



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades  
Carrera Licenciatura en Psicología

La anorexia en las mujeres  
Contexto socio cultural actual

N° 902

Natalia Andrea Klajner

Tutora: Lic. Azucena Tramontano

Departamento de Investigaciones  
Fecha defensa de tesina: 19 de febrero de 2016

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>



## Índice

<b>Abstract</b> .....	4
<b>Introducción</b>	
Presentación del tema .....	5
Problema de investigación .....	6
Relevancia y justificación de la temática .....	6
Objetivo general .....	7
Objetivos específicos .....	7
Alcances y límites .....	7
Estado del arte .....	7
Marco teórico .....	8
Anorexia: ¿Enfermedad, síndrome o síntoma? .....	9
Metodología - Procedimiento .....	9
<b>1. Capítulo I: La anorexia nerviosa</b>	
1.1 Definición de la anorexia nerviosa .....	10
1.2 Contexto histórico .....	11
1.3 Factores biológicos y genéticos .....	12
1.4 Factores socioculturales .....	12
1.5 Epidemiología .....	13
<b>2. Capítulo II: Clínica y tratamientos posibles de la anorexia nerviosa</b>	
2.1 Criterios para diagnóstico de anorexia según el DSM IV .....	15
2.2 Manifestaciones clínicas y sintomatología .....	15
2.3 La imagen corporal .....	17
2.4 Autoestima .....	19
<b>3. Capítulo III: Vincularidad e Intersubjetividad desde la perspectiva psicoanalítica</b>	
3.1 Diferentes abordajes .....	21
3.2 Psicoanálisis y anorexia nerviosa .....	21
3.3 Función materna y vincularidad .....	26
3.4 Función paterna y vincularidad .....	28
3.5 Función del psicoterapeuta .....	30
<b>4. Conclusión final</b> .....	32
<b>5. Bibliografía</b> .....	34

**ABSTRACT:**

La relevancia del presente trabajo se debe a la alta prevalencia, a nivel clínico y poblacional, que presenta la anorexia nerviosa. La presente tesina es una revisión bibliográfica que pretende caracterizar la vincularidad y la intersubjetividad en las mujeres con anorexia nerviosa. Hay una gran cantidad de estudios científicos que se refieren al tema en cuestión, dando cuenta de la etiología, de los síntomas y de los posibles tratamientos. Una de las discrepancias que aún se mantienen vigentes es si se considera la anorexia nerviosa como una enfermedad o un síntoma. El modelo psicoanalítico buscará diferentes formas de explicar la aparición y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que considera a la anorexia como un síntoma que puede encontrarse en cualquier estructura y no como una enfermedad. Ciertos estudios clínicos consideran la aparición de ciertas características que padecen las personas con este trastorno de la alimentación como la obsesión, la rigidez, el perfeccionismo y la inhibición social; por ende tienen dificultades para relacionarse. Por otro lado, algunos rasgos pueden ser exacerbados por el estado de desnutrición. La relación que tiene la mujer con su cuerpo es un elemento significativo durante el acceso a la genitalidad viéndose alterada la relación con el otro y consigo misma. En conclusión, considero importante el trabajo psicoterapéutico del paciente, tanto en forma individual como grupal, para así obtener una pronta recuperación.

## Introducción:

### Presentación del tema:

La temática de esta tesina se centra en el manejo de los vínculos y la forma de empleo de los mismos en las pacientes mujeres que padecen anorexia nerviosa.

Se considera a la anorexia nerviosa, como un síndrome específico en la mujer, cuyas características son las descritas en el DSM IV en cuanto a rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Existen dos tipos de anorexia nerviosa el restrictivo y el purgativo.

A lo largo de este trabajo, se requiere investigar cómo se entiende a la anorexia desde una perspectiva psicoanalítica.

No debe confundirse la anorexia nerviosa con la anorexia. Refiriéndose el primero a una enfermedad, a diferencia del segundo que el psicoanálisis lo concibe como un síntoma que puede estar presente en diferentes patologías.

Dicha enfermedad, ha cobrado una gran importancia en las últimas décadas, por su gravedad y por la incidencia, especialmente en la población femenina. Debido a que el cuerpo ocupa un lugar clave en nuestra cultura. La presión de los amigos y una sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa. La relación del adolescente con su cuerpo es un elemento muy significativo en el momento en donde se produce el acceso a la genitalidad viéndose alterada la relación con el otro y consigo mismo.

El modelo psicoanalítico buscará diferentes formas de explicar la aparición y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Otto Kernberg (2006) (citado en Díaz Castrillón, F. Cruzat Mandich, C. 2011) relaciona a la anorexia con cierto desequilibrio narcisista que se produce en las mujeres en el periodo de la adolescencia y la sobrevaloración que se le da a la imagen corporal como una forma de compensar ese desequilibrio narcisista previamente mencionado. Por otra parte, Fendrik y Kernberg (2011) vinculan a la anorexia con una alteración en las identificaciones sexuales y con problemas en la femineidad y maternidad.

*“la función del padre para el desarrollo sexual femenino y la configuración de la imagen corporal de la mujer es central entendiendo que al faltar la cualidad de su mirada en la paciente anoréxica, la niña no logra organizar su goce en torno a su propia sexualidad, quedando un cuerpo lleno de angustias y misterios que la niña no logra resolver o integrar, por lo que queda atrapada en su propio cuerpo” (Espina, 2005).*

Según The Cleveland Clinic Foundational (1995) las mujeres que padecen anorexia, generalmente, al mantener una relación íntima de pareja puedan llegar a experimentar frigidez, dificultad y/ o imposibilidad en el plano sexual. Debido a que cuando se padece esta enfermedad, no existe la madurez psicológica y/o fisiológica para el deseo sexual.

Todos los sentimientos, traumas y conflictos (que en la infancia fueron reprimidas, cubiertos, ocultos y nunca resueltos) a posteriori cuando se establece una relación, se reeditan en la situación de pareja. La pareja servirá como una especie de espejo para sacar a vislumbrar este trastorno que había estado reprimido en la infancia.

A su vez, ciertos estudios clínicos del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de Madrid postulan que hay ciertos rasgos característicos de la anorexia como ser la dependencia, la introversión, la obsesividad, poca espontaneidad social, carencia de iniciativa, que pueden ser exacerbados por el estado de desnutrición.

Por último, para que se produzca un trastorno de la conducta alimentaria, influye mucho el vínculo con la familia, con los pares. Por lo tanto es necesario promover un ambiente social favorecedor para impedir que el trastorno se siga desarrollando.

En el primer capítulo se pretende introducir al lector en la temática a trabajar, destacando los inicios de la anorexia nerviosa, los factores genéticos, biológicos y socioculturales y su epidemiología. Es de suma importancia dedicar un capítulo a estos temas ya que permiten un mayor entendimiento de la enfermedad.

En el segundo capítulo, se desarrolla una clasificación de la enfermedad, a partir del DSM IV. Se trabajaran las posibles manifestaciones sintomáticas, la imagen corporal y la autoestima.

El tercer capítulo se abocará a la importancia que tiene tanto el rol de la madre como el rol del padre en la subjetividad de la persona, y como la influencia de estos pueden beneficiar o perjudicar al sujeto. Asimismo, la vincularidad con los pares también va a repercutir en la singularidad del sujeto y la función que ejerza el analista debe ser llevada a cabo de una forma muy meticulosa y cuidadosa para no provocar efectos adversos en el paciente.

### **Problema de investigación:**

Uno de los principales problemas que se puede encontrar al momento de abordar la temática de la anorexia nerviosa, es que la misma puede ser tratada desde diversos abordajes psicoterapéuticos que al ser muy diferentes entre sí, pueden llevar a confusiones.

Por otro lado, las pacientes que padecen este trastorno de conducta alimentaria, tienden al aislamiento, a la compañía de muchachos más jóvenes, siendo frecuente la aparición de trastornos obsesivos compulsivos que pueden relacionarse con la comida.

La etiología de la anorexia nerviosa no se conoce con exactitud, pero se piensa que es multifactorial, encontrándose componentes tanto genéticos, como sociales, metabólicos, hormonales, sexuales etc.

En suma, estas pacientes suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza, carecen de afectividad, perfeccionistas, rígidas, y presentan dificultades para solucionar los problemas y tienden a evadirlos.

Otro de los problemas manifiestos en las mujeres con este trastorno es la mala adaptación sexual. Muchas de las adolescentes con desarrollo sexual retrasado tienen con mayor frecuencia una disminución en el interés por el sexo, al comienzo de la enfermedad.

La dieta restrictiva que llevan estas mujeres produce una interrupción en el desarrollo y de esta forma tratan de evitar la pubertad y que su apariencia física se quede en una imagen preadolescente, la cual las defiende de asumir las responsabilidades y cambios del cuerpo, características de un adulto, para la cual no se encuentran preparadas. Por último cabe mencionar determinados cambios psíquicos como el mal humor, irritabilidad, ansiedad, depresión.

### **Relevancia y justificación de la temática:**

La anorexia nerviosa se considera una enfermedad de la era contemporánea, a pesar de que los primeros casos detectados se refieren a épocas anteriores. También es muy probable que en la antigüedad ya existiese este trastorno.

Dicha enfermedad, es una afección grave que perturba tanto física como psíquicamente a la mujer portadora de la misma. Las relaciones sociales se ven afectadas debido a este trastorno ya que la persona se centrará excesivamente en su imagen corporal, produciéndole a la misma un sufrimiento que se traduce tanto en un malestar físico como social. Es por eso que es de suma importancia tratar a la anorexia nerviosa desde el inicio de aparición de algunos síntomas ya que la enfermedad tiene una importante incidencia dentro de la población y hay cada vez más personas que la padecen. Esta posee un

origen tanto de orden social, debido a que los ideales acerca del esquema corporal son impuestos por las valoraciones culturales y contextuales de las mismas, como así también las series complementarias.

En los últimos diez años, se ha producido un aumento en la incidencia de la anorexia nerviosa en la población pre púber, adolescente y en la primera parte de la adultez, siendo del 1 % al 2% de la población total. Es más frecuente en mujeres que en varones, afectando a personas de todas las clases sociales.

### **Objetivo general:**

- Estudiar la vincularidad e intersubjetividad de la vida cotidiana en mujeres que padecen anorexia nerviosa

### **Objetivos específicos:**

- Investigar la vincularidad e intersubjetividad con los progenitores de las pacientes con TCA.
- Indagar la vincularidad e intersubjetividad con los pares en las pacientes con TCA.

### **Alcances y límites:**

Este trabajo va a incluir un análisis acerca de la vincularidad e intersubjetividad en pacientes mujeres con anorexia nerviosa, refiriéndonos únicamente al sexo femenino. Desde una visión psicoanalítica trabajando con autores como Kernberg, Gabbard, Winnicott.

Con respecto a las limitaciones de la tesina, los mismos están dados por la falta de experiencia clínica.

### **Estado del arte:**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que puede tratarse desde diferentes abordajes y enfoques teóricos para lograr una recuperación eficaz.

En su trabajo de 1989, C. Johnson (tal como se cita en Perena Garcia, 2007) plantea que los individuos portadores de este trastorno suelen caracterizarse por ser educados, del sexo femenino, con buena posición económica e inmersos en las culturas occidentales.

Con el correr de los años fueron teniendo prevalencia y eficacia algunos marcos teóricos por sobre otros. En primer lugar, se puede hablar de la terapia sistémica, como una posibilidad para tratar a las pacientes con este trastorno. Antes de los años 70, los trastornos alimentarios eran considerados enfermedades psicosomáticas, y el tratamiento de los mismos no incluía a la familia. Con la aparición de la terapia sistémica el abordaje terapéutico se modifica dando lugar a la familia para la solución del conflicto.

Ciertos autores como Bateson, Jackson, Von Bertalanffy, Watzlawick (citados en Espina, A. Pumar, B en 1996) parten de la base que la terapia sistémica entiende a las patologías como consecuencia de una disfunción familiar. Teniendo la familia un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de las conductas alimentarias.

