lofrano, V.)

- Rechazo voluntario de los alimentos con muchas calorías
- Preparación de los alimentos sólo por cocción o a la plancha
- Disminución notable de la ingesta de líquidos
- Conductas alimentarias extrañas, como cortar los alimentos en pequeños trozos, estrujarlos, lavarlos, esconderlos y tirarlos

- Disminución de las horas de sueño con el pretexto de estudiar
- Mayor irritabilidad
- Aumento de la actividad física, para incrementar el gasto energético. Realización de ejercicio compulsivo
- Uso de laxantes y diuréticos
- Vómitos autoinducidos
- Aislamiento social
- Uso compulsivo de la balanza

Síntomas mentales y emocionales

- Negación parcial o total de la enfermedad
- Dificultad de concentración y aprendizaje
- Desinterés sexual
- Temor a perder el autocontrol
- Afloramiento de estados depresivos y obsesivos
- Desinterés por las actividades lúdicas y el tiempo libre
- Miedo o pánico a subir de peso
- Trastorno severo de la imagen corporal
- Manifiesta negación de las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño

1.3. Criterios y características diagnósticas

Se utilizarán los criterios descritos en la *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, en su edición de 1994 (CIE-10), los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en su edición de 1995 (DSM-IV) y los criterios considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a modo de comparación.

El CIE 10 incluye a los trastornos de la conducta alimentaria, por ende a la Anorexia nerviosa, dentro de los Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Define a la Anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas intrusivas, y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo. Suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinos y metabólicos secundarios de la función corporal. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vomito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos.

➤ Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia Nerviosa según el CIE 10:

- A.** Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y la altura.
- B.** La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan".
- C.** Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.
- D.** Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisisgonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés sexual e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas.)
- E.** El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (F50.2); los criterios A y B de la Bulimia nerviosa son los siguientes: presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de 3 meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo y presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia)

Según el DSM IV, los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La Anorexia nerviosa es un trastorno que se incluye dentro de los trastornos de la conducta alimentaria. Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; las características esenciales de este trastorno consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la

menarquia, sufren amenorrea. (El término *anorexia* es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.) Este último aspecto de la definición coincide con la definición brindada por Ruiloba, V; ambas dejan en claro que rara vez existe en los pacientes la pérdida de apetito.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría).

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas, vómitos provocados, uso inadecuado de laxantes y diuréticos o el ejercicio excesivo.

Estas personas tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (criterio C). Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas "obesas". El nivel de autoestima que tienen depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria disciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede (criterio D). En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

➤ **Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia Nerviosa (307.1) según el DSM-IV:**

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

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la **anorexia nerviosa** es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Es una enfermedad mental derivada de un intenso temor a la obesidad, en la que la persona

genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto. Sus características, de acuerdo con la OMS, son:

Pérdida significativa de peso: cuando se evalúa el peso corporal y/o la grasa corporal del sujeto, el Índice de Masa Corporal (IMS) de Quetelet (el cual consiste en el producto de dividir el peso en kilogramos entre la altura en metros, elevada al cuadrado), se encuentra por debajo de 17,5.

La pérdida de peso está originada por el propio sujeto a través de la evitación del consumo de alimentos que engordan, o por una o más de las siguientes conductas sintomáticas: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos o anorexígenos.

Distorsión de la imagen corporal, la cual involucra una psicopatología caracterizada por una idea persistente de pavor ante la gordura o la flaccidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite de peso corporal.

Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, manifestándose como amenorrea en la mujer y como pérdida del interés y de la potencia sexual en el hombre.

Pueden presentarse altas concentraciones de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Si el trastorno alimentario se inicia antes de la pubertad, cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles. Si se produce una recuperación suele completarse la pubertad, pero la menarquía es tardía.

Pueden presentarse síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales.

Dentro de la anorexia nerviosa existen dos grupos diferenciados según el método que se utilice para lograr la disminución de peso: **anorexia nerviosa tipo restrictivo** (cuando se utiliza únicamente la reducción de ingesta) y la **anorexia nerviosa tipo bulímico** (cuando se emplean el vómito, los laxantes y los diuréticos, pudiéndose además presentar episodios de atracones de comida).

1.4. Diagnósticos diferenciales

Aquí se explicará cual es diagnóstico diferencial que hay que realizar según el DSM IV; es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las *enfermedades médicas* (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. En el *Trastorno depresivo mayor* puede haber una pérdida de peso importante pero los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la *Esquizofrenia*, los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.

Algunas características de la Anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la **fobia social**, el **trastorno obsesivo-compulsivo** y el **trastorno dismórfico**. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico solo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande).

En la Bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo / purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

1.5. La “multideterminación” de los trastornos alimentarios

“Se tendría una noción falsa de la enfermedad si el examen se limitara al enfermo”
Charles Lasègue

Los autores Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998) plantean que existen diferentes factores que inciden para que finalmente una persona presente un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno alimentario es mejor verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Los factores son:

- 1) predisponentes, 2) precipitantes y 3) perpetuantes.
- 1) Factores predisponentes: aquí se incluyen los factores individuales, familiares y socioculturales. *Predisponer* significa “preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin”; es decir, que cuando hablamos de factores predisponentes estamos diciendo que hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos y en las características individuales del sujeto o en las de su familia que “preparan el ánimo” de esa persona de tal manera que puede prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal. La “idea prospera” a partir de lo que llamamos “factor precipitante”
- 2) Factores precipitantes: aquí se incluyen los estresores, las actitudes anormales con peso y figura y las dietas extremas y pérdida de peso. *Precipitar* significa “despeñar, derribar de un sitio alto; arrojar a hacer o decir algo con arrebatos y sin prudencia; acelerar”. Esto significa que cualquier elemento estresante que aparezca o la decisión de comenzar con dietas para concretar ese control actúa a modo de “semilla” que cae en la tierra y empieza a desarrollarse. De ahí a que se establezca la situación, no hace falta “regar” mucho el terreno; empiezan a incidir ya los factores perpetuantes.
- 3) Factores perpetuantes: aquí se incluyen los atracones y purgas; y las secuelas fisiológicas y psicológicas. *Perpetuar* significa “hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin”.

A continuación se desarrollarán cada uno de estos factores según consideraciones de Crispo, Figueroa y Guelar como de Herscovici, C y Bay, L (1999):

1.5.1. Factores predisponentes (Crispo, Figueroa y Guelar)

Antes de describir los factores predisponentes individuales, mencionaremos algunos de los comentarios que hacen los padres sobre sus hijas al consultar, comentarios que reflejan tanto las características personales de las jóvenes, como las de sus padres o del tipo de interacción propia de la familia:

- *“Desde que era pequeña yo le digo: cuida la silueta, que no te pase como a mí que he tenido que vivir luchando contra los kilos”*
- *“Mi hijita siempre fue muy de su hogar; nosotros somos muy apegados. No salimos mucho, ni vemos amigos. Así que no nos parecía raro que no saliera con sus compañeritas”*
- *“Mi hija es la que cualquier padre hubiera querido tener”*
- *“La verdad es que no entendemos por qué está así. Le hemos dado todo igual que a los demás hermanos y somos padres que estamos siempre muy pendientes de que no les falte nada. No hay problemas en casa, pero ella siempre tiene que dar la nota”*

A) Factores predisponentes individuales: aquí se explicarán cuales son las características individuales más comunes en las personas afectadas por un trastorno de la alimentación.

- *Problemas con la autonomía.* Una posible predisposición a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos (ej: jóvenes que viven muy pendientes de lo que esperan de ellas, de cumplir los ideales de sus padres, entre otros). La obligación de ser siempre “adecuada” les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal. Cuando la seguridad esta puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, es inevitable que se tenga una sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque se termina siempre dudando de sí mismo.

Muchas veces estas personas convierten su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser “especial” y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

“Estar dentro de un trastorno del comer te hace sentir diferente de algún modo. A veces es atractivo pensar ‘no soy como los demás, ellas sí...pero yo no’ cuando se están comiendo una pizza, alfajores, chocolates o lo que sea mientras yo me siento a comer una ensalada de tomate y muzzarella.” (Flopi, 17 años)

- *Déficit en la autoestima.* Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quienes son. El grado en que uno se acepta a sí mismo es conocido como

“autoestima”. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

En la mujer la autoestima está más conectada con factores como la apariencia y la aprobación del otro. Esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

- *Camino a la perfección y el autocontrol.* El sufrimiento y la sensación de ineficacia hace a estas jóvenes muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, lograrán ser seguras. Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar.

En estas jóvenes también es muy frecuente encontrar una tendencia a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, obviamente un férreo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal; el área de la comida y el peso surgen como un campo que sí es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida.

“Hasta que no me sienta bien con mi cuerpo, no puedo hacer nada, ni salir ni relacionarme. Después seguro que sí.” (Luciana, 16 años)

- *Miedo a madurar.* Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad hasta la juventud; es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios; uno de los cambios físicos es el aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de “Mujer”. Para muchas jóvenes este puede ser el factor precipitante; una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia. Generalmente están muy “estancadas en la niñez”, y tienen temor a crecer; o bien perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mudo adulto. Otro aspecto de ese temor a crecer es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado.

Con relación a estos factores individuales que inciden en la Anorexia Nerviosa, Herscovici, C y Bay, L (1999) describen características individuales similares a las desarrolladas por Crispo, R, Figueroa, E y Guelar, D. Estas autoras plantean que uno de estos factores predisponentes tiene que ver con las dificultades para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación. Esto disminuye la capacidad ya limitada para desempeñarse separadamente de la familia u otro anclaje. Bruch (1982) atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da cuenta de un sentido de “ineficacia personal”. Lo describe así: “los pacientes anoréxicos se describen a sí mismos como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, como no siendo los dueños de sus propios cuerpos, como careciendo de un centro de gravedad. Por el contrario, se sienten bajo la influencia de fuerzas externas”. Este sentimiento de ineficacia y el consiguiente déficit en la identidad personal pueden dar cuenta de dificultades mayores cuando la persona carece de la orientación concreta de sus padres, por ejemplo.

Otro de los factores individuales que plantean las autoras es la personalidad premórbida; la anorexia se presenta en diferentes personalidades sin embargo dentro de esa diversidad se destacan algunos rasgos: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad. Estas cualidades dan cuenta de individuos con expectativas personales muy altas, y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros a fin de afianzar una autoestima vulnerable.

El último factor que describen Herscovici, C y Bay, L es el nivel de inteligencia de estos pacientes que se ubica en el rango entre normal y normal alto; lo determinante en el rendimiento parece ser no tanto su nivel de inteligencia como el grado de expectativa externa que perciben. En la medida en que evitan situaciones sociales, van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de autoestima, y así el desempeño académico se sobrevaloriza a expensas del desempeño en otras áreas.

B) Factores predisponentes familiares: Crispo, Figueroa y Guelar identificaron ciertas características familiares comunes; estas son:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa

- Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres)
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

“Siento que mis padres me presionan. Ahora lo veo mucho más claro. Pretenden que haga todo bien y me retan porque pasé mal un mensaje, atendí yo el teléfono en lugar de pasárselo a mamá, o estaba mal sentada.....” (Gisela, 13 años)

En cuanto a los factores predisponentes familiares de la anorexia nerviosa, Herscovici y Bay plantean que distintas corrientes coinciden en describir una patología interaccional típica: Bruch, H (1982) habla de padres sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa; y Selvini Pallazzoli, M (1988) destaca las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación. Con respecto a esto, Minuchin, S y colaboradores (1980) destacan la tendencia de estas familias a apoyar la expresión somática de los conflictos, y las encuadran dentro del perfil de las familias psicósomáticas surgido por las características de organización y funcionamiento. Son cinco las características de conducta comunes en estas familias:

- Aglutinamiento: se refiere a una forma particular de proximidad e intensidad que hace que cualquier cambio repercuta a lo largo de todo el sistema. Esto se observa en la interdependencia de las relaciones, en las intrusiones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro. La percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada.

En esta modalidad de funcionamiento es común que un conflicto diádico genera una cadena de alianzas alternantes a lo largo de toda la familia involucrando paulatinamente a otros miembros. Las fronteras que definen la autonomía individual son tan difusas que el espacio vital del individuo es frecuentemente usurpado. Las fronteras entre los subsistemas conyugal, parental y fraterno también son débiles y están sujetas a transgresiones (ej: un hijo que se alíe con un progenitor en contra de otro). Ante la ausencia de un sistema parental eficaz y claramente definido, es frecuente que los padres tengan metas diferentes con respecto a sus hijos.

- Sobreprotección: los miembros de estas familias son especialmente agudos en la detección de señales de estrés en sus seres queridos. Están muy preocupados por el bienestar de todos, y esta preocupación se extiende más allá del paciente designado o su enfermedad específica. Las respuestas de cuidado y protección surgen en forma continua a medida que interactúan los miembros. Una lágrima puede desencadenar innumerables ofrecimientos de pañuelos. Las señales de angustia son una banderilla que les indica a los miembros de la familia que se aproximan a niveles peligrosos de tensión. La manera como estructuran sus percepciones del otro gira alrededor de recaudos de protección, por ejemplo: “me da placer cuando la veo comer con apetito”. En estas familias la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos.
- Rigidez: se refiere a un tenaz compromiso en el mantenimiento del statu quo. Se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo. Operan como un sistema cerrado, negándose a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la entrada de los hijos a la adolescencia. Esta inflexibilidad permite sólo un repertorio limitado de respuestas interpersonales.

