

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Adolescencias y Anorexias, Aproximación a un Análisis Multifactorial.

Tesis final de grado: Monografía

Estudiante: María Celina Perez Juncal, 4.606.336.5

Tutor: Adriana Tortorella

Viernes 30 de Octubre, 2015

Montevideo, Uruguay

[Índice](#)

Resumen.....p.1

profundizar en un debate que dé cuenta de si se puede afirmar la existencia de un tipo de anorexia o de anorexias en plural, partiendo de la base de que cada persona es singular. Se describirá acerca de las familias, del entorno sociocultural, entre otros, como factores que podrían estar incidiendo en el padecimiento.

Palabras Clave

Anorexia, trastornos de alimentación, adolescencia, paradoja

Introducción

La siguiente monografía se encuentra enmarcada dentro de la Tesis Final de Grado perteneciente al Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, Udelar, bajo la tutoría de la Licenciada en Psicología y docente Adriana Tortorella.

En la actualidad es importante reconocer que los trastornos de alimentación en todas sus aristas afectan la calidad de vida de muchas adolescentes en nuestra sociedad, afectando los procesos de salud y enfermedad, repercutiendo así en la esfera de lo bio-psico-social.

Pese a la existencia de varios trastornos de la alimentación, la monografía profundizará específicamente en el trastorno de anorexia nerviosa. Es un tipo de anorexia que cuenta con características propias, incluso puede cuestionarse si existe un tipo de anorexia o si ésta se expresa de distintos modos dependiendo la particularidad del caso. Aunque habrán síntomas y signos que son una constante en los distintos cuadros, las historias de vida varían una de otra, por ello es importante que el o la consultante pueda historizar su historia en el marco de una psicoterapia, lo que facilitará la comprensión del proceso de salud y enfermedad en su singularidad. Se indagará sobre distintos factores como posibles influenciadores en la anorexia, tales como podría ser la etapa de adolescencia, la imagen corporal en el marco de un contexto sociocultural que hace énfasis en el cuerpo, la relación de la adolescente con su entorno familiar y más específicamente con su madre, su sexualidad; todos estos los cuales podrían afectar en el plano emocional y afectivo.

Un concepto a partir del cual intentaré hacer dialogar autores contraponiendo distintas teorías e hipótesis acerca de la temática, es el de *paradoja*, concepto trabajado por Derrida y retomado por Singer, el cual alude a que la teoría tiene también sus limitaciones dado que cada caso es singular, donde tal vez podríamos encontrar tantas teorías como casos. La *singularidad* es un término utilizado por Nassio y al cual me remitiré en varias ocasiones dentro del marco teórico.

Para el abordaje del presente trabajo será imprescindible posicionarnos desde el contexto socio-histórico actual, reconociendo que habitamos una sociedad globalizada, en un sistema capitalista y neoliberal que de variados dispositivos produce y reproduce lógicas perversas que generan subjetividad en estas adolescentes mujeres. Asimismo, se hará énfasis en la realidad socio-cultural y para indagar en ella se tomará como unidad analítica las publicidades, la construcción de lo bello y el cuerpo ideal como tres pilares en el mantenimiento de la modernidad banal de la "new age". Ahora bien, a pesar que lo social ocupa un lugar preponderante como categoría analítica, la monografía también interrogará

sobre los aportes psicoanalíticos y el abordaje que desde esta corriente se realiza ante esta problemática.

Antecedentes

En este apartado se abordará acerca de las distintas explicaciones que se han otorgado a la anorexia nerviosa en los distintos momentos históricos, abarcando así lo publicado en los últimos veinte años hasta la actualidad, incluyendo además algunos aportes que Freud ya en el siglo pasado nos brindó acerca de la misma. También dependiendo del momento socio histórico han predominado unas ideas más que otras en la búsqueda de dar respuesta a la anorexia.

Dice Perrot (...) cada época decreta las zonas claves, delimita los límites de lo deseable o de lo admirable, traza sus obesas y sus delgadas, trabaja sus talles y sus redondeces". Si la mujer del siglo XVIII fue representada por las redondeces de la maternidad, el fin de siglo va a casi anular las diferencias entre hombres y mujeres (...) Época ésta en que "la estética seriada promete también detener el paso del tiempo... la juventud ya no es una edad sino un ideal estético (Bonsignore et al. 1996, p.135).

Encuentro interesante puntualizar cómo cada momento histórico determina de alguna forma qué es lo bello y lo aceptable en la sociedad occidental, siendo consideradas en el pasado bellas por ser "gorditas" mientras que en la actualidad se atribuye lo bello a la delgadez. Por otro lado nos encontraríamos hoy con menos diferencias en términos de igualdad entre hombres y mujeres, y a partir de esto me pregunto si estas valoraciones hacia la mujer vendrían aparejadas con las exigencias de lo que significaría ser mujer, es decir, mujer moderna que trabaja tanto como los hombres, que se esfuerza, que compite. Actualidad que también hace foco en la estética, en la cirugía plástica y productos "anti age" con la finalidad de permanecer siempre jóvenes, y donde claramente la adolescente del nuevo siglo se encuentra influenciada, estimulada y presionada por todos estos factores que podrían culminar en un trastorno de la alimentación. Acerca de esto

(...) se puede decir que en el siglo XX, se ha tendido a unas normas de belleza y moda más uniformes que en ningún otro momento (Mazur, 1986:285) y por tanto este contexto social es influyente en la percepción corporal. Esta concepción se ha visto por el problema que ha generado el descenso de las tallas (Sanders & Balza Guette, 1994:43) (Jiménez & Carrillo, 2012, p.108).

Considero de suma importancia lo que Jiménez nos aporta para pensar acerca de la anorexia, dado que los ideales predominantes en nuestra cultura podrían estar determinando en la forma en cómo cada adolescente se percibe, si linda, si fea, si gorda, si flaca. La moda desde siempre ha dictado al mercado, y en el tema de las tallas se hace evidente ya que en la mayoría de los locales de ropa las tallas son pequeñas. En cuanto a la moda y la publicidad como factores que inciden en dichos ideales los siguientes autores plantean que

Si la anorexia y la bulimia se han convertido en una patología paradigmática de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada. Se intenta responder a un ideal de completud, abundancia y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor de intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor (Hekier & Miller, 1994, p.17).

Resulta interesante pensar desde estos autores cómo un ideal de belleza podría desembocar en una patología, o trastorno de alimentación, pudiendo ser el cuerpo o la apariencia estética el medio por el cual lograr algún fin así como una forma aceptación social. Así mismo no considero que este factor social sea determinante del trastorno, ya que no parto de la idea de que haya un solo tipo de anoréxica, dado que se pone en juego la genética, la familia, el entorno, la cultura, el estatus, entre otros factores.

Enfatizando en los factores que afectan a los procesos de salud y enfermedad en los adolescentes, la Organización Mundial de la Salud (2015) establece que

Muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo como las ligadas a la vida sexual, el consumo de sustancias o las actitudes violentas (...)

Según el programa nacional de salud (2014) se trataría de adolescencias

Cuando nos referimos a “adolescencias” hacemos hincapié en señalar que hay varias maneras de transitar esta etapa de la vida y nos lleva a pensar las adolescencias más allá de los criterios etéreos (De tal edad a otra). Esto nos lleva a poner énfasis en factores que complejizan y enriquecen introduciendo otras variables como lo socioeconómico, lo cultural, etc (p.91).

Por otro lado, otros autores hacen alusión a la anorexia como una crisis adolescente

La anorexia nerviosa es planteada por Freud en términos de fracaso de una crisis adolescente (...) como una patología de las formaciones ideales con la característica particular de que dicho trastorno se encuentra “encarnado en el cuerpo” (...) Freud vio la anorexia como un síntoma histérico. Destacó por ello la sexualidad: el asco, la repugnancia, tienen que ver con la defensa, y ésta con la sexualidad (Várela, s.f, p.1.6).

Resulta pertinente cómo Freud concibe a la misma, como una “patología de las formaciones ideales”, a lo cual lo podría relacionar con las exigencias de algunas mujeres de esta era, donde podría pensarse que hay un ideal del yo a alcanzar, como ser delgada, pudiendo culminar en una patología. Si bien el autor dice que la anorexia es un síntoma histérico

Hoy (...) no es ya la histeria sino la anorexia, las adicciones, las patologías psicósomáticas (...) y sus consecuencias sobre el psiquismo las que nos interpelan

(...) el síntoma es “mudo”. Ya no nos habla, sino en ese lenguaje que no es ya el de las palabras sino el de la acción, el del cuerpo, el del órgano. Ya no nos habla de la “profundidad” sino desde la “superficie”. Hemos pasado de la palabra a la acción, a la imagen (...) (Várela, s.f, p.2).

Esta cita es fundamental porque hoy nos encontraríamos, quizás, con otros síntomas, ya no los de la histérica que Freud nos describe, sino con otras formas, como los muy nombrados en este siglo como lo son los descritos por Várela y a los que Singer destaca a continuación

La escucha actual del psicoanálisis se desplaza de la neurosis (...) y se desvía hacia la angustia de separación y el ideal del yo como organizadores de la personalidad (...) las cuestiones mayores son la depresión, la pérdida del sentido de la vida, la sensación de irrealidad y futilidad, la crisis de identidad. M. Little decía que “la sexualidad está fuera de propósito y sin significación cuando no tenemos asegurada nuestra propia existencia, su sobrevivencia y su identidad” (...) la naturaleza de la angustia: de separación, de pérdida del objeto, el dilema con la identidad, el clivaje, la cuestión del narcisismo, la pulsión de muerte, hacen del border el paradigma del sujeto actual (...) depresión, pánico, miedo generalizado a la existencia riesgo de derrumbe, miedo ante la demanda del otro vivida como voraz, a ella se antepone el síntoma – droga, anorexia, alcohol – como protección narcisística paradójal, protege y mata (Singer, s.f, p.18.19.20).

A lo antes mencionado podría relacionarlo con la anorexia si la pensamos desde un ideal a alcanzar, en su relación con personalidades borderline y narcisistas, así como en su posible vinculación con la pulsión de muerte que desarrollaré más adelante.

Complementando a esta idea los siguientes autores agregan que

Algunos abordajes psicológicos toman como eje lo que la medicina denomina “enfermedades del siglo XXI”, como si fueran adicciones sin droga, más precisamente como una adicción a la comida. A partir de Jacques Lacan, no se trata del objeto comida –en su sustancia- sino de la crisis en relación con lo imposible de decir, vinculada a las patologías del acto (Hekier & Miller, 1994, p.14).

Siguiendo la línea de lo que plantean estos autores quienes relacionan a la anorexia con una enfermedad donde habría, por así decirlo, una “adicción sin droga”; la siguiente autora, más contemporánea, aporta a dicha idea estableciendo que

(...) se incluyen en ellas el consumo de tóxicos y los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia). Algunos autores incluyen también los intentos de autoeliminación, el juego, etcétera. Son comportamientos de significaciones múltiples, típicos de la adolescencia y que tienen por efecto enmascarar lo que pertenece al funcionamiento psíquico por la transformación de las relaciones del sujeto tanto dentro de su familia como con el entorno (...) la anorexia (...) puede tomar también un carácter adictivo en donde aparece algo del orden de la necesidad: podríamos hablar allí de una adicción al ideal de delgadez (Carbajal, 2000, p.40.41).

Resulta interesante resaltar cómo, de alguna manera, la anorexia podría vincularse a conductas adictivas, como podría ser el alcoholismo, el juego, la drogadicción, en una

etapa clave como la adolescencia, que para muchos estaría marcada por la “entrada” a las adicciones, caracterizada por conductas de riesgo y donde también podrían darse intentos de autoeliminación. Más adelante en este trabajo, haré alusión a las patologías que podrían vincularse con estas conductas al mismo tiempo que considero y dedico un apartado a la pulsión de muerte que podría aquí estar primando en relación a esta idea. En el caso de las adolescentes con anorexia nos encontraríamos con una adicción a la comida, a decir de esto

(...) lo propio de la anorexia mental es el comportar una fantasía de toxicomanía, de manera tal que el acto alimentario es aprehendido como una toma de tóxico, llevando al sujeto a la dependencia, a la alienación, a la decadencia (...) los sujetos hablan de ellas como de una droga porque esperan al respecto los mismos efectos y sienten una necesidad que suponen análoga, pero no encuentran los aspectos farmacogénicos y psicosociales específicos de las toxicomanías (...) (Brusset, 1996, p.191.193).

En los últimos años se ha puesto la atención a los medios de comunicación como potenciadores de los trastornos de la alimentación. Los medios característicos de esta era, como internet, facilita a que muchas adolescentes que quieren adelgazar accedan a foros donde grupos de chicas recomiendan lo que se debe hacer para alcanzar el ideal.