Por otra parte, Salvador Minuchin (tal como se cita en Espina, A. Pumar, B en 1996) postula la importancia de tomar en cuenta al sistema en su totalidad, formado por individuos con complejidades diversas, siendo el sistema familiar más que la suma de cada uno de los individuos por separado. Asimismo, Minuchin describe que en las familias de las pacientes anoréxicas hay una carencia de límites personales y generacionales. Cada miembro de la familia está tan comprometido con la vida de cada uno de los otros miembros, que ninguno llega a conformar una identidad separada de la matriz familiar.

Otra alternativa para el tratamiento de la anorexia nerviosa es el abordaje cognitivo conductual. Los importantes trabajos de Garner y Benis sobre la aplicación de la terapia cognitiva a la anorexia nerviosa

trajeron grandes cambios. Se empezó a pensar la reestructuración cognitiva, para de esta forma cambiar los pensamientos y actitudes relacionados con la preocupación por la comida, el peso y la silueta.

Garner, Hall, Crisp y Agras (citados en Carmina Saldana, 2001) utilizan la terapia cognitivo conductual para el mantenimiento adecuado de los hábitos alimenticios y la terapia cognitiva para favorecer la reestructuración cognitiva y el uso de estrategias de afrontamiento eficaces. Agras realizó un análisis comparativo entre los efectos de los programas conductuales y los tratamientos con medicación y encontró que la terapia conductual producía un aumento de peso más consistente y estancias más cortas en el hospital.

Asimismo, el psicoanálisis resulta un modelo explicativo muy efectivo para los trastornos de conducta alimentaria. Fendrik y Kernberg (tal como se cita en Díaz Castrillon, F y Cruzat Mandich, C 2011) destacan la importancia de la figura materna para el desencadenamiento del trastorno. Siendo la misma la que falla en la relación temprana con su hija. La niña, presenta por lo tanto una dificultad para realizar una verdadera separación e independencia de la madre formando así un vínculo asfixiante con ésta. La madre retira el afecto cuando la hija manifiesta cierto nivel de independencia y autonomía. Por otra parte, la hija también es descrita como objeto que reemplaza y compensa sus propias carencias afectivas.

Con respecto a la vincularidad e intersubjetividad de la mujer con anorexia Fendrik, Gabbard y Kernberg (citados por Díaz Castrillón, F. Cruzat Mandich, C. 2011) plantean que en la anorexia el alimento representaría a la madre. Es decir, que cuando la mujer traga o vomita el alimento el mismo vendría a representar las dificultades que la niña tiene de incorporar a la madre como aquella que va a satisfacer sus necesidades, tanto de afecto como de protección, impidiendo de esta forma la integración de los aspectos idealizados y devaluados de esta madre.

A su vez, Dio Bleichmar (citado en Díaz Castrillón, F. Cruzat Mandich, C. 2011) plantea que la función del padre, es libidinizar narcisísticamente el cuerpo y la psiquis de la niña y separarla de este estado de fusión que lleva con la madre durante los primeros meses de vida.

Por último, Eduardo Chandler (1999) describe que las jóvenes que han enfermado de un trastorno en la conducta alimentaria, han sufrido anteriormente, una incapacidad para adaptarse de forma satisfactoria al medio social al que pertenecen, así como también hay muchos vínculos sociales que podríamos denominar como "tóxicos" que hace que la consulta se demore debido a que los amigos, los compañeros, la sociedad, la familia etc. valoran la delgadez como una especie de "triunfo". Esta valoración que hace el contexto, imprime en la mujer anoréxica la necesidad de ser flaca

### **Marco teórico:**

Ana. M. Spagnuolo de Iummatto (1971) relata que la imagen corporal distorsionada que se presenta en dicha patología alimentaria tiene una fuerte ligazón con su historia y constituye un eje para la estructuración narcisista. Esto se hace evidente en los jóvenes que le atribuyen a la mirada, tanto la propia como del otro, suma importancia, generando ansiedades persecutorias y una supuesta denigración que sobre ellos ejerce la mirada del otro.

Winnicott (1981) por su parte, argumenta (tal como se cita en Spagnuolo de Iummatto, 1971) que el niño hace un reconocimiento de sí mismo a partir de poder mirarse en el rostro de la madre, donde justamente la función de la madre, del padre, de la familia es servir como "espejo" en el cual el niño pueda verse reflejado. Winnicott presenta la presencia del espejo como significativa para la estructuración subjetiva del niño, por ende podemos pensar que el cuerpo será el lugar para verificar el amor propio, vacíos existenciales, de no reconocimiento, de ser amados. Por lo tanto en los trastornos alimenticios, el punto de partida debe ser buscado en las primeras relaciones objétales y posteriormente como patología del proceso de separación- individuación.

Se podría decir que la perspectiva de Iummatto y de Winnicott coincide en la importancia que le dan al rol del otro para la estructuración subjetiva. Iummatto por su parte, postula que la distorsión de la imagen corporal por parte del portador del trastorno en gran parte es por la fundamental importancia que le dan a la mirada del otro. Asimismo, Winnicott hace un reconocimiento del sí mismo al poder mirarse en el

rostro de la madre, o quien ejerza esa función y justamente será ese reflejo de ese espejo lo que será constitutivo para la estructuración subjetiva del niño.

Lopez Herrero (1999) al igual que los autores mencionados previamente señala la importancia del otro en el advenimiento del síntoma. Parecería que esta “moda de la imagen” y este culto al cuerpo, favorecen la tensión con la propia imagen. De hecho en la actualidad la norma que rige es que no valemos más que la imagen que el otro nos devuelve. De esta manera ese ideal de belleza, impuesto por la cultura y con el que se construye la imagen y la identidad dificulta la constitución de la identidad sexual y el ser de deseo del sujeto. Sin embargo en el caso de la conducta anoréxica se encuentra al servicio de la relación con el otro, busca con esa imagen de completud la palabra y la amabilidad del otro que le permita constituirse como un ser con identidad propia.

En consecuencia, esta preocupación excesiva por la imagen y el “que dirán” de la persona provoca una devaluación de la apariencia y una preocupación de forma excesiva por la opinión de los demás y a pensar que no vale nada o no puede ser querido por nadie debido a su apariencia física. Es por eso que las personas que padecen un trastorno de la imagen corporal tenderán a ocultar su cuerpo, lo someterán a estrictas dietas y ejercicio físico y evitaran las relaciones sociales.

### **Anorexia: ¿Enfermedad, síndrome o síntoma?**

La nosología psiquiátrica, le da una cierta entidad autónoma a la anorexia nerviosa con respecto a otros trastornos psiquiátricos. Por el contrario, el psicoanálisis concibe la anorexia como un síntoma, entendido como el resultado de un conflicto psíquico. De esta forma la anorexia no se constituiría de forma conceptual en una nosología propia sino que vendría a ser una forma sintomática de presentación de cualquier estructura clínica, sea la neurosis, la psicosis o la perversión.

La anorexia por lo tanto, no constituye para el psicoanálisis una estructura clínica y tampoco la ve como un trastorno exclusivo de la mujer, aunque sea en ella en quien mayormente se encuentren sus manifestaciones.

Es muy interesante como la entidad de Anorexia puede ir mutando, desde considerarse un síntoma como es para el psicoanálisis que puede pertenecer a las diferentes estructuras, a pesar que en la neurosis alcance un mayor protagonismo hasta considerarse un trastorno alimentario como lo es para el Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental.

### **Metodología:**

#### **Procedimiento:**

La elección de la temática seleccionada en la tesina se debe a que en un principio había un gran interés por lo que son los trastornos de la alimentación en general, pero al ser un tema tan abarcativo se optó únicamente por el análisis de la anorexia nerviosa. Posteriormente se pensó con que marco teórico se trabajaría y con qué áreas se relacionaría a la enfermedad. Hasta que se decidió enfocarlo desde un marco psicoanalítico y relacionarlo con la vincularidad e intersubjetividad de las mujeres que padecen la anorexia nerviosa. La presente revisión bibliográfica se realizó recurriendo a información académica y científica obtenida de google académico, Revistas científicas, manuales de clasificación como el DSM IV, libros. La búsqueda se realizó tomando palabras claves como “anorexia nerviosa”, “relaciones”, “vincularidad”, “intersubjetividad” “ mujeres” “psicoanálisis”. La tesina se organizará en 3 capítulos, y una conclusión final.

## CAPÍTULO 1 - La anorexia nerviosa

- 1.1 definición
- 1.2 contexto histórico
- 1.3 etiología factores biológicos y genéticos
- 1.4 factores socioculturales
- 1.5 epidemiología

### 1.1 Definición de la Anorexia Nerviosa:

La anorexia nerviosa forma parte de los trastornos alimentarios más recurrente y de mayor relevancia en la actualidad.

*Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)* son los generadores de gran parte de los problemas psicológicos en las sociedades modernas.

La persona portadora de algún trastorno alimentario, le otorga a la comida un valor, un significado, un protagonismo especial. Y basa en la misma todos los actos y pensamientos que forman parte de su vida diaria sintiendo una gran dependencia de ésta.

Los criterios diagnósticos del DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2002) clasifican a los trastornos de la conducta alimentaria en:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentario no especificado

La definición del término Anorexia Nerviosa fue realizada por Sir William W. Gull (1870) calificándola como **“Una alteración de origen psicológico que afecta principalmente a las mujeres jóvenes”**

Según Gabbard (2002) la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa parecen ser los trastornos de nuestros tiempos. Los medios de comunicación transmiten a la sociedad imágenes de mujeres esbeltas, delgadas, que parecen “tenerlo todo”. Por su parte, las imágenes femeninas que transmiten los medios de comunicación, demuestran que la apariencia externa es más importante que la identidad.

A su vez, Johnson y Col., (tal como se cita en Gabbard, G en 2002) advierten que los individuos que son afectados por dicho trastorno suelen ser educados, del sexo femenino, gozan de buena posición económica y están inmersos en la cultura occidental.

Fairburn y Beglin (Citados en Gabbard, G en 2002) postulan que la anorexia nerviosa desde los años 70 tiene una creciente incidencia en la población. Mientras que la bulimia nerviosa ha sido aproximadamente del 1% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.

Clínicamente, se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características son las descritas en el DSM IV. O sea, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y aparición de amenorrea.

Como hemos mencionado brevemente en la introducción existen dos subtipos de anorexia nerviosa: *el restrictivo y el compulsivo/ purgativo*.

La anorexia de tipo **restrictiva** se define porque durante el episodio de Anorexia Nerviosa, el individuo no recurre generalmente a atracones o purgas. Por ejemplo, provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos etc. A diferencia de la Anorexia Nerviosa de tipo **compulsiva/ purgativa** en donde el individuo recurre generalmente a atracones o purgas.

Por otra parte, según la explicación de autores como Silverman y Peláez y Raich y Duran (Citados en Valles Casas, M en 2013) resulta difícil poder plantear una definición precisa sobre dicha enfermedad ya que se debe a un conjunto de síntomas que sufre la persona portadora de la misma.

Por último, pero no menos importante, los griegos denominaban como *asitous* o *anorektous* a quienes rehúsan el alimento. La palabra *anorektous* emplea el prefijo *an* (prefijo negativo) y el verbo *aerktous* refiere a las acciones de tender, tocar, ofrecer algo, desear a alguien, es decir la paciente tiende a NO acercarse, NO ofrecer, NO tocar, NO desear a alguien. El *anoerkticous* se encuentra en un estado de pasividad, más que de búsqueda.

Por lo tanto, la Anorexia Nerviosa podría definirse como uno de los principales trastornos alimentarios de la época, afectando a la persona en las diferentes áreas de su vida en general.

## 1.2 Contexto histórico:

La anorexia nerviosa no es una enfermedad contemporánea, sino que la presencia de los trastornos alimentarios proviene de la antigüedad, época en donde ya existían conductas alimentarias anómalas.

La necesidad imperiosa y exagerada de adelgazamiento sin causa orgánica aparente puede observarse desde los comienzos de las observaciones médicas. En el año 155 Galeno describe un cuadro de Anorexia.

En el mundo árabe también se encontraron antecedentes de la Anorexia Nerviosa.

Como también en la Edad Media, en donde mujeres santas realizaban abstinencias alimentarias.

Es a partir del siglo XVI, que empiezan a aparecer conductas alimentarias anómalas que nada tienen que ver con la religión.

A partir de los años 40, la anorexia nerviosa es entendida Según Yates (1989) como **“Un trastorno mental dentro de las teorías del psicoanálisis”**.

