

Montevideo, 30 de julio del 2015



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“PERSONALIDAD. FAMILIA Y CULTURA: FACTORES INCIDENTES EN LA ANOREXIA”

ESTUDIANTE:

NATALIA SILVEIRA GARCÍA

4.877.211-6

TUTOR:

NANCY LOPEZ BANGO

ÍNDICE:

Resumen.....	2
Anorexia: construcción del concepto.....	3-7
Influencias sociales y culturales.....	8-12
El rol familiar.....	13-22
Personalidades vulnerables.....	23-30
Conclusiones.....	31-34
Bibliografía.....	35-36

RESUMEN

En el presente trabajo se intentará dar cuenta de la importancia de los aspectos psicológicos en los trastornos alimentarios, principalmente en la anorexia, y la influencia que estos poseen en su etiología. Se profundizará en tres ejes: 1. la influencia social y cultural, teniendo en cuenta los valores, normas e ideales que promueve, condicionando la cotidianidad de los individuos inmersos en una determinada sociedad. 2. La importancia del entorno familiar, con sus diferentes roles, maneras de vincularse, y aspectos nocivos presentes en el mismo que contribuyen al desarrollo del trastorno. 3. La identificación de algunas características de la personalidad de la adolescente antes de la aparición del trastorno, las cuales aumentan su vulnerabilidad al impacto de los dos factores anteriores, así como también al desarrollo de conductas perjudiciales para su salud.

Para esto se va a hacer foco en la anorexia presente en mujeres, principalmente durante la adolescencia, siendo esta la población a la que afecta predominantemente este tipo de patología. Debido al lugar social que se le otorga a la mujer con el cambio de roles correspondiente a los últimos años, y las transformaciones tanto corporales como psíquicas que implica la adolescencia. Dichos cambios generan un fuerte desequilibrio, en una etapa de grandes dificultades, donde la propia identidad se encuentra aún en construcción.

ANOREXIA: CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO.

Para comenzar resulta necesario hacer un pequeño recorrido histórico acerca de las diferentes concepciones que se han hecho sobre la anorexia, y cómo han ido evolucionando hasta llegar a las utilizadas en la actualidad.

Si bien la anorexia se encuentra fuertemente ligada a la práctica del ayuno, es preciso mencionar que a lo largo de la historia, el rechazo a ingerir alimentos ha tenido diferentes connotaciones, dependiendo del momento histórico y la cultura predominante de la época. Por ejemplo, en la antigüedad se creía que el no comer permitía la comunicación con los dioses formando parte de la práctica religiosa. En el Antiguo Testamento se pueden encontrar relatos sobre ayunos de 40 días que eran clásicos de la época. Si bien el ayuno podía ser considerado una práctica normal en algunas sociedades, entre los años 98 y 138 surge la primera descripción conocida de trastornos de la alimentación, cuando el médico griego Sorano de Efeso describe la amenorrea y la anorexia. (Caparrós N. y Sanfeliu I., 2004)

Avicena, un médico y filósofo, en el siglo XI, fue el primero en relacionarse con un caso de anorexia, al atender a un joven príncipe que se encontraba en un contexto depresivo y se negaba a comer. Luego, en 1764, Robert Whytt, profesor de medicina de Edimburgo, fue uno de los primeros en interesarse en los trastornos de alimentación. Publicó un tratado donde presenta el caso de un joven de 14 años que había padecido de anorexia seguido de una fase bulímica. (Guillemot A. y Lavenaire M., 1994)

Guillemot A. y Lavenaire M. (1994) citan a R. Morton quien en el año 1689 hace referencia a los trastornos de alimentación bajo el nombre de “consunción nerviosa”. Aunque no incluye en gran medida los factores psíquicos, define la “atrofia o tisis nerviosa” que luego se convertirá en el primer exponente clínico de la anorexia. Describe este cuadro como: consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, con presencia de pérdida del apetito y dificultades en la digestión, provocando languidez corporal y un adelgazamiento que va en aumento con el paso del tiempo. Uno de sus primeros casos fue el de una joven de veinte años, que ayunaba desde hacía dos años y presentaba un estado de caquexia avanzado. Ella aseguraba haber perdido el apetito y sentirse en buen estado físico. Tanto la negación de la enfermedad como la edad de comienzo de la misma, son características que se mantienen en la actualidad

También la anorexia fue relacionada con otros trastornos; en 1789 Naudeau la relaciona por primera vez con la histeria, y otros autores como J. Christian Heinroth (1773-1843) la vinculan con la melancolía. (Caparrós N. y otros, 2004)

Como podemos ver el concepto de anorexia se trabaja desde hace cientos de años, pero es en el siglo XIX que se generan las bases de las concepciones actuales.

En 1840 Fleury Imbert hizo una distinción entre anorexia gástrica y anorexia nerviosa en su obra "Traité theorique et pratiques des maladies des femmes", ubicándola en el apartado de las "neurosis del estómago". La anorexia gástrica surge como consecuencia de la presencia de una alteración en el estómago, mientras que la nerviosa se deriva de un trastorno cerebral. (Caparrós N. y otros, 2004)

Según Caparrós N. y otros (2004) el internista inglés Sir Withney Gull, fue uno de los primeros en describir la sintomatología típica de dicho trastorno, en el año 1873, bajo la denominación de "anorexia nervosa". Las características que describió como principales de este trastorno son las siguientes: anorexia, caquexia, amenorrea, constipación, bradicardia, hipotermia y gran actividad motora. Afirmaba que se trataba de una enfermedad psicógena.

Laségue (1873) comenzó a observar trastornos en la conducta alimentaria en jóvenes con histeria, por lo cual le otorga el nombre de "anorexia histérica". Respecto a su etiología, expresó que las causas pueden ser variadas, admitiendo como posible disparador emociones que surgen de algún conflicto real o imaginario. En un principio, la joven experimentaba malestar después de las comidas: dolores de estómago, angustia; estas sensaciones no generaban aún una gran incomodidad, por lo cual tanto la familia como ella misma no le daban importancia. Luego de repetirse ese malestar por unos días, la paciente empezaba a reducir la cantidad de alimentos que ingería, evitaba algunas comidas, rechazaba algunos alimentos, con el fin de evitar dichas sensaciones. Estas conductas persistían durante semanas, hasta que la paciente llegaba a comer lo que correspondía para un niño pequeño, pese a los esfuerzos médicos y de su familia. Lejos de sentirse débil, la joven manifestaba un gran bienestar y presentaba una mayor actividad. Todo su entorno comenzaba a preocuparse, pero cuanto mayor era la insistencia en la ingesta de alimentos, mayor era la resistencia. Ella manifestaba sentirse bien, no haber adelgazado, y lo beneficiosa que le resultaba su nueva alimentación. Por último, la resistencia que el organismo tenía comenzaba a ceder, generando malestar, debilidad y apareciendo así síntomas físicos.

Resaltaba como características importantes de dicho trastorno, la ausencia de conciencia de enfermedad, la falta de deseos de curación y la existencia de un tipo particular de relación entre la enferma y su familia. La tríada anorexia, amenorrea y adelgazamiento, propuesta por él, ha impulsado y servido de punto descriptivo de investigaciones posteriores. (Caparrós N. y otros, 2004)

Caparrós N. y otros (2004) resaltan la importancia de los aportes de Freud quien en el año 1895 hacía referencia a la anorexia mediante las neurosis de las jóvenes de la época, que rechazaban la sexualidad a través de la misma, relacionándola también con la melancolía. En estudios sobre la histeria se expone el caso de Emmy Von N. quien no se alimentaba porque decía sufrir del estómago. En la época este caso no se trató como una anorexia, aunque presentaba varios síntomas que hoy en día caracterizan a dicho trastorno, y Freud logró vincular el rechazo hacia la comida con experiencias traumáticas de su infancia. Se debe mencionar que aún años después varios autores dudan de que fuera un caso de anorexia, esto varía según los diferentes puntos de vista.

En 1943 Eissler toma en cuenta los factores psíquicos y observa en estas neurosis una particular dependencia con la madre, lo cual generaría una inhibición en el desarrollo yoico. También sugiere señalar diferentes grados de anorexia. (Citado en Caparrós N. y otros, 2004)

Es recién en el año 1980 que Sollier incita a la separación entre anorexia e histeria, este describe una “anorexia primitiva” y una “anorexia secundaria”. La primera tenía su base en una idea fija, como por ejemplo la de adelgazar. La secundaria era la que aparecía durante los cuadros de histeria. (Citado en Caparrós N. y otros, 2004)

Luego de haber hecho este breve recorrido a través de las diferentes consideraciones respecto a la anorexia, resulta pertinente mencionar los síntomas que caracterizan actualmente dicho trastorno, teniendo en cuenta que existen diversas descripciones del cuadro clínico correspondiente.

Uno de los criterios diagnósticos más conocidos es el del CIE-10 (2004), respecto a la anorexia, el mismo determina que deben estar presentes las siguientes alteraciones en su totalidad. Estas son:

- Pérdida significativa de peso (peso corporal al menos un 15% por debajo del esperado por la edad y la altura).
- La pérdida de peso es provocada por quien padece el trastorno mediante la evitación de ingesta de alimentos que engordan.
- Distorsión de la imagen corporal persistente, acompañada de pavor ante la gordura o flacidez.

□ Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisariogonadal, el cual se manifiesta en la mujer a través de la amenorrea y en el hombre como pérdida del interés y la potencia sexual.

Las siguientes características, si bien no son esenciales, apoyan el diagnóstico: 1. Vómitos auto-provocados, 2. Purgas intestinales auto-provocadas, 3. Actividad física excesiva y 4. Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. En los casos donde el inicio del trastorno es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones correspondientes a la misma o incluso se detienen.

Otro criterio muy utilizado es el del DSM V (2013), ya que es el más actual y describe a la anorexia nerviosa de la siguiente manera:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (es decir, inferior al mínimo normal o esperado) con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso.