El equilibrio de estas familias se ve seriamente perturbado ante acontecimientos tales como la muerte de un ser querido, resultándoles enormemente dificultoso instrumentar alternativas para enfrentar la nueva situación y sus nuevas demandas. Es así como desarrollan circuitos de evitación, para lo cual resulta sumamente útil el portador del síntoma. Para una familia que siente amenazada su integridad por las exigencias de autonomía que exige el medio social cuando los hijos entran a la adolescencia, la presencia de un hijo sintomático puede ser razón que legitime permanecer juntos por ejemplo los fines de semana y así, imperceptiblemente, la familia retiene su forma de vida apropiada para cuando los niños eran pequeños pero que resulta disfuncional en la actualidad y da cuenta de un estado crónico de estrés que permanece sumergido. Es típico que estas familias se presenten como normales y sin mayores dificultades con la excepción de la enfermedad del hijo. Niegan enfáticamente cualquier necesidad de cambio en la familia.

- Falta de resolución del conflicto: la combinación del aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. La estructura idiosincrásica de cada familia dicta la manera particular en que se racionalizará la evitación del conflicto. Como resultado, no hay negociación explícita de las diferencias. Los problemas quedan sin resolver, presentando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema; en particular los padres son incapaces de resolver sus diferencias, no pueden negociar y son incapaces de estar

abiertamente en desacuerdo con el otro. Hay otras familias que simplemente niegan la existencia de cualquier problema.

- Participación del paciente designado en los conflictos familiares: se refiere a la utilización del hijo como agente desviador de los conflictos conyugales, con el efecto de mantener el equilibrio del subsistema conyugal. Una manera en que esto se expresa es la triangulación, situación en la cual cualquier cosa que el hijo diga o haga significará tomar partido por uno de los padres.

C) Factores predisponentes socioculturales (Crispo, Figueroa y Guelar): en relación con estos factores los autores plantean 3 aspectos. Uno de ellos es la presión social para ser delgada; los medios “prometen” a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura.

Los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental aunque están comenzando en las del mundo oriental; y son propios de las clases sociales medias y altas. Las personas de clase baja afectadas por este problema, son las que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales. A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva; pero en las últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuanto menos kilos, más logros. El segundo aspecto es la presión social para ser “Supermujer”. Hoy se espera que la mujer tenga un cuerpo perfecto, deba desarrollar una carrera brillante, desempeñarse fluidamente a nivel social, construir un matrimonio perfecto y ser una perfecta madre; los anuncios de televisión muestran todo esto. Manipular el peso, se convierte en la actividad central de muchas mujeres quedándose sin las energías necesarias para afrontar actividades cotidianas. El tercer aspecto tiene que ver con otros prejuicios que también presionan. Por ejemplo, se piensa que la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad; está demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso y que la menor mortalidad se produce en las que pesan entre un 10% y un 20% por encima de su peso esperado.

Selvini Palazzolli, M (1988) responde 3 preguntas que tienen que ver con los factores socioculturales. Las preguntas son: ¿por que solo un pequeño porcentaje del enorme número de chicos que hacen dieta se transforman en anoréxicos?; ¿porque hay un incremento de la incidencia de anorexia en la cultura occidental?; ¿porque esta enfermedad es más frecuente en las mujeres?. En relación con la primer pregunta, la autora responde que cuando la adolescente comienza una dieta y ha perdido unos kilos, los padres suelen decretar que ha perdido demasiado peso y que es necesario que lo recupere. Como superpadres que son están convencidos de que es su deber decidir cuál es el estado saludable de su hija y cuándo y cómo debe comer. En este punto, la hija descubre un método infalible para poner a sus padres de rodillas y allí estalla una escalada simétrica: cuanto más insisten los padres que coma, menos come la hija, diciendo, “no es que no quiera, sino que no puedo”. En estas familias se desarrolla un juego fatídico con movimientos preestablecidos que desempeña cada miembro.

La respuesta a la segunda pregunta la encuentra en la influencia del medio para promover la delgadez, sumado a que la mayor disponibilidad de alimentos ya no es privilegio de las clases altas en Occidente. Cuando la moda generalizada interactúa con un gran número de familias, en las cuales hay una primacía obsesiva por el bienestar de sus hijos y una abdicación de los derechos de los padres, se desencadena el drama anoréxico.

La autora responde la tercer pregunta diciendo que en cuanto a la presencia en mujeres, hay una relación inversa entre la abundancia de la oferta de comida y el peso corporal en el sexo femenino. La imagen que dicta la moda es de figura delgada, y por esto las mujeres adoptan en masa dietas estrictas para bajar de peso. Las mujeres siguen siendo más controladas por sus padres que los varones y cuando descubren el recurso poderoso de una huelga de hambre silenciosa, puede instalarse la anorexia.

1.5.2. Factores precipitantes (Herscovici, C y Bay, L):

Está demostrado que no hay ningún factor precipitante único y también que en muchos casos tampoco se puede identificar un precipitante particular. Algunas veces es posible determinar eventos externos gatillantes, pero éstos no difieren de otros descritos como significativos en el desencadenamiento de otras enfermedades psiquiátricas.

Lo que sí se ha determinado es que el común denominador de la repercusión que tiene el evento para el individuo es que percibe el dolor de dos maneras: a) como una amenaza de pérdida de control; b) como una amenaza o real pérdida de la autoestima. El evento gatillante puede ser una separación o pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa. Nuevamente, el disparador diverso nos remite a una consecuencia convergente: la amenaza a su autoestima y a su sensación de control de su mundo que conduce a un incremento de la preocupación

por su cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continúa perdiendo peso. Según Ruiloba, V (1999) el factor precipitante principal es la dieta restrictiva.

1.5.3. Factores de mantenimiento o perpetuantes:

Según Crispo, Figueroa y Guelar existen complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de los trastornos de la conducta alimentaria y que vienen a convertirse en los factores perpetuantes; las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetúa "sin fin". La dieta es el factor perpetuante por excelencia; el cuerpo, que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo. Herscovici y Bay (1999) plantean la existencia de 6 factores de mantenimiento o que perpetúan la anorexia nerviosa:

- *Síndrome de inanición*: este es el factor fundamental. Las autoras comentan un estudio sobre inanición que realizó Keys (1950) y luego describen los resultados con la intención de comparar los mismos con los datos obtenidos de la anorexia nerviosa; se sometió a treinta y seis personas a una dieta de semiinanición durante seis meses a fin de estudiar los efectos psicofisiológicos del hambre. Estas personas voluntariamente pasaban hambre al tiempo que estaban rodeados de abundantes alimentos. Al igual que los anoréxicos se tornaron enormemente preocupados por la comida, mientras perdían interés por otras áreas: coleccionaban recetas, leían libros de cocina; la comida se volvió su tema principal de conversación, bebían más café, te, masticaban más chicle y fumaban más. Durante el período de recuperación de peso, algunos sentían mucha hambre después de una comida normal y otros se daban atracones de comida. Los cambios que aparecieron en el estudio son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acaparaban comida, aparecieron perturbaciones del sueño y había una pérdida del interés sexual. El estudio demuestra que las características mencionadas son atribuibles exclusivamente a los efectos de la inanición y no son un rasgo de la personalidad del anoréxico; sin embargo, intensos temores respecto de la comida y el aumento de peso, hiperactividad, distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre son características propias de la anorexia nerviosa. Desde el punto de vista de la cronicidad, algunos de los efectos más serios de la inanición son los vinculados con el funcionamiento social e interpersonal. El aislamiento social y la marcada reducción en los intereses hace que con el tiempo las amistades se alejen; si persisten estos síntomas producen serios déficit en la autoestima que será abordada por el anoréxico por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta. Este ciclo de autopropagación tiene como punto de partida la inanición.
- *Vómitos*: pueden exacerbar la persistencia de la enfermedad, por representar una "solución" al problema en tanto permiten comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgado.
- *Fisiología gastrointestinal*: hay un vaciamiento gástrico retardado y una constipación crónica que dan una sensación de saciedad. Esto puede facilitar que la persona comience a reducir la cantidad o frecuencia de sus comidas.
- *Percepciones corporales*: los trastornos en la imagen corporal, cuando están presentes, son factores perpetuantes significativos. Con frecuencia no reconocen un mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos, se sienten fuera de control cuando los comienzan a comer y por ende, los suprimen.
- *Factores cognitivos*: Garner y Bemis (1982) destacan que el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay espacio para los puntos intermedios. Así, se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todos los anoréxicos coinciden en que la delgadez deviene fundamental para su sensación de bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso. Hay un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso; la evitación de las comidas perpetúa una retracción social y así se mantiene el ciclo.
- *Factores predisponentes no resueltos*: conflictos familiares referidos a la maduración y autonomía pueden contribuir a la cronicidad o recurrencia si no son encarados en forma inmediata.

Según Bozzo, J (1991) existe una contribución de la familia al mantenimiento de la anorexia nerviosa; la dinámica familiar es decisiva no solo en la etiología sino también en mantener el padecimiento. Bozzo, J. junto con Morgan, J. identifican una serie de factores que actúan en el sistema como feed back negativo, prolongando el equilibrio grupal que incluye al rol de la "anoréctica": 1) en el individuo las ansiedades se controlan otorgando al cuerpo y a la comida un valor simbólico, que sustituye a su consideración como

real. 2) la reacción de ansiedad de la madre la lleva a insistir en sus elevados requisitos de tipo narcisístico. 3) el padre apoya “secretamente” la aparente rebelión contra la madre, participando de una dinámica de descalificaciones recíprocas con ella. Otras veces es franca la amenaza de divorcio. 4) la conducta anoréctica se ve estimulada por agudizaciones del conflicto de la pareja. 5) los hermanos se aíslan de la enferma. 6) se establece una valla con la familia extensa. 7) El acceso al grupo de pares y a la pareja está prácticamente imposibilitado, con lo que se aleja el estímulo de intereses menos regresivos. Los autores concluyen que en la mayoría de estas familias se mantiene al enfermo individualizado en un estado de regresión, oscilando entre la simbiosis con la madre y actitudes bizarras de “autosuficiencia”.

Capítulo II. La familia

2.1. Definiciones

Antes de comenzar a definir el concepto de familia, es importante definir el concepto de sistema. Watzlawick, P (1967) plantea que en un sistema, cada una de las partes esta relacionada de tal manera con cada una de las otras que cualquier cambio en un aspecto tiene por resultado cambios dinámicos en todas las demás partes del sistema total; los sistemas humanos son sistemas abiertos, ya que siempre hay intercambio de materia o de información entre el organismo y el medio. La familia, al ser un sistema abierto, intercambia influencias con el ambiente y cambiará a medida que cambie la sociedad.

Sluzki, C (1977) define a la familia como: “un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha, en función de necesidades básicas, con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen para adquirir características que le son específicas”

Por otra parte Minuchin, S (1974) la define como “Un sistema que opera a través de pautas transaccionales” (interacciones repetidas donde esta especificado cómo, cuando y con quien relacionarse en un momento dado). Según el autor, el esquema conceptual de una familia normal posee tres facetas: 1) La familia se transforma con el correr del tiempo, adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando; y una familia que haya funcionado de manera efectiva podrá responder a los stresses evolutivos mediante un uso apropiado de esquemas estructurales previos. 2) En respuesta a las demandas habituales la familia activará de manera preferencial ciertas pautas. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exigen su reestructuración. Los límites o fronteras de los subsistemas deberán ser firmes y suficientemente flexibles como para permitir un reagrupamiento cuando las circunstancias cambien. 3) La familia se adapta al stress de una manera que mantiene su continuidad al tiempo que hace posible su reestructuración. Si la familia responde al stress con rigidez, posibilita la presencia de pautas disfuncionales.

Este mismo autor junto con Fishman, H (1981) describen a las “Familias psicósomáticas”. Describirlas o dar una definición de las mismas es necesario ya que en este trabajo se considerará que las familias donde uno de los miembros padece anorexia, encuadran dentro del perfil de familias psicósomáticas. Los autores explican que cuando la queja que motiva la demanda es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos; la familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los integrantes de la misma; la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema. Son familias que parecen enteramente normales, la familia típica; no se querellan con nadie. Este tipo de familia se destaca por las relaciones de lealtad y de protección que en ella imperan; es la familia “ideal”.

Galperín, C (1996) define el concepto de Familia y describe las características que poseen tanto las familias sanas como las familias disfuncionales; esta diferenciación servirá a modo de comprender como se da la disfuncionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa.

El término familia proviene del latín y es un derivado de “famulus”, que significa sirviente, esclavo. La autora considera que: “la familia sirve a la sociedad ya que es el grupo familiar el ámbito primero de socialización del ser humano...pero también sirve a sus propios miembros, porque se constituye, para ellos, en la matriz por excelencia de múltiples experiencias y modelos de interrelación humana”. Un ejemplo de cómo la familia sirve a sus propios miembros sería una familia en la que ha nacido un bebé; en estas circunstancias la familia toda, a través de la madre como protagonista principal, sirve al bebé, a quien atiende cada tres horas de día y de noche, lo alimenta, lo cambia, lo baña. Al imaginar la escena, podría

parecer como si fuera “su majestad el bebé”; pero es importante recalcar que el “ser servido” por la familia es un ser servido ya interactivo, en el que de otra manera, y complementariamente, la familia también es altamente influida por él, que a su vez contribuye a su crecimiento, a provocar nuevos sentimientos, modelos y pautas de interacción en ella.