En el año 1689 Morton publicó un libro con una gran precisión en la descripción de la Anorexia Nerviosa que la diferenciada de otros estados de malnutrición.

Desde los años 70 los trabajos de Anorexia Nerviosa se fueron multiplicando. Hilde Brunch, por ejemplo describió los trastornos de la imagen corporal. Por su parte, Garfinkel y Garner (1982) han considerado a la Anorexia Nerviosa como **“Un trastorno complejo con manifestaciones clínicas que son resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes”**.

Sin embargo la Anorexia Nerviosa aparece como entidad independiente dentro de la clasificación de las enfermedades psiquiátricas a finales del siglo XIX en el Congreso de Gottingen.

A su vez, Russell considera a la Bulimia Nerviosa como una variante de la Anorexia.

Un reconocido neurólogo francés, Charles Lassegúe destaca la importancia que tienen los factores socioculturales y la importancia del contexto familiar y las relaciones de los padres con sus hijas. Recalca como una de las características principales de estas pacientes sus recursos económicos altos y las relaciones familiares. Se cree que fue el primer médico en postular que los problemas con la comida que tenían las pacientes eran consecuencia de algún tipo de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres.

Es así como en las últimas décadas, la imagen de delgadez se muestra como el estereotipo tanto en mujeres como en hombres que desencadena el cierto triunfo social y/o profesional. Con la ayuda de los medios de difusión que transmiten la idea que el “estar flaco” es sinónimo de felicidad y éxito.

### 1.3 Factores biológicos y genéticos

La restricción dietética conlleva a cambios biológicos y físicos importantes. Produciendo una alteración del sistema hipotalámico y endócrino, dando lugar en la aparición de ciertos síntomas como la amenorrea y la intolerancia al frío entre otros.

Se piensa que la etiología de la Anorexia Nerviosa es multifactorial. Es decir coexisten en la enfermedad tanto componentes de tipo genéticos, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales etc. A su vez dicho trastorno tiene comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como el componente depresivo, el obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad etc.

Al ser la anorexia nerviosa un trastorno de origen multifactorial ningún factor por sí solo puede explicarlo.

A continuación se explicarán los factores biológicos y genéticos desencadenantes de dicha enfermedad.

La herencia cumple un papel fundamental en el desencadenamiento de este trastorno. Se han detectado ciertas anomalías en la neurotransmisión cerebral así como disfunciones en los ejes hipotálamo-hipofisario y gonadal.

Según la postura de Kizman y Salgueiro (Tal como se cita en Valles Casas, M en 2013) el temperamento que en parte viene determinado genéticamente provoca que algunas personas sean más propensas a desatar un desorden alimenticio que otras.

Por añadidura, puede decirse que la tasa de concordancia es del 70% para gemelos idénticos y de solo 20% para los gemelos que no lo son. A su vez, las hermanas de estas pacientes que padecen la enfermedad suelen estar también afectadas por dicho trastorno. Asimismo, se ha identificado un gen en el cromosoma 1 que puede desencadenar esta patología.

M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M. Raich (2012) estiman que **“durante la adolescencia las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo”**.

Con respecto a los factores biológicos los opioides endógenos pueden ser responsables de la negación del hambre en estos pacientes.

Ciertos estudios, revelan un importante aumento de peso en pacientes que se le administraron antagonistas opiáceos.

A su vez, la leptina, péptido producido en las células del tejido adiposo, está involucrada, en la regulación del apetito y del mantenimiento del peso.

Las pacientes portadoras de la Anorexia Nerviosa se caracterizan también por tener una deficiencia de cinc.

Más aún, las pacientes anoréxicas con comportamientos purgativos obtienen mayores cambios en las regiones superiores, frontal e inferior y parietal del hemisferio derecho, como así también aumento de los surcos y ventrículos cerebrales, a diferencia de los pacientes anoréxicos de tipo restrictivo.

### 1.4 Factores socioculturales

Actualmente, los medios de comunicación, los gimnasios, centros de belleza, las cirugías plásticas promueven un estereotipo de cuerpo femenino delgado y esbelto y cuerpo masculino musculoso. Actualmente, se asocia la delgadez con el éxito social, competitividad, autoestima, control etc.

Bell, Lawton y Dittmar (Citados en Sendra Carol, A en 2012) señalan que tanto los factores sociales como la importancia que le da la sociedad a la imagen corporal se relacionan directamente con la insa-

tisfacción corporal. Sobre todo los medios de comunicación que remarcan qué es lo aceptable y qué lo inaceptable en la sociedad actual.

Claudia Hunot, Barbara Vizmanos, Edgar M. Vázquez Garibay y Alfredo .J. Celis en la revista “Salud Pública y nutrición” (2009) remarcan que la tendencia de las personas a iniciar una dieta es respuesta a cierta “presión social” que ejerce la sociedad y los medios de difusión en las personas. Es por eso que muchas mujeres, niñas y adolescentes consideran a la delgadez como un requerimiento para sentirse aceptables por ellas mismas y por los otros. Se estima que los hombres están menos influenciados por estas presiones culturales actuales que las mujeres.

Asimismo, los autores anteriormente nombrados señalan, otros factores relacionados que pueden desencadenar estas alteraciones en la conducta alimentaria; por ejemplo ciertos *estresores* sociales como la presión de exámenes, pérdida de una relación, la presencia de una madre sobreprotectora, conflictos entre los padres, el nivel socioeconómico entre otros.

Existe también un aumento en el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria en aquellos inmigrantes de segunda generación en países desarrollados, así como las personas que viven en países que se están industrializando. Un desencadenante muy importante de dicho trastorno es también la educación que se recibe en el marco familiar y el entorno social en el que se desarrolla el individuo.

Mellor y Cols (Citados en M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M. Raich 2012) destacan la importancia que tiene la influencia de los padres sobre los hijos como un desencadenante que provoca la insatisfacción corporal. Explicando así que la familia desarrolla un papel más importante en el paciente adolescente que los medios de difusión y los amigos.

Otra cuestión que se ha investigado, con respecto a la insatisfacción de la imagen corporal y los TCA son las burlas que ejercen los familiares y amigos sobre el peso. Se han identificado, mayores comportamientos para controlar el peso, dietas sumamente restrictivas, atracones y purgas en las pacientes que han recibido provocaciones por su apariencia física por parte de sus compañeros. Igualmente, los desórdenes alimentarios no se dan uniformemente en todas las culturas.

Toro, J (1988) postula que nos encontramos en un momento culmine de “la cultura y la delgadez” señalando de este modo que, **“Los obesos reales se desesperan, los que no lo son temen serlo y muchos de ellos viven convencidos de haber incurrido ya en el sobrepeso, nuestras mujeres y sobre todo nuestras adolescentes se ven inmersas en un maremágnum de contradicciones asfixiantes respecto de su propio cuerpo”**.

## 1.5 Epidemiología

Parece claro, que las tasas de prevalencia e incidencia en la población general ha aumentado en las últimas décadas. Uno de los motivos puede ser porque el impacto social, los medios de difusión, las industrias que promueven la belleza exterior también han aumentado. Como consecuencia de esto, el acceso de los pacientes a los sistemas de tratamiento también se ha incrementado notablemente.

Según estudios publicados, en una revisión de Aguinaga, M. Fernandez, L.J. Y Varo, J.R en el año 2000 **“Se estima que entre un 1% y un 4% de mujeres jóvenes presentan trastornos de la conducta alimentaria, siendo más frecuente la bulimia que la anorexia. Si tenemos en cuenta que hasta un 50% de casos de Anorexia Nerviosa pueden presentar síntomas de bulimia. Y a la inversa también ocurre”**.

Se estima que estos trastornos son diez veces menos frecuentes en los varones. Algunas investigaciones, sugieren que los episodios bulímicos ocasionales son muy frecuentes.

A su vez, es importante tener en cuenta como desencadenante de los trastornos alimentarios el sexo, la edad, la adolescencia, el nivel socioeconómico, la educación y la cultura entre otros. Se considera que se ha pasado de 0,37 casos por 100.000 habitantes en la década de los 60 a 0,74 en los 70, 6,3 en los 80 y en la última década es de 3,4% en mujeres entre 15 y 29 años.

Por otra parte, en una revisión realizada por Guerra Prado, D.; Barjau Romero, J. M. y Chinchilla Moreno, A. en 2001 estiman que **“La incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes, mientras que la incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables entre el 4 y 8% y entre el 1 y 3% respectivamente”**.

Por lo general, inicia en el rango de edad comprendido entre los 10 y 25 años, siendo la edad más frecuente entre los 13 y 18 años. Es poco habitual, entre los primeros 10 años de vida y pasado los 30. Sin embargo se encuentra con frecuencia, casos en pre púberes o mujeres adultas.

Asimismo, Staudt, M. Rojo Arbelo, M. (2006). Entienden que la población de mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de trastornos de la alimentación, o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes depresivos, como también los pacientes con diagnóstico de personalidad límite o inestable.

Casi todos los estudios epidemiológicos, constatan que el 90-95% de los sujetos que son afectados por algún Trastorno alimentario son mujeres.

## CAPÍTULO 2 - Clínica y tratamientos posibles de la anorexia nerviosa

- 2.1 criterios para diagnóstico de anorexia
- 2.2 manifestaciones clínicas y sintomatología
- 2.3 imagen corporal
- 2.4 autoestima

En el siguiente capítulo, se realizará una clasificación minuciosa de la enfermedad, tomando los criterios del DSM IV para entender a la misma. A su vez, se trabajaran las posibles manifestaciones sintomáticas, la imagen corporal y la autoestima.

El DSM IV describe ciertos criterios que deben cumplirse para que pueda hablarse de la Anorexia Nerviosa como tal. Estos son los siguientes:

### 2.1. Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa 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).

### 2.2 Manifestaciones clínicas y sintomatología

Como se ha mencionada previamente, la anorexia nerviosa se presenta habitualmente en adolescentes que no poseen una psicopatología previa, y tampoco son portadores de obesidad, solamente presentan un sobrepeso discreto. Dichas personas, buscan como objetivo lograr la delgadez, y su vida gira en torno a una imagen corporal esbelta y reconocida por sí mismos y por los otros. Este estilo de pensamiento, los lleva a optar por una dieta muy estricta, cuyo éxito le da sentido a sus vidas y auto reconocimiento. (Bravo Rodríguez, M. Pérez Hernández, A. Plana Bouly, R, 2000). En un principio, este tipo de pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo los alimentos que tienen un contenido calórico muy elevado como son las grasas e hidratos de carbono, alcanzando muchos de ellos una dieta tan restringida que llegan al ayuno. A su vez la sobre exigencia del ejercicio físico, es característico de estas personalidades. La mayoría de las veces no reconocen el cansancio y se exigen más de lo que su cuerpo puede tolerar. Sin embargo, una vez que bajan de peso, siguen reduciendo las cantidades calóricas que ingieren por día, y cada vez más los pensamientos relacionados con la comida, el peso y la figura se van apoderando de sus mentes.

Las pacientes con este Trastorno Alimentario, intentan reprimir su deseo de comer y una forma de hacerlo es interesándose en los libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos, como también pacientes que preparan un gran banquete para sus familiares y amigos en los que ellos no prueban nada. Intentan deshacerse del alimento poniéndolo en servilletas o escondiéndolo en los bolsillos.

Asimismo, se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas pierden el control y recurren al conocido "atacón". Lo que lleva a auto inducirse el vómito, que produce con el tiempo una *erosión dental*. Es decir, que con el paso del tiempo, pasan de ser anoréxicas restrictivas a anoréxicas purgativas/compulsivas.

Estudios comprobados científicamente, plantean que las anoréxicas compulsivas/ purgativas presentan un peso mayor que las restrictivas. Y que entre las compulsivas/ purgativas se encuentra con mayor frecuencia el antecedente de una madre obesa. Por su parte, las restrictivas se caracterizan, por la tendencia a mostrar un mayor aislamiento social y de las relaciones sexuales, así como también están caracterizadas por ser menos activas sexualmente.

Las pacientes, jóvenes son más propensas a la depresión y la ansiedad que las mayores. Asimismo, la menstruación en las mujeres retorna una vez que con el aumento de peso se ha recuperado la masa corporal en un 22%. Por su parte, los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles, observándose además una disminución en las concentraciones de testosterona.