C. Alteración en la forma en que la persona percibe su propio peso o constitución, junto con la falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso actual.

La divide en 2 tipos:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, y la pérdida de peso se debe sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Se considera que está en remisión parcial si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios mencionados, el criterio A no se ha cumplido por un período continuado pero todavía se cumple el criterio B o el criterio C. Si luego de haberse cumplido todos los criterios con anterioridad, estos cesan durante un período continuado se considera que el trastorno está en remisión total.

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal, en niños y adolescentes en el percentil de dicho índice.

Como se puede notar, en los criterios antes expuestos, se le da mayor importancia a los síntomas físicos y no a lo que subyace a los mismos; es decir, qué

ocurre con la vida psíquica de esa persona, cómo esta se ve afectada o qué características tiene que la hicieron más vulnerable a este trastorno. Otra carencia importante es no tomar en cuenta el entorno familiar, los vínculos dentro del mismo, las problemáticas que pueda presentar. Si se quiere conocer la historia de vida de un individuo es necesario acercarnos al contexto en el que se encuentra y a sus relaciones más próximas. Tampoco se menciona el entorno social y cultural, lo cual ejerce una fuerte influencia principalmente en la actualidad, donde se publicita constantemente una imagen idealizada caracterizada por ser extremadamente delgada y de proporciones muy pequeñas. Al no tener en cuenta todos estos aspectos no se está considerando al individuo en su totalidad. Al decir de Amorin y Nigro (2013) se toma únicamente al “sujeto biológico” que está compuesto por el nivel anátomo-fisiológico básico. Es importante no dejar de lado al “sujeto psicológico”, que dicho autor divide en tres aspectos subjetivos: 1. “Sujeto cognoscente” que posee los instrumentos de aprehensión y relación cognitiva con el mundo, y se encarga de dos importantes procesos, la asimilación y la acomodación. 2. El “sujeto de deseo o sujeto del inconsciente” que surge del proceso de sexuación, el cual depende del desarrollo afectivo-sexual, y su dinámica está producida por el interjuego entre deseo y todo aquello que inhiba o imposibilite su satisfacción. 3. El “sujeto neuro-psicológico” que está determinado por las funciones psicológicas superiores, su dinámica comprende la relación entre neuroanatomofisiología y estímulos ambientales. Este último juega un papel importante en los trastornos de alimentación ya que es en este nivel que se inscribe el esquema corporal.

Por todo lo mencionado en los últimos párrafos, es que resulta relevante profundizar en tres aspectos respecto a los trastornos de la alimentación: las particularidades del funcionamiento psíquico de las personas con estos trastornos, la influencia del entorno familiar y los vínculos dentro del mismo que podrían favorecer en su génesis y su persistencia, y el peso de lo histórico, social y cultural.

INFLUENCIAS SOCIALES Y CULTURALES

Todos los sujetos nacen en un momento histórico determinado, con su propia cultura y una sociedad característica; por esto, si se pretende conocer la historia de vida de ese individuo, deben conocerse también los valores morales, las normas y los ideales que predominan en la sociedad en la que está inmerso. Esto se debe a que durante su crecimiento el sujeto interioriza dichos valores instalados en la sociedad, los cuales determinan su forma de pensar, actuar y de relacionarse con los otros. Es importante tener en cuenta al sujeto como “sujeto sujetado”, es decir, sujetado a la ideología dominante mediante el proceso de socialización, de manera que va a tender a reproducir los estándares y modelos estereotipados y asimilados cotidianamente. (Amorin D. y Nigro S, 2013)

Guillemot, A. y otros (1994) exponen los cambios que ha tenido el ideal estético femenino a través de los años, demostrando que no siempre la belleza estuvo determinada por la delgadez extrema como en la actualidad, esto ha ido variando dependiendo del momento histórico y la cultura dominante de la época. La Venus de Willendorf fue la representación de la silueta femenina más antigua de la cual se tiene conocimiento, se ubica aproximadamente 25.000 años antes de Cristo. La misma representaba a una mujer obesa con vientre y pechos enormes, este estereotipo se mantuvo durante toda la época del paleolítico. Luego el arte grecorromano nos muestra mujeres de formas redondeadas pero sin excesos de grasa, de carnes firmes y bien conservadas. En el siglo XVIII, la mujer no debía ser de gran estatura, las piernas debían ser firmes y carnosas, las caderas más anchas que los hombros, el pecho tenía que estar bien distribuido simétricamente, los brazos redondos y firmes, y ningún músculo podía sobresalir notoriamente. Posteriormente, en el siglo XIX, se pretende una silueta rellena, de nalgas atractivas y pectorales grandes. Es en esta época que las mujeres utilizan el corsé como forma de resaltar el pecho y destacar las nalgas, simulando así la figura que su esposo esperaba ver. A comienzos del siglo XX, las mujeres comienzan a practicar deportes y realizar gran cantidad de ejercicio físico, lo cual no era bien visto en épocas anteriores. Se confeccionan los primeros sujetadores, el corsé desaparece dándole lugar a la ropa deportiva ajustada y a los vestidos “tubos”. De esta manera la mujer se ve obligada a una delgadez excesiva, donde su cuerpo debe verse firme sin la ayuda de artilugios, la masa muscular debe estar tonificada sin admitir excesos de grasa. Comienza así el culto a la delgadez persistente aún en la actualidad.

Según Lipovetsky, G (2002), la época en que estamos viviendo con su propia cultura presenta características que la definen, como por ejemplo la primacía de lo

individual sobre lo colectivo, el valor de lo superficial y la desvalorización de lo moral, acompañados por el aumento cada vez mayor de un consumo exagerado, donde todos son bienes de consumo incluso el propio cuerpo. Y al hablar de cuerpo, no podemos dejar de mencionar el culto actual a la delgadez y la juventud. El cuerpo debe ser cuidado y valorado, el paso de los años no debe evidenciarse en el mismo; el cuerpo conforma nuestra identidad debemos cuidarlo y mantenerlo de manera meticulosa, para mantener su dignidad. Existe una necesidad permanente de ser admirado y valorado por la belleza, por lo cual la vejez es despreciada, y los mecanismos para permanecer superficialmente joven son cada vez mayores: cremas antiarrugas, inyectables, operaciones estéticas, electrodos.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996), en su libro expresan lo siguiente:

O sea que, para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta NO desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida (pág 61)

Por todo esto, en la actualidad la importancia que se le da a la imagen es exagerada, la superficialidad está por encima de los valores morales, la estética es más importante que el desarrollo personal. La belleza está fuertemente relacionada con el éxito, la felicidad y el poder; desde los cuentos infantiles las princesas con sus proporciones pequeñas y sus bellos rostros son quienes alcanzan la felicidad, mientras que los malos siempre son feos. Esto se da de igual manera en el mundo adulto, en películas, publicidades, e incluso en el mercado laboral la estética adquiere un papel determinante. Cada vez hay más cantidad de gimnasios, clínicas estéticas, alimentos dietéticos, y toda una gama de productos tendientes a mejorar la imagen.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996) exponen en su libro algunas estadísticas publicadas por la Clínica de Trastornos de la Alimentación, perteneciente al Hospital de Toronto en Canadá, en el año 1994. Uno de los datos que más llama la atención es que al realizar la pregunta: "¿qué es lo que te haría más feliz?", en una encuesta, el 42% de las mujeres respondió perder peso. Es alarmante la fuerte relación que se ha establecido entre imagen corporal perfecta y felicidad; alcanzar la imagen ideal parece asegurar una vida feliz, sin angustias y colmada de éxitos. Si se toma en cuenta esta forma de pensar establecida en la sociedad, el hecho de adquirir conductas nocivas como dietas y ayunos prolongados, estaría justificado por ser un medio de alcanzar la felicidad que todos los seres humanos desean.

No es casualidad que haya un auge de los trastornos de alimentación, evidenciado por las recientes investigaciones, publicidades, documentales y campañas contra la anorexia y la bulimia, con un entorno que favorece su aparición y su mantenimiento. Los medios de comunicación promueven todo el tiempo la imagen ideal, excesivamente delgada, de proporciones muy pequeñas, junto con una gran variedad de opciones nocivas para alcanzarla, como electrodos, inyectables, ejercicio excesivo, dietas extremas. A esto se le suma la utilización masiva de internet, donde a través de las redes sociales las personas se dan a conocer mediante una imagen, la popularidad es evaluada por la cantidad de me gusta que tienen sus fotos. Cada vez hay más sitios que promueven la anorexia y la bulimia, donde se pueden encontrar consejos para adelgazar, competencias de fotos evidenciando el bajo peso logrado, y alentando la persistencia de estas conductas.

Todo este bombardeo publicitario impacta fuertemente en los adolescentes que se encuentran en una importante crisis evolutiva y son más vulnerables; crecieron incorporando un valor excesivo por la imagen corporal que se va convirtiendo en fuente de malestar para quienes consideran estar alejados del ideal. La lejanía con dicho ideal no sólo causa disconformidad, sentimientos de inferioridad, baja autoestima y desconfianza en ellos mismos, sino que también afecta sus relaciones interpersonales ya que muchas veces son juzgados, discriminados y hasta de cierta manera violentados. A todo esto se le suma la gran competencia que hay actualmente entre los adolescentes y el auge en el consumo; para ser valorados por sus pares y obtener un lugar privilegiado entre los mismos, es necesario adquirir una serie de productos: el último celular, la ropa de moda, maquillaje, perfumes caros, entre otros, aumentando así la brecha que hay entre quienes pueden adquirir estos bienes y quiénes no. Lo mismo ocurre con el cuerpo, al publicitar una imagen delgada que muchas veces va en contra de la naturaleza, valorando un modelo estético demasiado estricto en cuanto a pesos y medidas, produciendo ropa de acuerdo al mismo y dejando de lado a quienes tienen otras proporciones; en este punto es importante resaltar que las marcas de moda hacen talles pequeños dejando fuera a gran parte del público objetivo para su consumo. Todo esto favorece al aumento de la brecha entre quienes se acercan al estereotipo idealizado y quiénes no.