Galperín, C. plantea que el ser humano se desarrolla en tres grandes continentes o matrices, con características diferenciales en los tipos de interacción: la matriz biológica, la familiar y la social. Estas matrices son: a) coexistentes en un principio y con cierta predominancia sucesiva y b) con una disposición concéntrica: la social contiene a la familiar. La familiar contiene a la biológica y es contenida por la social; y la biológica es contenida por las otras dos y a su vez contiene al nuevo ser, con su bagaje genético de los aportes constitucionales de la pareja parental que esta constituyendo esa familia en esa sociedad. La matriz biológica permite la conformación del bagaje básico, de recursos estructurales y funcionales en ese nivel de dependencia extrema del ser en gestación, que se prolongará en los primeros años en la matriz familiar, al servicio de la supervivencia. En cuanto a la social, a la cual termina por emerger plena y exogámicamente el ser humano en su adultez, es en la que cobra significación toda conducta humana en cuanto tal. La familia es la que permite trascender el orden biológico, la que obra como posibilitadora y mediadora de la inclusión del individuo en la sociedad y en la cultura, pues en ella, con los aportes del grupo familiar, y fundamentalmente de los padres, se conforma, a nivel psicológico, lo humano del ser.

La autora desarrolla la idea de que existen dos modelos de funcionamiento familiar que pueden transformarse en disfuncionalidad familiar. Por un lado, se encuentran las *familias centrípetas* que dificultan o impiden el desprendimiento de sus hijos y su socialización y de sus miembros y tienden a retenerlos; a veces con mensajes contradictorios con una comunicación muy perturbada en que por un lado lo estimulan a salir pero por otro lado se lo impiden; y por otro lado, las *familias centrifugas* que operan con un modelo de separación expulsiva, son familias que tienen serias dificultades de continencia respecto del hijo y que se corresponde por lo general con que los padres no pueden contenerse a sí mismos, ni como pareja parental; los padres confunden, por ejemplo, el dar independencia a los hijos con el abandono.

A continuación se describen las características diferenciales que existen entre las familias sanas y las familias disfuncionales:

2.2. Familias sanas

La familia es un sistema viviente, específicamente humano, una de cuyas peculiaridades, como tal, es la perdurabilidad de los vínculos e interrelaciones. La familia tiene una historia y una prehistoria; va pasando por distintas etapas y crisis vitales y se perpetúa en las generaciones siguientes que constituyen nuevas familias.

Las interrelaciones tienen protagonistas, las personas con su originalidad, que constituyen esa trama familiar, y a su vez son constituidas por ella y que traen una historia de su familia de origen y a su vez se insertan en una historia con su familia actual, que las preexiste y las trasciende. Así como en el funcionamiento familiar está presente lo que se ve y lo que se dice, también lo están lo no dicho, lo que no se ve, lo que no se dice o se hace, lo inconsciente, que también hacen que la familia funcione como funciona. Hay mitos y moldes más o menos rígidos asignados por y en la familia, que preexisten a las personas.

Hay una herencia transgeneracional y un peso importante de las familias de origen que en alguna medida son recreadas por ambos miembros de la pareja en su nueva familia y actúan como trasfondo en las interrelaciones de la familia nuclear.

Se considerará como familias sanas, no a hipotéticas familias perfectas, sin problemas, ya que éstas no existen, sino a “aquellas familias que tienen la capacidad de registrar sus disfunciones y actuar para resolverlas; ya sea con recursos propios o extrafamiliares [...]” (Galperín, 1996)

Son familias que posibilitan, en su propio desarrollo como sistema familiar, el desarrollo y la formación de la identidad de sus miembros favoreciendo el crecer y el ser.

En estas familias está claro y discriminado quién es quién y qué lugar, papeles y funciones ocupa cada uno. Los padres pueden asumir sus funciones de padres y adultos para que los niños puedan ser niños; la posibilidad de los padres de ser padres y adultos, es expresión de salud y madurez emocional.

El poder es compartido, cada padre siente a su pareja en alguna medida como competente y confiable y cada uno de ellos es capaz de mantener la conducción.

Son padres que logran un buen nivel de satisfacción sexual y acercamiento emocional, un vínculo afectivo de pareja profundo y privilegiado sobre los otros vínculos. Pueden tener buenas relaciones con sus padres y amigos pero menos intensas que la relación marital. Se valoran mutuamente a sí mismos y pueden desarrollar sus propias capacidades y trabajos, pero con espacio para el encuentro familiar.

En estas familias sanas, los padres con respecto a los hijos son capaces de un buen sostén emocional, o los estimulan a la individualidad y la autonomía; son sensibles a su crecimiento y realización personal y pueden disfrutar con ello.

Existe una rica posibilidad de acceso e interrelaciones emocionales entre todos los miembros de la familia; hay una buena integración familiar pero con diferenciación y autonomía, son familias en las que se puede estar integrado sin dejar de ser uno mismo.

En el sistema de comunicación de estas familias, predomina el diálogo; el diálogo implica un otro, poder escuchar y ser escuchado, poder tomar en cuenta el punto de vista del otro. La comunicación en las familias sanas es de mensajes claros y cuando hay contradicciones o mensajes confusos pueden metacomunicarse y hablar sobre ello o protestarlos. Los secretos familiares y los mitos no cobran predominancia y los rituales familiares están en general al servicio del crecimiento, la identidad y la socialización de la familia; hay respeto por la intimidad personal y de la pareja. Hay espacio para las diferencias, la creatividad y el error; se pueden expresar puntos de vista y sentimientos propios que pueden ser también diferentes; si hay intentos invasivos de meterse o violar la intimidad del otro o de contestar uno por el otro, éstos son resistidos.

En estas familias hay un clima emocional “positivo”, de espontaneidad, de compartir lo bueno y lo doloroso; existen peleas, enojos, frustraciones, celos, pero predominan el amor, la confianza y la autovaloración. La nostalgia y tristeza por el paso del tiempo y las pérdidas sufridas en el crecimiento coexisten con la capacidad de goce por las nuevas adquisiciones del desarrollo familiar y personal.

Hay intercambio entre los miembros y con el afuera; en general cada miembro sabe en qué está el otro, pero puede aceptar también el no saberlo cuando se trata de su intimidad. Se conocen los gustos y preocupaciones y suelen conocer a las personas significativas para cada uno fuera de la familia.

Estas familias son sistemas negentrópicos; reciben e intercambian energía con otros sistemas, tienen amigos, tanto los padres como los hijos, compañeros, instituciones recreativas, laborales y culturales. Son familias que reconocen el paso del tiempo, tienen capacidad de aceptación de la separación y se adaptan a los cambios que se deben a la realidad. Los padres pueden separarse de sus progenitores y aceptan lo mismo de sus hijos que se separan de ellos en camino a constituir sus propias familias.

2.3. Familias disfuncionales

A diferencia de las familias sanas, en las familias muy perturbadas el poder es muy rígido; el miembro que tiene el poder es reconocido y aceptado como dominante. Muchas veces esto coexiste con luchas por el poder entre el padre y la madre en las cuales involucran a uno de los hijos.

En este tipo de familias, en general el poder o la ilusión de poder lo tiene la madre de modo estereotipado y polarizado y el padre aparece como débil o desdibujado. La madre monopoliza el vínculo con el hijo, con la permisividad no explícita del sometimiento del padre a esta situación, y constituye una coalición intergeneracional y una pareja que pretende compensar o reemplazar la falta de una buena relación emocional de pareja con el marido y consigo misma como mujer. Cuando esto sucede es porque hay un padre que lo permite y es cómplice activo de esta situación; su pasividad, su debilidad, es permisividad. El no hacer del padre encubre una forma de hacer, de actuar. Su no actuar para cortar ese vínculo enfermizo y salvar a su hijo de ser engolfado y recuperar a la mujer como pareja, es su manera activa de participar. Un aspecto importante de la función del padre es separar al hijo de la madre; poder poner un orden en la familia en alianza con su mujer.

En muchas parejas disfuncionales, la entrega excesiva al trabajo del padre, y a los hijos por parte de la madre, es usada como una manera de encubrir las dificultades entre ellos; cada miembro se sobreocupa con un tercero (trabajo, vocación, hijos) para evadir las dificultades de alianza de pareja.

Continuando con las características de las familias muy perturbadas, se encuentran relaciones de oposición entre sus miembros; polarizadas, fijas, como de dominante-sometido, hay una ruptura de las barreras generacionales y entonces no está claro quién es quién en esa familia y cuál es el lugar de cada uno. No hay límites claros, diferenciación ni protección de cada subsistema.

Los niños pueden ser llamados a jugar un papel de adultos, por ejemplo, como “contenedor oficial” de las quejas de la madre respecto del padre o viceversa, o a tomar decisiones que no están en condiciones de hacer porque corresponden a responsabilidades adultas. Suelen ser hijos triangularizados, muy exigidos por las carencias parentales y que sufren, pues están obligados a asumir el doble papel de padres y de hijos.

La percepción de la realidad de la familia, es decir, la visión del mundo compartida por todos sus miembros, tiene un alto nivel de mitología y una marcada discrepancia con la realidad; los miembros de la familia deben negar su propia percepción y funcionar en esas distorsiones. La posibilidad y el grado de autonomía de sus miembros es muy precaria, no hay discriminación, ni individuación. Un claro ejemplo de falta de autonomía y privacidad y de cómo cada miembro responde por el otro, se manifiesta en un fragmento tomado de una sesión de un libro de Onnis, L (1990); esta familia que describe el autor se encontraba en tratamiento porque la hija adolescente “Luisa” padecía anorexia nerviosa. En una de las

sesiones, el tema central era el de la autonomía; surge que aun cuando los padres y cada uno de los hijos tiene una habitación propia, las puertas no se cierran nunca, haciendo imposible cualquier forma de privacidad e intimidad. El terapeuta le pregunta a la paciente si cuando tiene ganas de llorar o se siente ansiosa, puede encerrarse en su habitación, ésta responde que no siempre puede hacerlo; frente a esta respuesta el psicólogo le dice que tiene derecho a llorar y le vuelve a preguntar si entonces puede llorar en su habitación; en ese momento los padres responden simultáneamente que sí puede hacerlo. El terapeuta interpreta esa situación y dirigiéndose a la paciente concluye que: “[...] en esta familia, Luisa, usted pierde la voz, le roban la voz. Ahora comprendo porqué usted, no teniendo normalmente una voz, se ve obligada a hablar de una manera extraña....comprendo que cuando usted no come, ésta es su voz [...]”

Continuando con las características de las familias disfuncionales que plantea Galperín, C., en estos grupos familiares, no se puede ser, pensar o sentir en forma diferente al resto de los miembros, ya que si uno de ellos lo intenta es castigado; ese miembro es desconfirmado por el grupo, es decretado “la oveja negra de la familia” o el paciente identificado. Establecen relaciones simbióticas que impiden crecer y ser; entonces sus miembros son incapaces de conectarse con sus propios sentimientos y consigo mismos diferenciadamente. Hay relaciones invasivas y no hay espacio para las diferencias y el intercambio; uno decide por el otro, uno responde por el otro y ninguno es una persona total en sí misma. Onnis, L (1990) hace referencia a lo dicho anteriormente ya que plantea que en las familias de las anoréxicas, existe una tendencia intrusiva que lleva a cada miembro de la familia a hablar de otro miembro, es decir, a expresar pensamientos, sentimientos que tienen que ver con otro.

Estas familias tienen gran dificultad en aceptar cambios, separaciones y pérdidas; tampoco aceptan el paso del tiempo. En cuanto al tema de la comunicación, es perturbada, confusa y con mensajes contradictorios; no se pueden comentar las contradicciones, ni cuestionarlas. Sus miembros quedan atrapados en esas contradicciones sin poder reaccionar para protegerse defendiéndose o saliendo de ellas; por ejemplo el padre puede gritarle estridentemente al hijo que “¡aquí no se grita!”. No se acepta el error que es entendido como lo distinto; en este tipo de comunicación predomina el monólogo en lugar del diálogo.

Son familias pegoteadas, aglutinadas, que constituyen sistemas cerrados, entrópicos, con muy escaso intercambio con otros sistemas del exterior como por ejemplo, los amigos; se genera una sobrecarga de las relaciones internas entre sus miembros, y esta sobrecarga se vuelve en contra de ellos, si no hay un adecuado intercambio renovador con el afuera. En estas familias se impide y sabotea a los hijos la relación con el afuera y se plantea todo lo exogámico como peligroso, hay que evitarlo, es mejor no salir; algunas frases que ejemplifican esto son: “no hay otra como tu mamá”, “no hay como quedarse en casa”. Sus miembros tienen mucha dificultad en la socialización porque les cuesta desprenderse e integrarse al mundo exterior de acuerdo con el modelo familiar; cuanto más sobrecargadas están las relaciones adentro de la familia más empobrecidas están con el afuera. Hay familias y madres que privilegian las relaciones con su familia de origen sobre la relación de alianza con el cónyuge y, entonces, las relaciones avunculares del hijo, con un representante de la familia materna (por ejemplo una abuela o un tío) sobre la relación de filiación (del hijo con el padre); pasando por privilegiar la relación endogámica de hija o hermana sobre la de alianza exogámica marido – mujer.