Otros síntomas, que se pueden encontrar según Kaplan HI, Sadok BJ. Y Baber S, Bolaños-Chacho P, López Ch, Ostrosky A. L (Citados en Bravo Rodríguez, M. Pérez Hernández, A. Plana Bouly, R, 2000) es la mala adaptación sexual. Muchas adolescentes con un desarrollo sexual retrasado, tienen con frecuencia una marcada disminución del interés por el sexo, en los comienzos de la enfermedad. La realización de este tipo de dietas tan restringidas, es una forma de evitar la pubertad y el desarrollo. Es decir, buscan que su apariencia física se quede en una imagen de pre adolescentes, evitando así las responsabilidades de adultos mayores y los cambios físicos para los cuales no se sienten preparadas. Las conductas de interacción social de las pacientes con anorexia nerviosa también mutan con la enfermedad, tienden al aislamiento, o buscan compañía de muchachos más jóvenes.

Por otra parte, son características de la enfermedad, la rigidez, la obsesión, y la dependencia de los familiares. Son portadores de un ánimo vulnerable y son comunes los sentimientos de desamparo, ansiedad y depresión que se mencionó anteriormente. Así como, el sentido de ineficacia y baja autoestima que se relaciona con el temor a perder el control sobre sí manifestándose de esta forma la desconfianza personal. La desconfianza puede manifestarse, por ejemplo en que no dan opiniones, son perfeccionistas, autos exigentes, sumisos, obedientes. Las pacientes con este trastorno, también experimentan una reducción en el sueño durante la noche.

Muchos de los síntomas de la anorexia nerviosa pueden deberse a la inanición. Además de amenorrea, puede aparecer estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel, aspecto demacrado, caída del cabello, unas frágiles. También pueden presentarse lanugo, edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o dejar de tomar laxantes), anemia, leucopenia. Algunas veces el color de la piel es amarillento puede aparecer también atrofia mamaria, reducción del vello axilar y pubiano, metabolismo basal disminuido.

Desde el punto de vista nutricional, presentan una ingesta deficitaria de minerales, así como de calcio, hierro, zinc. Se detectan valores séricos altos de caroteno y vitamina A. las vitaminas E y B6 pueden aparecer deficitarias, no así la vitamina C, la cual puede ser normal. También puede ser normal en los anoréxicos el consumo de proteínas.

Se ha comprobado que el uso excesivo de laxantes, puede ocasionar grandes pérdidas de agua, minerales y electrolitos especialmente el potasio generando así un mayor riesgo de disfunción cardíaca y renal.

Además el escaso consumo de calcio puede generar posteriormente en los adultos la osteoporosis.

### 2.3 La imagen corporal

Según Rosa Behar y Gustavo Figueroa (2010) la insatisfacción corporal, es una característica central y primordial en los trastornos alimentarios.

Las pacientes que sufren patologías alimentarias padecen cambios psicológicos, actitudinales y conductuales en relación a los hábitos alimentarios y al peso corporal.

**“La prevalencia de los trastornos de la imagen corporal permanece desconocida; sin embargo siguiendo los criterios del DSM IV las cifras oscilan entre el 1,29% en mujeres y menos del 1% en hombres”** (Rosen, 1995.)

Slade y Brodie, 1994 (Citados en Behar, R y Figueroa, G. 2010) describen a la *imagen corporal* como **“Una representación mental amplia de la figura corporal, su forma, y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”**.

A su vez, Schilder, remontándose a los años 50 establece que el concepto de *imagen corporal*

**“No se limita a una mera percepción, sino que su creación conlleva una base fisiológica y una configuración libidinal”**

En cambio, la definición actual de Rosen, 1995 considera a la *imagen corporal* como **“El modo en que un individuo percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo”**.

Autores como Slade, 1986; Pruzinsky y Cash, 1990 (Citados en Behar, R y Figueroa, G. 2010) determinan la existencia de un triple registro que posee la *imagen corporal*:

- La forma: correspondiente a la idea consciente que se tiene del propio cuerpo con respecto a su aspecto, dimensiones (altura, peso, espesor etc), postura, ubicación espacial.
- El contenido: Implicado aquí el reconocimiento de las sensaciones interoceptivas y propioceptivas y las necesidades corporales como ser el hambre y la sed.
- El significado: Se comprenden aquí, lo relacionado con el aspecto emocional, el reconocimiento de las zonas erógenas, simbolizaciones inconscientes. A su vez, este registro es estructurante de la identidad yoica y la identidad sexual.

Por otro lado, Jarry, 1998 describe tres funciones principales de la *imagen corporal*:

- Afiliación: Utilizar la propia apariencia para establecer relaciones interpersonales, vínculos amorosos o amistades.
- Evitación: Usar la propia imagen corporal para evitar abusos, tanto psicológico, físico, como sexual.
- Expresión: El uso de la imagen corporal sirve para comunicar al sí mismo o a los otros.

Garner y Garfinkel, 1981 (Tal como se cita en Behar, R y Figueroa, G. 2010) mencionan dos componentes que conforman la *imagen corporal distorsionada*, por un lado mencionan *el aspecto perceptivo*, es decir percibir las partes del propio cuerpo más grandes de lo que realmente son. Por el otro, **el componente cognitivo/ afectivo** que se relaciona con la insatisfacción con el tamaño del propio cuerpo.

Por su parte, el DSM IV señala a la imagen corporal como **“Una distorsión del modo como se experimenta el propio cuerpo o silueta corporal”**.

Así también, Lorenzi y Ardito, (1996) han denominado a la Anorexia Nerviosa bajo el término de “Psicosis corporal”, es decir que compromete al cuerpo en tanto vivenciado personalmente, no anatómicamente.

Ciertos estudios científicos, postulan que las pacientes anoréxicas sobreestiman la amplitud de su cuerpo en rangos comprendidos entre el 25% y el 55%. En ellas se manifiesta una distorsión del tamaño corporal y principalmente una insatisfacción con ciertas partes del cuerpo como por ejemplo la cintura, muslos, nalgas y vientre.

Rabe y Jabloska, 2000 (Citados en Behar, R y Figueroa, G. 2010) indican que la insatisfacción corporal tiene relación con una baja autoestima, la cual genera en las pacientes una necesidad obsesiva de una extrema delgadez, con el fin de obtener de esta forma una satisfacción personal.

Rosen, 1992 (Tal como se cita en Rimoldi M. Susana 2002) postula que el desorden de la imagen corporal es lo que luego desencadenará un desequilibrio alimentario. A su vez dicho desorden es el predictor más usual de la aparición de los trastornos alimentarios.

Hilde Bruch, 1962 (Citado en Rimoldi M. Susana 2002) explica que se encuentra una diferenciación entre *distorsión de la imagen corporal* y por otro lado, *la insatisfacción de la imagen corporal*.

Cuando se habla de distorsión de la imagen corporal se hace alusión a una discrepancia entre la percepción o creencias que uno tiene acerca del tamaño y forma de su cuerpo y el estado actual del mismo. Es decir que la percepción que uno tiene no coincide con lo que objetivamente es.

La insatisfacción de la imagen corporal, por su parte, se refiere al modo en que uno experimenta su cuerpo. Lo disfuncional se va a manifestar en que el cuerpo no responde a las exigencias culturales en la que nos vemos sumergidos, donde van a existir sentimientos de rechazo y desagrado.

A su vez, Thompson, 1990 (Tal como se cita en Rimoldi M. Susana 2002) postula que la construcción de la imagen corporal va ejerciendo ciertas modificaciones en relación a la influencia del contexto. Algunos estudios describen que la exposición, por ejemplo de imágenes de atractivos modelos, altera la percepción actual de la imagen corporal. Incluso, se registran alteraciones en las personas cuando se imaginan en diferentes situaciones, no es lo mismo imaginarse solo en el hogar, que caminando por la calle o paseando por la playa.

Ciertos hallazgos científicos han comprobado que la capacidad de mirarse a sí mismas que tienen las mujeres y el peso que tiene en éstas la mirada de los demás puede vincularse con la insatisfacción de la imagen corporal y en consecuencia puede desembocar en un trastorno alimentario.

Desde la "Teoría de la objetivación" planteada por Wiederman y Hurst, 1998 (Citado en Calado Otero, M. Lameiras Fernández, M y Rodríguez Castro, Y. 2004) consideran que las mujeres de la sociedad occidental están inmersas en una cultura donde predomina la masculinidad, por ende el cuerpo de las mujeres y de los hombres es tratado de forma diferente, lo que genera que el cuerpo de las mujeres se mire, se evalúe más que el de los hombres.

Walters, H. y Waschull, 1991; Spillman y Everington, 1989 (Tal como se cita en Calado Otero, M. Lameiras Fernández, M y Rodríguez Castro, Y. 2004) postulan que es relevante el estudio de ciertas variables cognitivas que están relacionadas con la imagen corporal, como ser el miedo intenso a ganar peso, la distorsión de la imagen corporal, y la insatisfacción corporal pueden tener sobre la sexualidad de las mujeres jóvenes. Ya que el peso puede ser una condición en la atención de los hombres y la oportunidad sexual. Sin embargo, el componente subjetivo que cada uno tenga acerca de su imagen corporal es fundamental, ya que teniendo una percepción positiva de nuestro aspecto físico nos permitirá una mayor confianza para entablar relaciones heterosexuales e implicarse sexualmente.

Buendía y Rodríguez, 1996; Raich, 2000 (Citados en Calado Otero, M. Lameiras Fernández, M y Rodríguez Castro, Y. 2004) sostienen que la autoestima es la variable que mayor relación tiene con la imagen corporal

Cash y Henry (1995) (Citados en Espina, A. Ortego, M. Ochoa de Alda, I. Yenes, F. y Alemán, A. 2001) encontraron que **"un 48% de mujeres adultas evaluaban negativamente su apariencia, un 63% estaban insatisfechas con su peso y un 49% estaban preocupadas con el sobrepeso"**.

Por su parte, Bruch (Citados en Espina, A. Ortego, M. Ochoa de Alda, I. Yenes, F. y Alemán, A. 2001) destacó que los pacientes con trastornos alimentarios no concuerdan la percepción que tienen sobre su cuerpo con la realidad.

Además señala que no hay tratamiento exitoso para los trastornos alimentarios sin que haya previamente una corrección en la distorsión que se tiene de la imagen corporal.

Según estos autores se trabaja terapéuticamente con dos momentos:

- *El primer momento* consiste en un espacio de trabajo corporal, con una frecuencia semanal y un grupo que oscila entre cuatro a seis pacientes. Se recurre fundamentalmente a recursos como ser la danza terapia, la senso percepción, trabajos con diferentes músicas. La idea de cada encuentro es ir generando una relación armoniosa con el cuerpo que no estuviera marcada por los reproches.
- *El segundo momento* consta de ocho sesiones donde se trabajan los componentes cognitivos asociados a la imagen corporal por un lado y consignas de trabajo corporal relacionadas con los componentes seleccionados por el otro.

Sabemos que estas pacientes rara vez asisten por motus propio, por ende este debe ser uno de los objetivos de la primera etapa del tratamiento.

## 2.4 Autoestima

A lo largo del escrito se han destacado ciertas características para referirse al cuadro psicológico de la anorexia nerviosa.

Una de las descripciones más clásicas fueron las de Bruch, 1973 (Tal como se cita en Milan Kundera 2002).

El postula que dicha enfermedad suele manifestarse en niñas que según su entorno como ser el colegio, la familia, amigos etc. han sido sorpresivamente buenas, exitosas y gratificantes.

La enfermedad suele hacer su primera aparición en la pubertad o en otros momentos vitales en los que son enfrentadas a nuevas experiencias. En tales momentos, se pone en evidencia la dificultad que tienen dichas pacientes para la toma de decisiones y la conciencia de autonomía.

Al comienzo de la enfermedad, se manifiestan ciertos cambios en la conducta, se vuelven desconfiadas y se irritan fácilmente.

El trastorno alimentario, puede pensarse como un intento de la paciente de “auto curación” que falla y la conduce a un estado de mayor sufrimiento, aislamiento y desprotección.

Otra característica que aparece en las descripciones clínicas de estas pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria son los bajos niveles de auto estima y auto concepto. El no aceptarse a sí mismas, a no agradarse, su valoración negativa en cuanto a su aspecto personal, su forma de vestirse, de peinarse, etc.