Se conoce que en los ámbitos relacionados con enfermedades como los trastornos de la conducta alimentaria (la anorexia y bulimia sobre todo a mujeres adolescentes de edades entre catorce y diecinueve años), estas jóvenes presentan una cierta sensibilidad y propensión a la búsqueda de información que tenga que ver con el adelgazamiento, y son especialmente sensibles a las imágenes transmitidas en los medios de comunicación y también en la publicidad (Jiménez & Carrillo, 2012, p.108).

Los postulados de Hekier y Miller vinculan la anorexia con el objeto, es decir, el acto de no comer, o comer para vomitar en relación con el objeto. Idea a partir de la cual me planteo la hipótesis de un “no tragar” algo, con “no digerir” una situación, vómito como rechazo a algo u alguien, a un problema ya sea de origen interno o un conflicto externo. Me pregunto qué pasa con el “deseo” de las chicas con anorexia, deseo en relación a los alimentos, deseo en relación a lo sexual, deseo de vivir, me pregunto cómo se pone en juego el deseo en todos los planos de existencia, intentando relacionar el deseo de comer con todos demás sentidos posibles. Al tratarse, como nos dice Lacan, de un “deseo de nada” pienso en que no hay un deseo hacia el otro, ni hacia los otros, y lo cual se manifestaría o se haría visible con el rechazo a los alimentos, porque al no comer interpreto, rechazo (al vomitar) al otro, tomando distancia de los demás.

(...) podemos afirmar que la anorexia es un síntoma de deseo, de un deseo particular del que, siguiendo a Lacan, podemos afirmar es *un deseo de nada*. (...) expulsar, mascar para escupir y muy particularmente comer para vomitar se tornan vaivenes de la pérdida y reencuentro con el objeto. Reencuentro con el objeto o su

evitación en tanto movimientos que se conjugan en el recorrido pulsional (...) (Hekier & Miller, 1994, p.16).

Encuentro pertinente la siguiente cita dado que veinte años atrás el autor Chinchilla de alguna manera vinculó a la anorexia nerviosa con algunos de los siguientes trastornos

La naturaleza de la relación con los trastornos afectivos (...) los trastornos por abuso de sustancias, la alta asociación con los trastornos de la personalidad, los altos porcentajes de psicopatología asociada (conductas impulsivas, con episodios de sustracción de objetos o auténticas conductas cleptómanas e intentos autolíticos y autoagresiones: la patología del tipo obsesivo, los antecedentes de abuso sexual, etc.) (Chinchilla, 1995, p.77).

Mientras que por otro lado, trabajos más recientes

“(...) dan cada vez más importancia a la problemática narcisista: los cambios corporales, los procesos de identificación y desidentificación, la alterada economía narcisista, el conflicto dependencia-independencia, los ideales, etc” (Várela, s.f, p.8). Podemos observar cómo podría relacionarse la problemática narcisista con estos tiempos donde abundan propagandas de moda, dietas, una necesidad de estar frente al espejo tomando fotos, siendo hoy más conocidas como “selfies”, donde se publica todo en Facebook e Instagram en un afán de ser exhibidas, enfatizando el cuidado del cuerpo para ser mostrado y contemplado quizás en búsqueda de aceptación en el intento por alcanzar el ideal o modelo de mujer predominante en la actualidad. El factor sociocultural más el componente genético conjuntamente, conllevaría a pensar en que hoy nos encontramos, según el autor, con estructuras más narcisistas. “(...) se sabe que existe un componente “hereditario” en ciertas formas de depresión y es frecuente encontrar antecedentes de depresión en los familiares directos de algunos jóvenes con trastornos del comer” (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996, p.42).

El hecho de encontrarnos con los síntomas de la anorexia en la adolescencia hace a la complejización del diagnóstico dado que las manifestaciones podrían interpretarse tanto como una crisis propia de esta etapa que desemboca en no comer, o un síntoma que da cuenta de las exigencias de la cultura, entre otras.

Jacques Rassial (...) articula la clínica de los estados límites y la clínica de la adolescencia. Opina que es difícil distinguir entre la manifestación de una crisis, de una psicosis o perversión, en el caso del adolescente. (...) Para Rassial, el sujeto en estado límite exige una articulación entre un enfoque psicogenético y uno filogenético, o sea, tiene que ver con la historia individual, y también su inscripción en la historia del lazo social (Singer, s.f, p.10.11).

Ya Chinchilla (1995) nos dice que “durante el siglo XX existe una gran diversificación y, al mismo tiempo, ciertos grados de confusión en el modo de entender y también de interpretar este trastorno” (p.33). Considero relevante esta cita dado que en este recorrido bibliográfico

me encontré que en el presente también habría una amplia gama de interpretaciones para entender el fenómeno, ninguna certeza, sino muchas hipótesis al momento de pensar qué factores estarían determinando a una adolescente con un trastorno/ o síntoma que daría cuenta de un problema propio de la adolescencia, o de un problema en la relación parental, así como muchas otras variables. Cabe destacar que en esta etapa de la vida como lo es la adolescencia podría tratarse de recaídas y no de anorexia propiamente, así como tampoco esta es exclusiva de dicha etapa ya que hoy día nos encontramos que se dan en edades tempranas, en mujeres adultas y hasta en varones.

Marco Teórico

1) Trastornos de alimentación

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (...) los criterios diagnósticos para el trastorno de (...) la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones conforman un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. La anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad temprana adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los cuarenta años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío (...) se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres (...) (DSM V, 2014, p.329. 341).

Raimbault & Eliacheff (1991) dicen que "(...) las jóvenes son anoréxicas con más frecuencia que los varones (de diez a veinte chicas contra un varón, según las estadísticas" (p.9.10). Considerando que las mujeres son víctimas de la anorexia más frecuentemente que los varones; pienso que posiblemente y sobre todo en estos tiempos que sea debido a que las mujeres "sienten" más presiones sociales acerca del cuidado del cuerpo, sometiéndose a dietas y al ejercicio físico extremo. Al ser tan valorado el cuerpo en la actualidad, quizás, para muchas éste podría servir como intermediario para un buen posicionamiento en el status social y laboral. Sin embargo, otros autores han sugerido que "(...) la inanición voluntaria podría ser, por ejemplo, una forma de llamar la atención, protestar por su rol femenino, cometer un lento suicidio o incomodar a la madre" (Duker & Slade, 1992, p.28). Relaciono lo que éstos nos aportan sobre el "protestar por el rol femenino", con la "no forma y no curvas" de mujer que adquiere el cuerpo de alguien que no come, o como una forma de no estar de acuerdo con el rol que se pretende de ella, así como una forma de llamar la atención de la madre en búsqueda de lo que no tiene o cree que no tiene, así como incomodarla. Considero importante pensar desde estas hipótesis pero también paradójizarlas, es decir, pensar los opuestos a las mismas con el fin de no generalizar o como se dice, "encasillar". La fundadora de ALUBA Mabel Bello aporta que "(...) casi el 90% de los casos son femeninos. Pero los varones, sobre todo en esta última época, están creciendo. Ellos ahora se depilan, se maquillan, tienen más interés en su cuerpo y por ende más posibilidad de enfermarse".

Los trastornos de alimentación, nos dice Chinchilla (1995)

(...) últimamente tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su aparentemente creciente incidencia, e incluso por la aparición en edades cada vez más tempranas. Esto último debido, posiblemente, a la mayor penetrancia de los

fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que preconizan un culto a la esbeltez y a las dietas (...) (...) hoy en día nos cuestionamos la validez de la amenorrea como síntoma primario o fundamental de la anorexia nerviosa, dado que se están describiendo cada vez con más frecuencia cuadros en edades premenárquicas (p.3.6).

De esta cita pretendo enfatizar, sobre todo, que la anorexia aparece en edades más tempranas. Si bien elegí ahondar en adolescentes, es de suma relevancia considerar el rango de edad establecido por el DSM V para diagnosticar un trastorno de la alimentación, porque en la actualidad podríamos encontrarnos con niñas con anorexia y en cuanto a la amenorrea “el compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones”. Niños y niñas podrían estar influenciados por diversas variables, una de las cuales podría ser el sentir presiones por el cuerpo ya a tan temprana edad, lo cual resulta inesperado e impensado que niñas prefieran ir al gimnasio en vez de jugar, ya sea debido a los efectos de la publicidad o de querer ser adolescentes, considerando que hay una fuerte fijación en esta etapa de la vida, así como podría pensarse el no comer como indicador de un problema familiar. “Estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes, entre doce y veinticinco años siendo infrecuente o excepcional el comienzo por encima de los veinticinco años para la anorexia nerviosa (...)” (Chinchilla, 1995, p.3). La Dra. Mabel Bello, más actualmente, nos brinda datos acerca “(...) de los siete a los años a los diecinueve es la edad de la anorexia”. Considero pertinente destacar cómo descendió, según esta autora, a cinco años el comienzo de la anorexia, el cual podría relacionarse a la repercusión de las publicidades sobre dietas y ejercicios en los niños, así como también podrían estos niños ser víctimas de Bullying en la escuela, característico éste de los tiempos que habitamos. Si bien la anorexia se presenta tanto en niños y niñas, y en casos menos excepcionales, en mujeres veteranas, aquí haré hincapié en adolescentes mujeres. Si bien por un lado podría pensarse la problemática desde un punto de vista social, también autores nos hablan de otras variables. Gull (1868/1874) en una publicación de Chinchilla (1995) nos dice “no he observado en éstos ninguna alteración gástrica a la que pueda deberse la falta de apetito (...) la pérdida de apetito se debe a un estado anímico patológico” (p.32).

Autores más contemporáneos como Viñar (2009) nos aportan que

Hoy se trata de la crisis de pánico, del trastorno alimentario, de las conductas adictivas, de las conductas hostiles y/o de riesgo para sí mismo o los demás. El padecimiento no es sufrido sino actuado, no hay espesor interior o mirada reflejada sobre el sí mismo para interrogar las causas o fuentes del padecimiento (p.24).

Resulta interesante señalar que hace unos veinte años atrás autores relacionan la anorexia, con la histeria; la definen como enfermedad, mientras que en estos últimos años nos encontramos con términos más modernos como los tan escuchados como “conductas

adictivas” y “crisis de pánico”. Me pregunto si hoy se descarta “la histérica” de antes, o si hoy disponemos de otras características que podrían corresponderse, a la histérica de estos tiempos, o si se trata de otra cosa.

2) Definición y clasificación de Anorexia Nerviosa según el DMS V

El paradigma actual definirá la anorexia según el DMS V cuyos criterios diagnósticos para la ésta son

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo o normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual (p.338.339).

La Anorexia se divide en dos tipos según el DSM V, de los cuales para el desarrollo de esta monografía decidí remitirme al tipo restrictivo principalmente

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. Tipo con atracones o purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) (...) el intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno no es infrecuente; de este modo, la descripción del subtipo se debería utilizar para describir los síntomas actuales más que para describir un curso longitudinal (p.339).

(...) entre el 85-95 % de los casos son mujeres, generalmente de clase media o alta y de raza blanca. También se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a estos trastornos, tales como las gimnastas, modelos, bailarinas o azafatas (Chinchilla, 1995, p.4).

Si bien varios autores apuntan a las adolescentes con anorexia dentro de la clase media o alta, cabe destacar que el trastorno no es propio ni característico de cierta clase social, ya que también se dan casos en clases medias bajas y bajas. Además, considero que el cuerpo no debe significar o ser valorado de la misma forma en la clase baja que en la alta, pudiendo ser las causas de la anorexia entonces, múltiples.

Además de los factores predisponentes individuales (genéticos, personalidad, alteraciones de la alimentación en la infancia, edad, sexo) y familiares (antecedentes

de trastornos depresivos y abuso de sustancias, obesidad materna, alteraciones en la dinámica familiar), es frecuente encontrar en la historia clínica de estos trastornos la existencia de factores desencadenantes, tanto en el inicio como en las recaídas sintomáticas (Chinchilla, 1995, p.4).

Mabel Bello, nos dice que "(...) el ambiente es importante en el desarrollo de la enfermedad, pero tiene que actuar sobre una personalidad predispuesta". Sin lugar a dudas el entorno familiar y social, podrían propiciar la anorexia, pero también es importante considerar que, se manifiesta en una personalidad con predisposición para que la anorexia se haga presente. Dentro de los factores desencadenantes podría pensarse en situaciones donde hubo abuso sexual, irrumpiendo de forma tal en el psiquismo de la persona que desencadena en un trastorno de alimentación.

A continuación haré mención acerca de las características de las adolescentes con anorexia, descripciones a partir de las cuales posteriormente en el desarrollo de la monografía pretendo pensar, paradójizar, en contrapartida con otros postulados. Autores las describen como personas muy sensibles, que no se valoran, con un alto nivel intelectual y muy responsables, donde el exceso de ejercicio físico y la hiperactividad son casi comunes a todas ellas.