Coincidiendo con el planteo de la autora, Minuchin, S (1980) sostiene que en las familias anoréxicas, los límites dentro de la familia son a menudo difusos y débiles; a veces los límites entre la familia nuclear y la familia de origen están pobremente delineados; uno o ambos cónyuges mantienen una fuerte alianza con la familia de origen.

A continuación se extraerán conceptos de un caso clínico de una paciente anoréxica, “Romy”, presentado por Herscovici, C y Bay, L (1999) que ilustran de manera sintetizada algunas de las características familiares disfuncionales que fueron descriptas a lo largo de este capítulo:

Romy, a los 12 años comienza una dieta para adelgazar; la alarma de los padres aparece cuando se instala, luego de dos años, la amenorrea. Los criterios que llevaron a confirmar el diagnóstico de Anorexia nerviosa fueron: pérdida del 31% de su peso, acompañada de persistente búsqueda tenaz de la delgadez a pesar de estar dos kilos por debajo del peso necesario para menstruar; intenso temor a engordar, amenorrea y severa restricción alimentaria autoimpuesta. La sobreprotección que caracteriza a estas familias a veces hace jugarretas; aquí se muestra un ejemplo: Romy venía recuperando el peso esperado para cada consulta, pero en una de ellas inexplicablemente había perdido peso. Nadie podía dar cuenta de esto puesto que el cumplimiento de la paciente y de sus padres con respecto a la dieta era intachable; un interrogatorio minucioso logró descubrir que la madre, a fin de prevenir un resfrío, la hacía abrigar de noche y dormir con la ventana cerrada. Teniendo en cuenta que cursaba el mes de diciembre de un verano especialmente caluroso, se hizo evidente que el descenso de peso se debía a una deshidratación leve por sudoración.

Las fronteras de esta familia estaban afectadas de diferentes maneras, por ejemplo Romy dormía con su madre, esto se hacía a expensas de sacrificar intimidad en la pareja conyugal, al tiempo que mantenía a la joven excesivamente pegada a la madre, lo cual no le facilitaba la diferenciación interna ni la exogamia. La terapia familiar de este caso tuvo como foco la delimitación de fronteras que facilitarían la individuación y la diferenciación de sus miembros; al quedar Romy destriangulada, tenía más aire como para considerar su inclusión en el mundo externo de una manera diferente.

Lo que ilustra la síntesis de este caso es como estas familias que venimos describiendo tienen un modo de organización disfuncional: sobreprotección por parte de los padres y difusión de fronteras con la consiguiente pérdida de autonomía de los subsistemas, trayendo aparejado un crecimiento restringido para sus miembros.

2.4. Mitos y creencias familiares

Es necesario explicar que entendemos por mitos y creencias familiares ya que en algunas familias las creencias compartidas están constituidas por conductas sintomáticas; y estos síntomas tienen diferentes significados para cada sistema familiar y son incorporados en la realidad familiar.

Según Ferreira, A. (1966) "el concepto de mito familiar se refiere.... a un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Estos mitos familiares contienen muchas de las reglas secretas de la relación.... Algunos de estos mitos están tan integrados con la vida diaria que se convierten en parte inseparable del contexto perceptual con que los miembros de la familia diseñaron su vida en común". Minuchin, S (1981) señala que los mitos y la historia familiar organizan tanto el presente como el futuro. En las familias, cada miembro es visto por los demás de una manera estereotipada; y son visiones duraderas.

El mismo autor sostiene que toda familia posee un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar; todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar.

Dallos, R (1996) plantea que la palabra creencia se utiliza en un sentido amplio e incluye toda una gama de significados; puede sugerir creencias religiosas o actitudes morales. Es posible que se refiera a cogniciones o a lo que consideramos como real, o puede representar la aceptación de las afirmaciones de alguien. Sin embargo, la creencia contiene la idea de un conjunto de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto; además existe un componente emotivo o un conjunto de afirmaciones emocionales acerca de lo que debe ser cierto.

Por su parte, la familia es *creativa*, la crean las personas que la forman, y al mismo tiempo, es una estructura social definida por la sociedad. Las familias tienen la capacidad de construir significados, de dar sentido al mundo a su alrededor y a aquello que les está sucediendo; las personas construimos significados para entender lo que ocurre a nuestro alrededor. No es que simplemente los significados están fuera y nosotros los absorbamos; la gente crea el sentido de las cosas, intenta dar significado a los sucesos que experimenta, a las acciones de los demás y a las suyas propias.

Sluzki, C (1985) plantea que las personas llevan consigo un mapa del mundo que conduce a construir lo que se percibe de modo que pase a ser percibido como realidad. Estos mapas son experimentados como "la manera en que las cosas son"; el proceso que conduce a percibir "la manera en que las cosas son" se construye desde el mismo nacimiento a través del consenso. Dado que la familia es el agente socializante principal para los individuos, dada la calidad y el simple volumen de los mapas compartidos por la familia inmediata, el sentimiento de confirmación mutua de puntos de vista compartidos y por lo tanto de pertenencia es máximo en este grupo. Las personas experimentan sus comportamientos como espontáneos; los miembros de la familia perciben a sus comportamientos como "la mejor manera de comportarse" o "así es como somos nosotros". Un conjunto de acuerdos compartidos acerca de la realidad corresponde a la historia familiar (como por ejemplo, anécdotas respecto de miembros de la familia), otro reservorio de acuerdos compartidos está constituido por los comportamientos sintomáticos; las pautas que incluyen este tipo de comportamientos se incorporan muy rápidamente en la realidad de la familia.

Capítulo 3. Perfil familiar del paciente con A.N.

3.1. Personalidad de los padres y sus respectivas familias de origen

En este capítulo se abordará, en primer lugar, como es la personalidad de los padres de las niñas anoréxicas, se describirán las características de sus familias de origen y luego se describirá como son las madres de estas chicas y como son sus respectivas familias de origen.

Según Selvini Palazzoli, M., Cirillio, S., Selvini, M y Sorrentino, A. M (1999), es frecuente ver en los padres de las pacientes anoréxicas una tendencia a idealizar mucho a sus propios padres; al mismo tiempo que se idealizan también a sí mismos y no reconocen sus fragilidades personales. A veces han sido incluso alabados y explotados por sus propias madres por su eficiencia y sabiduría. Se trata de buenos hijos fiables que se pasan la vida tratando de merecer de sus padres ese amor que algún hermano (o hermana), ha tenido gratuitamente.

Las mujeres, suelen no pedir nada a cambio, son tolerantes con la dependencia que sus maridos mantienen con la propia familia de origen.

Las carencias padecidas en la familia de origen inducen a estos hombres a reacciones defensivas que pueden ser muy diferentes: muchos reaccionan a la frustración convirtiéndose en triunfadores en el área profesional, pero solo algunos mantienen en la casa la misma actitud dominante, mientras que otros asumen connotaciones pasivas y un poco depresivas.

Habitualmente conservan actitudes machistas, convencidos de que la mujer es un ser al que hay que mantener a raya, puesto que su irreparable irracionalidad hace vano discutir con ella. Estos hombres son maestros en evitar el diálogo con su esposa; algunos sufren las protestas y las quejas con silencio, otros, en cambio, reaccionan en seguida con gritos que cierran toda posibilidad de diálogo.

Algunos padres tienen la necesidad de encontrar en sus esposas a un sustituto materno, aunque no de tipo simbiótico infantil, sino más bien asistencial preadolescente. En efecto, no le piden a sus esposas una dependencia propiamente dicha, sino más bien una presencia disponible: es recurrente el deseo de encontrar a su esposa en casa a su regreso.

En general, los padres de las anoréxicas defienden con firmeza no solo su tiempo laboral, sino también su tiempo libre, involucrándose en actividades en las que la esposa, de costumbre, no es contemplada (fútbol, caza, tenis, entre otras)

Emocionalmente dependen mucho de la presencia y del apoyo emotivo de sus esposas, con las cuales acaban por ejecutar un intercambio injusto, porque piden más de lo que están en condiciones de dar.

Chandler, E (2001) describe las características de personalidad del padre de la niña anoréxica y del vínculo que mantiene con la misma.

Suelen ser padres pasivos y distantes, con escaso contacto con su familia y que no han tenido (por imposibilidad personal directa o porque no le fue dado por la madre ni por la hija) un lugar de significación en ese mundo privado de dos, donde la madre es todo para la hija.

Con notable frecuencia, el padre aparece, en las jóvenes anoréxicas, como una "presencia muda". Su papel está desdibujado, no busca ni le es ofrecido un lugar al lado de su hija ni entre ella y la madre. Pasivo y callado, rehúsa asumir un liderazgo personal, natural, de su familia y tiende, más que a tomar decisiones, a esperar que las tome su esposa.

Son hombres de inclinación cultural e intereses intelectuales y para quienes solo importa el éxito, son y se ven a sí mismos como buenas personas y para todo son responsables y honestos. Constituyen con su mujer, y para la mirada de los demás, una pareja "modelo", aunque no la sostienen y aún rivalizan con ella – de quién, por otra parte, dependen – con lo cual acentúan el acercamiento de su esposa a la hija.

Son personas que se han esforzado en sofocar sus emociones y pasiones, cuidando esa imagen de sí tanto ante su familia como ante terceros.

Con respecto a las madres, Selvini, M. (1999) plantea que la figura dominante en la familia de las anoréxicas es la madre, el padre está a menudo emocionalmente ausente, arrollado y secreta o abiertamente desvalorizado por su esposa. La mujer se convierte mucho más fácilmente en dominada por la madre, niña modelo de una madre invasora, intolerante e hipercrítica; las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin sacar de ello ningún sentimiento de alegría.

En la vida de estas madres antes del matrimonio, se detectan episodios frecuentes de atropellos tales como abiertas injusticias financieras respecto de hermanos e incluso hermanas, de subestimación abierta de sus capacidades mentales en tanto mujeres, falta de protección, de hiperresponsabilización sin gratitud o reconocimiento. Pero, aún habiendo sufrido experiencias frustrantes, estas mujeres se presentan a menudo profundamente apegadas a sus padres, en especial a la madre, con la cual pueden incluso haber tenido una relación conflictiva.

Son mujeres “sacrificadas” y “encajadoras de humillaciones”; por tendencia al sacrificio entendemos la disponibilidad de estas mujeres de hacerse cargo, sin limitaciones, de tareas ajenas, junto con su incapacidad de hacer algo agradable para sí mismas. Raras veces saben divertirse, bromear, tomarse unas vacaciones; tienen dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia: si tienen fiebre no dejan de cocinar y si hay que atender a un padre anciano vacilan en pedir ayuda a otros componentes de la familia.

A veces estas mujeres se ocupan de la gestión doméstica como amas de casa a tiempo completo. Los domingos, por ejemplo, no conocen esparcimiento o reposo, empeñadas sin necesidad en tareas que podrían delegar en otros. Pueden ser mujeres firmes y eficientes pero, sin embargo, son infelices porque, por un lado, se sienten obligadas a estar siempre a la altura de las propias expectativas y, por el otro, parecen incapaces de auténticos raptos afectivos.

El término “encajadoras de humillaciones” se refiere a que las humillaciones han suscitado en ellas más rabia que depresión; esta rabia, no pudo ser expresada en una protesta declarada, sino que fue tragada, quedando “sin digerir”.

Como sus maridos, también las madres de las futuras anoréxicas se sintieron, en general, poco comprendidas por su madre, que tal vez tenía preferencias con otros hijos. En la infancia han aprendido a bastarse por sí mismas, confiando en sus propios recursos para sobrevivir, a reprimir la rabia para poder ser aceptadas; en casi todas las madres, la experiencia adolescente está ausente o coartada. Todo esto es escondido, a menudo, detrás de su comportamiento de mujeres hiperadecuadas, excelentes amas de casa, además de estimadas trabajadoras en la mayoría de los casos. La autora recalca una clara diferencia entre las madres de las niñas anoréxicas de los años cincuenta y sesenta, ya que en aquellos años, las madres profesionales eran prácticamente inexistentes; hoy, en cambio, la mayoría de las madres de estas pacientes trabajan como directivas, profesoras, empleadas.

Chandler, E (2001) sostiene que ya desde niña la futura anoréxica se encuentra con una madre que, prolongando en el tiempo su ansiosa y fría sobreprotección temprana, es persecutoria, invasora e incapaz de disfrutar el contacto corporal tierno con su hija. Fue una madre que no supo decodificar correctamente los sentimientos de la niña cuando era bebé (por ejemplo: la abrigó cuando tenía hambre). Del mismo modo la alimentó, sin placer, tal vez preocupada en demasía por las secuelas estéticas que en sus senos podía dejar la lactancia. Esta niña, a su vez, debido a una insuficiente conciencia de sí y de su cuerpo, percibe mal las señales vinculadas con sus necesidades corporales y no las puede, entonces, integrar adecuadamente. El autor hace referencia a Selvini, M (1992) quién afirma que: “las madres de estas niñas desconocieron las necesidades de su hija, quién ahora desconoce las de su cuerpo. Esta niña, durante su crecimiento y en el marco de un vínculo pasivo, sumiso y dependiente, mostrará entender fácilmente los estados de ánimo de su madre, aunque no así sus propias necesidades”.