Actualmente no hay una definición universal de “La autoestima”. Algunas investigaciones psicológicas la describen únicamente en términos positivos, mientras que otros parecen no distinguir este término del de “auto concepto”. Sin embargo, todos coinciden que se trata de una percepción que tenemos de nosotros mismos.

William James, a finales del siglo XIX catalogo la autoestima como **“aquellos sentimientos de realización o de humillación que obtenemos”**.

Wells y Marwell, una década después, manifiestan que la autoestima puede entenderse también como **“una función o componente de la personalidad.”** En este caso, la autoestima se considera como parte de uno mismo, normalmente la parte vinculada a la motivación y/o autorregulación.

La autoestima positiva es fundamental, ya que contribuye al desarrollo de la personalidad de la persona. Como se siente el individuo, como piensa, como se relaciona con los demás, como se comporta el individuo en su grupo de pares. Geller, Zaitsoff, Srikameswaran (Tal como se cita en Valles Casas, M. 2013)

Según Calado (Citado en Valles Casas, M. 2013) existe baja autoestima en las personas portadoras de un trastorno alimentario, como así también los sentimientos de inutilidad que pueden desencadenar en una depresión.

Raich, 2011 afirma que **“Hay una idea básica que una imagen corporal negativa puede estar asociada a una autoestima baja”**.

## CAPÍTULO 3 - Vincularidad e intersubjetividad desde la perspectiva psicoanalítica

- 3.1 Diferentes abordajes
- 3.2 Psicoanálisis y anorexia nerviosa
- 3.3 función materna y vincularidad
- 3.4 función paterna y vincularidad
- 3.5 función del psicoterapeuta

### 3.1 Diferentes abordajes

La Anorexia Nerviosa es una temática muy abarcativa y como tal puede ser tratada y explicada desde diferentes enfoques psicológicos.

En la presente tesina intentaremos llevar a cabo una comprensión psicoanalítica.

Igualmente, resulta interesante nombrar los puntos principales de abordaje que realizan las diferentes corrientes psicológicas acerca de la temática en cuestión.

En la perspectiva *cognitivo - conductual* Phillips y Cols (Tal como se cita en Behar, R y Figueroa, G. 2010) se entiende que las pacientes portadoras de este trastorno de conducta alimentaria se visualizan como "Objetos Físicos", sin manifestar una pertenencia de su propio cuerpo. A su vez exageran los rangos de talla y del peso, con cierta dificultad para diferenciar los rangos intermedios. Por ende, se vivencian a ellas mismas como "gordas" o "flacas"

En los años 80, el crecimiento y desarrollo de la terapia cognitivo conductual permitió explicar el tratamiento de la anorexia nerviosa.

Es a partir de este momento, que se incorporó la *reestructuración cognitiva* como un método posible que podría generar cambios en los pensamientos y actitudes que estén relacionados con la preocupación por la comida, el peso y la silueta.

Por otra parte, durante la década de los 80, Minuchin, Rosman y Baker (Tal como se cita en Caramana 2001) propiciaron programas de tratamientos basados en intervenciones familiares, manteniendo la postura de que las familias que poseen algún miembro afectado por la Anorexia Nerviosa mantienen relaciones interpersonales muy estrechas, excesivas, sobreprotectoras y con ciertas dificultades para la resolución de conflictos. Fue a partir de lo ante dicho, que se desarrollaron intervenciones con el fin de modificar las interacciones familiares desadaptativas por otras más adaptativas. Igualmente no existen estudios que hayan mostrado la eficacia de las intervenciones familiares.

En relación a los tratamientos farmacológicos, son numerosos los fármacos que se han utilizado para pacientes con estas características. Por ejemplo, tratamientos farmacológicos con el fin de incrementar el apetito, disminuir los síntomas obsesivo-compulsivo, mejorar el estado de ánimo, disminuir los pensamientos relacionados con el peso y la figura, etc. En los últimos años, se está comprobando el éxito de la fluoexetina para mejorar el estado de ánimo y evitar las recaídas en dichas pacientes. Así como también la combinación con la terapia cognitivo- conductual que produce efectos fructíferos.

### 3.2 Psicoanálisis y anorexia nerviosa.

Ahora bien, como ya se ha mencionado previamente este trabajo abarcará únicamente la Anorexia Nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica, por lo tanto se adentrará a la misma desde esa visión.

Igualmente, es de relativa importancia como afirma Casper (Citado en Figueroa, G. 2010) tener en cuenta que los psicoanalistas ya no rechazan las técnicas disimiles a las suyas, sino que integran las técnicas que consideran que son las más eficientes para cada caso y momento en particular.

Freud. S, apenas hablo de la anorexia nerviosa, y ha hecho alusión a ella de forma pasajera, pero nunca se ha detenido en la misma. De hecho para Freud, la anorexia no es más que **“un componente del cuadro melancólico, caracterizado por una inapetencia general, que indica una hemorragia libidinal”**. Donde se verán afectados el alimento, como la sexualidad y la vida en general. Sin embargo, en la clínica, *anorexia y melancolía* no resultan del todo equivalentes. Freud entiende a la anorexia como **“efecto de una parálisis psíquica consistente en la inaccesibilidad de un grupo de representaciones a nuevas asociaciones, lo que impide el desplazamiento del afecto o el investimento libidinal”**.

Para el autor, el tratamiento psicoanalítico no es adecuado para el tratamiento de la anorexia nerviosa, explicitando que la misma no se puede reducir ni a la melancolía ni a la neurosis histérica, aunque pudiera formar parte de ambos cuadros.

Igualmente Freud no vuelve a remitirse a dicho trastorno en sus obras posteriores.

Por otra parte, estudios realizados por Hilde Bruch en los años 60 del siglo XX, postulan que **“el rechazo del cuerpo propio es una necesidad de rechazar el cuerpo de la madre”**. No se puede reducir la anorexia nerviosa únicamente al rechazo del alimento, como si la boca estuviese separada del cuerpo. Ella termina concluyendo, en el simposio de Gotingen en 1965 que existe una relación entre el cuerpo, la sexualidad y la anorexia y no únicamente la función alimenticia.

Se trata de la dificultad en la separación del cuerpo de la madre, la que conduce a *un trastorno del narcisismo, un investimento libidinal del propio cuerpo*, ya que se ha perdido o nunca surgió la distancia adecuada entre las necesidades de la niña y las respuestas otorgadas por la madre. Al no producirse esta separación la niña no va a responder no a sus propias necesidades sino a las necesidades de la madre, manifestándose de esta forma una *desfiguración en los límites*.

Más adelante, Bruch no es que renuncia a su postura sobre la enfermedad como rechazo, sino que agrega un nuevo rasgo que se hace visible de manera constante, que tiene que ver con el miedo a ser rechazadas, desvalorizadas, ansiedad por adivinar las necesidades del otro.

Asimismo, la anorexia se concreta en la pubertad, estando asociada al cambio, y a un cuerpo que todavía no ha sido aceptado como un cuerpo sexuado.

Según Winnicott, es fundamental que el niño pueda reconocerse a sí mismo a partir de poder mirarse en el rostro de la madre, donde una de las funciones de la misma, o quien vaya a cumplir esta función, es proporcionar una imagen especular en la cual el infante pueda reconocerse. Winnicott, nombra al espejo como un elemento primordial y significativo para la estructuración subjetiva, por lo tanto podemos pensar al cuerpo, como el lugar para verificar el reconocimiento, los niveles de amor, de sensaciones de mismidad, etc.

Por su parte, la nosología psiquiátrica le ha otorgado a la Anorexia Nerviosa una entidad autónoma que queda englobada dentro del término de *trastornos alimentarios*. A diferencia del psicoanálisis que concibe a la anorexia como un *síntoma*, entendido como **“el resultado de un conflicto psíquico.”** Dicho de esta forma, la anorexia puede presentarse en cualquiera de las tres estructuras clínicas, sea la neurosis, la psicosis o la perversión, no constituyendo para el psicoanálisis una estructura clínica, ni mucho menos un trastorno que padece la mujer, por más que sea en ella en quien mayormente surgen sus manifestaciones.

Tal como cita Lopez Herrero, 1999 la anorexia ha aumentado velozmente en las últimas décadas, siendo los factores culturales y la sociedad de consumo los factores predisponentes de dicha enfermedad.

Vivimos en una época en donde nada puede faltar, y si algo falta debemos obturar dicha falta, hay una saturación constante del deseo con el fin de poder obtener siempre la plenitud.

Estamos inmersos en una sociedad, que no da lugar para la constitución del deseo, ya que el deseo definido como “Aquello que viene a faltar” se obtura rápidamente con los objetos del consumo.

En este sentido, puede pensarse que tal vez la anoréxica actual, aunque corra riesgo su vida quiere calmar y tapar con el alimento aquello que en realidad debería faltar para poder así preservar el deseo, un deseo siempre imposible de satisfacerse.

Siguiendo la línea de dicho autor, el síntoma en general y la anorexia en particular hay que entenderlos como la posición de un sujeto en relación con el deseo y con el goce.

Como también señalamos, la importancia que el discurso social tiene en la irrupción del síntoma. En la actualidad, no valemos más que la imagen que el otro nos devuelve.

A pesar que Freud, no profundizó en el tema de la anorexia, destacamos que a partir de él surgen numerosas escuelas en el interior mismo del psicoanálisis.

Entre ellas se encuentran:

- **La psicología del yo**
- **La psicología de las relaciones objetales**
- **La psicología del Self/ Sí mismo**

La primera se desarrolló en Estados Unidos llevada a cabo por personalidades como Anna Freud, Heinz Hartmann y Rudolph Loewenstein.

Asimismo, a partir de los años 50, la psicología de las relaciones objetales logro desarrollarse en Inglaterra junto a Melanie Klein, Paula Heimann, Wilfred Bion, Donald Winnicott y Hanna Segal.

Por último, la psicología del self fue iniciada por Heinz Kohut.

Se comenzará a desarrollar, *la anorexia nerviosa* según la **psicología del Yo**.

Como ya se ha mencionado previamente, en el año 1895 Freud, conceptualiza a la anorexia como **“Una variedad de melancolía de las muchachas jóvenes sexualmente no desarrolladas”**. Equiparando la pérdida del apetito a la pérdida de la libido en lo sexual. Clásicamente, se relacionó a la anorexia por ciertas perturbaciones del comer provocadas por conflictos reprimidos de índole oral- arcaicos. Expresados como rechazo del alimento. Aquello reprimido, está reclamando una necesidad de gratificación por parte de la madre, de la cual todavía se mantiene indiferenciada, esta falta de cariño y contención materna produce ciertas perturbaciones al momento que la niña tiene que estructurar su imagen física, es decir su Yo corporal.

A partir de los años sesenta, se forjaron dos situaciones vitales típicas que determinaron el desencadenamiento de la anorexia desde el Psicoanálisis. Por un lado, la separación tanto real como fantaseada de los progenitores, el deseo de conseguir la autonomía, se suma a la crisis de identidad y del grupo familiar. Por otra parte, se ponen de manifiesto circunstancias relacionadas con la sexualidad, el erotismo y la atracción proveniente del sexo masculino, dichas circunstancias son vivenciadas por estas mujeres como “peligros”, ya que el descubrimiento del propio cuerpo femenino se experimenta como avergonzante, por ende tratan de ocultarlo, por ejemplo con reiterados intentos para hacer retroceder su maduración genital.

Las situaciones vitales anteriormente esbozadas desencadenantes de la enfermedad, contribuyen a exacerbar desmesuradamente la crisis normal que se atraviesa en la entrada a la pubertad, y por lo tanto los procesos intrapsíquicos en estos momentos surgen con violencia, produciendo comportamientos pre adolescentes.

Pueden describirse cuatro razones básicas que pueden combinarse entre sí:

- **Defensa frente a todas las necesidades sexuales femeninas:**  
Es una lucha contra la asunción del rol de mujer como tal, especialmente en los aspectos relacionados con la sexualidad femenina. Dicha lucha, contra la sexualidad lleva a que los impulsos genitales puberales se retrotraigan a la fase oral gracias a los mecanismos defensivos de la regresión y el desplazamiento. Dichas defensas son fructíferas parcialmente, ya que a nivel intra psíquico

reduce la angustia, pero a nivel interpersonal el descenso continuo de peso hace desaparecer los caracteres sexuales secundarios y con ello la posibilidad de atraer eróticamente al sexo opuesto.