(...) intensa moralidad, sensibilidad extrema (en particular a necesidades y sentimientos de otros), y su profundo sentido de poca valía (...) suelen adherirse con mucha firmeza a una serie de valores centrados en el trabajo arduo, el autocontrol, la responsabilidad personal, altos niveles de logro, la gratificación diferida, y no recibir recompensas que no hayan sido ganadas a pulso (...) hiperactividad misma actúa como su propia incitadora en la paciente anoréxica (...) esta hiperactividad se manifiesta por una necesidad de estar siempre "activa"; el sueño también está alterado (Duker & Slade, 1992, p.48.49.132.133.135).

La moralidad a la que aluden los autores me remite a pensar en personas psicorígidas en su pensamiento, como rasgo de las personalidades obsesivas, que necesitan aferrarse a ideas acerca de lo que está bien y lo que no, que se juzgan permanentemente y se autocastigan, como podría ser en este caso, el sentirse culpables si comen más de lo que ellas consideran que es lo correcto, el exceso ejercicio físico como forma de autocastigo o como conducta compensadora, llegando al extremo en algunas, de intentos de autoeliminación, o cortes, que más adelante desarrollaré cuando haga alusión a la pulsión de muerte.

Muchas idean maneras de aniquilar sus sentimientos lastimándose físicamente, quemándose los brazos, piernas y manos con cigarrillos encendidos, o cortándose con navajas de rasurar. Un dolor agudo desplaza la atención. Al provocárselo la paciente únicamente experimenta el malestar, ya no su angustia anterior, y por lo mismo se siente aliviada (Duker y Slade, 1992, p.76).

Al enmarcar a la anorexia en la adolescencia, cabe destacar que al tratarse de una nueva etapa donde los cambios corporales y psicológicos se manifiestan, puede resultar

complejo saber si el hecho de no comer, cortarse o estar deprimida; se deba a un trastorno como lo es el de la anorexia, o a una crisis característica de esta etapa. Debido a estas variables resulta complejo el diagnóstico de la anorexia. Autores establecen que

Cuando la enfermedad está presente, es esencial diferenciar entre desórdenes transitorios de la adolescencia, crisis de adolescencia propiamente dicha y perturbaciones de la personalidad. Entre los desórdenes transitorios se observa frecuentemente la realización de dietas, a veces, irracionales y algunas conductas anoréxicas y/o bulimiformes pasajeras (...) (Bonsignore et al. 1996, p.77).

Un término nuevo que alude a los daños corporales es el de sadorexia (sadomasoquismo más anorexia) el *cual*

Se considera un trastorno alimentario de segunda generación, que ha evolucionado de la anorexia. Conjugaba comportamientos anoréxicos, bulímicos, ortoréxicos, junto a un maltrato corporal y el empleo de métodos de adelgazamiento masoquistas que infringen dolor y quitan las ansias de comer (...) (Bermejo, Saul & Jenaro, 2011 p.78).

Con lo que Duker & Slade (1992) nos contribuyen nos encontraríamos con una paradoja, dado que "términos como "premeditada", "activa" y "firme" que por lo general se relacionan con la idea de ser totalmente autónomo y autodirigido como ser humano. Describen características que describen a personas centradas y conscientes" (p.30). Por un lado parecerían ser muy conscientes de sus actos, mientras que por otro lado "cuando éstas parecen estar creándose intencionalmente sus síntomas al restringir los alimentos, lo cierto es que ella apenas puede expresar por qué está tan preocupada por regular esta ingestión" (p.29). Resulta paradójico el hecho de que puedan dar cuenta y ser conscientes de los motivos de sus conductas, pero sin embargo no pueden manifestar el porqué de su preocupación obsesiva por adelgazar al extremo. Un padre nos dice que "se pone tan obsesiva que es difícil pensar que eso está dentro de lo racional" (p.26). Este control alimentario se caracteriza asimismo por "(...) una percepción exagerada de las consecuencias de no mantenerlo. Para estas, tener el control o no tenerlo, se relaciona con todas las otras distinciones que le son importantes, como triunfar o fracasar en la escuela o trabajo" (p.33). "(...) en la anoréxica el problema no son tanto las defensas inconscientes sino la atenuación característica de sentimientos y emociones propios de toda persona de bajo peso y que se somete a inanición voluntaria" (p.44.45).

Cabe aquí destacar el concepto de paradoja utilizado por Derrida y retomado por Singer

La complejidad del pensamiento de Derrida entre otros elementos, proviene del hecho de que la paradoja atraviesa como un hilo conductor su pensamiento, como objeto de estudio, y como método. En efecto, Derrida juega con las paradojas, y se opone a todo cierre y a toda cristalización teórica (Singer, 2002 p.11).

Nassio (s.f) nos dice que “cada paciente, no solo tiene una historia singular, sino que tiene sobre todo una interpretación singular de su historia. Precisamente esta manera particular de revivir el pasado es lo que individualiza cada caso y hace que exista el psicoanálisis” (p.34). Es por lo tanto que para el desarrollo de esta monografía utilizaré el método de la paradoja al que alude Derrida, entendiendo que cada teoría tiene también sus limitaciones para entender el fenómeno en su totalidad, ya que me baso sobre la idea de que no contamos, por ejemplo, con un único tipo de familia de la adolescente con anorexia, ni con que todas tengan los mismos síntomas, siendo por ello cada caso singular.

En lo que refiere a los efectos psicológicos de la inanición, la cual implica una gran reducción de la ingesta de comida, nos encontramos con deficiencias intelectuales, problemas con la sexualidad donde puede darse ausencia de menstruación y alteraciones hormonales, distanciamiento de las relaciones sociales, cambios actitudinales, deterioro físico, entre muchos otros.

El hambre deteriora la capacidad para razonar. Es un daño progresivo, pero reversible” (...) en cuanto a la sexualidad: “el interés sexual disminuye cuando se deja de comer. Esto refleja el cambio hormonal (...) en cuanto a los estados de ánimo y sentimientos: “la persona malnutrida también experimenta cierto deterioro de sus sentimientos y emociones. Todo sentimiento: amor-odio-etc. Se experimenta con menos fuerza. Esto genera cierto sentido de aislamiento, de estar anestesiado ante tensiones ordinarias de la vida. Por ello la actitud tan distante, de superioridad e indiferencia. La inanición también induce estado de euforia y regocijo. Esta experiencia de bienestar en ocasiones se denomina “elevación de ayuno” (Duker y Slade, 1992, p.45.47.48).

3) Nosología-Etiología

A medida que fui incursionando en la temática me encontré con diversas interpretaciones en el intento por comprender la anorexia, pudiendo ésta ser entendida como patología, enfermedad, trastorno, o como síntoma. El síntoma, el hecho de no comer, puede o no ser indicador de anorexia, entendiendo que muchas personas ante recaídas pueden estar inapetentes y no por ello cumplen con los requisitos necesarios para ser diagnosticados con anorexia. Corresponde aquí la descripción del estudio de las causas de la anorexia así como su clasificación. “Existen diferentes factores que inciden para que alguien finalmente tenga un “trastorno de alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso (...)” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1996, p.51).

Acompañando a los síntomas básicos y más conocidos, existe una variedad psicopatológica que, a menudo, dificulta su encuadre nosológico. Por otra parte, dado que se desconoce la etiología de éstos como de los trastornos psiquiátricos en general, la nosografía se fundamenta en las características psicopatológicas básicas, configurando así síndromes, que en la clasificación actual están determinados por categorías que cumplen un número determinado de criterios (Chinchilla, 1995, p.40).

Cabe destacar que no comer, como síntoma, puede encontrarse en cualquier cuadro, es decir, que la inanición no es propia y exclusiva de la anorexia nerviosa, sino que puede darse en una psicosis, en una depresión, entre otras. Cabe destacar que “el síntoma no es cuento quejoso sino descarga (...) decir evacuativo que chorrea una secuencia de escenas y situaciones en un decir descriptivo-evacuativo” (Viñar, 2009, p.75).

Es importante resaltar lo que Singer (2013) nos dice acerca de que “es verdad que el psicoanálisis en cierto sentido funda una psicopatología basada en los tipos de conflictos y sus formas de resolución, pero también nos dice que todos tenemos conflictos y maneras particulares de resolverlos” (p.3). Con dicha idea quiero poner de manifiesto que si bien en la clínica se relacionan ciertos síntomas con patologías asociadas, también, por otro lado, da lugar a re pensar en cada caso singular considerando el contexto, la predisposición, si bien contamos con teorías y explicaciones científicas como las que nos aporta el DSM V como punto de partida. Considero relevante enfatizar sobre este punto para intentar de esta forma pensar a la/el consultante en su singularidad, para que nuestra escucha y mirada clínica no esté determinada por preconceitos establecidos ya que “el psicoanálisis es un modelo clínico basado en la psicopatología, en el trastorno y el malestar psíquico, es decir, fuertemente vinculado en su historia a un quehacer que busca las causas del “trastorno” como explicación científica de los hechos clínicos” (Maganto & Ávila, 1999, p.292.293). La anorexia nerviosa es “(...) un enredo tremendamente complicado en que puede entrar gente si su conducta trastorna las condiciones en que suelen funcionar su cuerpo y su cerebro” (Duker y Slade, 1992, p.25). Sales (1995) en una publicación de Maganto & Ávila (1999) nos dice que “(...) no hay cultura sin malestar, pero no todo malestar es una enfermedad, el diagnóstico está al servicio de conocer los malestares de la cultura que nos toca vivir (...)” (p.300). Es decir, que al momento de pensar la anorexia no debemos dejar pasar por alto el aspecto socio cultural y sus repercusiones subjetivas. Por ello es importante hacer mención al concepto de vulnerabilidad, dado que se requiere de una personalidad predispuesta a manifestar tales o cuales síntomas

Desde el punto de vista psicoanalítico entendemos como vulnerabilidad la condición del sujeto (...) cuyas implicaciones más habituales se expresan en la precariedad de recursos del Yo para procesar la actividad fantasmática y enfrentar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental y-o somático (...) generando un potencial inespecífico para el desarrollo de patología (Zukerfeld, 2005, p.50.51).

Según el DSM V (2014)

Los síntomas obsesivos-compulsivos, estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados (...) si los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos, la constitución corporal o el peso, se podría justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (p.341).

Relacionado a lo antes descrito podemos pensar en aquellas adolescentes que tienen como profesión la actuación, el modelaje, el baile; se podría decir que intentan gustar o agradar a otros, donde podría observarse la necesidad de aprobación, donde el cuerpo pasa a ser protagonista. Entre otros aspectos, su exposición requiere de otros perfeccionamientos sobre sus cuerpos y por ende su imagen. “Una posibilidad, sería la de concebirla como una “enfermedad”, como una patología de las formaciones ideales” (Várela, s.f, p.12).

Otros autores relacionan a la anorexia con depresión o con la melancolía, relacionando a éstas con la sexualidad, donde hay ausencia de deseo.

La neurosis alimenticia llamada anorexia puede compararse con la melancolía (...) una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está aún inacabada. La enferma, en ese caso, afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre. Por lo tanto, hay pérdida del apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido (Raimbault & Eliacheff, 1991, p.33).

Nos encontramos con que la ansiedad es característica de la anorexia en sus inicios como lo es “el miedo a engordar, la valoración crítica de su cuerpo y la pérdida de la autoestima generan ansiedad” (Fernández & Turón, 1998, p.29), la cual no debe ser confundida con la ansiedad propia de un sujeto con un trastorno por ansiedad o la de aquellos que tienen “(...) miedo neurótico de que la comida se les atore en la garganta o les cause dolores estomacales, y de los esquizofrénicos que tienen la idea fantasiosa de que la comida está envenenada, por lo que deben evitarla” (Duker & Slade, 1992, p.30).

Vemos que pueden darse ciertos episodios donde son frecuentes las alucinaciones auditivas o visuales a consecuencia de la inanición, como consecuencia de un cuerpo que no recibe los nutrientes necesarios, por lo cual podría confundirse con una psicosis esquizofrénica.

La enferma en esta etapa puede escuchar que objetos físicos le exigen que se comporte de determinada manera (...) No es que se trate de esquizofrenia por escuchar voces, sino que es un ejemplo de quien sufre los efectos de la inanición aguda. Una vez diagnosticada la anorexia nerviosa ya no es necesario suponer otros diagnósticos como la esquizofrenia (Duker & Slade, 1992, p.125.126).