Esta madre premia con su aprobación a la niña, cada vez que ésta le demuestra que lo importante en su vida es lo intelectual y el deporte, donde el afecto y la ternura no tienen fuerte presencia, sino donde prevalece la rivalidad competitiva y el esfuerzo por triunfar. La niña va aprendiendo, entonces, no a disfrutar, sino a ser la mejor, para reafirmarse como “objeto de orgullo”, como “trofeo” para su madre.

La niña nunca logra sentirse eficiente ni tener verdadero contacto con sus objetos, ya que su madre actúa como si fuera un “filtro de experiencias” entre su hija y el mundo externo; la niña queda así paralizada y con la sensación de no ser como sus pares.

Las madres de estas chicas suelen ser mujeres cuidadas en su aspecto personal, atentas a las formas, a lo estético, a lo que muestran y ven.

Coincidiendo con Selvini, M., el autor plantea que estas madres, suelen ser mujeres que arrastran una historia de insatisfacciones personales y un vínculo de sometimiento y dominación por parte de su propia madre pero que tienen de sí mismas, curiosamente, la sensación de haberse ocupado de sus hijas de la mejor forma.

Son personas muy activas, con tendencia a criticar a los demás y especialmente a recriminar con facilidad a sus hijas. “Son madres presentes, pero con una presencia física y formal...psíquicamente son madres lejanas y que generaron dependencia en su hija, no permitiéndole manifestar sus necesidades, pues siempre estuvieron prestas a satisfacerlas de antemano” (Chandler, E., 2001)

Desde el enfoque psicoanalítico, encontramos el planteo de Kestenberg (1976) en relación con la anorexia quién describe un perfil materno patogénico y lo denomina: “Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas”. Describe a estas madres como extraordinariamente dadoras, atentas a las necesidades de cada integrante de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que están inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. La madre comunica un ideal de lo femenino como desinteresado y no indulgente con sus deseos. No obstante, tras su solicitud hacia los otros, especialmente hacia su esposo, siente una irritabilidad y resentimiento no expresado, ya que expresar sus sentimientos podría ser autoindulgente.

Con respecto a la relación de las madres de las futuras anoréxicas con sus propias madres, este mismo autor (1976) sostiene que: "Por lo demás, casi todas las madres de anoréxicas relatan con cierta facilidad, haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido, en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han tenido que aprender, no sin haber sufrido [...]"

3.2. Personalidad de la Anoréxica

Selvini, M y su equipo (1999) plantean que hay distintos tipos de personalidad de las anoréxicas aunque existe un denominador común en la anorexia: el "sentir un defecto en sí mismas". Estos autores sostienen que de los trastornos de personalidad existentes, cuatro de ellos describen muy bien al menos algunos rasgos importantes de las personalidades de las pacientes anoréxicas; estos son: los trastornos de personalidad dependiente, borderline, obsesivo-compulsiva y narcisista.

En las muchachas con una personalidad dependiente prevalece un rol sexual infantil; en la vida social, ninguna está aislada y a menudo tienen amigas; a continuación se define el perfil de personalidad dependiente trazado por el DSM IV:

1. tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.
4. tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Esta niña de personalidad dependiente ha sido criada en una relación muy estrecha con la madre, de la que comprende perfectamente los estados de ánimo, mientras tiene problemas para reconocer las propias necesidades y las subordina a las de los demás. Tanto en la infancia como en la adolescencia prevalece un excesivo apego a la madre; es una niña demasiado buena, incapaz de hacerse valer. La joven en la primer infancia busca activamente relaciones afectivas externas pero en forma de dependencia simbiótica. Sin embargo, cuando sus pares progresan hacia posiciones más evolucionadas, esta niña se reduce a permanecer aislada, puesto que es juzgada tímida e infantil, especialmente en el plano sexual. Idealizadora de sus padres, en especial de su madre, es en general, muy poco transgresora, más allá del síntoma. Confusamente se siente humillada por su dependencia a la madre y por la incapacidad de pensar por sí misma.

Recurriendo a la dieta, estas chicas buscan alivio a sus sentimientos de desvalorización y de escasa autoestima; el ayuno y el control representa la propia independencia de juicio sobre sí misma, su propio cuerpo y sus propias decisiones. Con los síntomas, la chica impone un control sobre el ambiente y sobre la madre en particular.

La madre nunca es agresiva ni abiertamente desvalorizadora respecto de la hija, sino más bien muy protectora. El padre la considera la niña de la madre y se mantiene alejado de ella; es un hombre pasivo y renunciador, con tendencias a depender de su esposa.

En las chicas con una personalidad borderline prevalece un rol sexual activamente seductor; raras veces están aisladas. Los rasgos borderline descritos por el DSM IV son:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Normalmente, estas pacientes tuvieron una relación ambivalente con la madre; algunas de estas chicas tienen personalidades muy dolientes, muestran rasgos prepsicóticos que indican el grave sufrimiento infantil. El apego al padre se resiente de la desesperada exigencia de identificar un referente afectivo en un mundo relacional de abandono y agresividad.

Algunas, son muchachas interesadas en su propio cuerpo, en vestirlo, en maquillarlo, en enmascarar su excesiva obesidad o su delgadez con vestidos incluso costosos y rebuscados que subrayan su identidad sexual; otras, son extremadamente descuidadas y desaliñadas, que parecen poseídas por la inconsciente necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas. El cuerpo ocupa su mente o en los casos más graves, es el interlocutor de la mente, como amo o enemigo; entre estas anoréxicas se encuentra a menudo abuso de sustancias, promiscuidad (con frecuencia relacionada con historias de abuso sexual sufrido en la infancia), robos, entre otras características.

Desgarradas por las vivencias de su propia turbulencia emocional, donde predominan sentimientos de depresión y angustia, temen constantemente volverse locas. Son capaces de mantener relaciones afectivas prolongadas e importantes, tanto con amigas como con parejas; se trata de relaciones que las ayudan a romper el sentimiento crónico de vacío. Si se indaga en la historia infantil de estas muchachas, se puede hallar una historia de síntomas infantiles (fobias, obsesiones, grave ansiedad de separación, entre otros) que fueron trivializados por los padres e interpretados no como signos de desasosiego psíquico, sino como caprichos a los que no era necesario prestar atención.

Pueden presentar momentos de apatía, retraimiento y profunda descompensación depresiva, en los que existe la posibilidad de que se manifiesten tendencias suicidas. El control alimentario, asociado a aspectos de rígida organización cotidiana, es vivido como una aspiración a estabilizar un mundo interior caótico, caracterizado por la angustia. El ayuno y la restrictividad suelen ser severos, intercalados por explosivos atracones angustiantes, peligrosos por la cantidad y calidad de los alimentos, tragados sin ritualidad o preparación. Los impulsos de muerte y autodestrucción serpentean constantemente en estas chicas; sin embargo, paradójicamente, la muerte se teme.

Muchas de las jóvenes que presentan un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo están socialmente muy aisladas o tienen una relación única y exclusiva con un chico. Aunque en la anorexia siempre pueden hallarse rasgos obsesivos, pues normalmente el ayuno genera un pensamiento fijo y repetitivo sobre el tema alimentario (por ejemplo: número de calorías asimiladas), como también la presencia de temas dismorfóbicos (miedo a engordar), muchas chicas anoréxicas tienen un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo; así define el DSM IV este trastorno:

1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. muestra rigidez y obstinación.

En general a estas jóvenes les faltó un vínculo preferencial con uno de los padres en la infancia. En el plano escolar y laboral, estas chicas se aplican con dedicación; a veces alcanzan niveles elevados, a los que corresponden, sin embargo, muchas horas de estudio, experimentadas como un penoso deber. Los éxitos escolares no parecen sostener la autoestima: la chica parece incapaz de reflejarse en los propios resultados.

El placer está ausente de las actividades del tiempo libre; se visten de manera anónima, a veces con rasgos que parecen evidenciar un rechazo de la identidad sexual (por ejemplo, no se ponen faldas). A menudo practican actividades motorizadas y deportivas de manera compulsiva; son capaces de tener relaciones importantes con chicos, amigos / as o hermanos, aunque se trata de relaciones exclusivas,

que no borran un cuadro general de soledad y aislamiento. Socialmente saben adaptarse, temiendo con angustia la reprobación crítica del entorno.

Raras veces idealizan a sus padres, a veces al padre, al que estiman si son correspondidas por él; la relación con la madre se caracteriza por la distancia y la incomunicación. Son madres que han cumplido con su "deber" con sus hijas sin obtener ningún placer en la relación; en la adolescencia, la falta de un vínculo positivo entre estas chicas y sus madres se expresa en actitudes hipercríticas por parte de estas últimas. Algunas madres llegan a ser desvalorizadoras respecto al posible desarrollo sexual de sus hijas y los padres se sienten, en general, ausentes de la vida emotiva de las hijas.

La dieta empieza por motivos de peso o para destacar las formas sexuales adolescentes, pero rápidamente se hace muy estricta, vivida como una prueba de control; es frecuente la ingesta de alimentos hipocalóricos, preparados con meticulosidad. Si es contrariada, la paciente tiene crisis de ira y de retraimiento, a las que siguen nuevas restricciones.

Quienes presentan una personalidad de tipo narcisista, en la vida social, están aisladas y en cuanto al rol sexual prevalece la rigidez y el infantilismo; el DSM IV define de la siguiente manera el trastorno de personalidad narcisista:

1. tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. exige una admiración excesiva.
5. es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Estas chicas son egocéntricas, intolerantes a la crítica y el fracaso; a veces presentan rasgos paranoides que inducen a escasos intercambios con el mundo extrafamiliar e incomunicación de la intimidad con quienes conviven con ella. Aunque tienen relaciones pseudoadaptadas en la vida social, son fuertemente instrumentalizadoras con las personas, a las que utilizan para tener una platea para la propia dimensión exhibicionista.

Asumen actitudes de superioridad hasta el desprecio por los padres o por uno de ellos en particular, sobre todo la madre; a veces se presentan abiertamente alineadas con un padre contra el otro, al que ven como un incompetente.

Para estas jóvenes, alimentarse está casi siempre asociado a acciones de control sobre el entorno y las relaciones (estar solas en la cocina, llevar a término largas y complejas preparaciones alimentarias para los demás, entre otras). El cuidado del cuerpo es meticuloso y las ropas son a menudo costosas y rebuscadas cuando esta prevista la interacción social; en soledad o en el ámbito doméstico pueden ser muy descuidadas.

Muchas rechazan a los chicos antes de la explosión sintomática; casi siempre son ellas las que abandonan a la persona con la que han tenido una relación. Son exhibidas por los padres como compensación narcisista y deben ser princesas sobre las que se vuelcan grandes expectativas.

3.3. Relación de los padres como pareja

Normalmente se registra una cuota más o menos elevada de insatisfacción en la relación de pareja; pese a esta situación, se trata de familias rígidamente inseparables. Son familias que tienen dificultades para vivir explícitamente las crisis conyugales.

La característica fundamental de la relación de pareja en padres de pacientes con anorexia nerviosa es la de la excesiva adecuación de las esposas, al comienzo de la relación conyugal, a las necesidades de los maridos. De costumbre, los primeros tiempos del matrimonio son satisfactorios; el marido aprecia en su esposa la disponibilidad afectiva que siempre ha deseado recibir, en vano, de su propia madre. Por eso, es halagador, y hace que la joven esposa, sutilmente deprimida y desvalorizada por los suyos, experimenta esa vivencia de importancia y de significatividad que siempre ha ansiado como remedio de la propia experiencia de desvalorización.

En esa vida de pareja, hay poco margen tanto para la desestabilización que comporta la crianza de los hijos como para la tolerancia de conflictos provenientes de las relaciones con las familias de origen y con el mundo laboral; la muerte de un padre, la falta de apoyo por parte de una suegra con vistas al nacimiento de los hijos, problemas en el puesto de trabajo, u otras cosas ponen en crisis fácilmente a la madre. Por su parte, el marido reacciona según las modalidades que experimentó inconscientemente en la infancia; en vez de recurrir a modalidades adultas de asunción de responsabilidades que sabe ejercitar en su puesto de trabajo, se aparta de la vida familiar, haciendo que a su esposa le falte ese calor que sostenía su autoestima y compensaba su amenazante depresión.

El nacimiento y los primeros tiempos de crianza de la hija, futura anoréxica, coinciden con frecuencia con dificultades existenciales que llevan a una recíproca insatisfacción en la pareja conyugal / paterna.