- **Lucha por la autonomía:**

Desde esta perspectiva, todo intento de ayuda psicoterapéutica resulta amenazante ya que cuestiona la seguridad, la perfección y la autosuficiencia.

- **Defensa del comer como combate contra el deseo de cercanía:**

Las anoréxicas experimentan un fuerte malestar cuando alguien se les aproxima demasiado, cuando se les “arriman”, ya que reviven la situación de fusión experimentada con la madre y sus pechos.

- **Procesos que aumentan o perpetúan los procesos anoréxicos mismos.**

Una vez que la enfermedad se instaura se producen una serie de círculos viciosos que ayudan a que el trastorno se profundice aún más. Si se ha comenzado a ayunar el hambre y las ganas de comer se incrementarán, progresivamente estos impulsos por comer se volverán amenazantes y únicamente se podrán controlar haciendo más rígida y severa la defensa patológica. Al perder peso se fortalece el sentimiento de auto control, pero igualmente, produce un desequilibrio biológico que será negado.

La excesiva preocupación por el peso, la apariencia personal hace que la paciente empiece a aislarse de forma progresiva de su círculo social. Asimismo, la personalidad se verá caracterizada por actitudes de superioridad, arrogancia, ambición, perfeccionismo que resultarán intolerables a los amigos, parientes u otros allegados.

El “alimentarse” se equipara a la derrota, el agravio, la sumisión, llevando esto a una necesidad por parte de la mujer anoréxica de preocupación y dedicación absoluta hacia su persona, como cuando era pequeña. Esto se logra alcanzar una vez que los síntomas hayan progresado y se tornen riesgosos para la vida.

Concluyendo, Gabbard, 2000 (Tal como se cita en Figueroa, G. 2010) postula que la anorexia nerviosa se caracteriza en gran parte por una necesidad desmesurada por ser única, especial y admirada.

Por otra parte, sin estar en desacuerdo por completo con la *psicología del Yo la psicología de las relaciones objetales* profundizará especialmente en las cuestiones referidas con la agresividad, la voracidad, la envidia y los objetos internos correspondientes.

Las anoréxicas, se caracterizan en gran parte por esa necesidad por controlar desesperadamente todo lo relacionado con el comer. Las calorías ingeridas, el peso ganado, el líquido expulsado, los milímetros aumentados en su cintura, las calorías de los alimentos etc.

A su vez las tareas propias de la pubertad relacionada con la separación, como cambio de colegio, alejamiento de los amigos de la infancia, dejar los ambientes contenedores etc, raramente dejan de ser una preocupación.

Esta aparente no existencia de anhelo, sentimientos de soledad por la separación, temor a sentirse aislada ponen en evidencia la puesta en marcha de ciertos mecanismos defensivos que despojan de valor a cualquier suceso que tenga relación con el alejamiento y la transformación.

El pecho se convierte en un objeto deseable, dado que el poder que emana del mismo no se puede ni controlar, ni postergar, ni olvidar. Aquí es donde la envidia pasa a considerarse un elemento básico de la anorexia. La paciente anoréxica anhela el “poseer” y el acto de “recibir” le recuerda que ella no posee, por ende se percibe vacía sin ningún tipo de atributo valorado, y esto resulta como una ofensa narcisista a su ego infantil. De este modo entenderá, a la otra persona, en especial a la madre, como aquella que retiene sus pertenencias (leche, amor, alimento) con la intención de frustrarla.

Como ya se ha mencionado previamente la envidia es un elemento constituyente de la anorexia nerviosa. Una de las características es la aparición de una serie de actos con el fin de intento de control.

En un comienzo, la renuncia de todo tipo de actividades cotidianas que despierten la necesidad de los otros. Luego, en segundo lugar, la sumisión. Y en tercero, convertirse en sujeto de admiración, por

ejemplo la obtención de rendimientos sobresalientes que consigue en su vida escolar o profesional. En cuarto lugar, el rechazo absoluto de su desarrollo físico, como ser los pechos, manifestándose como un cuerpo sin curvas o protuberancias. Por último, desprecio de la feminidad (Menstruación, maternidad, capacidad reproductiva etc.) a través de la adquisición de características, comportamientos y rasgos propios del sexo masculino,

Por otra parte, en la adolescencia el hambre puede servirle a la enferma como un antídoto para obturar esa soledad interior que en ella se manifiesta, a ese sentimiento de vacío que engloba todo su ser, se "llena" de hambre.

Otra corriente psicológica a tener en cuenta es **la psicología del self**.

En un comienzo es de suma importancia tener en cuenta las experiencias más tempranas que la paciente tiene con los llamados *objeto- sí mismos*. Estos objetos, son las personas más cercanas, que son inherentes del sí mismo, los cuales ejercen roles y funciones que no pueden sustituirse y que son indispensables para la construcción de la autoestima, por medio de la satisfacción de las necesidades básicas.

Asimismo, antes de entender a las figuras primarias como sujetos separados hay que entenderlos como sujetos que gratificarán los deseos de la niña. Estas figuras, vendrían a ser una especie de "oxígeno nutricional" que necesita estar presente en el ambiente para la supervivencia física y emocional de la niña.

Finalmente, se constituye un *sí mismo* con dos polos: *el polo del sí mismo grandioso* y *el polo de la imago parental idealizada*. Lo que sucede, es que se hay una falla, en la interrelación temprana con los objetos- sí mismos, es decir con la madre o aquellos que vienen a ejercer ese rol, ya que estos carecen de la empatía necesaria para llevar a cabo las urgencias primordiales, para confirmar, sancionar, reafirmar, serenar. Como consecuencia de esto, la niña se ve expuesta a niveles muy altos de tensión, los cuales no pueden ser procesados ni disminuidos. Este estado nada tiene que ver con conflictos psíquicos, sino que son el resultado de una internalización deficiente.

Los síntomas referidos al comer son una manera desesperada, de evacuar o incorporar y así regular los niveles de tensión previamente mencionados.

Como manifiesta Kohut, **"Se utiliza al alimento como una materia que viene a descomprimir, a bajar las presiones o conseguir una homeostasis emocional, un sustituto, que pueda reemplazar eficazmente al que le falló"**.

Dicho en otras palabras, el tipo de defecto que tiene la anorexia nerviosa es su incapacidad adquirida, ya desde muy temprano de procesar experiencias cruciales e integrarlas, esto irá repercutiendo en la regulación de la autoestima y en la cohesión de sí. El comer o el vomitar se terminan usando como dispositivos reguladores de la tensión.

Asimismo, autores destacados de la *psicología del self*, Kohut (1984) y Gehrie (1990) plantean, como ya se ha explicitado previamente, que en la anorexia nerviosa hay una incapacidad para integrar experiencias con un alto nivel de intensidad, esta incapacidad lleva a la formación de un caos interior, por ende las pacientes anoréxicas recurren a medidas de emergencia, restitutivas, controladoras, como por ejemplo podría ser la sexualización inhibida para de esta forma preservar al sí mismo lo mejor que pueda .

Krueger (1989) distingue entre el *sí mismo psicológico* y el *sí mismo corporal*. En la anorexia nerviosa, sucede que no se llega a alcanzar un sentido de sí mismo definido, completo, propio, la consecuencia de esto es debido a que la madre como objeto- sí mismo falla en su función de sostén afectivo.

La falla de la madre puede manifestarse de tres formas:

- Por hiper estimulación o hiper intrusividad.
- Por falta de disponibilidad.
- Por inconsistencia o no selectividad de sus respuestas.

En el desarrollo del bebe, el sí mismo se ve interrumpido por lo tanto queda un sí mismo inacabado, sin un significado propio. Por otra parte, las prácticas pre verbales no son lo suficientemente empáticas

como para hablar de un sí mismo corporal independiente, y distinto al cuerpo de la madre. Por lo tanto desemboca en un sí mismo corporal incompleto o distorsionado que no logra integrarse con el sí mismo psicológico que está en formación. Esta dificultad que tienen estas muchachas para lograr un sí mismo corporal separado del de su madre, las hace “adictas a sus progenitoras”, entendiendo a estas últimas como objeto sí mismo indiferenciado.

A su vez, la teoría psicoanalítica entiende a la anorexia como **“Una perturbación en la identidad femenina adulta, que se traduce en la dificultad de asumir la femineidad, la sexualidad y la maternidad”**.

Según, Loreto Araya Secchi (2001) **“La anorexia lleva la atención al fracaso de quien la padece en una manera que pretende traer la resolución del problema. En su confusa y paradójica manera, la anorexia es una búsqueda de autonomía, independencia y crecimiento espiritual”**.

Asimismo, Araya Secchi, postula que el rechazo al alimento que manifiesta la paciente anoréxica es evidente. Según este autor, la comida es un sistema de símbolos con múltiples significados, por lo que es necesario conocer el valor simbólico de aquello que rechaza.

A su vez, Criscaut Juan (1996), indica que muchas veces el trastorno de la alimentación es consecuencia de síntomas específicos, generalmente histéricos, como ser: el asco, las náuseas y el vómito. Es sobre estos síntomas que puede superponerse la anorexia, el no ingerir alimentos, etc, pero como síntoma aislado. Ya que no es lo mismo, hablar de la anorexia nerviosa, que fue inicialmente el nombre de un síndrome médico que incluye diferentes formas de manifestación, que la anorexia, que según Criscaut es un síntoma.

Freud, S. (1917) en su escrito **“Duelo y melancolía”** se refiere a la relación de los trastornos en la alimentación con la melancolía. Siendo los trastornos alimenticios consecuencia de la falta total del apetito, ligada a la falta de libido para todas las cosas del mundo.

### 3.3 Función materna y vincularidad.

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo la función que ejerce la madre en las pacientes portadoras de dicha enfermedad es fundamental.

El modelo psicoanalítico buscará explicar cómo la figura materna ha desplegado cierto papel protagónico en la anorexia.

Silvia Fendrik y Otto Kernberg en el año 2005 (Tal como se cita en Díaz Castrillón, Fernanda. Cruzat Mandich, Claudia. 2011) describen a la madre como aquella que falla en la relación temprana con su hija. Dificultando de esta forma, la posibilidad de realizar una separación e independencia de la madre, quedando así atrapada en un vínculo asfixiante. A su vez, la madre retira el afecto de la hija cuando ésta demuestra cierto nivel de autonomía. Asimismo, la hija vendría a cumplir la función de “objeto compensatorio” de sus carencias afectivas.

Por otro lado, Fendrik, S. Gabbard, G. Kernberg, O. (Citado en Díaz Castrillón, Fernanda. Cruzat Mandich, Claudia. 2011) plantean que el alimento, al ser tragado, vomitado, pasa a representar a la madre en la dificultad que tiene la niña de incorporarla como aquella, que se supone, debería satisfacer sus necesidades de cuidado y afecto. No pudiendo de esta forma, integrar los aspectos devaluados e idealizados de ella, transformándose así en un objeto persecutorio.

Es frecuente, encontrar en algunos casos de anorexia, un rechazo de la madre sobre el cuerpo sexuado de la hija, como efecto del rechazo de su propio deseo sexual.

Más aún, Luis Salvador Lopez Herrero (1999) resalta el rol de la madre en la formación de la anorexia nerviosa. El autor hace una breve explicación para llegar a explicar la importancia de dicho rol.

Imaginemos, el grito de un bebé, dicho grito que es pura necesidad, es adquirido por el Otro (Madre) con cierto carácter de demanda. El grito, para que pueda adquirir un sentido necesita de un Otro sim-

bólico que pueda decodificarlo. Es el Otro, por lo tanto, quien le otorga a esa necesidad un sentido. Es gracias a la mediación de ese Otro que esa necesidad se convierte en un pedido, en una demanda de algo. En primer lugar, puede entenderse como una demanda de un primer objeto que venga a satisfacer la necesidad. Asimismo, no hablamos únicamente de la demanda que satisfaga esa necesidad, sino que también hay una demanda que reclama amor. Claramente, la demanda de necesidad no calma toda la demanda del bebe, por más que se satisfaga la demanda de necesidad del bebe hay una demanda que es la de amor que aún no ha sido satisfecha.

Pero ¿cómo se logra satisfacer esa demanda de amor si según Lacan “Amar es dar lo que no se tiene”? Por lo tanto, en este punto de insatisfacción él bebe está demandando *nada*, un *vacío*. Es el resultado de dicha *falta*, lo que hace que el *deseo* se mantenga vivo, entendiendo a dicho deseo como deseo de *nada*. Como aquello imposible de colmar, porque no hay simbolización posible.

De ahí que lo que sucede en la anorexia, es que nos encontramos con una madre completa, que confunde la *necesidad* con el *amor* tratando así de obturar ese *vacío*, previamente mencionado, con el alimento. Por ejemplo, trata de colmar la demanda del bebe con la papilla no dejando lugar alguno al surgimiento de la demanda de amor, esto sería a la demanda de *nada*.

Es en este punto, que el rechazo al alimento por parte de la mujer anoréxica es el “llamado” a esa demanda de *vacío*, de *nada*. De ahí, que en dicho *rechazo* de la anoréxica, quiere *nada* para así preservar el *deseo*. En realidad la anoréxica no es que no coma comida, sino que “come nada”

Ahora bien, en el intento de preservar el deseo, por ende sentirse un sujeto en falta, la anoréxica puede identificarse y *gozar* con ese objeto pulsional *nada*. Es decir, que para salir de la frustración de la demanda de amor, la anoréxica logra esa satisfacción pulsional con el objeto *nada*. De este modo, la anoréxica se termina identificando a la *nada*, comiendo *nada*.

Por su parte, Eduardo Chandler (2001) entiende que las experiencias más importantes de la paciente anoréxica son con su madre.

Ya desde pequeña la futura anoréxica se encuentra con una madre que es persecutoria, invasora, e incapaz de disfrutar el contacto corporal tierno con su hija. Se puede decir que es una madre que no logra decodificar los sentimientos de la niña cuando era bebe.

Selvini Palazzoli, Mara (Tal como se cita en Eduardo Chandler 2001) postula que las mujeres anoréxicas desconocen las necesidades de su propio cuerpo, como consecuencia de que sus madres desconocieron las necesidades que las mismas les demandaban. A su vez, este tipo de personalidades dependientes, sumisas, lograran entender fácilmente los estados de ánimo de su madre; no así sus propias necesidades. Asimismo, se caracterizan por tratar de complacer el deseo del otro.

Para Selvini, la madre de la anoréxica restrictiva, es aquella típica madre rígida, sacrificada, crítica, escrupulosa, que premia a la niña cada vez que esta le demuestra que lo más importante en su vida es lo intelectual y el deporte, donde el terreno de lo afectuoso no prevalece por sobre todas las cosas, buscando siempre la rivalidad y competitividad como lo más importante, para así lograr el triunfo. De esta forma, la niña pierde la capacidad de disfrute, convirtiéndose en “objeto, trofeo” de la madre, quien a su vez de esta forma se reafirma a sí misma.

Por otra parte, como consecuencia de esta relación tóxica con la madre, la niña nunca logra sentirse eficiente ni tampoco logra formar vínculos genuinos con sus pares, ya que su madre actúa como “filtro” entre ella y el ambiente externo, quedando ésta con la sensación de no ser como sus pares.

Concluyendo, las madres de este tipo de chicas suelen ser muy cautelosas con su cuidado personal, muy atentas a lo estético, a lo que muestran, a lo que ven, así como también muchas pintan, realizan esculturas, se ocupan de decoraciones. También suelen ser portadoras de una historia de insatisfacción personal con un vínculo de sometimiento y dominación por parte de sus propias madres creyendo que ellas se han ocupado de sus hijas de la mejor manera.

Son personas muy activas, con tendencia a la crítica, y principalmente a recriminar a sus propias hijas. Son madres que generaron tanta dependencia en sus hijas que no permitieron que estas puedan manifestar sus necesidades ya que se las satisfacen de ante mano.

Es como consecuencia de este tipo de madres, tan invasoras, tan asfixiantes que el rechazo y el retraimiento se hacen presentes en estas hijas como una forma de protección ante una madre que tiende a reducirla a un ser sin autonomía. Ante esto la niña comienza lo que llamaríamos el camino hacia la anorexia nerviosa ya que la misma "cierra la boca" en búsqueda de una identidad independiente a la de su madre, no tolerando nada que provenga de la misma. De ahí que, la futura anoréxica, crece sin autonomía, independencia y seguridad en sí misma ya que la madre no le brindó la posibilidad de hacerlo, y se mantiene en un vínculo patológico con la misma, dependiendo de esta. Este sometimiento, la va encerrando sin posibilidad de establecer vínculos sociales externos al no poder trasladar, como sería normal, la carga libidinal de los objetos primarios a los secundarios.

Más aún, Betancourt Liliana, Maritza Rodríguez Guarín y Juanita Gempeler Rueda (2007) señalan que la formación de un vínculo temprano normal serviría como protección al desencadenamiento de patologías como ser los trastornos alimentarios durante la infancia o la adolescencia. A su vez, postulan que los comportamientos y actitudes que la madre de las mujeres con anorexia nerviosa manifiesten frente a la comida contribuyen a que sus hijos manifiesten sus conflictos tanto psíquicos como afectivos de determinada manera.

Por otra parte, Hilde Bruch (1974) (Tal como se cita en Guillermina Rutzstein, 1998) observó que las pacientes portadoras de esta enfermedad actúan como si su cuerpo, sus comportamientos y conducta fueran consecuencia del accionar de los demás. Esto daría cuenta de una cierta "ineficacia personal" y es justamente en el área de la alimentación donde se sienten eficaces, manteniendo una actitud estricta frente a la comida. Justamente para esta autora, esta ineficacia previamente nombrada y la dificultad para la formación de la propia identidad personal es consecuencia de las interacciones tempranas entre madre-hija.

Como ya se ha mencionado previamente, estas pacientes se caracterizan por su dificultad en detectar sus propios sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales. En términos de Winnicott estaríamos en presencia de "Un falso *self*". El desarrollo de este falso *self* también estaría vinculado con las deficiencias en las relaciones tempranas madre-hija.

Según Louise Kaplan (1991) (Citado en Guillermina Rutzstein, 1998) supone que podría pensarse a la anorexia nerviosa como una "solución conciliadora" entre la dependencia infantil que le cuesta renunciar por un lado, y su intento de autonomía e individuación por el otro.

Según, Loreto Araya Secchi (2001) es en la adolescencia cuando la problemática temprana ocurrida con la madre, se reactiva. Esta no ha podido asumir la función materna ya que no se ha independizado emocionalmente de su propia madre, por lo tanto la mujer anoréxica se terminará identificando con una "madre frágil" a la que no es posible agredir, por lo tanto la agresión a la madre desembocaría en una auto agresión .

La identificación con esta madre frágil y débil hace que para la anoréxica, convertirse en mujer, sea visto como una amenaza.

### 3.4 Función paterna y vincularidad

En el apartado citado anteriormente se destacó la importancia que tiene la figura de la madre en el desencadenamiento de la enfermedad, asimismo el rol del padre también cumple un papel que hay que tener en cuenta.

Según Espina, 2005 (Tal como se cita en Francisco Perena García, 2007) la función del padre para el desarrollo sexual femenino y la configuración de la imagen corporal de la mujer es central.

Al faltar la mirada del padre en la paciente anoréxica, la niña no logra que su goce se organice en torno a su propia sexualidad, quedando atrapada en un cuerpo lleno de angustias y misterios que no logra resolver o integrar, quedando así atrapada en su propio cuerpo.

Es así, como la mirada del padre sobre el cuerpo de su hija mujer facilitaría la relación que la misma tendrá con su cuerpo, su deseo y su sexo.

Asimismo, según Fernanda Díaz Castrillón y Claudia Cruzat Mandich explican que en una muestra no clínica de adolescentes se ha observado que la obsesión por la delgadez está directamente relacionada con una mala comunicación con el padre.

Profundizando en el rol de la figura paterna Dio Bleichmar plantea (Tal como se cita en Fernanda Díaz Castrillón y Claudia Cruzat Mandich 2011) que la función del padre no es únicamente importante en el desarrollo de la sexualidad femenina sino, que también, su función es libidinizar narcisísticamente el cuerpo y la psiquis de la niña y separarla de ese vínculo fusional con la madre durante los primeros meses de vida.

Por consiguiente, Dolto, Mc Dougall y Dio Bleichmar proponen que el padre debe darle a la madre valor como mujer desde un comienzo.

Gabbard (2002) específicamente en el caso de la anorexia (Tal como se cita en Fernanda Díaz Castrillón y Claudia Cruzat Mandich 2011) describe al padre como aquél que no responde a las necesidades emocionales de su hija, y que no puede contenerla cada vez que esta necesita asistencia emocional o afectiva. Incluso busca en ella la contención emocional que no le brinda.

Aulagnier (1988) declara que a nivel edípico surge la necesidad y la fantasía de la niña de poseer un pene o concebir un hijo del padre. En este sentido, la delgadez de la anorexia se representa como ese pene, es decir que ella se identifica con el padre para competir por el amor sexual de la madre. Lo que impediría la resolución del Edípo y volvería a resaltar nuevamente el lugar de la madre. En tanto, la niña no cambiaría de objeto sexual, por lo tanto seguiría manteniendo esa unión simbiótica con la madre, incluso pudiendo convertirse en el objeto de deseo de esta.

Por otro lado, Guzman, Hitelman y Kaplan (2009) explican que la problemática que las pacientes anoréxicas tienen en torno al padre es la dificultad de realizar de manera completa una identificación con algunas de sus funciones, impidiendo de esta forma identificarse con aspectos que le permitan sentirse alguien autónomo, independiente, con deseo y control de algo más allá de su propio cuerpo.

De las Casas (2009) describe la importancia de la presencia del padre para sostener a la hija y de ofrecerse a si mismo como objeto de amor cumpliendo en el Edípo el papel de un tercero, impidiendo de tal forma que la hija vuelva a la relación pre edípica con su madre, favoreciendo su crecimiento y potencialidad sexual.

Por otra parte, Dio Bleichmar (2000) (Tal como se cita en Fernanda Díaz Castrillón y Claudia Cruzat Mandich 2011) plantea que hay una relación entre el abuso sexual infantil y la Anorexia, dado que el abuso es una experiencia traumática, el síntoma anoréxico sería una forma de expresar el deseo de hacer desaparecer el cuerpo sexuado de la niña- mujer ante la mirada del otro masculino. Además, describe la importancia que tiene la mirada del padre para la implantación de la heterosexualidad femenina.

También, Melanie Klein, recalca la importancia del padre en el periodo pre edípico del desarrollo de la niña. Asignándole un valor como objeto de compensación de las frustraciones que la niña ha vivido con el pecho- madre. Sin embargo, para que esta función se cumpla el padre debe estar dispuesto a querer y ser querido por su hija, siendo dicha función más importante para la mujer que para el varón. Klein, postula que el pene se hace presente en el aparato mental de la niña pre edípica. Siendo su función, conectar las vivencias internas corporales y las ansiedades que pueden producirse, para luego poder vehiculizar el deseo y organizar su placer. Igualmente, esto podría ser posible en la medida que dichas vivencias sean organizadas en torno a la mirada del padre.

Es el padre, quien a través de su mirada masculina hacia lo femenino ayuda a instalar el deseo, la articulación del goce en el cuerpo tanto en la madre como en la hija.

### 3.5 Función del psicoterapeuta

Es de suma importancia enfatizar la figura del analista en el tratamiento de dicho trastorno.

Ciertos autores, como Boris (1984), Bruch (1973), Powers (1984) (Tal como se cita en Gabbard, 2002) que tratan pacientes con anorexia nerviosa postulan que las metas del tratamiento no deberían focalizarse sobre la ganancia de peso.

Dare (1995) y Hall Crisp (1983) (Tal como se cita en Gabbard, 2002) piensan que las pacientes con dicho trastorno, muestran una mejoría mucho mayor cuando se realiza una psicoterapia combinada, es decir una mezcla de terapia familiar con terapia dinámica individual.