No resulta extraño entonces que cada vez desde más jóvenes los adolescentes se sometan a dietas estrictas, a ejercicio físico desmedido, a la utilización de productos químicos para acortar la brecha y acercarse a la imagen "ideal". Se ha convertido en una práctica normal poner la salud al servicio de la estética sin tomar conciencia de las consecuencias que esto genera. Por ejemplo, un régimen alimentario que no está

controlado por un profesional competente como un nutricionista, favorece la aparición de ansiedad, irritabilidad, trastornos menstruales, dificultades de concentración, labilidad afectiva, aislamiento social con el fin de evitar situaciones en las que se ingieran alimentos no permitidos en la dieta (Guillemot, A. y otros, 1994). Aun así el sufrimiento generado por las dietas y el ejercicio excesivo no se comparan, para los adolescentes, con el sufrimiento que supone ser cotidianamente víctima de burlas, de discriminación, ser portadores de etiquetas como la de “gordo/a” o “feo/a”, siendo así aislados y desvalorizados por sus características físicas.

Otro aspecto a considerar desde el punto de vista histórico, social y cultural, es el de la gran diferencia que hay entre la cantidad de mujeres y hombres que presentan este trastorno, siendo notablemente mayor en las primeras. La presión que se ejerce la mujer en cuanto a la estética es notablemente mayor a la que está expuesto el hombre, esto está evidenciado, por ejemplo, en las publicidades; la mujer debe ser bonita, provocativa y vestir de determinada manera. Parece que su único rol es el de seducir, el de verse bien y complacer al hombre. Mientras que en las publicidades de hombres se resaltan otras cualidades como la fuerza, la inteligencia, no únicamente la imagen.

Amorin D. Y otros (2013) expresan que los cambios en las normas culturales favorecieron la aparición de este trastorno en mujeres, las cuales debían afrontar múltiples expectativas: las del rol tradicional por un lado, que se basa en la atracción física para complacer al hombre y la realización de las labores domésticas, y las más modernas que incluyen los logros personales, profesionales y la autonomía. Este cambio de roles puede desequilibrar a las adolescentes que todavía no tienen bien conformada su estructura interna. Al parecer siguen teniendo mayor fuerza los roles tradicionales, con una fuerte exigencia respecto a la atracción física. Aún en la actualidad, los hombres son juzgados por la mujer que tienen al lado; mayor es su valor si van de la mano con una mujer que se corresponde con el ideal de belleza, incluso este es un tema de competencia entre ellos; resulta increíble que todavía en el siglo XXI la mujer sea tratada como un objeto, como un bien del cual se puede hacer alarde.

Para las adolescentes resulta problemático establecer vínculos con el sexo opuesto y buscan gustar, y en una época de culto a la superficialidad se ven obligadas a adquirir cierta imagen, de incorporar exigencias con respecto a su cuerpo, donde el valor que se dan a sí mismas está determinado por los otros, y lo que estos ven de ellas. Esto no solo genera malestar y baja autoestima, sino que las lleva a competir entre ellas, hablando despectivamente de la que consideran más bonita, tratando de hacer sentir mal a las demás para elevar su autoestima, en fin dañando fuertemente los vínculos.

Estas adolescentes que no tienen bien definida su identidad, tienden a copiar modelos poco saludables, a dejar de lado los valores morales, a estar conformes con ellas mismas según la opinión ajena, a actuar de acuerdo a su imagen provocando muchas veces aislamiento, a no creerse capaz de algunas cosas por su estética, volviéndose cada vez más vulnerables; dejan de conformar su propia individualidad en favor de la homogeneización.

También existen diferencias en la relación entre trastornos alimentarios y clase social. Varios autores plantean que dichos trastornos pueden observarse con más frecuencia en clases altas, donde el cuidado por la alimentación y el ejercicio físico son comunes. Uno de ellos es Beck (1976), quien ha demostrado que cuanto más fuerte es la ambición profesional de una mujer más arraigado se encuentra el ideal de delgadez. Esto puede responder a que hoy en día “belleza” se ha convertido en sinónimo de “éxito”, la obesidad es marginada fuertemente en el ámbito laboral, la estética se pone al mismo nivel que las competencias de una persona para ocupar un determinado puesto. También la delgadez hace visible el control del cuerpo lo cual, en la época que transcurre, es necesario para cualquier éxito social o individual, ya que el “autocontrol” se ha convertido en uno de los valores morales más relevantes. (Citado en Guillemot, A. y otros, 1994).

Entonces resulta imposible tratar el trastorno alejado de todos estos aspectos, ya que en algunos casos podría responder a una presión social y cultural; esto no quiere decir que sea el único factor que favorece su génesis, pero sin dudas tiene una gran influencia y favorece su persistencia. En una sociedad enferma, donde los valores morales se han dejado de lado y donde la estética tiene un papel primordial, resulta esperable que también se produzcan mentes, cuerpos y vínculos enfermos.

EL ROL FAMILIAR

Anteriormente se ha mencionado la importancia que adquiere al momento de trabajar con alguien que padece un trastorno alimentario, conocer también su entorno y la influencia que el mismo puede estar teniendo. Entonces no se puede dejar de lado a la familia, que es por lo general el entorno más cercano de un ser humano, su primer contacto con el otro, conformando así sus primeros vínculos. Por esto es de esperarse que dichos vínculos también influyan en la génesis o en el mantenimiento del trastorno. Según Bagattini C. (1998) el no ser aceptado por los padres a lo largo de la primera infancia, por no alcanzar el ideal que según estos se debe cumplir, representa un factor que predispone, junto con otros, el ulterior desarrollo del mismo. Además los soportes narcisistas que surgen del ambiente familiar sirven de sostén para la identidad, si dichos soportes no fueron suficientes se generan conflictos en la constitución de la misma. Sin dudas una constitución frágil sumada a una etapa de gran crisis como es la adolescencia, genera una mayor vulnerabilidad y un terreno fértil para el origen de la anorexia.

Varios autores han trabajado al respecto, por lo cual es de gran utilidad para la comprensión de un tema tan complejo como la relación familia-anorexia, mencionar las ideas de algunos de ellos e ir tratando de analizarlas.

Por lo general, la anorexia comienza con una simple dieta para bajar un poco de peso, convirtiéndose paulatinamente en una preocupación constante y excesiva por el cuerpo. Es por esto que la familia toma esta preocupación por la ingesta de comida como algo normal y no les llama mayormente la atención hasta que el deterioro físico es notorio; aunque hay ciertas señales que han salido a la luz con anterioridad al mismo como por ejemplo, suprimir el postre, hacer comentarios sobre el peso constantemente, consumir productos dietéticos, entre otros. En las relaciones entre la adolescente con anorexia y sus familiares, es habitual observar pegoteo, alianza con alguno de los miembros de la familia, dificultades en la comunicación directa o desaparición de la misma, secretos, falta de privacidad, protección excesiva por parte de los padres, y cierta incapacidad de estos para poner límites. (Alonso Amann, N. y col. 2000) La demora en la toma de conciencia por parte de la familia, no necesariamente se debe a una falta de atención o preocupación respecto de sus hijos; sino a una defensa ante la situación, negarla parece ser la mejor manera de evitar el sufrimiento que causaría su reconocimiento, junto con la aparición de múltiples sentimientos, como el de culpa, de incapacidad para ayudar, de frustración, fracaso en su rol de padres. También es importante reflexionar acerca del secreto, un ambiente familiar donde hay secretos

favorece a la mentira, a la existencia de un secreto más, a no sacar a la luz lo que no se quiere mostrar, lo disfuncional, y en este caso lo enfermo. Cuanto más tiempo se oculte la patología, cuanto más tiempo permanezca en secreto, mayor es la degradación de los vínculos aunque se crea lo contrario. Aparte al favorecer la mentira, también se favorece la persistencia de la anorexia, ya que es una táctica muy utilizada por la persona que padece el trastorno, mentir acerca de sus síntomas, tratando de normalizar sus conductas, diciendo que sólo está cuidando su cuerpo, que los vómitos se deben a un problema de salud, ocultando la comida, diciendo que comió fuera. Mientras más fácil sea mentir, más frecuentes serán las conductas nocivas y el daño será cada vez peor.

Hilde Bruch (1978) hacía énfasis en algunas de las características mencionadas en el párrafo anterior. Afirmaba que el ejercitar por parte de los padres y de manera inconsciente un control obsesivo sobre su hija, siendo incapaces de interrumpirlo, sostienen de cierta manera la enfermedad. (Citado en Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A.M. 1999) El hecho de mantener el trastorno corresponde a una conducta que sus padres no pueden controlar; podría ser utilizado como vía de escape, como forma de marcar cierta autonomía, o de oponerse a las exigencias de sus padres. En el caso de que el control no ceda tiene como consecuencia incrementar el rechazo a la comida. Se evidencia la importancia de trabajar con ellos, ya que no son conscientes de que una conducta que ven como cuidado, forma de protección está teniendo un efecto contrario, nocivo para la salud de su hija.

Es importante recordar que la adolescencia es una etapa caracterizada por la rebeldía hacia las normas, los mandatos, de conflicto con las autoridades. En el caso de padres excesivamente controladores esto empeora, llevando al adolescente a buscar cualquier forma de librarse de ese control, entonces es de esperarse que si los padres comienzan a presionar para que se alimente la adolescente se niegue a hacerlo. Se debe comprender que para los padres que ven a su hija enferma y que empeora, presionarla para que coma es una actitud lógica que muchas veces corresponde a un impulso, por eso se debe trabajar con ellos, ayudarlos a entender que es esa misma actitud la que está influyendo de forma negativa. El exceso de control y la insistencia en la ingesta de alimentos, en vez de colaborar con la interrupción de las conductas nocivas, las promueve.

Para Bruch, H. (1982), los padres han fracasado en desarrollar la autonomía, debido a intrusividad y exceso de control. También son señaladas por esta autora padres preocupados por el éxito y la apariencia externa, lo que se corresponde con una personalidad tremendamente exigente en sus hijas, tratando de acomodarse a los deseos de los otros (Citado en Bagattini, C. 1998. Pág. 4)

Las hijas buscarán complacer a sus padres quienes ejercen una fuerte presión sobre ellas, preocupándose por su propia apariencia con el fin de que coincida con la que sus padres esperan y tratando de ser exitosas en todas sus actividades. La preocupación por la imagen inculcada por sus padres, no solo exige a la adolescente un cuidado de su cuerpo convirtiéndose en una obligación, sino que también contribuye con los sentimientos de disconformidad y frustración si esta no logra alcanzar la apariencia valorada por los mismos.

En relación a esto, Selvini Palazzoli M., y otros (1999) consideran necesario mencionar que en la mayoría de los casos donde la anorexia surge como efecto de conflictos en las relaciones familiares, el síntoma representa un comportamiento activo, como elección, ya que la persona que tiene el trastorno vive la pasividad como una amenaza. El no comer rompería esa pasividad ante el control de sus padres, es ella quien tiene el control siendo ellos los pasivos en ese aspecto, es únicamente su decisión y ellos no pueden hacer nada para cambiarlo.

En la investigación realizada por Selvini Palazzoli, M. (1999), mediante un enfoque sistémico, donde se hizo un seguimiento de pacientes anoréxicas que habían tratado con anterioridad, se llegó a numerosas conclusiones. Algunas de ellas resultan realmente relevantes, por lo cual a continuación se van a mencionar dos que tienen que ver con el entorno familiar:

- Eran mayor la cantidad de casos en los que la paciente tenía una hermana mujer o dos o más hermanas mujeres, que casos en los que tenía hermanos hombres; esto los llevó a pensar que uno de los factores de riesgo en la génesis de la anorexia es la existencia de una competitividad de signo femenino, acompañado por una mayor dificultad en identificarse positivamente con las madres por el hecho de ser más hijas.
- En las primeras pacientes con las que tuvieron contacto, notaron que los casos en los cuales las madres trabajaban fuera de casa eran minoría, esto tuvo un aumento significativo en los casos posteriores. Por esto relacionan los cambios sociales que implican a la mujer y el aumento del trabajo extradoméstico de las mismas, con la creciente aparición de la anorexia.

La segunda conclusión se encuentra relacionada con un aspecto ya mencionado anteriormente. Cuando se relacionó la anorexia con el momento socio-histórico y la cultura, se planteó que los cambios de roles en la mujer han favorecido el desarrollo de estos trastornos, al generar un desequilibrio entre lo que se esperaba antes del sexo femenino y las nuevas obligaciones que ha ido adquiriendo. Es importante resaltar que ya en otras épocas la mujer debía verse atractiva para el hombre, teniendo la imagen

que este esperaba ver, la cual respondía al ideal de belleza de la época. Lo que sucede en la actualidad es que las exigencias con respecto al cuerpo han aumentado, con una hiper-valoración de la delgadez que por lo general va en contra de la naturaleza y el peso saludable; de la misma manera ha aumentado la actividad social y laboral de la mujer. Entonces si anteriormente se dijo que la belleza se encuentra fuertemente ligada al éxito, resulta lógico que a medida que se busca el progreso en ámbitos en los cuales la mujer no participaba, también aumenten las preocupaciones de las mismas con respecto a la imagen que deben mostrar para lograr superarse.

Selvini Palazzoli, M. (1999), afirmando lo que había expuesto con anterioridad en su libro “La anorexia mental”, expresa que por lo general en la familia de las adolescentes con anorexia el rol dominante lo ejerce la madre, el padre se encuentra ausente emocionalmente o es desvalorizado por su esposa. Esta madre suele ser invasora, muy crítica e intolerante con su hija la cual ocupa el lugar de niña modelo y es fácilmente dominada por ella. También puede tener dificultades para reflexionar sobre sí misma, por lo cual tiene también dificultades para captar el estado de ánimo ajeno. Si se profundiza en la historia vital de la madre se encontrarán algunos episodios que explican de cierta manera su comportamiento. Se encuentran con frecuencia circunstancias en las que no fueron valoradas y protegidas por su familia de origen, poniéndolas en situaciones desfavorables con respecto a sus hermanos, o en las cuales fueron humilladas, o no recibieron el afecto que esperaban; la mayoría de ellas tuvieron una relación conflictiva con su propia madre. Por lo general estas mujeres se muestran hiper-adequadas, excelentes en las labores domésticas y en su trabajo.

Lo expresado por estas autoras motiva a pensar acerca de varios aspectos, uno de ellos es que en la persona con anorexia influye más la relación con la madre que con el padre, por ser esta, en la mayoría de los casos, la primera figura femenina con la que se tiene contacto y la que va a servir de modelo para construir su propia identidad. Resulta necesario aclarar que al hablar de madre no se hace referencia únicamente a la madre biológica sino a la persona que esté cumpliendo ese rol, ya sea la abuela, una tía, u otros. Otro aspecto importante es el hecho de resaltar las características de la madre: crítica, invasiva e intolerante. Se vuelve a mencionar lo expresado por Bruch en cuanto al control excesivo por parte de los padres; el rechazo a la comida significaría un rechazo a esa madre invasora, una manera de escapar a su control. Una madre demasiado crítica con su hija podría generar frustración y disconformidad, por lo cual esta última se siente forzada a intentar alcanzar el modelo de hija que su madre espera, para conseguir así su aprobación. Si la imagen ideal que se tiene de hija incluye algunas características: la popularidad, el éxito, la integración con sus pares, el causar

admiración en los otros, la adolescente intentará cumplir con todas ellas y una manera de hacerlo es manipular su cuerpo, debido a que en la cultura actual se tiene la convicción de que a través de la belleza física se adquieren fácilmente dichas cualidades. Las exigencias aumentan aún más si, como dice al final, la madre es excelente en sus actividades, y están adecuadas perfectamente en su entorno; entonces una hija que resalte por ejemplo por ser “obesa”, tendrá el doble de exigencias si quiere ser como su madre ya que tendrá que esforzarse porque se reconozcan sus aspectos positivos más allá de la superficialidad, o bien tendrá que modificar su imagen para lograr una perfecta adecuación también.

Respecto a la relación entre la adolescente anoréxica y su madre, es relevante mencionar a Bruno Cancio (2009), quien en un artículo para la revista *Querencia*, se propone pensar en la anorexia de Cielo Latini, una joven argentina conocida por su blog: *mecomoami.com*, mediante el cual promueve la anorexia como modo de vida. Dicha joven también escribió un libro autobiográfico: “Abzurdah”. Cancio B. entra en contacto con el mismo porque se lo obsequia una de sus pacientes, basando su exposición en dicho libro. Antes de desarrollar el trastorno Cielo era una joven muy exigente, y cumplía absolutamente todo lo que su madre deseaba; tenía un excelente rendimiento académico, y poseía muchas habilidades: tocaba el piano, era muy buena en natación y en danza, entre otras. Estaba pasada de peso para su edad, por lo cual sus padres controlaban sus comidas, diciéndole que podía comer y que no. Es durante un viaje familiar, que se pelea con sus padres y decide dejar de comer; esta conducta empeoraría años después. Ella misma dice *“siempre tuve la creencia, equivocada o no, de que mi mamá quiso que yo fuera un diez (Latini, C. 2006)”* (Cancio, B. 2009). La anorexia surge, por un lado, motivada por alcanzar la perfección que su madre espera, y por otro, como forma de escapar del deseo ajeno; ahora es ella quien elige no comer, elige vomitar. Nuevamente queda evidenciado el desarrollo del trastorno como forma de complacer los deseos de la madre, y como vía de escape a su excesivo control.

También se habla de la historia familiar de la madre, por lo cual el conflicto que sale a la luz por medio de la anorexia de la adolescente podría haberse gestado en generaciones anteriores, a partir de la abuela, tías o de la propia madre, estos conflictos que no fueron tratados en el pasado se actualizan en el presente, en la generación actual. Cristina M. de Bagattini (1998) expone un caso en el cual la abuela de la paciente le había enseñado a vomitar a su hija como método de adelgazamiento, por lo cual esta se lo transmite a su propia hija. Esta práctica que podemos calificar nosotros como nociva era permitida normalmente dentro de ese núcleo familiar. En una familia enferma no puede tratarse únicamente a quien está presentando los síntomas en la actualidad,

en primera instancia, porque su entorno va a seguir siendo nocivo, y también, porque es difícil convencer a la paciente de que figuras de autoridad como su madre o su abuela le han inculcado hábitos peligrosos para su salud. Si el vomitar para adelgazar está permitido e incluso se promueve como positivo en una familia es muy difícil que la adolescente lo vea como un problema, o como algo negativo, favoreciendo así la falta de conciencia de enfermedad. Además no hace falta decir que estos vómitos permitidos han sido la puerta de entrada al trastorno alimentario, esta costumbre generacional sin dudas colaboró en su génesis.

En algunos casos, incluso durante el tratamiento, las madres presentan actitudes que lejos de ayudar a sus hijas, favorecen la permanencia del trastorno; como por ejemplo las transgresiones a las indicaciones médicas, y la complicidad con las conductas anoréxicas de sus hijas. Un dato importante, que puede resultar extraño, es que por lo general estas madres no presentan angustia manifiesta ante la situación de sus hijas, por más grave que esta sea. (Cristina M. de Bagattini, 1998) Esto último resulta preocupante, ya que es difícil de creer que una madre al enterarse de un problema grave de salud de su hija, que incluso podría terminar con su vida, no sienta un gran monto de angustia. Es con respecto a esto que surgen algunas interrogantes sin respuesta por el momento: ¿será que al igual que su hija la madre carece de conciencia de enfermedad? ¿Utilizará como defensa la negación ante la gravedad del trastorno? O ¿su preocupación por la imagen se ha vuelto tan extrema que las conductas anoréxicas le parecen justificadas y necesarias?

Si bien hasta aquí se puso mayor énfasis en el vínculo con la madre, por ser el de mayor influencia en este trastorno, siendo la figura femenina que es tomada de ejemplo para establecer ideales. También la relación con el padre puede influir, algunos padres ven dificultada la relación con sus hijas debido a carencias que sintieron por parte de su propia familia de origen, la cual no pudo satisfacer sus necesidades cuando eran niños. Al igual que ocurre con la madre, la hija busca complacer los ideales de su padre, generando una gran frustración y malestar cuanto más alejados estén de lo que este espera o desea. Por otro lado, se señala la importancia de la relación conyugal, ya que en la investigación que nombrábamos al principio, se constató que durante el nacimiento y los primeros años de la anoréxica, habían tenido lugar sucesos que generaron en la pareja conflictos y sentimientos de insatisfacción recíproca (Selvini Palazzoli, M. y otros, 1999). Es importante tener esto en cuenta, ya que muchas veces, si bien no se trata de buscar culpables, se le adjudica toda la responsabilidad a la madre, o ella misma siente que la responsabilidad es suya, aumentando así el malestar dentro de la familia y afectando negativamente el vínculo que ya se encuentra deteriorado.

Si hablamos de núcleo familiar no se puede dejar de lado a los hermanos, que también forman parte del mismo, y se encuentran afectados por convivir de cerca con esta patología. Muchas veces un hermano o hermana mayor ha asumido un rol paterno o de “cuidador” de su hermana enferma, ejerciendo cierto control sobre ella y utilizando dicho rol para alejarse de sus propias dificultades; esto, por lo general, genera rabia en la hermana quién empeora sus síntomas. En el caso de las hermanas con una edad próxima a quien padece el trastorno, aumenta la competitividad entre ellas por el tiempo y atención que los síntomas de su hermana conllevan, adoptando así una actitud crítica y hasta cierto desprecio; es así que empeora la desvalorización que su hermana tiene de sí misma y con ello también las conductas patológicas se enfatizan. Por último, si los hermanos son más pequeños, la hija mayor muestra celos por la preferencia de alguno de sus padres hacia el mismo y envidia por el vínculo que hay entre ellos; esto favorece el empeoramiento de la patología junto con cambios negativos en el comportamiento cotidiano de la misma. (M. Selvini Palazzoli, y otros, 1999) Todos los integrantes de la familia influyen de alguna manera en la persistencia del trastorno, pero es importante no perder de vista que no todos están actuando mal o intentan afectar negativamente al integrante en cuestión, sino que también su vida diaria se vio modificada generando en ellos distintas reacciones, distintos comportamientos, para tratar de asimilar y adaptarse a la situación, no teniendo siempre las herramientas para hacerlo de la mejor manera.

Caparrós N. y Sanfeliu I. (2004) exponen las ideas de Selvini y Viaro (1988) quienes describen que a partir de un conflicto parental se desarrolla un “juego familiar” donde la futura anoréxica se implica precozmente de dos formas. En una de ellas, se encuentra muy ligada a su madre, la cual al desviar su atención hacia otro hermano, provoca una hiper-valoración del padre, en un intento por encontrar en él la función materna que no fue suficientemente ejercida por la madre. Al mismo tiempo genera una gran envidia la cual puede impulsar a la hija a conductas autodestructivas. En la otra, durante su niñez fue la preferida del padre; al entrar en la adolescencia esto genera conflictos, que conllevan a un cierto rechazo por parte de la madre. En ambos casos la hija intenta recuperar los privilegios perdidos mediante el desarrollo de síntomas. Mediante la enfermedad se busca la reconstrucción de la relación materna.

Feinstein S. C. y Sorosky A. D. (1988) plantean que en los grupos familiares de pacientes anoréxicas, la represión de las emociones es una característica recurrente; los padres poseen un control estricto de sus emociones, no tienen discusiones delante de sus hijos, no permiten conductas agresivas en los niños y la agresión en general es negada. Es por esto que el desarrollo de las conductas anoréxicas, surge como

consecuencia de las emociones reprimidas, que la adolescente no ha podido expresar debido a un entorno que la restringe.

Para pensar en todo lo anterior, se va a utilizar a continuación un caso clínico, perteneciente a una paciente de Gabriela Rothfuss expuesto en el libro de Alonso Amann y col. (2000), junto con algunos aspectos del análisis. El mismo corresponde a una joven que comenzó con los síntomas a los 19 años. Es la menor de tres hermanos, y la única mujer, crece en un ambiente familiar conflictivo, con un padre alcohólico que le ocasionó fuertes problemas económicos a la familia al dejar fundir su negocio, y una madre que junto con sus hermanos son mostrados con un rol pasivo. En esta situación es ella quien asume un rol activo defendiendo a estos últimos de su padre a quien adora, hasta que un día se va de la casa por no soportar más. Durante ese tiempo no se preocupaba demasiado por su cuerpo; toda su atención estaba en defender a la familia teniendo cuidado de no dañar aún más los vínculos. Es cuando se aleja de esa situación, y viene a estudiar a Montevideo, que comienza con los síntomas. Empezó a preocuparse por adelgazar y recurría a los vómitos cuando se sentía llena, de a poco los vínculos con sus amigos y su novio se fueron rompiendo, ya que no escuchaba cuando le hablaban acerca de sus conductas nocivas. Al tomar distancia de su familia, y no estar allí para ocuparse de los otros y hacer lo que ellos deseaban y esperaban de ella, la enfermedad fue una forma de aplacar la culpa por salir de su rol, por escaparse de los problemas. A su vez decía vomitar para sentirse más “liviana”, si bien explícitamente se refiere a la comida, implícitamente hace referencia a estar más liviana de responsabilidades, despojarse de los problemas que la llenaban y de los sentimientos que no se animaba a expresar y debía ocultar para no dañar a los demás. Estar enferma le permite ser hija y no depositaria e intermediaria de los problemas familiares.

N. Alonso Amann y col. (2000) afirman:

...es el vínculo el que está enfermo, ese vínculo temprano que se establece con los padres, pero también ese vínculo que se establece con la comida, tenemos que empezar a trabajar con lo no dicho, con lo que no se puede decir para ir derribando barreras (p. 31)

En este caso clínico se pueden observar varios de los aspectos expuestos anteriormente; se vuelve a repetir la anorexia como vía de escape, esta vez no al control excesivo por parte de los padres, sino a los problemas familiares que ponen a la joven en un rol cargado de exigencias y responsabilidades logrando desbordarla, eliminar la comida significaba eliminar los problemas. La hija enferma es la portadora de los problemas familiares, asume un rol de cuidado de su madre y sus hermanos, lo que no le permite actuar como la hija que también necesita ser defendida y apoyada. Otro

aspecto recurrente es el de esforzarse por complacer a los padres, cumpliendo con lo que se espera de ella. Esto genera, por un lado, un sentimiento de culpa al escapar de los conflictos el cual es subsanado a través del trastorno. Por otro lado, una imposibilidad de expresarse libremente por miedo a lastimar a los otros, provocando esa sensación de estar “llena” que favorece el acto de vomitar con el fin de lograr sentirse mejor, sentirse “vacía”. Si bien en este caso las exigencias de los padres no tenían que ver con la apariencia física o con el éxito han tenido los mismos efectos nocivos. Y en esto último también vemos plasmado el secreto, la falta de comunicación directa, en el hecho de guardar silencio para no herir a los demás, de ser extremadamente cuidadosos por miedo a que los vínculos se desmoronen, causando la persistencia y el empeoramiento de los síntomas.

Según A. Speier (1986) para entender la fuerte relación entre el trastorno y la conflictiva familiar, resulta de gran utilidad la noción de familia como una estructura compuesta por partes interdependientes, donde el cambio o la forma de actuar de una de sus partes afecta al resto modificando la estructura total. Si bien cada integrante va desarrollando formas propias de relacionarse según su experiencia vital particular, interactúan dentro de una misma estructura familiar con sus normas, valores y formas de vincularse que pueden coincidir o no con las individuales. La interacción entre los integrantes tiene, dentro de esa estructura familiar, distintos efectos sobre cada uno de ellos. Así como la adolescente se ve afectada por las conductas de sus padres y hermanos, estos también se ven influenciados por sus conductas patológicas; cambiando así las formas de relacionarse, o enfatizando algunas características de cada uno, las cuales muchas veces colaboran en la persistencia de los síntomas. Resulta relevante hacer énfasis en que cada integrante de la familia es afectado de diferente manera, ya que en una misma familia con sus conflictos particulares puede haber más de una hija y no todas desarrollan el trastorno, esto es porque cada una de ellas tiene sus características personales, y una forma de sentir y experimentar los conflictos familiares particular.

Por todo lo expuesto se puede decir que el entorno familiar cumple un rol importante tanto en la génesis, como en la persistencia de los trastornos alimentarios, pero esto no quiere decir que los vínculos familiares frágiles y cargados de dificultades basten por sí solos para generarlos. Entran en juego también otros aspectos, como son el momento socio-histórico y la cultura que determinan los valores y normas según las cuales se rige esa persona y la sociedad en general. Como se dijo anteriormente no se trata de buscar culpables, sino de identificar algunas características de los integrantes de la familia y de su manera de relacionarse que resultan nocivas, y predisponen a uno de sus

integrantes, por lo general el más vulnerable, a desarrollar este tipo de patologías, ya sea como vía de escape, como forma de liberarse de los conflictos, de expresarse mediante los síntomas, de intentar alcanzar un modelo de sus padres o de aliviar el sentimiento de culpa por no poder complacerlos. Es importante tener en cuenta que dichas características también están dadas por la historia de vida propia de cada uno, las maneras de relacionarse que han ido adquiriendo, sus primeros vínculos, y están determinadas en gran parte por los cambios a nivel social y cultural. Al pensar en estos trastornos debemos considerar la persona que lo padece con su historia de vida y sus propias características, su entorno más cercano que es el familiar, y que a su vez está contenido en otro entorno mucho más amplio que es el social con sus normas, sus valores y las características que la cultura le impone.

PERSONALIDADES VULNERABLES

Anteriormente se habló de la importancia del entorno familiar, social y cultural y la fuerte influencia que tienen en los trastornos alimentarios; pero como ya se ha mencionado no todas las adolescentes que viven dentro de una misma sociedad, determinadas por una cultura en común, y aun estando dentro de un mismo núcleo familiar desarrollan dichos trastornos. Por esto es que resulta de gran importancia conocer algunas características de la personalidad que hacen más vulnerable y predisponen a su posterior origen y mantenimiento, junto con algunos aspectos que pueden observarse durante el mantenimiento del trastorno.

El comienzo de los síntomas anoréxicos se ubica, en la mayoría de los casos, alrededor de los catorce años, durante la adolescencia, etapa de crisis, de gran vulnerabilidad y fragilidad, en la cual se intenta alcanzar el conocimiento de uno mismo, definirse, adquirir autonomía. Los intereses están cambiando, se le da una gran importancia a lo que los pares piensan, los comentarios que hagan ya sean positivos o negativos cobran una mayor importancia en esta etapa. También el cuerpo cambia, principalmente en la mujer, los caracteres sexuales secundarios se hacen más evidentes, siendo muchas veces objeto de burlas, humillaciones, comentarios que generan incomodidad; esto influye en el hecho de que la anorexia es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. Entonces la imagen empieza a ocupar un lugar privilegiado, de gran preocupación, siendo esto enfatizado por los valores sociales actuales, el ideal de belleza que se promueve, el culto a la delgadez. Una imagen alejada del ideal, junto con los comentarios despectivos por parte de los otros, son fuentes de gran angustia, disconformidad e impactan negativamente en la autoestima de la persona.

Aunque el trastorno se hace evidente durante la adolescencia, por todo lo que esta implica, a través de la aparición de los síntomas, se fue gestando desde edades más tempranas. (Alonso Amann, N. y col. 2000)

Bagattini, C. (1998), a través de investigaciones y de su trabajo con pacientes portadoras de anorexia nerviosa, observó en varias de ellas aspectos comunes que tuvieron lugar en edades tempranas, y podrían actuar como indicadores de un posterior desarrollo de la patología. Estos son:

□ Trastornos vinculares precoces: predominantemente los trastornos en el sueño y trastornos alimentarios durante la época de lactancia. A modo de ejemplo, expone el caso de una anoréxica, que cuando era bebe lloraba y no dormía de noche. El llanto se debía, según la madre, a que tenía hambre, pero no la alimentaba y la dejaba llorar por

orden del pediatra. Se resalta como preocupante, el hecho de que sabiendo como calmar a su hija, la madre no lo hacía, provocando grandes daños en el vínculo.

□ Fallas en los soportes narcisistas: son evaluados a través del recuerdo que tienen las pacientes de sus sentimientos de minusvalía en la etapa escolar, aunque su rendimiento académico fuera excelente. En este punto, es importante resaltar, que para las madres de dichas pacientes sus hijas no las han satisfecho narcisísticamente; lo que las llevó en algunos casos a cambiar la apariencia de las mismas desde pequeñas. Esto último está evidenciado en la escasez de las fotografías que tienen de sus hijas.

Este desprecio por la apariencia de las hijas durante la niñez, será adquirido por la niña, la cual mantendrá los esfuerzos por modificarla, aumentando la disconformidad y generando desprecio por su imagen. Esto conlleva a un aumento significativo de la vergüenza por su propia imagen, también inculcada por la vergüenza que su madre tenía de mostrarla por no creerla merecedora de admiración.

Bagattini (1998) expone, que la identidad femenina se encuentra sostenida por soportes narcisistas que tienen origen en el ambiente familiar, generando una fragilidad constitutiva en caso de ser escasos. Dicha fragilidad, provoca que el impacto del ideal de belleza impuesto por la sociedad resulte desfavorable. También afirma que con anterioridad al desarrollo del trastorno, pueden observarse en las adolescentes, importantes dificultades para verse y quererse como realmente son.

Según Alonso Amann, N., y col. (2000) en las adolescentes con anorexia se observan los siguientes aspectos psicológicos: angustia, depresión, hostilidad, aislamiento social, baja autoestima, severa autocrítica, hiperactividad psíquica, junto con otros factores que inciden en la manera de pensar y actuar, estos son: juicios severos, autoestima deteriorada, sentimientos ocultos, indecisión, inflexibilidad consigo mismas, sensibilidad exagerada, percepción de la realidad deformada, angustia, desconocimiento de lo que ellas mismas quieren. Por lo general sienten que los otros no las comprenden, e incluso se sienten controladas o presionadas por ellos; el vínculo con los demás se encuentra enfermo. No saben distinguir sus propias necesidades, por lo cual intentan complacer las expectativas o necesidades del otro, sintiendo esto casi como una obligación.

Algunas de estas características posiblemente formaban parte de la personalidad de la adolescente antes del comienzo del trastorno, favoreciendo la aparición del mismo. Muchas adolescentes son excesivamente críticas consigo mismas a la vez que exigentes, principalmente cuando se trata de su imagen. No sólo tienen que enfrentar la adaptación que suponen los recientes cambios corporales, sino que

además son bombardeadas constantemente, a través de los medios de comunicación masivos, por imágenes de cuerpos extremadamente delgados, tonificados, de proporciones muy pequeñas, en los cuales no se vislumbra ni una mínima imperfección. Esto lleva a que la comparación entre la imagen publicitada y la propia sea inevitable, generando deterioro en la autoestima, un juicio negativo acerca de su cuerpo, y una gran disconformidad. Todo esto genera angustia y enfatiza la inseguridad en sí misma, lo cual va a influir en su forma de desenvolverse ante los demás, pudiendo provocar retraimiento, dificultades en los vínculos y cierto aislamiento por miedo a mostrarse, a estar expuesta.

Existen otros factores que explican el aislamiento social de las adolescentes con este trastorno: uno de ellos es el cuidado de su dieta, lo cual las lleva a rechazar salidas a comer o juntarse en casa de amigos. Otro factor se debe a que al hacerse evidentes sus síntomas, sus amigos comienzan a preocuparse, a aconsejarle, a tratar de hacerle entender que no están bien sus hábitos; el aislarse sería la manera de escapar a todo esto que ellas sienten como un intento de control, un intento de desviarlas de sus metas las cuales no pueden ser comprendidas por los otros.

Por lo general, presentan dificultades para individualizarse respecto de su familia, viven pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, de satisfacer a los demás. No poseen la seguridad de desarrollar un pensamiento propio, llevándolas a adecuarse a la imagen que los otros tengan de ellas, dudando siempre de sí mismas. A esto se le suma el hecho de atravesar cambios propios de la adolescencia como son el cambio en la relación con los padres, posible cambio de amigos, comienzo de relaciones más íntimas con el sexo opuesto, entre otros. Convierten su cuerpo en la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad; sobrevalorando la delgadez y considerando los mecanismos para bajar de peso como indicadores de auto-control. (Crispo, R. y otros, 1996)

Si sus padres le brindan importancia al cuidado del cuerpo y son exigentes con la imagen externa de ellos mismos, su hija querrá complacerlos tratando de adecuarse a la imagen que ellos desean o ella cree que desean, llevando el cuidado por el cuerpo a niveles extremos, tratando de demostrar que poseen un excelente autocontrol. Cualquier comentario negativo proveniente del exterior, ya sea por parte de su familia, amigos, conocidos o incluso de alguien que simplemente se cruzaron por la calle, será considerado verdad sin ponerlo en tela de juicio. Por ejemplo, si sus amigos todo el tiempo la llaman gorda, o en su casa se habla mucho sobre su peso sugiriéndole que cambie su alimentación, no hay duda que tendrá la convicción de estar excedida de

peso, e incluso comenzará a percibirse con unos cuantos kilos de más. No cuestionará estos comentarios ya que su juicio está determinado por lo que piensen los otros. Al tratar de complacer a los otros y actuar de la manera que estos esperan, pierden el control en varios aspectos de sus vidas, por ejemplo estudiando la carrera que sus padres desean en vez de la que a ella le gustaría, pérdida que es compensada por el control excesivo con la comida. De esa manera sienten que todavía existe un aspecto que no es controlado por los demás sino por ellas mismas.

El control sobre el peso corporal representa una meta para estas adolescentes, y al lograrla sienten que pueden alcanzar lo que se propongan, trasladando este sentimiento a otras áreas de la vida. Por esto cuando pierden el control sobre la dieta, o comen lo que no debían, sienten culpa, ansiedad, miedo a perder el control, a fracasar; estos sentimientos lejos de provocar el cese de las conductas las impulsan aún más. (R. Crispo, y otros, 1996) Para ellas el mantenimiento de la dieta o el ayuno, los vómitos, el consumo de laxantes, lejos de resultar nocivos, les son beneficiosos para lograr el éxito, la perfección que desean. Es cuando cesan estas conductas que el malestar aumenta debido al sentimiento de culpa, a la derrota, al fracaso para ellas y ante los demás. Todo esto genera una mayor exigencia hacia ellas mismas y un aumento de la autocrítica, funcionando como motivadores para la persistencia del trastorno.

En la mayoría de los casos se puede observar miedo a crecer, deseos de seguir siendo niñas, dependencia acompañada de una gran inseguridad, necesitando la aprobación externa porque su interior permanece confuso. (N. Alonso Amann y col. 2000) Debido a que se sienten confusas en su interior buscan seguridad en el exterior, siendo incapaces de tomar sus propias decisiones actúan de acuerdo a los deseos y las expectativas de los otros. Al ser la adolescencia una etapa de transición entre la niñez y la adultez, es mediante la enfermedad que se aferran a esa niñez que están perdiendo. El hecho de estar enfermas les concede atención y cuidados similares a los que tenían en edades más tempranas, al mismo tiempo que las pone en una situación de dependencia respecto a sus padres, en la cual no es necesario correr los riesgos de tomar sus propias decisiones.

Puede decirse que la conducta de rechazo hacia el alimento es, de cierta manera, voluntaria. Es la adolescente quien decide dejar de comer generando los síntomas correspondientes al trastorno, e incluso se muestra decidida en el mantenimiento de esta conducta, defendiéndola de todo intento exterior para interrumpirla. Pero la misma no posee la flexibilidad que caracteriza a las conductas voluntarias; es decir, la adolescente no es capaz de modificar la situación, de cambiar

la conducta. (Duker, M. y Slade, R., 1992) Esto lleva a pensar entonces, que realmente la adolescente no adquiere el autocontrol que ella pretende con el desarrollo de esta patología, porque si bien puede controlar la no ingesta de alimentos, las dietas o la provocación de vómitos, no puede interrumpir estas conductas.

Las anoréxicas tienen confundido objeto de deseo y de necesidad. Intentando eliminar el primero (el deseo) y el poder que sobre ellas puede ejercer, se defienden eliminando el segundo (la necesidad). Esta defensa, es el único sentimiento de poder que ellas creen tener, sin el cual sienten que no vale la pena vivir. (Bagattini, C. M. 1998. p. 23)

Dentro de esta confusión entre necesidad y deseo, el suprimir la necesidad (y con ella la alimentación) es considerado el único camino para adquirir el control y poder salir de esa situación, ya que eliminar el deseo no está en sus manos. Es por esto que resulta entendible la manera en la que se aferran de ese control que creen tener mediante la persistencia de la anorexia.

Un evento estresante o un hecho traumático también puede desencadenar los síntomas en una persona que ya se encontraba vulnerable o que ya había adquirido una preocupación excesiva por el cuerpo. A medida que estas conductas se van haciendo cada vez más frecuentes y comienzan a generar efectos fisiológicos y emocionales, como la irritabilidad, baja autoestima, angustia, el trastorno se va exacerbando perpetuando las conductas. (Crispo, R. y otros, 1996).

Dicho evento estresante, también rompe con el equilibrio que podía haber logrado la persona hasta el momento, generando angustia, tristeza, soledad, ansiedad, desvalorización; por lo cual las conductas de rechazo hacia el alimento podrían servir para apaciguar esas sensaciones dolorosas. (B. Rovira y E. Chandler, 2011) En este caso el no comer surgiría como un intento de aplacar el dolor, la angustia y de buscar bienestar recuperando el equilibrio anterior.

La relación entre trastornos de alimentación y hechos traumáticos, ya había sido sugerida por Freud con su paciente Emmy Von N. Aunque posteriormente algunos autores ponen en duda que fuera un caso de anorexia, resulta útil a modo de ejemplo. La paciente decía no tolerar los alimentos, no comía porque le estropeaba el estómago. Luego de mucho tiempo asistiendo a terapia con Freud, comenzó a recordar algunos sucesos durante las cenas familiares que le generaron una gran repugnancia. Por ejemplo, uno de sus hermanos que estaba enfermo de los pulmones, solía escupir mientras comían, por encima de los platos en el salivadero que se encontraba sobre la mesa. Por esto el acto de comer actualiza en ella las sensaciones de asco provocadas por esos episodios, las cuales conservan su monto de afecto por no haberlo podido

expresar en el momento. (Bejla R. De Goldman, 2005) Entonces algunos hechos traumáticos ocurridos en la niñez durante las comidas, o que se relacionaron de alguna forma con la alimentación, generando sentimientos negativos, llevan a rechazar el acto de comer en el presente, como forma de evitar que advengan dichas emociones. Si bien en este caso las conductas no estarían generadas por una obsesión con el cuerpo, ni vinculadas a la perfección del mismo, así como no existiría un miedo intenso a ganar peso, ni una percepción deformada de la imagen, este tipo de experiencias pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona para desarrollar este trastorno.

Algunos autores plantean como factor importante en la etiología de los trastornos alimentarios el rechazo a la sexualidad, principalmente durante la adolescencia, etapa donde la sexualidad adquiere un lugar de importancia y es fuente de conflictos.

Ya en el año 1970 Sandler y Dare planteaban que el rechazo al embarazo conducía a fantasías equivalentes de tipo oral. Las fantasías sexuales se trasladaban a actitudes agresivas de tipo oral, surgiendo fantasías de canibalismo que representaban una amenaza para el objeto materno. Para evitar este riesgo se desarrollaban conductas de aislamiento y rechazo al alimento así como hiperactividad. Años después se sigue manteniendo la relación entre trastornos alimentarios y sexualidad. Se manipulan las conductas alimentarias para intentar evitar el papel sexual femenino, en una etapa en la cual se observa un gran rechazo hacia el cuerpo y hacia los caracteres sexuales secundarios. También el deseo de volver a la relación materna temprana estaría implicado en la conducta de rechazo del alimento. (Citado en Caparrós N. y otros, 2004). Resulta relevante resaltar el rechazo hacia los caracteres sexuales secundarios, los cuales son más evidentes en la mujer. Es durante la adolescencia que se hacen notorios, tanto para la propia adolescente que sufre cambios en su cuerpo, como también para el sexo opuesto, provocando vergüenza. Por lo cual adelgazar ayuda a no hacerlos tan evidentes, al mismo tiempo que representa un intento de volver al cuerpo de niña que se perdió; vuelve a estar presente el miedo a crecer y el deseo de volver a edades más tempranas.

También Freud, en el manuscrito G sobre la melancolía (1895), afirmaba la existencia de dicha relación:

...La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido porque no tenía apetito y nada más. Pérdida de apetito equivale en términos sexuales a pérdida de libido. (Caparrós N. y Sanfeliu I., 2004. p 90)

Entonces las dificultades en el plano de la sexualidad son trasladadas a la alimentación; vuelve a estar en juego la necesidad de poder tomar el control. Al ser desbordada la adolescente por la problemática sexual, la traslada a un ámbito que si puede controlar: la alimentación. Recupera mediante el cuerpo el control que no tiene sobre su sexualidad.

La alimentación y la sexualidad están relacionadas incluso en los primeros meses de vida, donde es a través de la boca que se siente placer, la zona erógena se encuentra relacionada con el hambre; luego actividad sexual y alimentación se van independizando (Caparrós N. Y otros, 2004). Si durante el transcurso de esa separación se presentan dificultades, los problemas alimentarios pueden surgir como un intento de compensar el fracaso de ese proceso.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la relación entre trastornos de alimentación y trastornos de personalidad. En la anorexia se encuentran principalmente los de tipo obsesivo-compulsivo; la coexistencia de estos trastornos indica una mayor cronicidad y un mayor deterioro del funcionamiento global. Es por esto que los rasgos de personalidad obsesivos y ansiosos, aumentan la probabilidad a desarrollar trastornos de alimentación. (E. García-Camba, 2001). Una adolescente con rasgos obsesivos podrá ser más eficaz en el mantenimiento de una conducta, como la dieta, y su vida girará en torno a las ideas que tenga de su cuerpo, y la preocupación por el mismo, afectando todas sus actividades.

Aunque el trabajo se enfoca en enfatizar los aspectos psicológicos del trastorno, no se debe ignorar el trabajo de otros autores como J. Toro (2005), que relacionan anorexia con genética. Este autor afirma que existiría una predisposición genética, debido a la presencia del gen 5HT-2A, la cual se manifiesta bajo los efectos de la malnutrición. Al mismo tiempo, resalta la existencia de los factores hereditarios como influencia en la génesis del trastorno.

Si bien se mencionaron algunos rasgos de personalidad, actitudes y conductas, que favorecerían el desarrollo de un trastorno alimentario durante la adolescencia. Se debe resaltar que el hecho de que aumenten la vulnerabilidad, no significa que necesariamente una niña que presente esas características desarrollará el trastorno en el futuro. Para esto deben coexistir otros factores, como son un entorno que propicie la importancia extrema por la imagen, vínculos conflictivos o cambios bruscos que favorezcan el desarrollo de síntomas o conductas nocivas; las cuales se irán perpetuando hasta culminar en un cuadro de anorexia.

De todas maneras resulta de gran utilidad continuar investigando al respecto. A partir del conocimiento de la personalidad de adolescentes anoréxicas, se puede lograr un mejor entendimiento de por qué dentro de un grupo de personas de la misma edad, que conviven dentro de una misma cultura, con situaciones familiares similares, existen algunos más vulnerables al ulterior desarrollo de la patología. Sin duda es lo particular, la historia personal, cómo son vividas las diferentes situaciones, todo lo que conforma la individualidad de la persona, lo que más peso tiene a la hora de generar una predisposición a desarrollar este tipo de patología.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo se pudo observar, que algunas de las características de la anorexia expuestas por autores hace cientos de años, se siguen manteniendo hoy en día. Dichas teorizaciones fueron el punto de partida de diversas investigaciones, y ayudaron a la comprensión de tan complejo trastorno. Pero aunque existe cierta vigencia de las mismas, con el pasar de los años se han agregado otros factores de gran peso, como por ejemplo la influencia de los medios de comunicación y el ideal estético que publicitan, y la colaboración del creciente consumo en el mantenimiento de conductas nocivas. Y a medida que los modelos de belleza, los valores morales y la sociedad en general cambian, van a ir apareciendo nuevos factores, diversas características y aspectos a tener en cuenta. Por esto es que no se puede lograr un conocimiento total de esta patología, sino que se debe realizar un trabajo continuo, multidisciplinario, a la hora de realizar investigaciones, para abarcar la mayor cantidad de aspectos posibles: la personalidad del paciente, su forma de vincularse, la historia personal del mismo, el funcionamiento familiar, el entorno social, factores biológicos que puedan estar influyendo. Se debe reconocer la importancia de todos estos factores, sin dejar ninguno de lado.

Al acercarse a la temática, se puede notar que en las definiciones y conceptos más utilizados, resaltan las características biológicas y las conductas superficiales, dejando de lado los aspectos psicológicos. Aún en la actualidad, parece que se presentan dificultades a la hora de considerar al sujeto en todas sus dimensiones, como un sujeto biopsicosocial.

Resulta muy relevante seguir profundizando respecto a los rasgos de personalidad de las jóvenes que desarrollan el trastorno, para percibir la vulnerabilidad en la adolescente y poder prevenir la posterior aparición del mismo. De todas maneras entiendo que se debe a que cada sujeto es único, es decir tiene una individualidad que lo distingue del resto, y va formando su personalidad según su historia de vida particular. Por esto resulta difícil conocer que acontecimientos, vínculos o experiencias han generado los rasgos de personalidad que lo predisponen a la anorexia. Resulta de gran importancia no centrarse únicamente en el trastorno, en el sujeto enfermo, sino en cómo era cuando era sano, como vivió su historia, sus vínculos, cómo sintió los cambios que tuvo que atravesar, que imagen tiene de los demás y de sí mismo, que cree que los demás esperan de él, y que lugar ocupaba la estética antes de presentar los primeros síntomas. Para así acercarse a comprender que lo motivo a dejar de comer, a realizar dietas, a aumentar el ejercicio físico, qué lugar ocupa para él la alimentación, qué es lo

que espera lograr. No se debe observar únicamente un conjunto de síntomas, sino darle un significado a cada uno de ellos. Como se expuso anteriormente vomitar no sólo es un método para adelgazar sino que también puede ser utilizado con otros fines, como el de aliviar un peso, expulsar los problemas que lo están desbordando; el rechazo al alimento como un intento de escapar al control excesivo de los padres y no como una forma de evitar engordar. Se debe ir más allá de lo explícito, saber que significa esa conducta para cada individuo. Intentar acercarse a una mejor comprensión de la adolescente. El no comer no es una actitud caprichosa, sino que surge como respuesta a conflictos que no ha sido capaz de expresar o solucionar de otra manera, generando un gran monto de sufrimiento.

En cuanto a la influencia de la cultura y el momento socio-histórico, se puede encontrar gran cantidad de información, y todos los autores coinciden que en la época actual la estética ha adquirido un valor exagerado, el ideal de belleza no se corresponde con la naturaleza, es decir, las proporciones que se supone debe tener una mujer son irreales, difícilmente alcanzables, y se encuentran muy alejadas de las correspondientes a un cuerpo saludable. Se promueve la delgadez extrema, a través de los medios de comunicación es vinculada con el éxito, la aceptación y la felicidad; al mismo tiempo que se publicitan diferentes productos que ayudan a conseguirla, como son los productos lights, las clínicas estéticas, entre otros. Esto causa un gran impacto en los adolescentes, imponiéndoles una imagen ideal que es fuente de desconformidades, inseguridad y angustia por encontrarse, en la mayoría de los casos, alejada de la realidad. Todo esto aumenta la vulnerabilidad de las mismas a desarrollar un trastorno de alimentación, motivadas por alcanzar esa imagen que les proporcionará el bienestar que buscan, la aceptación y valoración por parte de sus pares, y el éxito en todo lo que se propongan. Para que esto cambie, toda la sociedad debería cambiar, los valores morales deberían estar por encima de la superficialidad, y las capacidades de una persona no deberían estar definidas por su imagen. Los medios de comunicación tendrían que hacer énfasis en promover un cuerpo saludable en vez de incitar a conductas nocivas.

Respecto al entorno familiar, la información adquirida a través de los diferentes autores es motivadora de varias interrogantes. Se expusieron varias características del núcleo familiar y las formas de relacionarse dentro del mismo, que son comunes en todos los casos de trastornos de la alimentación; pero ¿pueden servir para la prevención del trastorno?, con esto se hace referencia a que puedan servir de indicadores de alerta y con un trabajo con los integrantes de la familia pueda prevenirse el desarrollo del

mismo. Esta es una de las interrogantes que no fueron respondidas en este trabajo quedando pendientes para elaboraciones posteriores.

Es muy importante que quede clara la gran influencia de las relaciones familiares para la génesis y el mantenimiento de la anorexia. Existen acciones o comportamientos de los padres durante los primeros años de vida de sus hijos, que determinan conductas posteriores, e influyen en la valoración y la imagen que tengan de ellos mismos, así como en la forma de relacionarse con otras personas. Bagattini (1998) menciona en su artículo el caso de unas de sus pacientes, cuya madre le había realizado dos cirugías estéticas cuando aún era una niña pequeña, porque no le gustaba su nariz ni sus orejas. Su hija se convirtió en anoréxica. Le fue inculcado que las características físicas que no son agradables hay que cambiarlas, en lugar de la importancia de aceptarse a sí misma tal cual es. También desde pequeña su imagen fue una dificultad, motivo por el cual no era valorada por sus padres, quienes tenían una preocupación exagerada por la estética de su hija. En este caso, los padres no cumplieron con el rol de sostén necesario para que su hija formara su identidad de forma sana, por el contrario fomentaron la vergüenza y el sentimiento de incapacidad de la niña para satisfacer los deseos de sus padres. Es de esperar que si la madre se avergüenza de ella por su imagen, la niña también lo haga, y continúe con las acciones de modificar su cuerpo para alcanzar el ideal que esta espera.

Cada uno de los integrantes de una familia con sus experiencias y características particulares, influyen de alguna manera, así como la situación de tener un integrante con esta patología modifica todo el núcleo familiar, acentuando las dificultades preexistentes. Resulta necesario ayudar a los padres a tomar conciencia de las actitudes que afectan el vínculo con sus hijos, y los conducen al desarrollo de conductas nocivas; brindándoles las herramientas necesarias para colaborar con un mejor progreso del trastorno. También es indispensable que traten de entender a su hija en vez de juzgarla, entender su sufrimiento, pensar en los sentimientos que motivan esa conducta; y no quedarse con el pensamiento de que no comen por capricho o que la anorexia es una forma de llamar la atención.

Los tres aspectos que estuvieron en consideración en este trabajo, no deben ser pensados por separado, sino juntos en mutua colaboración. Con esto me refiero a que, la anorexia no se desarrolla por la presencia de un único aspecto, sino por la combinación de los tres: una personalidad vulnerable, desequilibrada; en una persona que tiene conflictos con sí misma, que no logra verse realmente como es y en la cual prima el sentimiento de desconformidad. Esta persona fue creciendo en un entorno

familiar con dificultades vinculares, y figuras parentales controladoras, excesivamente preocupadas por la imagen, críticos con sus hijos, entre otras características particulares. Todo esto debe considerarse inmerso en una sociedad de consumo, con una cultura que valora lo superficial sobre todas las cosas, y un ideal estético alejado de la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Amann, N. (2000) "Patologías alimentarias: Anorexia nerviosa y bulimia." Montevideo: UdelaR-FP, Unidad de Formación Permanente para graduados. Publicación N°2
- American Psychiatric Association (2014) "DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales." (5ª edición.)
- Amorin, D. y Nigro, S. (2013) "Conductas y trastornos alimentarios." Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente. (UdelaR)
- Bagattini, C., M, (1998) "Trastornos Severos de la Alimentación: Anorexia Nerviosa y Bulimia." Recuperado de <http://clinicauno.com/descargas/Trastornos%20severos%20de%20alimentacion.pdf>
- Bejla de Goldman, R. (2005) "Anorexia y bulimia: un nuevo padecer". Buenos Aires: Lugar editorial
- Cancio B. (2009) "Me como a mí: La Anorexia de Cielo Latini." Recuperado de http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro12/bruno_cancio.htm
- Caparrós, N. y Santeliu, I. (2004) "La anorexia: una locura del cuerpo." Madrid: Biblioteca Nueva
- Chandler, E. y Rovira, B. (2011) "Anorexia nerviosa: curioso no comer para vivir." Buenos Aires: Centro AB
- CIE-10: CDI-10 (2004), "Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento." Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996) "Anorexia: un mapa para recorrer un territorio trastornado". Barcelona: Gedisa
- Duker, M. y Slade, R. (1992) "Anorexia nerviosa y Bulimia: un tratamiento integrado." México, D.F.: Limusa
- Feinstein, S. C. y Sorosky, A. D. (1988) "Trastornos en la alimentación: Bulimia, Obesidad y Anorexia nerviosa." Buenos Aires: Nueva Visión
- García-Camba, E. (2001) "Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad." Barcelona: Masson

- Guillemot, A. (1994) "Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura." Barcelona: Masson
- Laségue, C. (1873) "Sobre la anorexia histérica." Rev. Asoc. Neuropsiq., 2000. 20(74), 271-282
- Lipovetsky, G. (2002) "La era del vacío." Barcelona: Anagrama
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A.M. (1999) "Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar." Barcelona: Paidós
- Speier, A. (1986) "Silvina: Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa." Buenos Aires: Nueva Visión
- Toro, J. (2001) "Anorexia nerviosa." Recuperado de http://www.saegre.org.ar/biblioteca/arbol_bibliografico/octubre2005/2v117n09a_anorexia.pdf