En cuanto a lo sexual en la relación de estos padres como pareja, hay diversas formas de encararlo; en algunas parejas, las esposas son asexuadas; los cónyuges se caracterizan a menudo más como padres que como esposos y se pueden encontrar algunos casos en los que el vínculo privilegiado madre-hija se suelde a partir de la decepción de la madre en la relación conyugal. Hay otros casos en donde entre cónyuges se puede encontrar un juego de provocaciones y amenazas sexuales; por ejemplo, que la esposa insinúe o practique la traición conyugal más o menos abiertamente, siempre con el fin de reconfortarse respecto de las grandes vivencias de desestimación o de distancia emotiva que el cónyuge le vehiculiza. También existen casos en donde el marido expresa su propia insatisfacción, en el sentido tanto de una histórica frialdad de la mujer como de una excesiva dependencia, al punto de no poder considerarla, una "pareja" (Selvini Palazzolli, M., 1999)

3.4. Relación de la paciente con sus padres

Selvini Palazzolli, M y su equipo (1995) describen seis estadios sucesivos al juego de la pareja parental que desembocan en la conducta anoréxica (o síntoma anoréxico). Antes de comenzar a describirlos, es necesario explicar como es la configuración general del juego parental; para así comprender el proceso anoréxico en la familia.

En este juego, cada padre le hace al otro cierto tipo de provocaciones, sin lograr obtener una respuesta apropiada; por ejemplo, si la mujer le protesta al marido por algo, él, para sustraerse al problema de cómo responderle, puede elegir dos tácticas: ignorarla, o bien puede estallar pocos segundos después, bloqueando toda posibilidad de interacción. La táctica más frecuente es la del marido silencioso y aguantador, que parece ser incapaz de mantener tranquila a una mujer intrusiva, irritante y dominante; y la táctica menos frecuente es la del amo autoritario y centralizador. También en este caso, la mujer a quien se percibe como víctima, es de algún modo una víctima provocadora, no solo porque hace sentir su martirio, sino porque sabe lograr hábiles revanchas que el cónyuge autoritario debe soportar: por ejemplo, los indiscutibles deberes con sus viejos padres, a quienes dedica tiempo y energías, enfureciendo inútilmente al cónyuge.

En la relación de pareja, la mujer tiene una actitud de reivindicación con respecto al marido, apelando a los deberes del "buen padre" frente a la familia y los hijos. El marido, por su parte, podrá sustraerse a las movidas provocadoras-reivindicadoras, oponiéndole una definición diferente de esos mismos deberes. Podrá, por ejemplo, multiplicar sus compromisos laborales, pasando menos tiempo aún en su casa, pero soportando en silencio sus recriminaciones. De este modo, comunicará implícitamente que su misión principal, la de proveer a la tranquilidad económica de la familia, la cumple plenamente y además contribuye por todos los medios posibles a la serenidad doméstica, no reaccionando a las provocaciones. También subrayará de manera implícita la incapacidad de su mujer para asumir su propia obligación primaria, la de ser una madre cariñosa y equilibrada. En consecuencia, las exigencias de los hijos serán objeto de definiciones opuestas de ambos cónyuges, rechazando uno las definiciones propuestas por el otro. A continuación se describirán los seis estadios que dan cuenta del proceso interactivo familiar que desemboca en la conducta anoréxica:

1. El primer estadio es el juego antes descrito de la pareja parental. En la situación de *impasse* están involucrados sin excepción los miembros de las familias extensas.
2. El segundo estadio comprende: la hija que llegará a ser anoréxica se implica precozmente en el juego de los padres. En lo que se refiere al modo en que lo hace, se distinguen dos grupos, durante la infancia y preadolescencia. En el primer grupo, la hija que llegará a ser anoréxica está sometida a la madre, quien a menudo se confía con ella y revela los sufrimientos que le inflige su marido. La hija siente compasión por la madre, aunque es raro que le tenga estima y es la única de la familia que la ayuda en las tareas domésticas. De acuerdo a lo anterior, la hija llega a la convicción de superioridad moral y de cierto privilegio en la relación con la madre. En otros casos, la hija es la preferida del padre, quien la considera parecida a él. Al mismo tiempo ella admira al padre, lo cree superior a la madre. En

esta fase, la futura paciente (de ambos grupos) no actúa contra uno y otro padre, sino que mantiene una posición equidistante.

3. Con la llegada de la adolescencia, la futura paciente señalada se involucra en algunos hechos decisivos, que cambian la percepción que la joven tenía de su padre, o la empujan más hacia él. En el primer grupo, la adolescente comprende que la madre muestra mayor preferencia por algún otro hermano o hermana. Al sentirse abandonada, la futura paciente se inclina esperanzada por el lado del padre. La hija percibe al padre como solo y abandonado como ella, advierte sus valores personales, acepta y retribuye las promesas que aluden a una común afinidad electiva. En conclusión la chica comienza a tomar partido por el padre, al que secretamente le gustaría ver reaccionar con firmeza y determinación ante determinadas conductas de la madre. En otros casos, el vínculo seductivo entre padre e hija se incrementa a veces de un modo enojoso. En consecuencia se intensifica el proceso de instigación; la hija quisiera secretamente que su padre no fuese un secuaz de la mujer, y que reaccionara y la controlara. Se observa que en ambos grupos, la futura paciente señalada se siente unida al padre, en su condición de víctima, como él, de una mujer hipócrita y mezquina.
4. En este período de malestar relacional intenso tiene lugar el acontecimiento *dieta*: en el primer grupo de mujeres la futura paciente se percibe abandonada por la madre e instigada por el padre, a la vez que siente el imperativo de diferenciarse de su madre, al experimentar aversión inclusive ante la idea de parecersele. Por primera vez toma una decisión por sí misma, adecuándose, no ya a las exigencias de la madre, sino al modelo propuesto por la moda imperante entre sus coetáneos; en la tentativa, todavía confusa, de independizarse y sentirse mejor socialmente. En el segundo grupo de pacientes, la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre. Esta decisión va precedida de conductas conflictivas entre la madre, el padre o la propia hija. Cualquiera que fuere el modo en que se haya iniciado la reducción alimentaria, ésta evoluciona hasta ser una protesta muda y una renegación contra la madre. En ambos grupos, las futuras pacientes consideran que su propia decisión es el “detonante” de un cambio.
5. El quinto estadio está marcado por el viraje paterno. La hija se siente traicionada por el padre. Sus sentimientos por él se transforman en rencor, a veces en desesperación y desprecio. La joven disminuye su alimentación llevándola a niveles absurdos. Sólo así podría humillar a su madre y mostrarle a su padre (que lo percibe como cobarde) de lo que es capaz de hacer.
6. En el sexto estadio el juego familiar continúa mediante aquello que se llama estrategias basadas en el síntoma. La paciente señalada, ha descubierto el increíble poder que le confiere el síntoma, que le permite reconquistar una posición de privilegio de la cual gozaba en la infancia y preadolescencia. Con frecuencia establece un vínculo pseudosimbótico con su madre, el cual está caracterizado por hostilidad y control.

Con respecto al síntoma, Selvini Palazzoli, M (1981) afirma que éste se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema familiar incluso respecto a la definición de la relación. En una situación en la que los padres definen la relación con la hija en términos de *alimentadores* y *alimentada* (negándole implícitamente las exigencias de autonomía), la hija responde, según las reglas y define la relación de manera opuesta, es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición de la relación. Pero, en realidad, de este modo ella no hace más que perpetuar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia; el síntoma *coopera* en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema.

El síntoma psicossomático adquiere un significado simbólico o “metafórico” que se conecta con algo que debe ser comunicado y que no puede serlo más que a través del cuerpo. “El cuerpo que habla parece expresar no solamente los movimientos de los intrapsíquico, sino el sufrimiento más complejo de una situación interactiva de la que el sujeto participa y que no puede dejar de influir en su propio idioma” (Onnis, L., 1990)

Retomando la idea de la existencia de dos grupos de niñas anoréxicas, el equipo formado por Selvini Palazzoli, M., Cirillio, S., Selvini, M y Sorrentino, A. M (1999) plantean la presencia de un nuevo grupo, es decir, un tercer grupo de niñas anoréxicas. Anteriormente se describieron las características de los otros dos grupos: uno de ellos era el de las niñas que estaban afectivamente centradas sobre todo en la figura materna y en el otro, las niñas estaban orientadas al padre como figura afectiva de referencia. En el tercer grupo se incluyen, por un lado, muchas jóvenes anoréxicas que habían tenido una infancia privada de fuertes vínculos afectivos tanto con la madre como con el padre; se trata de niñas confiadas en su primera infancia a parientes o niñeras que no favorecieron su apego. En cambio, en otros casos la madre se había ocupado de la hija, pero con escasa implicación emocional positiva; estas chicas no disfrutaron de la proximidad emocional, aunque sea ambivalente, de ninguno de los padres. Incluso con la madre, han encontrado en la infancia escaso acceso a su mundo interior porque la mujer estaba totalmente cogida

por sus perturbados vínculos ya sea con la propia familia de origen o con la del marido y /o por eventos estresantes, todo esto en presencia de una relación conyugal insatisfactoria. La característica de la vida afectiva de estas niñas es la soledad; y sus padres están distantes para ellas.

3.5. Hermanos de la paciente

En este sentido, Selvini señala que es frecuente que los hermanos o hermanas de la paciente presenten problemas psicoemocionales y relacionales como también anomalías en la vertiente sintomática alimentaria.

Resulta habitual, que un hermano o hermana asuman en la familia un rol paterno, que perturba mucho a la paciente. Si el que asume el rol, es el hermano, encarna generalmente, a pesar de su juventud, modalidades “machistas” de control similares a las de sus padres. A estos jóvenes adultos, hiperinvolucrados en los vínculos intrafamiliares, les cuesta afirmarse en el exterior entre sus pares, o entablar relaciones amorosas; su pseudoasistencia a la hermana apunta, en general, inconscientemente, a ganar prestigio ante la madre. Ellos utilizan así el sufrimiento de la hermana para encarnar el rol de “cuidadores”, distanciándose de este modo de sus propios desasosiegos e inseguridades, que antes los habían hecho dudar de sí mismos. La paciente percibe oscuramente la raíz de explotación de esta instancia de control y esto empeora su comportamiento sintomático.

Las hermanas cercanas a la edad de la paciente asumen, en general, una actitud crítica y descomprometida en vez de pseudoasistencial. La tensión competitiva es fuerte ya que la paciente captura tiempo y atenciones con los síntomas y la hermana tiende a despreciarla sutilmente por la debilidad que demuestra; las hermanas pueden tener, a veces, signos de desasosiego: estudios sin terminar, fobias, dificultades de identidad sexual, fases anoréxicas abortivas, actitudes prepotentes, entre otras características.

Respecto de los hermanos y hermanas menores, se presencia, a veces, señales de celos más explícitos en la paciente por la preferencia del padre, en especial de la madre, hacia el hijo pequeño. Éste parece pertenecer a otra generación; llegado a la vida de la pareja en un momento más sereno, recibe una crianza más permisiva y relajada, que lo hace un interlocutor expansivo con los padres, capaz de reforzar en ellos esa preferencia que suscita la comprensible ira de la paciente, de quien se ha exigido un rol hiperadaptado y adulto.

Capítulo 4. Comportamiento alimentario familiar

4.1. Importancia de la calidad de la Alimentación

Es interesante remontarse a los primeros años de vida, especialmente, al primer año de vida para describir como fueron las interacciones madre – bebé durante la alimentación y para comprender si existe alguna relación entre esas interacciones pasadas y su concomitancia con la anorexia nerviosa en la adolescencia.

Marcelli, D y Ajuriaguerra, J (1996) plantean que alrededor de la alimentación se estructura el eje de interacción más precoz entre madre e hijo. El recién nacido posee una dotación neurofisiológica especialmente bien desarrollada, desde el nacimiento, en el plano de la conducta de succión: el reflejo de orientación acompañado de la rotación de la cabeza, como también, los reflejos de búsqueda, succión y deglución; no obstante, de ello no debe concluirse que todos los bebés tengan idéntico comportamiento frente a la alimentación (por ejemplo, algunos bebés lloran y se agitan ruidosamente, algunos maman con los ojos cerrados). La alimentación de un bebé no se reduce exclusivamente a la extinción del hambre fisiológico, sino que representa el prototipo de las interacciones humanas.

Estos autores hablan de un tipo de anorexia que sobreviene con frecuencia entre los 5 y los 8 meses que la denominan: “Anorexia del segundo trimestre”; a veces aparece progresivamente, otras súbitamente. En ocasiones, frente a un cambio de régimen alimenticio como la introducción de alimentos sólidos. Clásicamente se trata de un bebé vivaz, despierto y con manifiesta curiosidad ante su entorno; muy pronto el rechazo de alimento produce una reacción de ansiedad en la madre. Surge entonces un conjunto de manipulaciones cuyo objetivo final es conseguir que el niño coma; se intenta distraerlo, jugar, seducirlo, se espera que esté somnoliento o, por el contrario, se lo sujeta, se le inmovilizan las manos o se intenta abrirle la boca por la fuerza; invariablemente el niño sale victorioso del combate y la madre vencida y exhausta. Familiares y amigos administran sus consejos, la divergencia de los cuales no hace sino acrecentar la angustia materna.