Según, Garfinkel y Garner (1982), la hospitalización también puede ser un factor beneficioso de la psicoterapia individual. Aunque no haya un acuerdo universal acerca de cuándo sería el momento propicio para determinar si es necesario un tratamiento en internación, la pérdida de peso del 30% del peso normal, ya puede ser un buen predictor de una futura internación. Aproximadamente, el 80 % de todas las pacientes anoréxicas ganaran peso con un tratamiento hospitalario.

Por otra parte, la paciente anoréxica se caracteriza por su fuerte resistencia para con el tratamiento en cuestión, por lo tanto, el autor plantea **cuatro principios rectores para tratar a dichas pacientes**.

- *Evitar una inversión de esfuerzo excesiva en tratar de cambiar la conducta alimentaria.*  
La paciente anoréxica, vé a la enfermedad como la solución a un problema interno, los psicoterapeutas, de lo contrario, definen la enfermedad como un problema que debe ser cambiado. El terapeuta, debe tratar de comprender el mundo interno de la paciente. Según Mintz (1988) así, como la paciente provoca a sus padres negándose a comer, también intentará provocar al psicoterapeuta negándose a hablar. Bruch (1982) entiende, que al principio de la terapia puede ser útil, (para comprender el trastorno emocional subyacente de la paciente) los siguientes ítems:
- *Evitar interpretaciones tempranas en la terapia.*  
Desde la perspectiva de Bruch, el terapeuta debería empatizar, conectar, con la experiencia interna de la paciente. A su vez, deberá interesarse por la misma, y por sus pensamientos, emociones y sentimientos, pudiéndole transmitir que ella es una persona autónoma con el derecho a tener sus ideas propias acerca de su enfermedad. Asimismo, es importante, que se pueda ayudar a la paciente a que defina el estado de sus propios sentimientos. El terapeuta, puede ayudar a la paciente a investigar diferentes elecciones de opciones con respecto a su accionar, pero siempre deberá abstenerse de decirle lo que debe hacer. En consecuencia, este tipo de abordaje empático en las fases tempranas de la terapia facilitará que la persona del terapeuta sea introyectada en la paciente como un objeto benigno. También, Bruch, sugirió que se enfatice lo positivo de la terapia y conceptualizarla como una experiencia en la cual las pacientes, descubrirán sus cualidades positivas.
- *Monitorear cuidadosamente la contratransferencia.*  
Powers, describe que las pacientes anoréxicas (en su mayoría) creen que sus padres quieren que ganen peso para que las otras personas, no los vean como padres fracasados. A los terapeutas, en variadas ocasiones pueden pasarles situaciones similares. Cuando se trabaja de manera interdisciplinaria, muchas veces los terapeutas pueden sentir que si sus pacientes fallan en el aumento de peso, serán juzgados por el resto del equipo, pudiendo esta preocupación, conducir al terapeuta a identificarse con los padres de la paciente. Por lo tanto, para la psicoterapia individual, lo ideal sería que otro terapeuta se encargue del trabajo de la ganancia de peso, mientras que el psicoterapeuta se encargará de explorar las cuestiones psicológicas que subyacen a dicha enfermedad. A menudo, la paciente tiene intenciones de querer ayudar con el tratamiento, pero entonces sabotea la ayuda del terapeuta y éste se enfrenta con la frustración de sentirse engañado por la paciente. A su vez, la ansiedad del terapeuta se verá incrementada por el coqueteo que la paciente tiene con

la muerte. Así como los familiares pueden quedar cansados, enojados incluso desarrollar deseos inconscientes homicidas hacia la paciente anoréxica, el terapeuta puede también experimentar dichas sensaciones de rabia homicida y desesperación. Como consecuencia, de esta relación entre terapeuta-paciente, el terapeuta puede proveerse de información muy valiosa que podrá luego ser compartida y comprendida por la paciente

- *Examinar las distorsiones cognitivas.*

El terapeuta, ayudará a la paciente a examinar y así poder mejorar sus distorsiones en la percepción del tamaño y forma de su cuerpo como así también sus creencias.

Es cierto, que el psicoterapeuta deberá asumir un rol educativo con dichas pacientes, pero no así hacer demandas de cambio. Como alternativa, podrá explorar las consecuencias de sus elecciones. Estos cuatro principios rectores si bien son útiles para la psicoterapia de las pacientes anoréxicas, no deben ser tomados por los terapeutas de manera tajante.

Los psicoterapeutas deben ser flexibles, persistentes, durante el proceso terapéutico.

Aunque las pacientes con dicha enfermedad son muy resistentes al tratamiento, muchas de ellas mejoran.

Dare, indica que las pacientes con un inicio temprano de la enfermedad y una corta historia de la misma, manifestaban mejoras con terapia familiar, mientras que aquellas que tenían un comienzo tardío mejoraban con la terapia individual.

## Conclusión final

La presente tesina pretende explicar el impacto de la anorexia nerviosa en las mujeres, teniendo en cuenta el contexto socio cultural actual.

Se ha visto a lo largo del desarrollo del trabajo, que dicho trastorno de la alimentación puede ser caracterizado de diferentes formas dependiendo del marco teórico con el cual sea abordado; siendo en este caso el psicoanálisis.

En el caso del psicoanálisis, la anorexia no es considerada como una enfermedad, sino como un síntoma.

Este síntoma, ha cobrado una gran importancia en las últimas décadas, por su impacto y crecimiento, especialmente en la población femenina. El cuerpo ocupa un lugar clave en nuestra cultura. A su vez la sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza, también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Martha Bravo Rodríguez, Argelia Pérez Hernández y Roberto Plana Bouly (2000) entienden que la evolución de la anorexia nerviosa puede variar, algunas personas pueden recuperarse totalmente luego de un único episodio, otras pueden presentar episodios fluctuantes con aumentos de peso y recaídas y por último si no se inicia desde comienzos de la aparición de la enfermedad un tratamiento junto a un equipo terapéutico puede producirse un estado de desnutrición que desemboque en la muerte. Por eso, es de suma importancia la formación de un equipo interdisciplinario desde el momento donde la enfermedad hace su primera aparición para así evitar una evolución que agrave la situación.

Cuando la enfermedad alcanza niveles de gravedad Borrego Hernando (2000) que parte de la idea de que el tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria; indica que el paciente sea tratado en Hospitales de día o en regímenes de hospitalización.

En el caso que se trate de una hospitalización ambulatoria, se le pedirá a la paciente que lleve un registro diario de su ingesta, la hiperactividad y el uso de laxantes y diuréticos. A su vez estará terminantemente prohibido que la paciente se pese de forma autónoma realizándose el peso en la consulta semanal con el profesional tratante, sin que el paciente pueda tener noción del mismo.

En algunas presentaciones clínicas, se considera oportuno que la paciente realice un régimen de internación hospitalario. Los criterios para que este ingreso se lleve a cabo y que son compartidos por la gran mayoría de los autores, son los siguientes:

- Fallo en el tratamiento ambulatorio
- Cronicidad
- Estado físico grave: desnutrición severa (Pérdida del 30% del peso previo) complicaciones orgánicas graves, reiterados vómitos.
- Necesidad de aislamiento familiar.
- Necesidad de medios asistenciales adecuados para garantizar el cumplimiento terapéutico

Asimismo, el psicoanálisis recomienda que los encuentros con el analista sean cara a cara para de esta forma evitar posibles regresiones, producto de las fantasías que se despiertan al no tener presente la figura del terapeuta. Así como tampoco es recomendable la asociación libre.

Respecto a la frecuencia, la misma puede variar dependiendo del momento en que esté atravesando el proceso. La frecuencia ira en disminución a medida que se avance en el tratamiento y se observe una mejoría en la paciente, hasta alcanzar tres veces por semana en un tratamiento de índole psicoanalítico.

De suma importancia, es la formación y el mantenimiento de una correcta alianza terapéutica, que haga posible estructurar una transferencia, como también suele aconsejarse el asesoramiento del terapeuta en los momentos de estancamiento o de retroceso severo del proceso.

En relación a la mortalidad que produce la enfermedad, la misma sigue siendo alta. Menos del 50% consigue una recuperación, el 33% solo una mejoría y el 20% permanece enferma.

El 98% realiza terapias mixtas, entre psicodinámicas y conductuales. La psicoterapia psicodinámica debe ser prolongada.

Para finalizar, en mi opinión, me parece importante, que se trabaje con la aceptación del propio cuerpo, ya que la mayoría de las pacientes portadoras de dicha enfermedad, no aceptan su cuerpo y lo viven como un enemigo del cual quieren librarse. Se deberá poner a disposición del tratamiento todos los recursos para que no se agrave el cuadro. De tal manera que lo que constituye un síntoma no se convierta en una patología irreversible que conduzca a la muerte.

Por lo tanto, si se trabajase esto desde un comienzo probablemente podría evitarse que la enfermedad siga evolucionando. Es decir que la anorexia puede oscilar entre una aparición que sintomáticamente sea un llamado al otro, hasta una destitución del propio ser.

## Bibliografía:

- Aguinaga, M. Fernandez, L.J. Varo, J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. San Navarra. Vol XXIII. N 2.
- American Psychiatric Association. (1994) . Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. (4ª. Ed). Barcelona: Masson.
- Araya Secchi, L. (2001). Anorexia: Búsqueda religiosa desde el desorden simbólico. Revista dEstudis Feministes Vol.XX
- Behar, R., & Figueroa, G. (2010). La imagen corporal en los trastornos alimentarios: Evaluación y aspectos clínicos. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo*, 191-207.
- Betancourt, L. Rodríguez Guarín, M. y Gempeler Rueda, J. (2007). Interacción madre- hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Medica. Vol XLVIII. N 3.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol XXIV. N 2.
- Bravo Rodríguez, M. Pérez Hernández,A. Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. Revista Cubana, Vol IV.
- Calado Otero, M. Lameiras Fernández, M y Rodríguez Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias. International Journal of clinical and health psychology. Vol IV.
- Chandler, E. (2001). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. disponible en la WEB: <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/default/files/Escisi%C3%B3n%20y%20Contexto%20Revisado.pdf>
- Cordella, P. (2002). Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. Revista Chilena de pediatría. Vol LXXIII. N 6
- Criscaut, J. (1996). Hacia lo real del síntoma, las nuevas y viejas formas del síntoma. Buenos aires. EOL.
- Díaz Castrillón, F. Cruzat Mandich, C. (2011). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. Revista mexicana de trastornos alimentarios. Vol II. p1-9
- Espina, A. Pumar, B. (1996).Terapia familiar sistémica. España: fundamentos.
- Espina, A. Ortego, M. Ochoa de Alda, I. Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. Psicothema Vol XIII. N4.
- Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía" A.E XIV.
- Gabbard, G. (2002) . Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Estados Unidos: Editorial médica panamericana.
- Guerra Prado, D. Barjau Romero, J. y Chinchilla Moreno, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: Una revisión de la literatura.
- Hunot, C. Vizmanos, B. Edgar, M. Vázquez ,G. y Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. Revista Salud pública y nutrición, Vol IX.

- Kundera, M. (2002). Dimensiones psicosociales: Personalidad y temperamento. En D. Kirszman y M. Salgueiro. El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Madrid, 2002: TEA ediciones.
- López Herrero, L.S (1999). Anorexia: comer nada una perspectiva psicoanalítica. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría. Vol XIX. N 72.
- Perena García, F.(2007). Cuerpo y subjetividad acerca de la anorexia. Revista española de salud pública. Vol LXXXI, N 5.
- Rimoldi, M.S. (2002). ¿Trastorno alimentario o trastorno de la imagen corporal?. En D. Kirszman y M. Salgueiro. El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Madrid, 2002: TEA ediciones.
- Rutzstein, G. (1998). La anorexia y el proceso de separación-individuación. Vértex revista Argentina de psiquiatría. Vol IX. N 32.
- Saldana, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema, Vol XIII N 3, p 381-392.
- Sendra Carol, A (2012). Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de master en psicología. España.
- Spagnuolo, A. (1971). Algunas patologías adolescentes psicósomáticas anorexia y bulimia. Disponible en la web: [http:// http://www.adolescenza-fl.net/iummato.pdf](http://www.adolescenza-fl.net/iummato.pdf)
- Staudt, M. Rojo Arbelo, M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina Vol. CLVI.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de psicología N 38.
- Valles Casas, M. (2013). La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis doctoral en psicología. Universidad de Castilla la Mancha. España.