“Habitualmente encontramos que en los llamados trastornos neuróticos las alteraciones alimentarias son cuantitativas: se come poco o demasiado” (...) (Fernández & Turón, 1998, p.27). Lo que postulan estos autores, donde relacionan el comer mucho o poco con trastornos afectivos, me conduce a pensar en la posibilidad de un conflicto emocional que puede ser característico de la adolescencia o podría tratarse de algo más. Por consiguiente, no puede otorgarse a los síntomas de la anorexia la consumación de una enfermedad o un trastorno, sino que podría tratarse de algo emocional, ya sean conflictos en la escuela, conflicto de separación madre hija, etc. "Detrás de una chica anoréxica o una bulímica está el miedo a crecer, el miedo a las responsabilidades, el miedo a vivir", estableció Bello. “(...) tanto la anorexia como la bulimia pueden ser un síntoma, un síndrome o una enfermedad, y con demasiada frecuencia síntomas de otras patologías médicas, e incluso conductas normales” (Chinchilla, 1995, p.VIII).

Algunos autores sugieren que el trastorno borderline suele predominar o que se presenta con asiduidad en personas con trastorno, cuadro o síntoma de anorexia, si se relacionan los intentos de autoeliminación con impulsos que atentan contra su vida, conductas que nos conducen a pensar que llegan al límite, y también

(...) pueden mantener relaciones sexuales en forma indiscriminada, promiscuidad que constituye un escape de su propia compañía y una protección contra deseos nocturnos de comer también pueden hurtar dinero o comida de su casa o que robe en almacenes (...) Si consume o abusa del alcohol y fármacos el cuadro físico se complica más, y existe el peligro de mayor adicción. Agravan la confusión, confirman su incapacidad, refuerzan sentimientos de menosprecio y hacen que se lastime a sí misma” (Duker & Slade, 1992, p.275.277).

Sin embargo, muchos autores asumen que la impulsividad es frecuente en adolescentes con bulimia, afirmando que las chicas con anorexia son más controladas. En esta ocasión nos encontraríamos con una paradoja: “son premeditadas y cuidan su cuerpo con dietas, y en contrapartida tenemos: son impulsivas, llegan a darse atracones y excesos de alcohol”.

Planteo a partir de estas de estas citas, en base a estas hipótesis, que estas adolescentes al simular una cosa por otra, al ocultar sus sentimientos, podrían llegar a presentar conductas manipuladoras o personalidades con rasgos manipuladores, lo cual dificulta nuestro trabajo por un lado, así como la “cura” en ellas. Me pregunto cómo poder trabajar con personas que no quieren o no pueden enfrentar sus problemas. Singer alude a estas personalidades como “casos difíciles”, donde en la clínica actual se observan pasajes al acto donde la autodestrucción se hace visible. “(...) la práctica actual obliga a tomar en consideración el peso de factores que forman parte del narcisismo y de la destructividad junto con lo que corresponde a las fijaciones de la libido de objeto” (Green, 1991, p.66).

4) Las adolescencias

En la pre adolescencia se dan cambios que requieren cierto reacomodarse, desde el no aceptar la nueva imagen, el no bañarse, el duelar el niño que se perdió. Partiré desde el concepto de pubertad por los cambios significativos fisiológicos, anatómicos y biológicos. Cambios que alteran la percepción y la imagen corporal. Esto se da en todas las personas, y debido a ello creo que el diagnóstico para el trastorno de la alimentación se podría dificultar ya que los cambios en la percepción y en la imagen corporal podrían ser tanto síntomas de este periodo, así como características de la anorexia.

(...) el periodo de la adolescencia comprende (...) el periodo de pubertad con todas las modificaciones que esto significa a nivel del desarrollo del aparato sexual y de toda otra serie de transformaciones que se producen en el cuerpo, lo cual tiene una importante gravitación en relación a la conformación del aparato psíquico (Amorín, 2011, p.21).

Asocio lo antes mencionado con las connotaciones negativas que dicho período del desarrollo acarrea, como la forma de aludir a la misma como la “edad de la bobera”, donde el adolescente entra en una etapa donde no se lo comprende y se lo estigmatiza. Amorín (2011) plantea que

La diferencia entre pubertad y adolescencia (...) estimamos que vale mucho la pena destacar la existencia de estos dos periodos porque el púber presenta conductas y vivencias que son diferenciables claramente de las del adolescente (...) prácticamente el púber adolece solo, es decir, no padece su problemática acompañado de los otros y genera relativamente poca repercusión en el medio en el cual vive. Esta edad es denominada, a nivel popular, la edad de la bobera, la edad del tonto (...) siendo sin embargo uno de los periodos más conflictivos y más dolorosos por los cuales transita el ser humano (p.11).

Considero relevante hacer mención a esto porque si nos encontramos con una adolescente con anorexia que transita por el periodo de la pubertad, según esta idea, la misma se encontraría en una situación que enfrentaría sola sin otros, donde tiene que enfrentarse a múltiples cambios que no puede procesar, y es en este punto en donde debemos enfatizar en nuestro rol como psicólogos.

(...) habrá que entender la adolescencia como proceso más que como la franja etaria donde los logros madurativos y las transformaciones ocurren o se inhiben y fracasan (...) es excesivo o arbitrario atribuir a los tumultos hormonales la condición de ser causales o etiológicos en el sentido de un determinismo lineal, que tendrá efectos psicológicos y culturales como consecuencia. Prefiero un posicionamiento más interactivo de causalidades complejas, culturales y psicológicas, que modelan la tormenta hormonal de la pubertad para producir adolescencias múltiples propias de cada tiempo y lugar (Viñar, 2009, p.23).

Adolescencia como proceso propio de cada persona y no determinada por la edad donde algunos autores suelen ubicarla. Pensando esta cita desde el tema que aquí corresponde, considero que en las chicas con anorexia se podría estar dando una inhibición o fracaso en los logros madurativos a los que alude Viñar. Y destaco de la cita el hecho de no atribuir a este periodo todas las causas, en este caso, de la anorexia, sino que habría que pensarla como una etapa caracterizada por distintos conflictos pero no determinantes de los mismos. Debido a esto, preferí aludir a “adolescencias” en vez de adolescencia, ya que se trataría de unas u otras dependiendo de la persona, y que tampoco remite a una franja etaria determinante.

Por más que algunos autores prefieren nociones de una adolescencia universal, considero de una mayor claridad teórica posicionarme desde las conceptualizaciones que complejizan mucho más la cuestión al hablar de adolescencias en plural, ya que no existe un modo unívoco de vivenciar experimentar sentir padecer la adolescencia. Además, habrá muchos adolescentes que por distintas circunstancias vitales no se les habilitará nunca la adolescencia. En cuanto a esto “(...) la adolescencia como franja etaria o etapa de la vida, nunca debe conjugarse en singular (...)” (Viñar, 2009, p.21). Esta última idea asociada a la anorexia nerviosa tiene su correlación en el sentido que preferiría teorizarlas como anorexias. Porque cada anorexia se expresa, se manifiesta de un modo diferente y singular en cada sujeto/a. Como profesionales se torna clave comprender el funcionamiento con cada particularidad presente en cada sujeto, respetando toda subjetividad y estando abiertos a diseños estratégicos de intervención que contemplen las necesidades y demandas de cada consultante. En síntesis, estos lentes analíticos complejizan mucho la cuestión, evitando simples reduccionismos y reconocen que las causas provienen del orden de lo multifactorial.

Pasados los doce años de edad se entra en un periodo que se sigue señalando como de aceleración positiva, en el sentido que continua el crecimiento de los niveles de maduración (...) este período que va de los doce a los dieciocho años de edad es lo que clásicamente se ha denominado el Período de la Adolescencia (Amorín, 2011, p.11).

Para esta monografía decidí hacer énfasis en las adolescentes entre doce/trece años de edad hasta los dieciocho, período de la Adolescencia y caracterizado, como plantea Amorín, por una aceleración de los procesos madurativos, los cuales resultan paradójicos en las chicas con anorexia: “las chicas con anorexia quieren ser niñas al negarse a comer y por consiguiente, parecerían no querer crecer”; mientras que por otro lado nos encontramos con caracterizaciones de chicas súper exigidas e inteligentes y avanzadas en relación a otras chicas de su edad. Por un lado podría considerarse que en estas adolescentes hay un proceso de aceleración positiva dado a su inteligencia y aptitudes, mientras que

paradójicamente las familias de las adolescentes tienen que estar pendientes de si comen o no como si fuesen niñas, donde cabe la hipótesis que plantean muchos autores acerca del vínculo dependiente con la madre. Cabe destacar que “la edad media de las muchachas al comienzo de la enfermedad es de dieciséis años pero (...) el síntoma aparece habitualmente entre los doce y los dieciocho años con una punta máxima (moda) en torno a los catorce años” (Selvini, Cirillo, & Sorrentino, 1999, p.30). Considero que no debería verse a la anorexia como una patología o una enfermedad sino como síntoma en el cual debemos indagar. El fenómeno de la anorexia se podría decir que es algo inesperado para esta etapa del ciclo vital.

Si en el acceso a la pubertad el cuerpo de la niña se le vuelve siniestro, es menester que algo nuevo y desacostumbrado se agregue. Este nuevo es su sexualidad naciente, preciso momento en el que la joven se aparta de su cuerpo familiar, portador de misteriosos olvidados por represión (Hekier & Miller, 1994, p.125.126).

Me pregunto si los cambios corporales, todo lo nuevo a lo que las adolescentes se deben enfrentar, como la sexualidad naciente, y que trae aparejado también los cambios psicológicos, donde nos encontraríamos con una metamorfosis en todos los aspectos de su ser; podrían ser los desencadenantes de un trastorno de alimentación, donde podrían distinguirse problemas con la sexualidad, en la autoaceptación de la nueva imagen, con el crecimiento, con el enfrentamiento parental con la finalidad de diferenciarse de aquella niña que ya no es más. En cuanto a esto último Viñar (2004) nos dice que “el adolescente, en su modo de relación con el otro, busca una confrontación y se abre un camino más o menos caótico cuya finalidad es precisa: encontrar una manera de matar, simbólicamente, a la figura del padre” (p.112). Esta ruptura parental no parecería ser característica de las chicas con anorexia dado que no manifiestan sus deseos, sino que se muestran pasivas y más preocupadas por complacer a los demás en función a los deseos del otro por encima de los propios. “Hay evidencias de que la estructura familiar es tal, que ella asume cualquier obligación y expectativas (...)” (Duker & Slade, 1992, p.141).

El aceptar o no el nuevo cuerpo de mujer podría relacionarse con la sexualidad naciente

(...) la adolescente ante la necesidad de establecer un sentido de sí misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición porque embota su interés sexual. Como ya no existen deseos de establecer una relación sexual, se elimina un componente esencial de esta crisis de identidad. En el aspecto endocrino se encuentra en estado preadolescente (Duker & Slade, 1992, p.51).

Me surgen algunos planteos e interrogantes a partir de lo antes mencionado en mi intento por comprender la inanición, el no comer, como una posible reacción a las presiones que la nueva etapa acarrea, el no comer como una forma de decir “no” a la sexualidad, a

relacionarse con otros, de duelar al niño/niña que está dejando de ser, para ser adolescente y enfrentarse así a las demandas que ser adolescente implica. Me pregunto hasta dónde podría darse una regresión, al relacionar el no comer, con no querer crecer, no solo relacionado al tamaño físico sino al no crecer desde lo psicológico por no sentirse preparado. Aquí encuentro otra paradoja: "las adolescentes con anorexia no quieren crecer y por otro lado se dan casos de niñas con anorexia que quisieran ser adolescentes".

Las crisis adolescentes suelen coincidir con la típica desilusión de la mitad de la vida que viven sus padres. Tengo la convicción de que la decepción y el desconcierto es el mensaje prevalente que reciben los adolescentes como expresión de un mundo adulto timorato y prescindente (Viñar, 2009, p.35).

Considero interesante el aporte de Viñar respecto de la crisis de los padres de las adolescentes, para pensar en que la relación parental, más que nada relación madre-hija podría ser influenciada por la crisis de la madre, cuando ella está entrando en otra etapa mientras la hija, en esta etapa adolescente, comenzaría a ser "mujer". Me planteo esto para atender la relación entre ambas, si podría darse "competencia", hasta qué punto por este motivo podría darse un tipo de rechazo de madre a hija cuya repercusión podría manifestarse en el "no comer" de la adolescente.

Quisiera aquí hacer mención al el concepto de crisis, el cual considero como algo positivo, caracterizado por movimientos y cambios. Pero al pensar en tal concepto pienso en una paradoja: "crisis alude a cambios, lo cual de cierta forma es un aspecto favorecedor". Pero por otro lado, estas adolescentes parecerían encontrarse en una crisis permanente donde no son observables movimientos o cambios a fin de una mejoría, donde al parecer no quieren o no pueden salir de esa crisis constante: "no quiero comer, quiero ser flaca, no sé por qué, y no necesito a ayuda".

Por un lado en la adolescencia nos encontramos con enfrentar situaciones difíciles como "(...) crecer, relacionarse con el sexo opuesto, dejar la escuela, tener opiniones diferentes, entrar en la universidad, buscar salida laboral, en vez de intentar resolverlas en el lugar equivocado (controlando el peso, modificando la silueta)" (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1996, p.25). Pero tampoco debemos dejar del lado el aspecto sociocultural, donde las "presiones sociales y culturales impactan sobre las personas más vulnerables: los adolescentes. "La adolescencia es una exigencia, un cambio de rol, de cuerpo, de destino, que es muy difícil de llevar a cabo. El fracaso de la adaptación genera síntomas", destacó la doctora Bello. Es por ello, que factores como el culto al cuerpo delgado relacionado a la belleza y a lo socialmente aceptado, podría estar incidiendo en las chicas con anorexia quizás en su búsqueda de ser aceptadas, como autores plantean, otra vez más, de agrandar, de gustar, de cumplir con el ideal de los demás aunque ello implique poner en riesgo sus

vidas. Rassial (1999) establece que “sólo se comprenden las conductas más patológicas del adolescente al considerarlas como búsqueda de una nueva virtud” (p.21). Según esta idea, podrían considerarse las actitudes patológicas de las chicas con anorexia como la búsqueda de ese ideal como sinónimo de virtud.

5) La Anorexia pensada desde el proceso de salud y enfermedad

Pretendo aquí plasmar los diversos factores que podrían intervenir en los procesos de enfermar, que abarcan desde la predisposición y vulnerabilidad de una persona a enfermar hasta consumir con un trastorno propiamente dicho como lo es en este caso, el de la alimentación. Vale aclarar que dichos factores, como los socio culturales, no implica que sean determinantes de la anorexia, sino que aspiro a pensar desde ellos como posibles condicionantes de la anorexia, considerando fundamentalmente la base biológica, la vulnerabilidad que es singular, la cual Singer propone siempre a tener en cuenta, dado que no todos enfermamos por los mismos motivos y es nuestra tarea la de pensar en los porqués. Chinchilla, A (1995) alude al concepto de vulnerabilidad estableciendo que

Cada persona puede responder de manera diferente a las situaciones dependiendo de múltiples factores: experiencia personal, nivel cultural, etc, y entre ellas una que podría ser fundamental, aquella que se relaciona con la noción de temperamento, la cual hace referencia a un sustrato biológico, a una predisposición. En otras palabras, se podría sugerir que existe una vulnerabilidad ante las situaciones de estrés que diferencia el constructo “perceptivo-cognitivo-afectivo” entre personas con un trastorno de la imagen corporal de aquellas con un simple descontento con su cuerpo (p.49).

Haré alusión aquí a los distintos aportes de diversos autores destacados en una publicación de Klein (2002) sobre el cuerpo y cómo en la actualidad se establecen estándares para su cuidado que remiten a salud y enfermedad

Desde el discurso médico, discurso de la higiene y salud, llegamos a un discurso donde el cuerpo es un “bien” sagrado, resguardable, cuidable (...) (...) el fracaso en la estética de la dieta, del cuerpo exhibido, o del ideal del cuerpo joven, generará sentimientos de inseguridad, reflejados en formas distintas de malestar y en especial a nivel de lo avergonzante (...) (p.107).

Es interesante destacar lo que se plantea acerca de que el ideal se representa a través del cuerpo y que todos estos estímulos que hacen énfasis en el cuerpo: como la publicidad, las dietas, los gimnasios y además, el discurso médico; pudiendo todos éstos a contribuir en los procesos de enfermar donde adolescentes vulnerables podrían llegar al extremo de la anorexia. Socialmente es habitual escuchar a las personas decir, “qué bien que estás, estas delgada”, así como se asumen “no saludables” a las personas que no cumplen con los

requisitos de los ideales que hoy priman. Antes ser rellenita era imagen de saludable, mientras hoy lo es estar delgada. Russo (s.f) nos dice que "(...) lo sano y lo enfermo se relacionan con las condiciones de vida de los sujetos, por tanto está implícito en ello lo que se conciba y acepte para esa época como salud o enfermedad (...)" (p.3.4.).

El estar descontentos con nuestros cuerpos, el pensar en la estética sobre por la salud, la estética, las dietas, el ejercicio extremo, me hace pensar en seres humanos superficiales, preocupados obsesivamente por alcanzar el ideal que hoy en día prima. Cabe destacar que no es válido generalizar dado que el ideal o el cuerpo trabajado podría pensarse más en adolescentes de clase media o alta donde el cuerpo es valorado socialmente y quizás en otras clases sociales los motivos o causas de la anorexia sean otros. Una idea de Arendt, H, leída en una publicación de Viñar (2009) remite a que "(...) el sentimiento de ser "seres humanos superfluos" (...) es un factor decisivo como desestabilizador de la salud mental" (p.33). Es importante pensar cómo el no estar conformes y de alguna manera con presiones constantes sobre el cuerpo, conducirían según la autora, a desestabilizar la salud mental de una persona. Los siguientes autores concluyen este pensamiento postulando que

Las concepciones de cuerpo son fundamentales cuando se trata de entender cómo se ha ido construyendo la noción de una enfermedad. Esto es así, porque la forma en que definimos nuestro cuerpo incluye nuestras ideas filosóficas sobre nuestro self, sobre nuestra posición y status social y sobre nuestra condición de individuos en nuestra cultura. Estas concepciones de cuerpo también influyen en los modos de definir salud y enfermedad (...) Los estilos no son modas ingenuas, están ligados a estructuras económicas dominantes y conllevan a nuevas patologías, entre ellas, las de la conducta alimentaria (Bonsignore et al. 1996, p.40.71).

Podríamos encontrarnos como indicadores con que el hambre, el sueño y la percepción alterada sobre la imagen corporal, se ven altamente comprometidos. Acerca de la conciencia Duker & Slade (1992) nos aportan que "el estado de conciencia alterada que induce la inanición puede ser bastante agradable, y en este sentido se asemeja al inducido por el alcohol, drogas, inhalantes, etc. La idea u objetivo en cada caso es alterar la experiencia" (p.55). En relación a esto, pienso en el concepto de adicción y de toxicomanía en relación a la comida, en este caso, cuyos conceptos me remiten a enfermedad, dado que una persona adicta es alguien que necesita ayuda. Teniendo presente también, que las chicas con anorexia pueden derivar en otras adicciones o excesos como plantean estos autores

(...) las enfermas pueden recurrir al alcohol, fármacos permitidos, drogas y en algunos casos solventes. Cualquier sustancia o combinación de ellas será un medio de aliviar su pánico, confusión, gran autodesprecio y desesperación (...) El pánico que siente una anoréxica por perder el control se asemeja al pánico del drogadicto que teme por tener en un momento dado su "dosis" (p.75.130).

En cuanto a la desnutrición Chinchilla (1995) nos dice que

(...) da lugar a la alteración de los mecanismos reguladores de hambre-saciedad y al agravamiento de la sintomatología psicológica/psiquiátrica (cambios de humor, mayor obsesividad, asilamiento social, alteraciones del sueño, etc.). Esta desnutrición progresiva se acompaña de síntomas somáticos, entre los que destacan la caída de pelo, la piel seca, hipertensión, bradicardia, hipotermia, alteraciones del esmalte dental), osteoporosis y amenorrea (p.6).

Observemos que unido al hecho de no comer nos encontramos además de la desnutrición, con otros síntomas que conllevan a alterar el sueño, a la ausencia de menstruación y a asentar aún más las actitudes de autocontrol.

(...) mantienen una actitud hipervigilante a las sensaciones corporales. Las sensaciones de plenitud, hambre, digestión, hinchamiento, estreñimiento, náusea, dolor y fatiga son habituales y parecen estar construidas sobre una variedad de alteraciones perceptivas, entre las que se incluyen la magnificación y exageración de estas sensaciones por atención selectiva "(...) Estos estímulos somáticos proporcionan la base para el constructo de creencias erróneas acerca de sus procesos metabólicos (...)" (Chinchilla, 1995, p.49).

Cabe destacar un mecanismo de defensa, el de la negación, el cual podría pensarse en las personas con anorexia dado que muchas niegan estar extremadamente delgadas ni reconocen que necesitan ayuda, negar al ocultar su peso real y al decir que comen cuando no lo hacen, mecanismo que actúa como una defensa ante algo difícil de tolerar. La negación, según Sales (2009) "no es otra que aquella que se encuentra ausente de lo inconsciente reprimido". La negación hace a que la persona no acepte, no se entere, a que niegue, continúa desconociendo, en este caso, que está desnutrida. Se da la desmentida en el intento de mantener una creencia de lo que se quiere creer. Así como las víctimas desmienten situaciones, también podemos encontrarnos que en su entorno, las familias también lo hacen, negando situaciones evidentes, lo cual podría estar de alguna forma incentivando o apoyando la anorexia.

Clínicamente, estas familias muestran: negación (no ven lo evidente, por ejemplo, el cuerpo emaciado del paciente) o protección del síntoma ("Cuando madure se va a curar") (...) con su complicidad se sostiene el síntoma, ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar. El paciente, con su padecimiento, consensúa una historia de varias generaciones, siendo depositario y centinela de su repetición (Hekier & Miller, 1994, p.23).

6) La Anorexia y su vinculación con la pulsión de muerte

Dispuse de hacer un apartado sobre la anorexia en su relación con la pulsión de muerte dado que el hecho de pensar en la inanición voluntaria y sus consecuencias, como los cambios en la percepción y la imagen de un cuerpo gravemente deteriorado, así como el alejamiento de la vida social, su vinculación con las adicciones, los intentos de autoeliminación; me conducen a pensar en cómo podría ponerse en juego en estas adolescentes la pulsión de muerte. También conocido como "(...) el principio del nirvana,

que expresa la tendencia de la pulsión de muerte más allá del principio de placer” (Poissonnier, 1998, p.45).

Podría pensarse que en las personas con anorexia con estructuras borderline específicamente, si lo planteamos desde la pulsión de muerte, se daría la destrucción y desunión, a lo cual podría relacionarlo con el no comer hasta llegar en algunos casos hasta la muerte, disociación desde la imagen corporal, desunión con el padecimiento que no puede simbolizar, es decir, con poner en palabras los sentimientos ya que no consideran que haya algo a resolver, destrucción de la vida social, destrucción del cuerpo, cortes, intentos de autoeliminación.

La pulsión de muerte se orienta a “hacer pedazos el ser celular y a llevar a cada organismo elemental individual al estado de estabilidad inorgánica”. (...) es la pulsión de destrucción, pulsión de dominio, voluntad de poder. Esta “agresividad necesaria” para el yo protege al individuo mediante la derivación hacia el exterior. Una parte de esa destrucción está al servicio de la pulsión sexual: es el sadismo, directamente erotizado, mientras que otra vuelve al cuerpo propio: el masoquismo secundario (Poissonnier, 1998, p.91).

Resulta interesante destacar lo que se plantea de la pulsión de dominio, donde en estas adolescentes se podría decir que hay altos niveles de control sobre la alimentación, dominio que se hace efectivo mediante la inanición voluntaria, “voluntad de poder”, la cual, según este autor, se podría relacionar con la agresividad la cual parecería ser necesaria como mecanismo de defensa hacia el exterior. Me pregunto si en el caso de los cortes, se intenta con este daño de que la atención pase al plano físico para despejar algo que le sucede a la adolescente, como forma de desviar la atención y que se expresaría por un aspecto “masoquista” que se hace evidente. Agresividad que también podría ser pensada, desde el no comer, como rechazo al otro, si se piensa desde la idea del compartir una comida en una mesa, con amigos o familiares, me pregunto cuál podría ser el mensaje de no compartir, donde la persona pone una barrera con los demás. Una idea de Freud leída en una publicación de Viñar (2004) al respecto

Freud enuncia simplemente: la pulsión de muerte actúa en silencio. La pulsión de muerte puede expresarse mediante el negativismo y el retraimiento. Se trata entonces de una repercusión que se expresa en lo social por la ruptura de los lazos con el exterior y el retraimiento de las investiduras (...) que va de la desligazón pulsional a la desligazón social (p.131).

La pulsión también se podría vincular con la sexualidad de las adolescentes, en el tema que nos compete, en las chicas con anorexia en este punto también se podría observar una carencia al momento de intimar, relacionarse y comunicarse con los otros. Me pregunto si esto adquiere un papel consciente o inconsciente. Maganto & Ávila (1999) nos aportan exponiendo que

(...) el inconsciente es inseparable de lo pulsional y de lo sexual, que (...) afectan la estructura del sujeto (...) el síntoma expresa un deseo inconsciente que encuentra su vía de salida a través de la disfunción en el cuerpo, el pensamiento, el aprendizaje, las relaciones sociales, los hobbies, los ideales, el placer en las cosas, el deseo de crecer y de independizarse, etc (p.299).

Pensando en los intentos de autoeliminación, el no comer vinculado a una depresión o con el estado anímico, o como algo que produce asco como les sucede a personas víctimas de abuso sexual, vale destacar a fin de diferenciar por un lado "(...) el impacto de una realidad externa patógena individual y accidental, traumática, por una realidad interna, las pulsiones" (Poissonnier, 1998, p.35). "El intento de suicidio es muchas veces la ocasión, en la adolescencia, de revelaciones de episodios traumáticos anteriores (...) una paciente cada tres dice haber sido objeto de caricias o de actos sexuales de naturaleza incestuosa" (Viñar, 2004, p.168). Frente al acto violento podría decirse que hay "(...) descarga de angustia, evacuación de algo intolerable en el psiquismo, del orden de la frustración, de la ira o de un vacío sin nombre, sin representación (...)" (Viñar, 2009, p.77).

Vivimos entre la impulsión –que es lo propio de la pulsión y el deseo- y la inhibición, que es el mandato de la realidad y una de las servidumbres impuestas al yo (...) los procesos primarios son incapaces de contener y tolerar la frustración, y el acto impulsivo es más una explosión o una descarga que una acción organizada apta para transformar el entorno (Viñar, 2009, p.81).

Consiste nuestra tarea en preguntarnos el porqué de estas conductas, indagar qué sucede con la frustración de las chicas con anorexia que da lugar muchas veces al pasaje al acto evidenciado por violencia vuelta contra sí mismas, si bien los impulsos y explosiones son más característicos de las adolescentes con bulimia (debido a los vómitos auto inducidos) que en las que padecen anorexia, no podemos descartar que en estas últimas se den descargas de angustia de esta clase que desemboquen en atracones así como en intentos de suicidio.

Dentro de los cuadros psicopatológicos donde estas conductas se hacen visibles, Green (1991) plantea que

(...) para las formas graves de depresión que conducen al suicidio y para las psicosis que revelan una desintegración del yo (...) la clínica psicoanalítica contemporánea no tiene ninguna dificultad en registrar formas de destructividad no intrincadas, más o menos aparentes en las neurosis graves y las neurosis de carácter, las estructuras narcisistas, los casos fronterizos, etc (p.70).

Me cuestiono qué sucede con el deseo de estas personas, el cual pareciera estar muerto, dado que nos encontramos con una anulación a todo deseo, de vivir, de divertirse, deseo de comer, deseo hacia el otro. Recalcatí (2004) nos dice que "el deseo es rechazado y se anula en el goce puro de la pulsión de muerte, en un goce larvado y parasitario" (p.17).

Según el autor, si relaciono con la temática, en las adolescentes con anorexia hay un rechazo de deseo dado a que prima la pulsión de muerte: “no comer, dejarse morir”.

Las adicciones en general, pero pensando en la que interesa en este trabajo como lo es la “adicción a la comida”, me remite a pensar en la pulsión de muerte en tanto que en estas adolescentes son habituales los excesos, ya sea a las drogas, al alcohol, a las conductas de riesgo que estarían señalando un no ser conscientes de los mismos ni de las consecuencias de sus actos impulsivos. Fleischer (2003) aporta que “las adicciones alejan el deseo. Hay una metamorfosis del deseo. Ese goce, aplastante, desproporcionado, irremplazable, que proporcionan las drogas es subsidiario de la pulsión de muerte y aleja al toxicómano del deseo”. Pensando lo mencionado desde la anorexia, podría decirse que la inanición les provoca un estado de goce y que esta adicción aleja a la adolescente de todo deseo, de comer, de ser, de vivir.

7) Los múltiples factores que podrían incidir en la Anorexia

a) Lo emocional

Partiendo de la idea de que las emociones remiten al estado anímico de las personas, a sus reacciones y conductas, a la capacidad de adaptación a situaciones y a circunstancias de la vida como podría pensarse en la repercusión negativa de un evento traumático en una psique con predisposición a tal o cual trastorno, o cómo podría incidir el periodo de la adolescencia en ciertas personas, así como múltiples variables; considero que en la anorexia nerviosa restrictiva, la inanición podría ser un indicador del orden de lo emocional. Los atracones, observables también en la anorexia, caracterizados por episodios donde la adolescente que naturalmente controla sus impulsos, ante situaciones de desborde se podrían dar atracones los cuales considero que son una manifestación o síntoma de un problema emocional.

El atracón es una consecuencia natural de la depravación calórica. Un atracón se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono, en muy poco tiempo y con la sensación de no poder controlar qué ni cuánto se come, después de lo cual la persona se siente culpable y disgustada consigo misma. Como consecuencia de ello y de la ansiedad que le produce el miedo a engordar, se recurre a una purga o compensación inapropiada: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1996, p.125).

Pienso en estos episodios a partir de eventos externos que pueden desembocar en estas conductas, pero tampoco puedo dejar de lado la pulsión, el impulso el cual es altamente perjudicial para la persona. Me pregunto qué pasa con la angustia y la ansiedad

que hacen a que una persona canalice su frustración de esta forma. Considero al vómito posterior al atracón, más que una forma de evacuar todas aquellas calorías, como forma de rechazo o expulsión del cuerpo de algo que sucede, de algo que no puede digerir y por consiguiente, relacionado con los estados de ánimo. Algunos autores consideran que "(...)" en su núcleo más profundo la opción anorexia representa un intento defensivo de la muchacha, adoptado para luchar contra los propios sentimientos depresivos de desvalorización y de falta de confianza en sí misma, que amenazan con arrollarla (...)" (Selvini, Cirillo, & Sorrentino, 1999, p.58).

Otro aspecto que podría dar cuenta los problemas emocionales de estas adolescentes, podría ser la hipótesis de la falta de objeto

Es precisamente por el objeto perdido por el que el sujeto clama y es en articulación con ello que entra en un circuito de re-petición. Ilusión de re-encontrarse con lo que nunca tuvo (y que fue perdido por estructura) (...) aquello que el sujeto no puede decir, lo grita por todos los poros de su ser. Ahí donde el sujeto no dice, hace, y eso lo denuncia con su cuerpo (Hekier & Miller, 1994, p.94.103).

El síntoma, como el no comer, cortarse, entre otros, da cuenta de una dificultad emocional, que podría pensarse según lo que plantean los autores, de una falta, piénsese desde la pérdida de un ser querido, hasta la angustia y presión que puede generar el querer llegar a un ideal de belleza

El sujeto oscila entre abandono y control, entre pasividad y enfrentamiento (...) se presenta como un modelo de disfuncionamiento psíquico que induce a comportamientos erráticos en los registros más diversos: en la esfera oral, toma de drogas lícitas o ilícitas, alcohol, patologías de las conductas alimentarias (...) (Carbajal, 2000, p.43).

Esta idea de vacío o de "nada" que aquí se plantea me conduce a pensar en el concepto de adicción, siendo en este caso particularmente la adicción a la comida, pero el sentimiento de vacío me lleva también a pensar en mi hipótesis acerca de que una persona que se droga busca de alguna forma el llenar cierto vacío, pudiendo las personas con anorexia llegar a tomar este tipo de drogas dado que se dan muchos comportamientos erráticos que atacan a su cuerpo. Podría plantear que sienten un tipo de abandono, ya sea real o fantaseado, entonces controlan a través de la alimentación, o drogas, como forma de manipular la situación. Y a partir de la idea de "pasividad y enfrentamiento" se me ocurre otra paradoja: "las chicas con anorexia se muestran pasivas al momento de superar sus problemas donde hay una negación del mismo, al mismo tiempo que se ven enfrentadas permanentemente a su padecer que resulta evidente y visible para todos menos para ellas".

b) La imagen corporal

Duker & Slade (1992) plantean que las adolescentes con anorexia "(...) tienen percepciones "distorsionadas" y están "fuera de la realidad" en cuanto a su complejión" (p.131). Dentro de los síntomas del trastorno de la alimentación, el que concierne al cuerpo ha sido desde sus comienzos hasta el presente uno de los cuales sigue presente según el DSM V, al momento de la realización del diagnóstico del trastorno.

Una idea de Cooper & Fairburn (1993) leída en una publicación de Fernández & Turón (1998) "(...) los pacientes anoréxicos se quejarán comúnmente de sentirse gordos, en general o en partes de su cuerpo, a pesar de encontrarse en un estado caquéctico. Estas actitudes actúan, en muchos casos, como variables mantenedoras e incluso desencadenantes del trastorno" (p.14.15).

Este culto al cuerpo inevitablemente me conlleva a relacionarlo con el ideal de estos tiempos, y que inciden principalmente en las adolescentes, pero hay que destacar también que la anorexia era conocida en tiempos donde el ideal de belleza se regía por mujeres de otra contextura, entonces no podría pensar en factores socioculturales como único factor desencadenante del trastorno, sino que podría tratarse también de otra cosa. En la actualidad los valores se rigen por las apariencias y la imagen, la superficialidad es algo que la caracteriza

A menudo, los pacientes con trastornos de conducta alimentaria manifiestan que la gente los valora principalmente por su apariencia, y que otros atributos personales no significan mucho (Fairburn y Garner, 1988). La delgadez parece el único aspecto importante de su imagen. Los pacientes experimentan la delgadez como una sensación de pureza, de control, de ser distintas (Gordon, 1994). Si no están delgadas es que ellas son débiles, perezosas, antipáticas, repugnantes e incompetentes (Chinchilla, 1995, p.50).

Además de pensar que podría tratarse de una distorsión de la imagen corporal, es decir, que se ven gordas cuando están demacradas, ahora quiero hacer mención a la imagen, es decir, a cómo la persona se muestra lo cual está ligado a la sexualidad, a la identidad.

La imagen es un elemento esencial para la identificación sexual, en cuanto registro en el que se precisa y se dirige el deseo del otro, la expresión popular "verse" para significar "tener la menstruación" destaca claramente esta importancia de la imagen como soporte identificadorio (Poissonnier, 1998, p.254).

Autores relacionan a las chicas anoréxicas con modelos, actrices, azafatas, bailarinas, con personalidades narcisistas y obsesivas, donde podría ubicar a las de aspecto más perfeccionistas, seductoras, que exhiben su cuerpo y para las cuales la delgadez podría pensarse como una seguridad en un puesto de trabajo, para conseguir "un buen partido", es decir, donde la delgadez está al servicio del mercado. Mientras que paradójicamente,

contamos también con la imagen de la chica desalineada, que usa ropa más holgada, que a diferencia de las primeras, parecería no haber un interés en mostrar el cuerpo, en provocar deseo en el otro, sino que por el contrario se muestra de una forma pareciera no quererse y alejar al resto. Cabe destacar que muchas veces las adolescentes no pueden dar cuenta de su obstinación con la delgadez, nos dice Viñar (2009) que “(...) el cuerpo (...) se vuelve una realidad casi externa a la psiquis, una realidad que hay que explorar e interrogar y que, muchas veces, le resulta enigmática al propio sujeto” (p.25).

c) Lo influencia de lo sociocultural como promovedor de anorexia

En esta instancia de la monografía es conveniente ahondar en la relevancia del factor sociocultural en nuestro intento por comprender el fenómeno de la anorexia, donde también es imprescindible contextualizar a los adolescentes en un momento clave como el actual que produce modos de ser, pensar y sentir en torno a ideales de belleza que amenazan con la vida de muchas adolescentes vulnerables de nuestra sociedad.

Se atribuye a los factores sociales y culturales tales como los estereotipos propugnados de belleza un valor patogénico en la aparición de estos trastornos. Sin embargo, esto por sí mismo no parece explicar la etiología de los trastornos dado que todas las mujeres están expuestas a estas presiones culturales, y solo una minoría desarrolla una verdadera patología (Chinchilla, 1995, p.51.52).

Con dicha cita pretendo poner de manifiesto que parto de la idea de que los estereotipos dominantes ofrecidos por el mercado, es decir, que los modelos, ideales de belleza, podrían estar incidiendo en las adolescentes mediante el bombardeo constante de publicidades y dietas donde el cuerpo delgado representa triunfo, pero no por ello considero que lo sociocultural sea la condición para la consumación del trastorno, sino que podría ser un gran promovedor para aquellas personas cuyos valores se ven influenciados por estos ideales. Al decir de esto los siguientes autores plantean que

Estos trastornos son claramente de índole bio-psico-social (...) No podemos hablar de una causa en el origen del desarrollo de los trastornos, como tampoco podemos decir que todos los casos son iguales (si bien por vivir en una misma cultura y padecer problemas similares, las vidas de muchas de estas jóvenes terminan volviéndose parecidas) (Crispo, Figueroa, & Guelar, 1996, p.19.20).

La publicidad sobre las dietas y ejercicio desmesurado genera subjetividades en torno al ideal que hace énfasis en las mujeres y quizás sea que debido a ello la anorexia hoy prime más en el sexo femenino que en el masculino “las mujeres están sometidas a presiones como modas, silueta y se afirma que tal delgadez es tomarse muy en serio este rol, y un rechazo de él, ya que un cuerpo demacrado deja de ser un objeto sexual” (Duker & Slade,

1992, p.148). A diferencia de lo que otros autores plantean acerca de que el cuerpo demacrado podría representar un rechazo al rol femenino, estos autores plantean que la delgadez significaría tomarse muy en serio dicho rol. Estas ideas contrapuestas, me conducen a pensar que habrá que pensar la anorexia desde diversos ángulos, partiendo de la base de que puede darse en personalidades depresivas, o narcisistas, y según la singularidad adquirirá una u otra característica. Por lo tanto, las publicidades en torno al cuerpo repercutirán o no dependiendo de la personalidad, quiero decir, no es lo mismo no comer como consecuencia del abuso sexual, a no comer debido a que se trata de una modelo. En este tipo de personalidades más relacionadas con trastornos obsesivos o narcisistas podría pensarse que el factor publicidad tenga su peso.

Existen revistas de moda y salud que animan a las personas a mejorar sometiéndose a dietas o ayuno, adelgazando o realizando cada vez más ejercicio (...) Las personas que por dieta, ejercicios o ambas cosas pasan a ser anoréxicas o bulímicas, casi siempre han tenido dificultades para alcanzar cierto sentido de quiénes son, y también piensan que deberían tener un objetivo en la vida a través de su propio esfuerzo y autodisciplina (Duker & Slade, 1992, p.57.58).

Partiendo de la hipótesis de que para muchas adolescentes el cuerpo y el cuidado obsesivo del mismo les podría garantizar un puesto de trabajo, aceptación, se podría pensar como el cuerpo como representando la competencia y que esta valoración del mismo podría ser causante del trastorno de la alimentación, dado que la ecuación de estas chicas es la siguiente: “si cuido mi cuerpo no engordando, entonces me siento más segura”. Cuerpo delgado como seguridad necesaria cuyo significante sería el de poseer ciertas aptitudes que las posicionan ante los demás como personas eficientes.

Uno de los principales valores sociales reside en la idea de asumir responsabilidades personales y tener algún objetivo en la vida. Y tampoco es un secreto que el control alimentario y corporal es una estrategia muy aceptable para alcanzar estos fines (Duker & Slade, 1992, p.56).

Además, cabe destacar, que “(...) la emancipación de la mujer parece ser el hecho societario más importante del siglo XIX (igualdad de derechos y oportunidades (...))” (Viñar, 2009, p.42). Lo que Viñar plantea me permite relacionar cómo a través de la historia en nuestra cultura, la mujer ha luchado por la igualdad, donde hoy en día es normal que las mujeres trabajen, y me pregunto si para muchas el cuerpo delgado se podría vincular con ciertas presiones sociales a fin de lograr una igualdad de derechos y oportunidades como señala el autor. Autores describen a las chicas con anorexia como autosuficientes, característica que de alguna forma se relaciona con las representaciones que tiene la sociedad sobre el modelo hegemónico de masculinidad y los mandatos de género, es a partir de esto que pienso que el trabajo en exceso podría tener que ver con “estar preparadas”, con la competencia entre hombres y mujeres.

Otro pensamiento que corresponde aquí señalar es lo que refiere a la vida social, familiar y sentimental de estas adolescentes como consecuencia de la anorexia, dado que autores plantean que estas personas poco a poco se van alejando de los demás, y cabe cuestionarse si dicha actitud se debe propiamente a la restricción alimentaria, o si se trataría de una carencia a momento de sociabilizar, o de una rebeldía propia de la etapa de la adolescencia. Duker & Slade (1992) al respecto nos dicen que

Al sentirse apartada, se refuerza su convicción de que en el control de comida posee algo único y especial que a su vez puede justificar el alejarse de la compañía de sus semejantes. Por lo tanto, el mayor aislamiento que así se crea facilita que restablezca su patrón de restricción alimentaria sin que otros infieran en sus regímenes o los critiquen (p.131).

En contrapartida a esto, los planteos de Stonehill & Crisp (1977) leídos en una publicación de Chinchilla (1995) denotan que

(...) en cuanto el foco fóbico de la paciente está sobre su peso la fobia social no es manifiesta; pero una vez que abandona la “evitación psicológica de la adolescencia” y se enfrenta al incremento de las demandas sociales, la ansiedad y la fobia social hacen su aparición (p.42).

En nuestra cultura según muchos psicoanalistas, los pasajes al acto son cada vez más evidentes, donde términos como trastornos de la alimentación, adicciones, ataques de pánico, autoagresiones, están en boca de muchos en la actualidad, afectando la esfera de lo social que podrían dar cuenta de dificultades de adaptación de muchos adolescentes. Viñar (2009) establece que

(...) en los jóvenes de hoy llamamos cultura de la urgencia y cultura de lo ilimitado, con pasajes al acto (agresiones sociopáticas) o pasajes al cuerpo (adicciones, trastornos alimentarios), cuadros que expresan o traducen la crisis de una relación armónica entre el sujeto y su mundo, hechos en que lo íntimo y lo colectivo se acompañan (p.53).

d) La relación materna y familiar

Es oportuno hacer énfasis sobre las familias de las adolescentes con anorexia, considerando que éstas podrían propiciar o no al padecimiento. Muchos son los aportes al respecto que distintos profesionales han realizado en su finalidad por encausar el trastorno de alimentación.

En los años cincuenta, el interés de los psicoanalistas se desplaza del síntoma hacia el papel de la madre y de las primeras interacciones madre-hijo (...) la no superación de la ambivalencia pregenital (ligada a una separación de la madre) hace que esta ambivalencia imprima su marca sobre cualquier relación posterior (Raimbault & Eliacheff, 1991, p.36).

La hipótesis fundada en la relación madre hijo me parece de suma importancia y coherente si se observa en la pubertad este vínculo con la madre, haciéndose evidente a su vez la teoría de que las chicas con anorexia no quieren crecer, y que en esta etapa de la vida se ven confrontadas a situaciones que darían cuenta de un no poder o de un no querer enfrentarlas, manifestadas mediante la regresión, es decir, con la huelga de hambre y por consiguiente las tratan como bebés. En contrapartida, Carbajal (2000) plantea a la anorexia como una rebeldía

El sentimiento de identidad se definió por vía de lo negativo: no ser más el niño o niña sumisa, sometida a los deseos de los padres, manifestar por su comportamiento una rebeldía que no puede ser verbalizada por el pánico a la destructividad. Ser la anoréxica, la bulímica, el adicto como una forma de buscar su identidad. De romper con la dependencia, pero paradójicamente es una manera de seguir siendo el bebé de mamá (Carbajal, 2000, p.43.44).

Singer (s.f) plantea la anorexia como mecanismo de defensa

(...) adentro-afuera, donde el yo se protege de angustias primitivas y de una relación al otro amenazadora. La anorexia a veces es una suspensión vital para proteger un espacio interno de exigencias externas avasalladoras, de un orden materno, pero que también se extiende a lo social (...) defensa contra el miedo a ser invadido por el objeto amenazador, o un exterior persecutorio (p.12).

Pensando en aquellas familias que demandan y exigen a sus hijos, es que podría plantear que la anorexia podría ser síntoma de estas presiones del entorno y que se podrían estar manifestando mediante la inanición.

(...) en el deseo de los padres (...) la anoréxica, a menudo sólo percibe de los suyos la ausencia de compromiso con un mundo vivo y el formalismo del deseo que expresan hacia ella (...) el Otro (esencialmente la madre) es el lugar de la Palabra, de lo simbólico, el lugar que ocupa el significante (Raimbault & Eliacheff, 1991, p.85).

Los distintos planteamientos antes mencionados me conducen a proponer otra paradoja: "las chicas con anorexia no quieren crecer y es mediante la regresión oral que darían cuenta de no asumir responsabilidades, siendo las madres o las familias las que promueven dicha regresión". La paradoja o el opuesto de este supuesto sería el siguiente: "las adolescentes con anorexia mediante el no comer podrían dar a entender que el ambiente les exige mucho, y por eso son las mejores y más responsables en el liceo y en el trabajo". Vemos que por un lado podría entenderse como un "capricho" y llamado de atención, mientras que por otro lado abundan aportes de que estas personas son más avanzadas que el resto a su edad. "En las familias de las enfermas se cultivan el ejercicio y los deportes como adecuadas maneras de sobresalir. La anoréxica puede sentir que sólo por sus buenas calificaciones deportivas puede ser apreciada por su padre" (Duker & Slade, 1992, p.156). Una idea de Hilde Bruch (1978) leída en una publicación de Selvini, Cirillo, & Sorrentino

(1999) afirmaba que “(...) la total inconsciencia de los padres de haber ejercitado un control obsesivo sobre su hija y su incapacidad de interrumpirlo fuera parte de los modelos en curso que sostienen la enfermedad” (p.24). Otros autores han constatado “(...) cómo el sufrimiento de la chica anoréxica está alimentado por la rabia y la impaciencia de los padres hacia sus síntomas” (p.58).

La huelga de hambre constituye el último medio de protesta y de acción de que dispone un individuo: atestigua la intensidad de sus motivaciones y su sinceridad, y constituye un medio de acción sobre la culpabilidad de otros, de los que tienen el poder de intervenir y tienen una parte de responsabilidad moral en lo que llega a ocurrirle al sujeto (Brusset, 1985, p.36).

En lo que refiere al rol masculino, Poissonnier (1998) nos dice que para estas muchachas ser una mujer implica

(...) “volverse como su madre”, lo que moviliza todos sus rechazos: para afirmarse diferente de ésta, altera su imagen y la neutraliza. Desinvieste su cuerpo en cuanto femenino y eventualmente materno, al mismo tiempo que se invierte masivamente en actividades abstractas, intelectuales, no carnales e incluso desencarnadas (p.252.253).

Esta hipótesis señalaría que el cuerpo descarnado podría ser un síntoma que daría cuenta de la relación con la madre, de querer diferenciarse de ésta, de no aceptar su comida, de decirle que no, madre que no le da lugar de expresar sus deseos. Mientras que otras hipótesis señalarían lo contrario, que no hay ningún tipo de rebeldía y que no quiere crecer para permanecer con la madre.

Mc Dougall plantea que “detrás de toda organización adictiva, encontramos la madre arcaica, la madre-droga, aquella que no puede ser interiorizada de manera estable en el mundo interno del niño (...) tampoco el padre está presente. Entonces vemos que cuando faltan las representaciones parentales aseguradoras con las cuales identificarse en los momentos de desborde afectivo se busca en el mundo externo la solución a esa falta (...) (Carbajal, 2000, p.44).

e) La sexualidad

Chinchilla (1995) establece que “(...) en el caso de la anorexia nerviosa, se ha sugerido que el deseo de la delgadez cuando los pacientes estarían cambiando físicamente se debe al temor de la aparición de la sexualidad” (p.52). Dicha afirmación me conlleva a pensar en una posible incapacidad o dificultad de la persona, débase o no al periodo de la adolescencia, para llevar a cabo la genitalidad y que mediante la inanición “(...) la sintomatología manifiesta un desplazamiento de la sexualidad, en un principio reprimida – la amenorrea es clásicamente su primer síntoma-, hacia la oralidad, secundariamente inhibida”

(Poissonnier, 1998, p.255). Según los siguientes autores, la adolescente se encontraría así en un estado preadolescente que me conduce a pensar podríamos encontrarnos con posibles regresiones

(...) la adolescente ante la necesidad de establecer un sentido de sí misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición porque embota su interés sexual. Como ya no existen deseos de establecer una relación sexual, se elimina un componente esencial de esta crisis de identidad. En el aspecto endocrino se encuentra un estado preadolescente (Duker & Slade, 1992, p.51).

Nos encontraríamos con un deseo afectado en todas sus dimensiones, un no deseo de relacionarse con otros, un no deseo sexual estrechamente ligado a un deseo de no comer, un no deseo o apetito de vida. "(...) la anoréxica, precisamente por su rechazo a satisfacer las necesidades fisiológicas del cuerpo, da cuenta del vacío, de la ausencia de una categoría esencial para el ser humano, que no es otra que la del deseo" (Raimbault & Eliacheff, 1991, p.10). Podría vincular esto con lo que autores como Abadi (s.f) plantean acerca de las adicciones, en su estrecha relación con el vínculo materno

Existe en la primera infancia un desencuentro con la persona de la madre. Esta tuvo modalidades de dejar en su lugar objetos (cosas inanimadas) incapaces de transmitir afecto, y sólo utilizables para consolarse durante su ausencia (...) el sujeto, al no poder construir un buen objeto interno, necesitará siempre de un objeto concreto para calmar su ansiedad. La adicción será entonces consecuencia de una falla en la relación de objeto (...) (p.3)

Podría pensarse a la anorexia, desde esta idea, como la forma sustituta a la que la adolescente encuentra para calmar su ansiedad, pudiendo ser desde una adicción a una droga, a las compras, al amor, a la comida.

Brusset (1985) nos aporta con su pensamiento acerca de que

(...) un predominio significativo entre las adolescentes inclina a pensar que comporta un repudio de la condición femenina (...) su apariencia demacrada estaría vinculada al repudio de la sexualidad en su expresión corporal (...) de las formas femeninas en tanto que éstas son objeto de deseo para otros (...) no se trataría de negar la pertenencia al propio sexo (...) sino de la búsqueda de una feminidad diferente a través de una estética más refinada y espiritualizada (p.38).

Este autor, a diferencia de la idea predominante de muchos acerca de la masculinidad de estas adolescentes, nos dice que no se debería su aspecto a un rechazo de su sexo sino que habría una búsqueda de un estilo que no es el convencional. Duker & Slade, (1992) en relación al rol masculino nos dicen que la chica con anorexia "está convencida de que debe ser fuerte, independiente, controlada emocionalmente, característica del rol masculino" (...) (p.177). Encuentro aquí una paradoja: por un lado se produce una desexualización

paulatina, pero que se contradice con los mandatos hegemónicos de la masculinidad que asocia el ser masculino a una hiperactividad sexual.

Reflexiones Finales

En esta instancia final de la monografía quiero empezar citando a Freud (1930) quien señala "(...) tres fuentes de sufrimiento humano: el propio cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con otros seres humanos" (Zuckerfeld, 1999, p.85). Evidentemente, más allá de que las consultantes con anorexia no reconozcan tener un problema, según Freud y pensando en éstas fuentes de sufrimiento en la anorexia, podría afirmar que en estas adolescentes nos encontramos con que estos tres puntos se verían altamente comprometidos. Por un lado, el cuerpo, deteriorado, con una imagen desproporcionada de sí; además, los problemas con el mundo exterior y las relaciones interpersonales según muchos autores se ven perjudicadas, ya sea debido al aislamiento y retraimiento social y emocional, hasta en algunos casos por querer "controlar" al resto como lo hacen en cada una de sus dietas. Considero asimismo, que como psicólogos ante estos casos en más de una ocasión puede resultar frustrante en nuestro intento por ayudarlas ya que pocas parecerían solicitar ayuda cuando son en ocasiones terceros o familiares quienes realizan la demanda. Muchos autores han hablado acerca de que muchas veces las familias de las adolescentes no se involucrarían de manera tal en la problemática, lo que podría contribuir de alguna forma a que el síntoma o trastorno perdure. Nos encontramos con que

(...) los testigos se encuentran prendidos en un mensaje paradójico (...) por una parte, asegura encontrarse muy bien, estar delgada (...) y se finge normal y activa; por otra parte, al nivel de la comunicación no verbal (...) ostenta un estado mórbido que consiste en su destrucción y que parece comportar el riesgo de la muerte a corto plazo. A través de su aspecto, parece decir: "ayudadme", en tanto que por otro lado dice: "no os permitiré que me ayudéis" (Brusset, 1985, p.37).

En un primer encuentro psicólogo y consultante creo que nos encontraríamos desde la imagen y el discurso con esta primer paradoja: ellas por un lado dicen estar bien, que todo está "bajo control" mientras que el cuerpo demacrado exclamaría auxilio. Los psicólogos clínicos debemos preguntarnos hasta qué punto podemos acceder al inconsciente de una consultante ¿Es posible acceder a este? ¿Con que herramientas? ¿Hasta dónde esto es válido? ¿Dónde está el límite y quién lo determina? Por ello me pregunto hasta dónde puede un psicoanalista acceder en su búsqueda por conocer lo incognoscible, entendiendo que el inconsciente nos podría llegar a limitar al momento de acceder a él, donde la teoría tiene también sus limitaciones dado que cada caso es singular, donde tal vez podríamos encontrar tantas teorías como casos. Y es en este sentido relacionándolo al caso, que lo que nos interesa es el sufrimiento de cada sujeto en particular ya que para cada uno se le puede otorgar un sentido y una carga emocional distinta a cada padecer. Eso hará no omitir los universales pero sí darle cabida a lo singular, ya que pienso que hay un marco teórico

explicativo para cada sujeto particular. Por consiguiente, concluyo que no hay un solo tipo de familia de la adolescente con anorexia, ni un tipo de madre, ya muchas veces en mi intento por paradojizar teorías, al hacer dialogar autores oponiendo una afirmación con otra me encontré con que hay diversas madres, diversas adolescencias, y en definitiva, distintas anorexias.

Con esta idea quiero poner de manifiesto que como psicólogos debemos, ante los casos, reconocer los puntos ciegos como psicólogos para dejarle siempre un espacio al beneficio de la duda porque es a partir de ésta, que podemos estar abiertos a las nuevas teorizaciones y a nuevos conocimientos. Para argumentar lo mencionado, debemos tener presente que *“estamos rodeados de enigmas, y lo poco que comprendemos racionalmente es meramente la excepción en un mundo enigmático”*. *“El arte presenta un enigma, pero la resolución del enigma es otro enigma”* (Fariña & Solbakk, s.f, p.39).

Dicho esto, nuestra tarea debería ser la de investigadores en el campo de la clínica, dado que siempre nos encontraremos con enigmas, porque si al momento de pensar un caso pensamos desde las teorías ya establecidas y entonces no problematizamos, repetiremos así y observaremos al consultante con ideas preestablecidas sin dar lugar a lo nuevo. Uno de los métodos que creí oportuno para trabajar con esta compleja temática fue mediante la paradoja debido a que

Hoy sabemos que todos los conceptos y teorías utilizados para describir la realidad tienen sus límites (...) nuestra época se caracteriza por una diversificación creciente de conocimientos, técnicas y modalidades de pensamiento. Pero ningún corpus de conocimiento puede arrogarse la comprensión exhaustiva del objeto (Bonsignore et al. 1996, p.18).

Los trastornos de la alimentación podrían ubicarse dentro de los estados límites a los que hace mención Singer, donde nos encontraríamos con enigmas o limitaciones al momento de explicar el porqué de los síntomas, y donde aferrarse a las teorías psicoanalíticas sobre el tema corre sus riesgos si no logramos re pensar, con esto no quiero decir que deberíamos descartar dichas teorías sino que deberíamos pensar desde ellas como punto de partida porque

El psicoanálisis contemporáneo se ve confrontado a una sociedad muy distinta a la victoriana de Freud: problemáticas sociales concepción de la sexualidad, constitución de la familia y la relación padres hijos (...) hay que partir del inicio y poder dar cuenta de los movimientos en la estructura de la misma y sus cambios de sentido (Singer, 2013, p.1).

También es importante no patologizar, es decir, no encausar como enfermedad o patología lo que podría ser un síntoma o una crisis propia de la adolescencia que se manifiesta por no comer

(...) nuestra práctica psicoanalítica con sujetos afectados de los así llamados trastornos alimentarios (anorexia-bulimia), consiste en considerar estos trastornos no como enfermedades del apetito –patologías de la alimentación-, sino principalmente como posiciones subjetivas. Hipótesis tan elemental cuanto crucial al orientar la dirección de la cura no hacia una normalización de la función orgánica alterada – aquella precisamente del apetito- sino hacia la escucha de la palabra del sujeto (...) (Recalcati, 2004, p.37).

En suma, dada la complejidad de la anorexia creo que ésta requiere de un abordaje interdisciplinario donde nuestra tarea haga foco en la relación de la adolescente con la comida y con su relación su cuerpo.

Referencias Bibliográficas

- Abadí, S. (s.f). *El origen temprano de las patologías adictivas*.
- ALUBA. Entrevista con la fundadora Mabel Bello. Disponible en <http://www.montevideo.com.uy/auc.aspx?184250>
- Amorín, D. (2010). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Cuadernos de Psicología Evolutiva, Tomo 1. Uruguay: Psicolibros.
- Amorín, D. (2011). *Introducción a los métodos y técnicas para la investigación en Psicología Evolutiva*. Cuadernos de Psicología Evolutiva 2. Segunda edición. Uruguay: Psicolibros.
- Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel (2014) Informe de estado de la población mundial, UNFPA. Disponible en http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/116_file1.pdf
- Bermejo, B., Saul, L., & Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mía dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Acción psicológica*, vol.8, nro 1, 71.84. ISSN: 1578.908X.
- Bonsignore, A; Contreras, M; Fahrner, M; Cohen, G; Steinberg, O; Saslavski, L (...) & Quintana, I (1996). *Anorexia y Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Prácticas interdisciplinarias. Argentina: Atuel.
- Brusset, B. (1996). Anorexia mental y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis APdeBA-Vol.XVIII-nro.2*.
- Brusset, B. (1985). *La anorexia: Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente*. Nueva Paideia, Biblioteca práctica de pedagogía, psicología y psicopatología de la infancia. Capítulo 1 y 2. Barcelona, Madrid, Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Lima, México, Quito, Santiago de Chile: Planeta.
- Carbajal, F. (2000). Conductas adictivas. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. Tomo V. Número 4/39. Uruguay.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. España: Masson, S.A.

- Crispo, E., Figueroa, E., & Guelar, F (1996). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. "Un mapa para recorrer un territorio trastornado"*. España: Gedisa.
- DSM-V (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición. Asociación de psiquiatría y psicopatología de la infancia y adolescencia A.P.P.I.A. Editorial Panamericana.
- Duker, M., & Slade, R. (1992). *Anorexia Nerviosa y Bulimia: Un Tratamiento Integrado*. México: Limusa.
- Fariña, J., & Solbakk, J. (s.f.). Bioética: El cine como moderno teatro griego.
- Fernández, F., & Turón, V. (1998). *Trastornos de la Alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. España: Masson, S.A,
- Fleischer, D (2003). Placer, goce y deseo en las toxicomanías. Disponible en http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=524
- Green, A. (1991). *Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante*. Argentina: Amorrortu.
- Hekier, M., & Miller, C. (1994). *Anorexia-bulimia: Deseo de nada*. Argentina: Paidós.
- Jiménez, J., & Carrillo, M. (2012). Estudio del recuerdo "Top of Mind" de publicidad en población enferma de trastornos de la conducta alimentaria y población sana. *Comunicacao e Sociedade*, número especial.
- Klein, A. (2002). *Imágenes Psicoanalíticas y sociales del adolescente: Condiciones de surgimiento de la adolescencia en la modernidad y el disciplinamiento adolescente en la posmodernidad*. Uruguay: Psicolibros.
- Maganto, C., & Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: Aspectos conceptuales. Artículo de Clínica y Salud, vol 10, nro 3, pgs.257-330. Departamento de personalidad. Evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de psicología, Universidad del País Vasco.
- Monzón, I. (1998). Abuso sexual contra menores: Violencia de la desmentida. Disponible en http://www.isabelmonzon.com.ar/abusexualmenores.htm#_ftn1
- Nasio, J. (s.f). ¿Qué es un caso?
- Organización Mundial de la salud (2015). Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Poissonnier, D. (1998). *La pulsión de muerte: De Freud a Lacan*. Argentina: Nueva Visión.

- Raimbault, G., & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables: Figuras de la anorexia*. Argentina: Nueva Vision.
- Rassial, J. (1999). *El pasaje adolescente: De la familia al vínculo social*. España: Del Serbal.
- Recalcati, M. (2004). *La última cena: Anorexia y bulimia*. Argentina: Del Cifrado.
- Russo, A. (s.f.). La escisión “alma cuerpo” en perspectiva histórica.
- Sales, L. (2009). Verwerfung und Verleugnung, o el más allá de la represión en Freud.
- Selvini, M., Cirillo, S., & Sorrentino, A. (1999). *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas*. España: Paidós.
- Singer, F. (s.f.). De la clínica de los estados límites a una clínica contemporánea de los “casos difíciles”.
- Singer, F. (2002). La teoría y su objeto: Psicoanálisis fundamental.
- Singer, F. (2013). Textos Freudianos que dan apoyatura para pensar la clínica de los estados límites. Seminario “Introducción a la clínica de los estados límites”.
- Várela, (s.f.). Las formaciones ideales en la anorexia nerviosa. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación psicoanalítica del Uruguay*.
- Viñar, M. (2004). *Pensar la adolescencia*. Uruguay: Trilce.
- Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizado*. Uruguay: Trilce.
- Zukerfeld, R. (2005). *Procesos Terciarios: De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Argentina: Lugar.
- Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Argentina: Lugar.