La anorexia es un factor aislado, el bebé sigue creciendo e incluso engordando; la viva apetencia por los líquidos compensa frecuentemente la anorexia hacia los sólidos. Finalmente no es raro que dicha anorexia esté centrada en la relación con la madre y que el niño coma perfectamente con cualquier otra

persona (por ejemplo, una abuela). La madre, entonces, experimenta esta conducta como un factor de rechazo centrado directamente sobre ella y se angustia aún más; en estas condiciones, la comida deja de significar para el niño la ingestión del alimento, sino más bien la absorción de la angustia materna. Desviar la cabeza del seno o de la mamadera a fin de indicar la saciedad representa el prototipo del gesto semántico “no” y en este sentido, la anorexia es una conducta masiva de rechazo en la relación madre –hijo, conducta que podría entorpecer de inmediato el acceso a una simbolización más mentalizada. Se ha señalado la frecuente y excesiva familiaridad de los anoréxicos hacia los extraños en una época en la que habitualmente se fragua la angustia frente al desconocido; dicha familiaridad podría mostrar la incapacidad para individualizar el rostro materno y centrar la angustia en el rostro extraño. El rechazo alimenticio atestigua la “contaminación ansiosa” que sobreviene en la relación con la madre, con el consiguiente intento de dominarla. La dificultad de mentalizar podría constituir la base de una futura organización psicósomática.

Alterman, M (2001) plantea que la alimentación es la matriz del vínculo de amor y de odio. Si tenemos que pensar en la alimentación, como una conducta alimentaria, deberíamos pensar en el comer, es decir en el acto de comer; toda conducta y todo acto, tienen que ver con un sinnúmero de elementos de la personalidad de un individuo para ser llevados a cabo. En ambos casos tenemos que considerar una postura activa que sea impulsada por motivaciones pulsionales y afectivas, que voluntariamente lleven al individuo a concretarlas.

Cuando algún mecanismo falla en el área afectiva, falla también en el de la acción y se produce la inhibición de la capacidad de ejercer ese acto, generalmente motivada por una situación emocionalmente conflictiva, que lleva al individuo a dicha interrupción.

El acto de comer es un aspecto característico de la vida familiar y la alimentación constituye la primera experiencia del vínculo afectivo, es decir, la primer experiencia de amor con la madre; esta experiencia será modelo y determinante de lo que será a posteriori el tipo de vínculo que un ser humano será capaz de establecer con los demás.

Por esa razón las primeras experiencias alimentarias, incorporadas por la vivencia de gratificación y/o frustración, son también determinantes de la vivencia del amor y/o del odio respectivamente, y que se incorporan desde ese vínculo primitivo con esa madre, que al alimentar, imprime en el bebe el sentimiento de ser amado o de ser rechazado.

Para que el niño pueda disfrutar placenteramente del acto de alimentarse, la madre deberá ser paciente y tolerante respetando la modalidad y los tiempos individuales que cada niño tenga. Esa actitud de tolerancia por parte de la madre es la que lleva implícito el amor, que de este modo imprime junto con el alimento en el niño, esa “vivencia del amor”, que marcará definitivamente en éste, la modalidad de vínculo que también él tenga con los demás, y por lo tanto, difícilmente ese niño ligue a las conductas alimentarias sus conflictos emocionales.

Si por el contrario, en ese primer vínculo con la madre, un bebé tiene experiencias, no del todo gratificantes, se incorpora la experiencia de insatisfacción, que muchas veces van ligadas con sentimientos de rechazo y temor de ser abandonado, con un mensaje desde su madre, que hace trascender la gran inseguridad de sentirse amado por ella, pues es privado del sentimiento de placer de recibir, del acto natural y espontáneo del dar, implícito en una madre que ama.

Cuando un niño tiene hambre, siente displacer, llora, grita; la madre responde a esa necesidad amamantándolo. Muchas veces sorprende a esa madre que aún saciado su hambre, el niño quiere algo más, pues a pesar de cumplida su satisfacción alimentaria, su higiene, aún llora. Si la madre considera que ha colmado todas sus necesidades, tal vez infiera la “demanda de amor”; si intenta completar esa demanda de “amor”, y al tomarlo entre sus brazos, realiza movimientos tensos y violentos para calmarlo, expresando con ello la ansiedad y el rechazo que le genera la insatisfacción de su hijo, sin duda que acompañará el acto con una frustración para el niño que en su inconsciente irán íntimamente ligado a la experiencia alimentaria.

Si esa misma actitud se plantea en el acto de alimentarlo, seguramente que una vez saciado el hambre, el niño registrará que el requerimiento de su madre se transformará en la exigencia de quedar satisfecho a través del alimento que ella le provee, generando la exigencia de sumisión y dependencia hacia ella, pero teniendo, siempre esa insatisfacción que se incorpora con el alimento, que es la tensión que la madre imprime al acto de comer y que expresa su rechazo, su molestia por atenderlo o lo que en definitiva será su ambivalencia (un te quiero y te odio).

Siendo probablemente la incorporación a través de las acciones que rodean al alimento, el patrón de ese vínculo y el instrumento de las muchas enfermedades alimentarias como la anorexia, sustitutas de una definitiva independencia que debería darse con el desarrollo de la adolescencia, y dicha imposibilidad queda determinada por “esa trampa” que se deposita sobre los trastornos de la alimentación a partir de ese vínculo ambivalente que va de la madre al hijo.

La autora concluye diciendo que la diferenciación que estos enfermos no pueden conseguir en la adolescencia, para obtener sus propias pautas de identidad hace que entren en esa dependencia enfermiza con su madre, cuyo campo de batalla es la hora de la comida o los hábitos alimentarios, y que los hace presa y víctima de esas enfermedades.

Toro, J y Villardel, E (1987) refiriéndose al comportamiento familiar afirman que la familia va experimentando importantes cambios en consonancia con la presencia en su seno de una persona que sufre anorexia nerviosa.

Los autores sostienen que el ámbito familiar, el hogar, es el medio social y físico donde se realizan y socializan las comidas. Las comidas siguen ritos, hábitos y normas pautadas familiarmente; esto es porque la alimentación cuenta con un importante componente emocional en el medio familiar. En efecto, los padres en general, y la madre en particular, tienen atribuido y asumido, incluso antes del inicio de sus funciones, su papel de *alimentadores*. La maternidad no puede separarse de la alimentación; la alimentación es igual a salud y la no alimentación es señal de enfermedad. Y tanto alimentación como evitación de la enfermedad constituyen “deberes” básicos del papel maternal. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica forzosamente desencadenará la ansiedad familiar.

Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva; cuando una palabra, un gesto, un escándalo, una comida especial o una bofetada, consiguieren resultados positivos, es decir, incrementar algo la tasa de ingesta, tales comportamientos resultan reforzados positiva y negativamente. Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos que forzosamente van a influir sobre el comportamiento de la anoréxica. El hecho de que todo ello ocurra entre unas personas cada vez más ansiosas y probablemente más deprimidas, aumenta la desorganización conductual, las manifestaciones emocionales y la irritabilidad colectiva.

Según los autores la anorexia acaecida en una familia, es siempre un problema del grupo familiar; en ese grupo enrarecido conductual, emocional y cognitivamente, la anoréxica ve como muchos de sus comportamientos anómalos resultan reforzados por la atención familiar, la aceptación ambigua de los “caprichos” alimenticios, entre otras cosas.

Por otro lado las situaciones más conflictivas son las que constituyen las horas de las comidas. En ellas se centran y concentran sermones, gritos, lagrimas, miradas desesperadas...Nadie se sentaría a la mesa; pero todos lo hacen, mientras la conducta de la paciente y la de sus familiares se va deteriorando. Esta ansiedad asociada a las ocasiones “oficiales” de comer no es precisamente lo más indicado para conseguir ingestas estables o “normales” en una persona que lleva en sí misma razones suficientes para asociar comida y ansiedad. El curso que siguen habitualmente las comidas familiares determina en gran parte el curso de la anorexia, la intensidad de la ansiedad presente y la estabilidad del grupo familiar.

En definitiva, la interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la paciente. Según los autores citados: “la familia no tiene porque ser la causante de una anorexia nerviosa. Pero la familia, afectada por la anorexia, la puede y suele mantener, mediatizar y complicar. Es decir, los familiares de la paciente anoréxica evolucionan y actúan de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica.”

4.2. Presencia de trastornos psicológicos y de la conducta alimentaria en la familia de la paciente con A.N

Toro, J (2001) explica que los Trastornos de la conducta alimentaria se asocian a un importante número de otros trastornos psiquiátricos siendo los más típicos: la depresión, la fobia social y los trastornos de la personalidad. Una de las asociaciones más interesantes es la que ocurre entre anorexia nerviosa y fenomenología obsesiva compulsiva. Toda anorexia nerviosa cursa con síntomas obsesivos constituidos por cogniciones intrusivas relacionadas específicamente con silueta, cuerpo, peso y alimentos; y además el exceso de actividad física, constituye uno de otros tantos síntomas compulsivos.

Coincidiendo con este autor, Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D (1998) consideran que existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y la depresión; algunos de los signos más comunes de “la depresión” se encuentran presentes, con las mismas características, en las personas con trastornos del comer. Casi todas las jóvenes mencionan algo de esto:

- Sentimientos sobrecogedores de tristeza
- Pérdida de interés en casi todo lo que antes les resultaba placentero
- Sentimientos de culpa e impotencia
- Desesperanza hacia el futuro
- Aislamiento social e introversión
- Ideas recurrentes de autoagresión (ideas de suicidio)
- Nivel de energía disminuido
- Imposibilidad de concentrarse; disminución de la capacidad de pensar
- Dificultades para conciliar el sueño

Según estos autores, existen varias hipótesis en relación con esta vinculación entre depresión y trastornos de la alimentación ya que no siempre queda claro que es lo que aparece primero; surgiendo diferentes hipótesis tales como:

- *Que la depresión sea “causa” del trastorno del comer.* Muchos pacientes con anorexia o bulimia nerviosas tienen historias de depresión previas al desencadenamiento de los trastornos alimentarios; esto quiere decir que hay motivos específicos que llevaron a la persona a un estado de ánimo depresivo. Pueden haber sido motivos recientes (como por ejemplo, la muerte de un ser querido, la separación de los padres) o motivos de larga data y que circunstancias específicas actuales desencadenen el estado depresivo (hijos de padre /madre depresivo o alcohólico, entre otros)
- *Que los trastornos del comer, entre sus múltiples consecuencias, provoquen un estado depresivo;* la depresión puede ser “secundaria” a un trastorno del comer. Esto significa que comienza y se mantiene a partir de la pérdida de peso y/ o del comportamiento alimentario caótico; para respaldar esta hipótesis se alega que es muy frecuente que pacientes con bulimia o anorexia mejoran de su estado depresivo con el simple recurso de normalizar la ingesta y de alcanzar el peso normal.
- *Que ambos estados (trastorno del comer y depresión) sean causados por un tercer factor;* o sea, que existen por ejemplo, anormalidades a nivel neurobiológico, que causen depresión o presenten una sintomatología similar a la de los trastornos del comer, como anorexia o vómitos reiterados.

Toro, J (2001) plantea que los trastornos de la conducta alimentaria son problemas psiquiátricos; por lo tanto se trata de cuadros psicopatológicos leves, moderados o graves, pero dependen de la repercusión nutricional.

Alterman, M (2001) coincide con este autor afirmando que tanto la anorexia como otros trastornos de la alimentación son afecciones psiquiátricas, dado que son trastornos que se manifiestan a nivel del comportamiento depositando la conflictiva psíquica, selectivamente en el área de la alimentación; generalmente son pacientes que poseen síntomas o rasgos obsesivos manifiestos importantes.

Los datos de la literatura indican que del 60 al 65% de las pacientes anoréxicas presentan, en un momento u otro de su evolución, trastornos por ansiedad, siendo la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo los dos diagnósticos más frecuentemente encontrados. Además, estudios psicopatológicos subrayan cómo la problemática de la separación puede desempeñar un papel fundamental, sobre todo en la adolescencia, en la aparición y también en la perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria; es decir, que debe ser considerada la hipótesis de una posible relación entre trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por ADS (trastorno por angustia de separación, que se observa en general entre los 6 y los 24 meses). Es un estado emocional patológico en que el niño y sus padres, habitualmente la madre, mantienen una relación de dependencia hostil caracterizada por la intensa necesidad de mantenerse juntos y en estrecha proximidad física tanto por parte del niño como de la madre; aparece una ansiedad excesiva cuando el niño se separa de las personas a las que se encuentra vinculado.

En un estudio realizado con 32 jóvenes anoréxicas se encontró un trastorno por ADS durante la infancia y la adolescencia, es decir, en el momento del inicio de las conductas anoréxicas, en el 25 y el 26,9% respectivamente de los casos estudiados (Bailey, D., 1997)

En un trabajo realizado por: S. Ruffolo, J., Phillips, K. A, Menard, W., Fay, C. y Weisberg, R. (2006) se investigó acerca de la comorbilidad del trastorno dismórfico corporal y de los trastornos alimentarios, como también sobre la gravedad de la psicopatología y la distorsión de la imagen corporal.

El objetivo del estudio era examinar la comorbilidad y las correlaciones clínicas de los Trastornos alimentarios en grandes grupos de individuos con trastorno dismórfico corporal (BDD). Para lograr este propósito, doscientos sujetos diagnosticados con BDD según los criterios del DSM-IV (1994) completaron mediciones administradas por entrevistadores además de auto-informes, incluyendo controles diagnósticos, mediciones de la imagen corporal, severidad de los síntomas, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

Los resultados fueron los siguientes: un total de 32.5 % de personas con BDD cursaban también con un Trastorno Alimentario (T.A) en un período de la vida; un 9.0 % tenían anorexia nerviosa, un 6.5 % padecían bulimia nerviosa, y un 17.5 % sufrían de un trastorno de la alimentación no especificado. Comparaciones entre individuos que padecían ambos trastornos (n =65) y personas que no tenían trastornos de la alimentación (n= 135) indicaron que el primer grupo tenía mayor probabilidad de ser integrado por mujeres, era menos probable de que fueran afro-americanas, tenían mayor comorbilidad y tenían significativamente mayor perturbación de la imagen corporal e insatisfacción. No se encontraron diferencias significativas con relación a la severidad de los síntomas de BDD ni en cuanto a ideas o intentos de suicidio. El funcionamiento y el nivel de la calidad de vida eran notablemente pobres en ambos grupos, sin notar diferencias significativas entre los mismos. Sin embargo, una mayor proporción del grupo que padecía ambos trastornos había sido hospitalizado por problemas psiquiátricos. Este grupo había recibido un gran número de sesiones de psicoterapia y de medicación psiquiátrica.

Se concluyó que es relativamente común que los T.A aparezcan en individuos con BDD. Las personas que padecen de ambos trastornos difirieron en diversas variables demográficas, además tenían mayor comorbilidad, mayor perturbación de la imagen corporal como así también habían recibido mayor tratamiento para la salud mental que los individuos que no tenían una comorbilidad con un T.A.

Según Toro, J (2001) en las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, comparadas con familias de controles, hay una mayor frecuencia de antecedentes de depresión y alcoholismo. Se comprobó que el riesgo de presentar trastornos del espectro obsesivo compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicos también es muy superior al constatado en familiares de controles (9,69% frente al 0%).

En este mismo sentido el DSM IV señala que existe un riesgo mayor de padecer Anorexia nerviosa entre los parientes de primer grado; y se observó también que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente en los parientes de los enfermos del tipo compulsivo / purgativo.

En un estudio realizado en 1998, por Lilenfeld y otros, que abordaba el tema de la comorbilidad familiar para pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia, se llegó a los siguientes resultados:

- Los familiares de primer grado de pacientes con anorexia o bulimia presentan un mayor riesgo de formas subclínicas de trastornos alimentarios, depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo. El riesgo familiar para la presentación de depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo fue independiente del riesgo para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- También presentaron un mayor riesgo de trastornos de ansiedad.
- El riesgo de trastorno de personalidad obsesivo compulsivo fue elevado entre familiares de pacientes con anorexia nerviosa y existieron evidencias de que estos dos trastornos pueden compartir factores de riesgo familiar.

Como conclusión general de este trabajo, los autores argumentan que parece existir una vulnerabilidad familiar para la anorexia y la bulimia y que existe poca probabilidad de que la depresión mayor y el trastorno obsesivo compulsivo compartan una causa común con los trastornos alimentarios. No obstante, rasgos de personalidad obsesiva pueden constituir un factor de riesgo familiar para la anorexia.

Conclusión

A lo largo de este trabajo, se ha intentado hacer un recorrido acerca del perfil de las familias donde uno de los miembros padece anorexia nerviosa. Más específicamente se ha intentado determinar cuales son las características que tienen en común estas familias, y se ha pretendido comprender de que manera esas características inciden en la enfermedad.

Podemos entender que la familia es un contexto de gran influencia en el desarrollo de las personas, y en este sentido señala la Dra. Galperin, C. (1996): "[...] es el grupo familiar el ámbito primero de socialización del ser humano [...]", como así también Sluzki, C (1985) considera que la familia es el agente socializante principal para los individuos.

Como ha sido señalado en la introducción, no solo el factor familiar es el causante de esta enfermedad sino que son varios los factores que pueden desencadenar la Anorexia nerviosa, tales como los biológicos, los socioculturales, psicológicos. Pero este trabajo se ha centrado principalmente en los factores familiares que inciden en la enfermedad, más allá de que por sí solos no alcanzan para desencadenarla. Por eso es importante entender al ser humano como un sujeto biopsicosocial, como una unidad; por lo tanto para comprender esta enfermedad es fundamental tener en cuenta a la persona que padece, su personalidad, sus vínculos tempranos y la funcionalidad familiar de la cual es parte.

Es importante aclarar que son varios los autores que consideran que los trastornos alimentarios, como lo es la anorexia nerviosa, son problemas psiquiátricos, dado que son trastornos que se manifiestan a nivel del comportamiento depositando la conflictiva psíquica, selectivamente en el área de la alimentación.

Se pudo observar que las familias donde un paciente padece anorexia nerviosa dificultan e impiden el desprendimiento de sus hijos y su socialización y la de sus miembros y tienden a retenerlos; a veces con mensajes contradictorios en que por un lado lo estimulan a salir pero por el otro se lo impiden.

La mayoría de los autores mencionados en este trabajo, sostienen que las personas que presentan características como: problemas con la autonomía, autoestima baja o vulnerable, sentimientos de ineficacia, gran necesidad de aprobación externa, distorsiones en la imagen corporal, tendencia a la perfección y a controlar todo, incluyendo el control del peso, tienen una mayor probabilidad de padecer anorexia nerviosa.

Con respecto a los padres de la paciente, encontramos que ambos, comparten un aspecto común con sus respectivas familias de origen: se sintieron en general poco comprendidos por sus madres en la infancia; pero paradójicamente suelen privilegiar, generalmente las madres, las relaciones con su familia de origen sobre la relación de alianza con el cónyuge. Son varios los autores que coinciden en que existe una elevada insatisfacción en la relación de pareja de los padres de la paciente; mostrando dificultad para resolver sus diferencias. En relación a esto, Minuchin sostiene que existe una tendencia en estas familias a involucrar al hijo, utilizándolo como agente desviador de los conflictos conyugales. Cada miembro se sobreocupa con un tercero para evadir las dificultades de pareja; generalmente la madre entregándose en exceso a sus hijos y el padre dedicándose al trabajo e involucrándose en actividades en su tiempo libre. Galperín, C. (1996) y Chandler (2001) entre otros autores sostienen que el padre suele ser pasivo y distante tanto de la familia en general como de la hija, en particular. Él aparece, frente a la hija, como una “presencia muda”, no busca ni le es ofrecido un lugar al lado de ella; la madre monopoliza el vínculo con su hija.

El perfil de estas familias puede describirse como familias convencionales que sostienen las apariencias a cualquier precio, familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior unidas por un funcionamiento patológico, que centran todas su voluntad en tratar de evitar conflictos internos y mostrarse como perfectas. Con respecto a esto, Minuchin, S y Fishman, H (1981) sostienen que estas familias tienen una enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos, parecen enteramente normales, la familia “ideal”.

Los movimientos familiares se caracterizan principalmente por aglutinamiento y sobreprotección; la aparición de cualquier tensión o posibilidad de discusión, son vistos como peligrosos y como amenazas a la unidad familiar, por lo tanto la imagen de la familia aparece como armoniosa. Desde este punto vista, el síntoma de la paciente tiene una potente función protectora para evitar el conflicto donde probablemente la enfermedad de la hija justifica cualquier otro problema. Por consiguiente esto les permite a los padres eludir la responsabilidad de afrontar sus propios conflictos ya que la enfermedad oculta cualquier tensión. El inicio, disolución o mantenimiento de la anorexia se contextualizan en una estructura disfuncional, donde los movimientos familiares inadecuados ayudan a mantener la “homeostasis familiar”. En relación a esto, Minuchin (1978) postula que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno; los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar.

Los factores precipitantes de la enfermedad, generalmente no están ligados al modo de funcionar del sistema familiar; en cambio, los factores predisponentes y los perpetuantes tienen que ver, entre otras características, con los comportamientos y con el funcionamiento de la familia; éstos últimos son los que contribuyen con fuerza a mantener la enfermedad. También las características individuales y socioculturales fueron consideradas como aspectos que predisponen a la enfermedad. Concordamos con Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998) que plantean que ninguno de estos factores es en sí mismo suficiente para que alguien presente un trastorno de la alimentación.

Coincidimos con Toro, J y Villardel, E (1987) con respecto a la idea de que la anorexia acaecida en una familia, es siempre un problema del grupo familiar y consideramos que la siguiente idea sostenida por los autores refleja lo que se intentó desarrollar a lo largo de este trabajo: “la familia no tiene porque ser la causante de una anorexia nerviosa. Pero la familia, afectada por la anorexia, la puede y suele mantener, mediatizar y complicar. Es decir, los familiares de la paciente anoréxica evolucionan y actúan de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica”

En función de lo aquí planteada, se considera que el modo más efectivo para pensar en la recuperación de una paciente que padece anorexia nerviosa, es a través de un tratamiento integrado de enfoque sistémico, con el objetivo de que todos los integrantes de la familia comprendan porque en un momento dado, uno de ellos “enfermó”. Es necesario que dicho tratamiento incluya una terapia individual para la paciente, una terapia familiar, una terapia de pareja para los padres de la paciente y por último, sería interesante que los padres tengan la posibilidad de concurrir, en el inicio del tratamiento, a grupos psico-educativos (donde se los provee de información acerca de la naturaleza del trastorno)

Bibliografía

- Alterman, M (2001, julio). Anorexia y Bulimia, un problema de identidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 288, 30-31.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson S.A.
- Bailly, D. (1997). Angustia de separación. Barcelona: Masson.
- Bozzo, J.R (1991). Grupo y familia en la enfermedad psicosomática. *Revista Argentina de Medicina psicosomática*. 29 (57), 3-6.
- Bruch, H (1982) en Herscovici, C; Bay, L. (1999). Anorexia nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.
- Chandler, E (2001, Julio). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. *Revista Actualidad psicológica*, 288, 13-14.
- CIE 10 (1994). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor
- Crispo, R; Figueroa, E; Guelar, D. (1998). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Barcelona: Gedisa.
- Dallos, R. (1996). Sistema de creencias familiares. Barcelona: Paidós.
- Fay, C., Menard, W., Phillips, K. A, Ruffolo, J., Weisberg, R. (2006) Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 1, 11-19
- Ferreira, A (1966) en Sluzki, C: Familia en Vidal, G (1977). Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires: El Ateneo.
- Galperín, C. Z. (1996). Modalidades de funcionamiento familiar. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Herscovici, C; Bay, L. (1999). Anorexia nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.
- Hodas, G.R., & Liebman, R. (1985). Trastornos psicosomáticos en los niños: Terapia familiar estructural. *Sistemas Familiares, ASIBA (Asociación sistémica de Buenos Aires)*, 01 (1), 30-36.
- Kestenberg (1976) en Bleichmar, E.D. (Fecha de acceso: 2005, 15 de diciembre). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional. [En red]. (Fecha de trabajo original: 2000) Disponible en: <http://www.aperturas.org>
- Lilienfeld (1998) en Kirszman, D. & Salgueiro, M.C. (2002). El enemigo en el espejo. Madrid: Tea, S.A.
- Lofrano, A., Di Rienzo, N., y Lofrano, V. en Fundación Mujer Trastornos Alimentarios Docencia Investigación Prevención, (FUMTADIP) (Fecha de acceso: 2005, 28 de diciembre). [En red]. Disponible en: <http://www.fumtadip.com.ar>
- Marcelli, D; Ajuriaguerra, J. (1996). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson, S.A.
- Minuchin, S; Rosman, B. L; Baker, L. (1980). Famiglie psicomatice. L' anoressia mentale nel contesto familiare [Familia psicosomática. La anorexia mental en el contexto familiar]. Roma: Astrolabio.
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1981) Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974) en Sluzki, C: Familia en Vidal, G (1977). Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires: El Ateneo.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. Barcelona: Paidós.
- Organización mundial de la Salud. (Fecha de acceso: 2005, 10 de diciembre). Trastornos alimentarios. [En red]. Disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition_disorders/es
- Palazzoli, Selvini, M (1981) en Onnis, L (1990). Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. Barcelona: Paidós.
- Palazzoli, Selvini, M (1988) en Herscovici, C; Bay, L. (1999). Anorexia nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.
- Palazzoli, Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino A. M. (1995). Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós.
- Palazzoli, Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino A. M. (1999) Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona: Paidós.
- Sanchez-Planell, L. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo Ruiloba (Ed). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Selvini, M (1992) en Chandler, E (2001, Julio). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. *Revista Actualidad psicológica*, 288, 13-14.
- Sluzki, C: Familia en Vidal, G (1977). Enciclopedia de Psiquiatría. Buenos Aires: El Ateneo.

- Sluzki, C. (1985). Terapia Familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares, ASIBA (Asociación sistémica de Buenos Aires)*, 01 (1), 53-57.
- Toro, J (Fecha de acceso: 2005, 22 de diciembre). Anorexia nerviosa. [En red]. (Fecha de trabajo original: 29 Septiembre 2001). Disponible en: <http://db.doyma.es>
- Toro, J (Fecha de acceso: 2006, 2 de enero). Trastornos de la alimentación [En red]. (Fecha de trabajo original: 20 diciembre 2001). Disponible en: www.psiquiatria.com
- Toro, J; Villardel, E. (1987) Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D. D. (1967) Teoría de la comunicación humana. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc.