

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

PLAN DE ESTUDIO O.C.S 586/85. O.C.S. 143/89

TITULO DEL PROYECTO: TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACION: BULIMIA Y ANOREXIA.

ALUMNAS: AGUIRRE MARIA LAURA 3601/96
HADAD MARIA ROMINA 3768/96

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:
MODELOS EN PSICOPATOLOGIA.

SUPERVISOR: HORACIO MARTINEZ

AÑO: 2000

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA
E. P.

N° CLASIFICACION	ADQUISICION
A	
N° INVENTARIO	
	11342

- Trastornos de la alimentación
- Bulimia
- Anorexia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDO:

MATRICULA Y AÑO:

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:

SUPERVISOR:

CO-SUPERVISOR:

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:
SI.....NO.....:

TITULO DEL PROYECTO:

PALABRAS CLAVE (hasta cinco):

DESCRIPCION RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120 palabras, escrito a máquina o P.C. y luego pegado):

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACQUISICIÓN CURRICULAR

ANÁLISIS DE ESTUDIOS C.I.C. 571/55 - C.I.C. 143/55

RODRÍGUEZ I. ARMANDO, María Elena Aguirre 3661/56

María Elena Madal 3763/56

OTRO TEMA O SUBTEMAS DE INTERÉS: Psicología en psicopatología

CONSEJEROS: Herminio Martínez

Continúa el desarrollo de temas que están en desarrollo: SI NO X

TEMAS DEL PROYECTO: Psicología de la alimentación, bulimia y anorexia

TEMAS CLAVES (1971-1972): - Imagen corporal

- bulimia

- anorexia

- familia

- tratamiento

MODIFICACIÓN ALTERNAS (antes de la tesis, luego teóricas, finalizadas, en no más de 120 palabras, escritas en 10 o 12 líneas)

A partir de haber visto en la literatura los temas en psicopatología, el tema de anorexia nerviosa, creímos necesario ampliar nuestro conocimiento acerca del mismo e incluir la bulimia que consideramos igualmente importante. Estos temas no fueron aún desarrollados en el transcurso de la carrera, por lo que decidimos ampliarlos desde la perspectiva psicoanalítica.

Consideramos que es un buen método de aprendizaje para nuestra práctica futura, creemos no contar con los conocimientos necesarios para poder enfrentar dichas situaciones.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS (Selección de la investigación descriptiva, explicativa, exploratoria)

Revisión de textos publicados sobre bulimia y anorexia desde el marco psicoanalítico.

Recopilar material sobre el tema.

Construir en los grupos el árbol de ideas teórico elegida.

Realizar lecturas comparativas.

Elaborar una síntesis de lo extraído.

Elaborar diferentes modalidades diagnósticas y de tratamiento.

Prognóstico y prevención.

Elaborar conclusiones.

ANEXOS Y FOLIOS (Fuentes, presentaciones, análisis de datos)

Fuentes: bibliográficas

Procedimiento: lectura, síntesis, análisis de casos clínicos, correlación del material.

TEMAS Y SUBTEMAS DE INTERÉS (relacionados con la psicología)

Características de la enfermedad: desarrollo histórico

- Síntomas clínicos generales (síntomas, causas, consecuencias)

- Diagnóstico a tres niveles y niveles.

- Características que diferencian la psicopatología

- Diagnóstico

- Tratamiento

- Prevención

- Prognóstico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kay, Lucia; Fumagalli, Carlo; Walsh, Alvanis; Herzog, Daniel. Manual de la bulimia nerviosa, Madrid, 1995.

- Kay, Lucia; Fumagalli, Carlo; Walsh, Alvanis; Herzog, Daniel. Manual de la bulimia nerviosa, Madrid, 1995.

- Benignoni, Juan Carlos, edit. y coordinador, Manual de la bulimia nerviosa, Buenos Aires, 1995.

- Sherwin, David. Problemas del campo de la salud mental. Los trastornos de la alimentación. El Ateneo 1993

- Solto, Françoise. La dieta hipocalórica y el azúcar. Edición, 1995

- Sponchi, David. El tripartito, el loco y el psicoanálisis.

- Spillia, El Dicho, congresos de la psicología. Manual de psicología. De Crow-Hill, 1997

- Spillia, Daniela. Revista psicología; Anorexia y bulimia. No. 17, setiembre de 1993

- Documento actualizado por ella con respecto a trastornos de la alimentación. Anorexia y bulimia. Servicio. 1997

Ana Sponchi

Daniela Spillia

Comité de Asesoría

Comité de Asesoría

Fecha de entrega: 10/11/00

ESTA MONOGRAFIA ES PROPIEDAD DE LAS ALUMNAS:
AGUIRRE MARIA LAURA MATRICULA 3601/96 Y HADAD MARIA ROMINA
MATRICULA 3768/96, DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE MAR DEL PLATA Y NO PUEDE SER PUBLICADA EN TODO O EN
PARTE, O RESUMIRSE SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LAS AUTORAS.

EL SUPERVISOR LICENCIADO HORACIO MARTINEZ DA POR APROBADO LOS
CONTENIDOS DEL PRESENTE TRABAJO PERTENECIENTE A LAS ALUMNAS
AGUIRRE MARIA LAURA MATRICULA 3601/96 Y HADAD MARIA ROMINA
MATRICULA 3768/96.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Martinez', written in a cursive style.

FIRMA

EL COMITÉ DE INVESTIGACION APRUEBA LOS ASPECTOS METODOLOGICOS
DE LA PRESENTE INVESTIGACION.

COMITÉ DE INVESTIGACION

COMITÉ DE INVESTIGACION

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	2
INTRODUCCION AL TEMA.....	3
RESEÑA HISTORICA.....	5
QUE SON LOS TRASTORNOS DEL COMER.....	6
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS BULIMICAS.....	10
CUALES SON LAS CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DEL COMER.....	11
TIPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	11
TRASTORNOS PSICOLOGICOS.....	13
INFLUENCIAS CULTURALES.....	15
INFLUENCIAS FAMILIARES.....	16
EL ESQUEMA CORPORAL.....	17
POR QUE APARECE EN LA ADOLESCENCIA.....	19
QUE PASA CON LA ANOREXIA EN VARONES.....	21
POR QUE SE DA MENOS EN VARONES.....	21
COMO SE TRATAN LOS TRASTORNOS DEL COMER.....	24
LOS CUADROS DE ANOREXIA PUEDEN REMITIR TOTALMENTE.....	37
PSICOANALISIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	38
PREVENCION.....	44
PRONOSTICO.....	45
CONCLUSION.....	46
CUADROS COMPARATIVOS.....	49
CASOS CLINICOS.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUCCION

A partir de haber visto en la materia Modelos en Psicopatología, el tema de anorexia nerviosa, creímos necesario ampliar nuestros conocimientos acerca del mismo e incluir la bulimia que consideramos igualmente importante. Estos temas no fueron muy desarrollados en el transcurso de la carrera, por lo que decidimos ampliarlo enfocándolo desde la perspectiva psicoanalítica.

Consideramos que es una problemática muy recurrente para nuestra práctica futura y creemos no contar con las herramientas necesarias para poder enfrentar dichas situaciones.

Los aspectos sobre estos trastornos que pensamos abordar son: el desarrollo histórico de los conceptos de bulimia y anorexia, sus características generales ; síntoma; consecuencias; causas; las diferencias entre varones y mujeres; los marcos teóricos que abordan estas problemáticas; diagnóstico; formas de tratamiento; estructuras de personalidad en las que se manifiestan estas patologías; prevención y pronóstico.

INTRODUCCION AL TEMA

Bonsignore, Ana y otros, en relación al tema plantean que el comer y las emociones están estrechamente unidos, tanto que la comida y el afecto significan muchas veces lo mismo.

El comer y los modos de hacerlo, constituyen un hábito básico que se forman cuando los niños son muy pequeños. Por lo general estos modos quedan establecidos para el resto de la vida y así se ve como muchos de los trastornos alimenticios de los jóvenes adolescentes, se remontan a la primera infancia y es aquí donde la vida familiar, los afectos, las relaciones entre sus miembros, el grado de autoestima, cobran un importante significado para la comprensión de estos problemas.

Se sabe que el yo rudimentario del recién nacido y del niño pequeño es completado por el "rapport" emocional del cuidado de la madre al amamantarlo, en una especie de "simbiosis social".

La boca, zona vital para la existencia, tendrá la función de discriminar el placer del displacer. El efecto de los cuidados maternos para reducir las molestias de la necesidad-hambre, no pueden ser aislados, ni pueden ser diferenciados por el niño, de sus propios intentos de reducir sus tensiones tales como orinar, defecar, toser, estornudar, escupir, vomitar y todas las formas en que un niño pequeño trata de expulsar una tensión desagradable. El efecto de estos fenómenos expulsivos, así como la gratificación que le produce los cuidados afectivos de su madre, ayudan al niño con el tiempo a diferenciar una cualidad de experiencia y "placentera y buena" o "dolorosa y mala".

La necesidad de la madre por parte del niño es absoluta, mientras que la de la madre con respecto al hijo es relativa. Se dice que es absoluta por lo menos en los primeros meses de vida, ya que la madre al mismo tiempo que continúa sustentando esta dependencia se va reinstalando paulatinamente en su otro rol dentro de la pareja conyugal. Si esto no fuera así, el riesgo de mantener todo el tiempo su función nutricia y proveedora de afecto con el hijo, deviene en una "simbiosis" que afectará las posibilidades del niño de ir adquiriendo gradualmente autonomía e independencia.

Volviendo al desarrollo del niño, la satisfacción obtenida por medio de la estimulación de la zona bucal, será el punto de partida para el joven y el adulto, del beso, del comer o beber normal o con exceso, de diversas adicciones como el fumar o las drogas.

Cuando el adolescente o el joven y también el adulto, son capaces de "aguardar o esperar" una satisfacción con confianza. Se puede inferir que debe haber en su memoria trozos del "placer de la gratificación" conectados con el recuerdo perceptual de los cuidados maternos. De ahí la importancia fundamental de las primeras experiencias de "placer- displacer" . La familia es la matriz a partir de la cual se va constituyendo la autoestima y definiendo la identidad.

RESEÑA HISTORICA

Como plantea Herscovici y Bay, la historia de estas patologías data de la edad media, con los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.

Se dice que Liduina de Shiedan, una santa del siglo XIV, vivió durante años alimentándose sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia.

Lacey cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgefortis, diciendo que era de alto rango social y siendo una doncella, ayunó y le rezó a Dios, rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un tiempo de adoptar un regimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice que en algunos países de Europa fue adoptada como Santa Patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina.

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a R. Morton y data del año 1694. Morton la llamó "consunción nerviosa".

En relación a la bulimia, se sabe que los antiguos romanos de clase alta eran muy afectos a la comida, de modo que su forma de comer se traducía en banquetes pantagruélicos. Lo común era que en la sala dedicada a comedor, el dueño de casa reuniera a un grupo de ciudadanos prominentes, los que consumían gran cantidad de alimento, comidas tan copiosas que sólo eran posibles debido a la visita que regularmente hacían los comensales a una sala vecina llamada "vomitorium", para luego seguir comiendo. Los romanos fueron los primeros en practicar la bulimia.

Según Sorosky, el término bulimia deriva de "bulimy" en griego, y significa hambre voraz. Literalmente deriva de los conceptos de "buey" y "hambre" en griego y de las palabras latinas que se traducen como "hambre canina".

Gales describió la kynos orexia o hambre canino como sinónimo de la bulimia. Consideraba que la bulimia era consecuencia de un estado de ánimo anormal que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían también asociarse con vómitos severos y copiosos movimientos de vientre.

En los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita a menudo como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades.

La experiencia sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de trastornos, se ha ido modificando en los últimos años. Desde 1950 con las descripciones de Russell sobre bulimia nerviosa, se fue produciendo la emergencia de ésta como síndrome.

En 1970 los casos de anorexia eran pocos, siendo recién en 1980 cuando aparecen más comunicaciones al respecto hasta producir lo que algunos han llamado "epidemias de estas patologías".

Actualmente presentan una prevalencia del 1 al 4% de la población entre adolescentes y adultos jóvenes femeninos, coincidiendo la mayoría de los autores

en un mayor porcentaje de bulimia nerviosa (2 al 3%) y de (0,5 al 1%) sobre anorexia nerviosa en mujeres jóvenes.

En "Las indomables figuras de la anorexia", Ginette Ralmbault y Caroline Eliacheff, plantean que la verdadera individualización de la dolencia deriva del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX. Lasegue (1873) y Gull (1874) describen casi simultáneamente esta enfermedad. Ingleses y franceses polemizan por atribuirle a anterioridad de la descripción a Gull o la Lasegue. La lectura detallada de la monografía de Lasegue y de las notas de Gull, muestran la clara superioridad del primero, quien no se contenta con descubrir los síntomas de la enfermedad (descritos de igual manera por Gull), sino que se coloca a sí mismo en tanto que terapeuta.

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DEL COMER?

Amanda Lofrano en la revista "Psicologías" define los trastornos del comer de la siguiente manera: son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez. Los trastornos del comer generalmente se categorizan como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Bulimia nerviosa que es más común, describe un ciclo de

atascamiento y de purgación. La anorexia nerviosa es un estado de inanición (hambre) que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar.

La bulimia y la anorexia comparten características comunes: la depresión, la ocultación y una obsesión por la pérdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores. Estos no son trastornos nuevos, las descripciones de autoinanición se han encontrado en redacciones medievales y la anorexia nerviosa fue definida por primera vez como un problema médico en 1873.

Se entiende la **anorexia nerviosa**, siguiendo la referencia del DSM IV como un síndrome que se instala en diferentes tipos de patología mental, desarrollándose en personalidades de base (neurótica o psicótica). Se define como una constelación de signos y síntomas que encuentran su origen en distintos mecanismos psicopatológicos.

Para clasificar un cuadro de anorexia nerviosa, siguiendo los parámetros del DSM IV.

- pérdida de peso mayor del 15% con respecto al peso teórico o de inicio.
- Distorción de la percepción de la imagen corporal.
- Intenso temor a aumentar el peso o convertirse en obeso u obesa.

Amenorrea, es decir ausencia de los ciclos menstruales.

- Ausencia de enfermedades orgánicas que justifiquen los síntomas.

Se describen dos subtipos de anorexia nerviosa:

— Restringido: donde la pérdida de peso se logra restringiendo progresivamente la ingesta de alimento y ejercicios intensos, no presentando atracones y purgas.

— Compulsivo- purgativo (bulímico): donde para lograr el déficit de peso recurren a purgas, ya sea mediante vómitos, utilización de laxantes y/o diuréticos, y por último ejercicios físicos extenuantes. Este tipo de pacientes alternan el ayuno con episodios en que comen de manera compulsiva, voracidad, seguidos de una conducta purgante (no debe confundirse con bulimia).

El manejo de estas pacientes puede ser ambulatorio o con indicación de internación (dependiendo de la gravedad del caso), pero todo enfoque terapéutico se basa en una doble atención: clínico y psicológico (siendo lo básico la terapia familiar e individual).

Retomando a Amanda Lofrano, las *características psicológicas de la anorexia* son: la negación del problema, son muy cumplidos y obedientes, hiperactivos pero ineficaces; aumentan el ejercicio físico y la actividad de compras; tienen una mayor dedicación a la limpieza, insomnio, elevada inteligencia con desconcentración y fracasos escolares, rechazan la vida sexual, alteración del esquema corporal, depresión, aislamiento, dependencia, interés exagerado en el cuerpo y en la comida, restricción severa de la alimentación.

La paciente con anorexia como empieza a verse diferente a los demás, se oculta, se viste con ropas holgadas que no marquen el cuerpo. Además no hacen ninguna de las actividades que hacen otras chicas: no van a bailar, no tienen novio, tienen muchas dificultades para establecer una relación con el otro sexo y se va aislando.

Desde el punto de vista estético se ven gordas y feas, desde lo psicológico esto remite a su baja autoestima, a las dificultades con su sexualidad y el acceso a la adultez.

Síntomas: según Gerd Schutze el síntoma básico de la anorexia es la pérdida de peso mayor causada por seguir dietas excesivas y continuas.

El ser vegetariano puede ser una máscara para la anorexia. Si alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar la grasa en vez de por otros motivos como el amor a los animales. Si una dieta vegetariana coincide con una pérdida de peso rápida y si la persona está evitando ciertas comidas, como nueces y productos lácteos que contienen aceite y grasa, el comportamiento anoréxico debe ser sospechado. En las mujeres la menstruación puede ser infrecuente o estar ausente. A menudo, el hacer ejercicios compulsivamente acoplado con la emaciación, conduce a problemas ortopédicos particularmente en bailarines y atletas, esto puede ser el primer signo de dificultad que obliga a un paciente a buscar ayuda médica. Con el tiempo, la capacidad para hacer ejercicios es impedida. La piel puede estar seca y cubierta de pelo fino y los pacientes pueden experimentar la pérdida de cabello. Los pies y las manos pueden estar fríos y a veces hinchados. El pulso puede estar lento y la presión arterial baja, pueden sufrir daños nerviosos y experimentar crisis compulsivas y anemia, los pensamientos pueden

ser confusos o desacelerados y un paciente anoréxico puede tener una memoria pobre y carente de juicio. En niños y adolescentes puede causar daño cerebral permanente.

Posiblemente, el síntoma más aturridor de los trastornos del comer es la imagen distorsionada del cuerpo. A pesar de que las personas típicamente asocian imagen del cuerpo distorsionada con anorexia severa, un estudio indicó que las distorsiones son más probables en personas con bulimia que con anorexia.

Según Herscovici y Bay, la **bulimia** es un término que significa simplemente "comilona", es decir un episodio caracterizado por la ingesta rápida de grandes cantidades de comida en un corto tiempo. Pueden padecer episodios bulímicos tanto personas obesas, aquellas de peso normal o aquellas muy delgadas sin que existan alteraciones psiquiátricas.

Generalmente comienza a principios de la adolescencia, cuando las mujeres jóvenes intentan las dietas restrictivas, fracasan y reaccionan con atascarse. En respuesta a los atascamientos, las pacientes se purgan mediante laxantes o incluso el vómito. También pueden revertir a dietas severas, lo cual regresa al ciclo de atascamiento, si la paciente no pasa a convertirse en anoréxica.

La paciente diagnosticada con bulimia, tiene cerca de 14 episodios de atascamiento-purgación por semana. En general las personas con bulimia, tienen un peso corporal de nivel normal- alto, pero este puede fluctuar debido al ciclo de atascamiento- purgación.

Siguiendo al DSM IV, la bulimia nerviosa presenta las siguientes características:

- Episodios de ingesta voraz que tienen dos características: ingesta voraz en un tiempo discreto (dentro de dos horas) y sentimiento de falta de control durante el episodio (no pueden dejar de comer, o controlarse cuando están comiendo).
- Conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido o la utilización de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones y la hiperactividad.

- Atracones frecuentes seguidos de conductas compensatorias al menos dos veces a la semana, durante tres meses.
- Preocupación persistente por la silueta y el peso.
- Padecimientos no sólo durante períodos de anorexia.

Se describen también dos subtipos: _ Con vómitos y laxantes: recurren regularmente a los vómitos, los laxantes y los enemas durante el episodio de bulimia.

_ Sin vómitos ni laxantes: luego del episodio bulímico recurren como mecanismo compensatorio inapropiado a la actividad física excesiva o la hiperactividad.

Síntomas: Gerd Schutze considera que los síntomas de la bulimia pueden ser muy sutiles, ya que las mujeres con este trastorno lo practican en secreto y aunque pueden pesar menos de lo normal no siempre son anoréxicas. En general, las personas con bulimia están preocupadas por la comida y pueden abusar de los laxantes, las pastillas para la dieta, los eméticos (droga que induce el vómito), o los diuréticos (reduce los lípidos) y pueden ser compulsivas en el ejercicio.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS BULIMICAS.

"... actualmente hay una idealización de la delgadez, una cultura de la imagen una práctica difundida del físico culturismo." (Lía Ricón)

Creemos que la compulsión por mantener un cuerpo delgado, en una sociedad obsesionada por la comida, puede llevar a las mujeres jóvenes a darse atracones, seguidos de intentos de vomitar, usar laxantes y hacer dieta. Diversos autores muestran que existe una estrecha relación entre la moda actual hacia la delgadez y el valor que se le da al atractivo físico, dentro de la autoestima.

Estas concepciones sociales dan lugar a una serie de estrategias de control de peso, que van desde la privación total de comida hasta fumar un cigarrillo en lugar de comer. Todas estas estrategias tienen una influencia en la posibilidad de mantener una buena salud. Lo mismo que ocurre con las dietas sucede con el ejercicio físico; éste puede ir desde una actividad razonable para mantener el cuerpo ágil, flexible y fuerte, hasta una exageración en la importancia de la actividad física.

Las mismas actitudes inflexibles y rígidas se manifiestan en los dos terrenos: horarios estrictos de ejercicios que no pueden ser abandonados a pesar de sentirse enfermos, cansados o lastimados. Detallado registro de la comida y de los ejercicios realizados, etc.

"... en una sociedad competitiva, la ejercitación obsesiva puede ir ligada al desarrollo de conductas alimentarias rígidas, en la medida en que cada una lucha por llegar a la relación óptima entre delgadez y grasa, en su composición corporal" (Herscovici y Bay).

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DEL COMER?

En base a la información recabada hasta aquí, consideramos que no hay una causa única de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes químicos y emocionales, y los trastornos de la personalidad, colaboran como disparadores para ambas, la anorexia y la bulimia, aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.

(1) TIPOS DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Lía Ricón considera que las personas con trastornos del comer comparten ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control y de engordar, y tienen una autoestima baja. Tanto las personas con anorexia como las personas con bulimia tienden a tener dificultades identificando y comunicando sus emociones. Algunas investigaciones han

encontrado dos tipos de trastornos de la personalidad entre los subgrupos de las personas con anorexia. Algunos estudios definen una tercera parte de los anoréxicos restrictores, como personalidades "evasivas". Las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas y estar inhibidas emocional y sexualmente. Carecen de un sentido fuerte de realidad, son sumamente sensibles al fracaso y a toda crítica. Esto refuerza su propia creencia de que no "son buenos".

Casi el 40% de las personas que tienen anorexia bulímica, son personalidades dudosas. Tales personas tienden a tener estados de ánimo, modelos de pensamiento, comportamiento y auto imágenes inestables. No pueden estar solas y exigen la atención constante las personas con personalidades dudosas se han descrito como causantes de caos a sus alrededores mediante el uso de armas emocionales como berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría. Idealizan a las personas y a menudo son decepcionadas y rechazadas. Una investigación ha indicado que la gravedad de este trastorno de la personalidad predice la dificultad de tratar la bulimia y puede ser más importante que la presencia de otros problemas psicológicos como la depresión.

Sorosky expresa que si bien los rasgos de personalidad que se observan en estas pacientes con muy variados, pareciera que emergen dos factores consistentes. En primer lugar, hay evidencias sustanciales de que las bulímicas experimentan una significativa inestabilidad afectiva que se manifiesta en los estado de ánimo deprimidos y muy variables en las conductas impulsivas (que a menudo incluyen abuso de drogas y alcohol) en la baja tolerancia a la frustración y en la alta ansiedad.

En consecuencia estas pacientes tienen largas historias de sentimientos de falta de control y de impotencia en relación con su experiencia corporal. Esto contribuye sin duda, en forma significativa al segundo rasgo de personalidad prominente entre las bulímicas, la baja autoestima.

Si bien la baja autoestima se asocia comunmente con cualquier género de psicopatología, parece haber ciertos rasgos que son característicos de las pacientes bulímicas.

Varios investigadores han observado que muchas pacientes bulímicas tienen dificultades para identificar y articular diferentes estados internos.(Bruch, 1973). Esta incapacidad parece contribuir al sentimiento de indiferenciación (Lewin y Johnson, 1984), que conduce al sentimiento de ineficiencia e incapacidad para controlar estos estados

internos. Además de los factores socioculturales que pueden contribuir a que las mujeres se sientan insatisfechas con sus cuerpos (aspecto defectuoso), aquellas que experimentan dificultades para regular sus estados internos pueden sentir mayor insatisfacción, quizás incluso odio hacia un cuerpo que no logra contener sus afectos. Otro aspecto que exacerba los problemas de la autoestima, es que las pacientes bulímicas son muy sensibles al rechazo, lo cual produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras. Finalmente, entre estas diferentes vulnerabilidades, las pacientes se crean grandes expectativas respecto de sí mismas que tienen como resultado permanentes sensaciones de vergüenza y culpa.

(2) TRASTORNOS PSICOLOGICOS

Bonsignore considera que los trastornos del comer con frecuencia están acompañados por la depresión, trastornos de la ansiedad o ambos. Si la depresión o la ansiedad son causas o resultados reales de la anorexia es polémico.

Las personas con anorexia a menudo experimentan trastornos de la ansiedad incluyendo fobia y el trastorno obsesivo compulsivo, este último es más frecuente.

Las obsesiones son imágenes mentales, pensamientos o ideas recurrentes o persistentes, que pueden dar lugar al comportamiento compulsivo (un comportamiento repetitivo y rígido y de rutinas autoprescritas que son concebidas para prevenir la manifestación de la obsesión).

Aunque pueden reconocer que estos pensamientos obsesivos y modelos de comportamientos ritualizados no tienen sentido y que son excesivos y hasta peligrosos, no pueden detenerlos a pesar de sus esfuerzos para ignorar o suprimir estos pensamientos o acciones.

Gran parte de los pacientes con trastornos del comer experimentan la depresión; para algunos la depresión no desempeña una función causal particularmente en la anorexia, porque los trastornos del comer rara vez se curan cuando la medicación antidepresiva se da como el único tratamiento y la gravedad de estos trastornos no se correlaciona con la gravedad de ninguna depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a subir de peso.

Lía Ricón en relación a este tema considera que estas pacientes deciden dejar de comer y el descenso de peso las gratifica; no desean morir, desean ser puras, etéreas, siempre niñas, rodeadas de padres demandantes y unidos en la insistencia de que coman. No comer brinda identidad, seguridad, dependencia y unidad parental a pesar de las desavenencias. Entregan su cuerpo, no sin dolor, para obtener ese reaseguro interior (masoquismo).

En los comienzos de la adolescencia desean "detener el tiempo" para no pensar en el futuro, la nueva identidad y la independencia personal. Los tres duelos de la infancia son combatidos:

- No renuncian al "yo infantil", quieren ser niñas convocantes y demandantes.
- No renuncian a los padres de la infancia, por el contrario se ligan aún más, se ubican en el centro de las preocupaciones parentales.
- No renuncian al cuerpo infantil y luchan contra todo signo que indique el cambio puberal. Aborrecen la menstruación, la evitan y descienden marcadamente de peso, aplanan el busto y las caderas. Odian la menstruación como marca sangrante del crecimiento (regresión).

Las bulímicas tienen otro mecanismo para crear una "moratoria al crecimiento". Si engordan no salen de la casa, se deprimen, se esconden, pierden la escolaridad y hasta que no logran adelgazar persiste el autointernamiento (regresión). Las pacientes bulímicas tienen una personalidad que puede evolucionar hasta el síndrome fronterizo con alta impulsividad, adicciones transitorias, cleptomanía o hacia la depresión mayor.

Rafael Paz conceptualiza los cuadros borderline o fronterizos diciendo que incluye a todo aquel cuadro cuya sintomatología se extiende en el supuesto "continuum" existente entre las psicosis desorganizativas típicas y las neurosis.

Son más graves que las neurosis pero se diferencian de la psicosis, la riqueza mayor de técnicas neuróticas y en una conservación aceptable de distintos aspectos de los sistemas de referencia compartidos, base del juicio de realidad.

No presentan delirios, si bien en circunstancias de cierto estrés pueden mostrar producciones oníricas, que testimonian la fragilidad yoica cuando cierto umbral vivencial es sobrepasado.

Esta proclividad a la desorganización y el déficit importante de los sistemas anticipatorios contrasta llamativamente con compensaciones que les permiten una adecuación desproporcionada.

La utilización cambiante de estructuras conductuales diversas sin estabilizarse ninguna de ellas, es otra de sus características.

(3) INFLUENCIAS CULTURALES

Siguiendo con Rafael Paz y Lía Ricón la autoinanición ha sido observada en muchas culturas y a través de la historia, y algunos expertos han sugerido que médicos y psiquiatras no deben limitar sus pensamientos sobre los motivos psicológicos de la anorexia a un simple miedo de aumentar de peso. Las presiones socioculturales, sin duda desempeñan una función principal en el desencadenamiento de muchos casos tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Cuando se incluye el atascamiento que conduce a la obesidad como un tercer trastorno del comer, se vuelve indiscutible que el comportamiento insalubre del comer es epidémico. Una profusión de anuncios propagan programas para la reducción de peso, mientras que otros venden comidas insalubres, como comidas grasosas, golosinas, etc. y propagan una vida sedentaria.

La ropa está diseñada y modelada para cuerpos extraños a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarla con éxito. Las mujeres jóvenes, más a riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyo sentido de autoestima se basa en la aprobación externa y en la apariencia física, pero pocas mujeres son inmune a estas influencias.

La cultura occidental actual parece ser una cultura del uso y descarte rápido de las personas en lo que hace a los contratos sociales. Como objeto de consumo, las personas deben mantenerse en un nivel constante de deseabilidad de ser consumidas para no ser descartadas definitivamente y ser condenadas a la marginación social.

Ser eternamente adolescentes pero al mismo tiempo ser madres adultas, ser físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, mostrar un cuerpo esbelto, hermoso,

atractivo y al mismo tiempo ser inteligentes, hábiles, astutas, ser sexys y pasionales y al mismo tiempo autocontroladas, brindar una imagen hedonista y al mismo tiempo de autodisciplina, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer moderna.

Las mujeres occidentales de hoy deben adoptar una imagen de independencia y de pseudo crecimiento individual con respecto a sus congéneres de otras culturas. Deben producirse como objetos vendibles en un mercado cada vez más exigente y contradictorio. Tener un cuerpo esbelto no es sólo responder a un canon de belleza sino estar dentro de un mercado de consumo. La gran amenaza no es ser fea o gorda sino quedar marginada en un mundo donde no se es, no se existe si no se responde al código social. Aquellos que no se desarrollan de acuerdo con la norma no sirven por no ser funcionales al sistema.

(4) INFLUENCIAS FAMILIARES

Es evidente que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de bulímicos son críticas y desinteresadas.

Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos con trastornos del comer, se ha visto que los padres y los hermanos, que también son excesivamente críticos pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de la anorexia en las niñas.

En términos generales con respecto a la familia se podría decir que la paciente está involucrada precozmente en las dificultades conyugales de la pareja parental.

Aparecen alianzas y connivencias, a veces con el padre, a veces con la madre. Pero son falsas alianzas, ya que el destinatario de las agresiones, las descalificaciones y las segregaciones es el otro cónyuge. La adolescente es usada como intermediario, no tiene lugar en la familia ya que también está alejada del grupo de hermanos. Todos los lugares le han resultado falsos.

Lo grave de la situación es que todo aquello que ha sucedido y sucede es totalmente inaccesible al lenguaje verbal. La organización de la familia está constituida en múltiples niveles analógicos que se modifican y se enredan permanentemente. Los intercambios van más allá de las palabras, son intercambios de actitudes y conductas que se prestan a ser mal interpretadas, desmentidas y negadas a nivel verbal, por cuanto han sido largamente elaboradas con herramientas analógicas.

Se comunican con una modalidad basada en el rechazo, la desconfirmación y la desmentida. Se pueden detectar algunos síntomas, algunas formas de funcionamiento familiar e individual. En general son niñas sobreadaptadas, que hacen todo lo posible por agradar. También se puede observar cierto pegoteo con la madre, cierto funcionamiento simbiotizado. Este tipo de vínculo no permite a la madre descifrar las necesidades y deseos de los hijos (por cualquier causa que lloran tratan de calmarlos con alimentos). Pero estos no son signos patognómicos que permitan decir ciertamente que puedan llevar a la anorexia.

A veces los hijos en medio de una crisis familiar, utilizan la comida para influir sobre los padres, ya que al rechazar la comida consiguen un cuidado y atención extra. A veces a través de este síntoma logran unir a la familia. Comer y compartir la comida es una parte muy importante de la vida familiar. La hora de la comida es el momento ideal para intercambiar impresiones y relatos sobre lo que ha estado haciendo cada uno y mantener la relación con cada integrante de la familia.

EL ESQUEMA CORPORAL.

El adolescente transcurre por una etapa del ciclo vital caracterizada por múltiples cambios. El rápido cambio corporal no puede ser en ocasiones integrado a su imagen corporal. Esta es la imagen interna que se tiene del propio cuerpo, además en ella se sustenta o expresa la autoestima. Es también fundamental para el desarrollo social del individuo. La falta de estabilidad o familiaridad consigo mismo se ven agravadas por la poca tolerancia que tienen los adolescentes frente a las desviaciones o diferencias que su esquema corporal pueda presentar en relación con los patrones culturalmente aceptables. Esta dificultad emocional se asocia a la de ejercer un rol sexual esperado.

La imagen que la paciente anoréxica tienen de su cuerpo está dominada por una autopercepción trastornada.

El cuerpo que los demás ven no es el que ellas ven al mirarse en el espejo. El propio cuerpo que ella tiene en su mente es diferente: está repleto de rollos y acumulaciones de grasa en aquellos lugares donde se definen las formas femeninas. Ella lleva esa carga (verse gorda) como un estigma que la inhibe y la atormenta, por lo tanto ella es la única que puede mejorar su cuerpo dejando de comer, alejándose de todo alimento.

En relación a esto, Doltó caracteriza el esquema corporal diciendo que es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima) de la especie humana, la imagen del cuerpo por el contrario es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia.

El esquema corporal es parte inconsciente pero también preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente. La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas, electivas, arcaicas o actuales. La imagen del cuerpo es a cada momento inconsciente de todas las vivencias relacionales y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación dinámica, a la vez narcisística e interrelacional. Gracias a la imagen del cuerpo portada por y entrelazada con el esquema corporal, se puede entrar en comunicación con el otro.

El esquema corporal se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella día tras día del gozar frustrado, coartado o prohibido. El esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio de la experiencia inmediata. Puede ser independiente del lenguaje, es evolutivo en el tiempo y en el espacio. La imagen del cuerpo refiere al sujeto del deseo, a su gozar mediatizado por el lenguaje memorizado de la comunicación entre sujetos.

La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones.

Las afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos del esquema corporal y esto, debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo.

El concepto de esquema corporal se refiere a las imágenes del cuerpo sustentadas por la cultura y la sociedad y que el individuo incorpora como imagen de sí mismo. La ciencia occidental tiende a explicar cualquier alteración en esta identidad como una falla personal en la integración que ese individuo ha realizado en su esquema corporal. Esta falla suele ser explicada a través de variables biológicas y psicológicas, quedando soslayados aquellos aspectos culturales de esta construcción.

Para un ser humano, la imagen del cuerpo es a cada instante la representación inmanente, inconsciente, donde se origina su deseo.

Los deseos se gestan en una triangulación simbólica (madre- padre-hijo), regidas por códigos explícitos, leyes y valores que producen demandas conscientes e inconscientes, acuerdos y pactos que responden a las mismas. Se delinea de este modo el significado del lugar que cada uno va a ocupar y que se constituirá en su clava edípica, peculiar y única.

¿POR QUÉ ESTA PATOLOGÍA APARECE EN LA ADOLESCENCIA?

En relación a la adolescencia Winnicott señala que en la época de crecimiento de la adolescencia los jóvenes salen, en forma torpe y excéntrica de la infancia, y se alejan de la dependencia para encaminarse hacia su condición de adultos. El crecimiento no es una simple tendencia heredada, sino, además un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador. Si todavía se puede usar a la familia, se la usa y mucho; y si ya no es posible hacerlo, ni dejarla a un lado, es preciso que existan pequeñas unidades sociales que contengan el proceso de crecimiento adolescente.

Afirma, este autor, que el adolescente es inmaduro. La inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia. No hay una cura para ella, y el paso del tiempo y la maduración que este puede traer.

Bonsignore, Ana y otros consideran que hay que investigar dos especificidades:

pubertad y adolescencia y considerar los distintos niveles actuantes: lo individual, la conflictiva vincular y sobre todo la díada con la madre y la exigencia desde lo cultural. Una de las acepciones del término "crisis" en el caso de la adolescencia es reformulación. Reformulación y por lo tanto reactualización de la conflictiva diádica, que contiene todo lo atinente a la salida de la sexualidad infantil, reformulación del proceso identificatorio, duelo por el cuerpo y la omnipotencia infantil, crean las condiciones para el estallido de estas patologías.

Si se rastrea la historia evolutiva de las pacientes no siempre se encuentran trastornos de la alimentación en la infancia que puedan indicar ser precursores del cuadro posterior, pero de cualquier manera, esos datos son de contenido manifiesto. Sólo en el transcurso de la terapia individual se pueden reconstruir diversas resignificaciones en torno a la alimentación temprana.

A la sumatoria de las cualidades patológicas en el orden del narcisismo, del vínculo severamente conflictivo en la díada con la madre y padres relativamente ausentes, se agrega en estas pacientes una especial sensibilidad al medio circundante que las torna vulnerables a los mensajes contradictorios que la familia y el medio interno emiten con respecto a la ecuación alimento-afecto.

Una deficitaria integración entre psiquis y soma configura estas serias alteraciones en la constitución del esquema corporal, que abarca todos los niveles: el de la superficie corporal, los mensajes interoceptivos que no alcanzan un nivel de representabilidad, de codificación y simbolización a nivel de psiquismo. Por último el cuerpo erógeno que más que ser objeto de la represión secundaria, es tratado con mecanismos de índole más represivos, como la desestima y la desmentida.

No es lo mismo una anorexia que aparece en la edad adulta que una anorexia que se presenta como eclosión en la adolescencia.

En la adolescencia, por la desorganización que implica la restructuración de la personalidad y de los vínculos familiares, es donde más patologías se presentan. No sólo la anorexia sino también intentos de suicidio, descompensaciones psicóticas, etc.

A pesar de ubicarse en este período de grandes cambios la anorexia que aparece en ese momento es de mejor pronóstico que la anorexia de la edad tardía. Además hay que diferenciar en la adolescencia los trastornos alimentarios vinculados a una crisis adolescente normal, de una anorexia instalada.

En general los adolescentes tienden a ser desorganizados en la comida, algunas veces comen mucho y luego por algunos días no comen casi nada. Lo importante es que esta conducta de comer poco no se rigidice y se transforme en comer cada vez menos.

El rechazo a comer se considera un rechazo a crecer, a adquirir todas las formas femeninas de la sexualidad, quieren conservar el cuerpo infantil.

¿QUÉ PASA CON LA ANOREXIA EN VARONES?

La autora mencionada, al respecto expresa que hay casos de anorexia en varones, pero la proporción es de uno a diez y está apareciendo en forma muy encubierta la bulimia masculina.

¿POR QUÉ SE DA MENOS EN VARONES?

Uno de los factores es la evolución psicológica. Durante la pubertad y la adolescencia, los varones que harían un cuadro de anorexia comparten algunas características de personalidad con las niñas. Tienen un excelente rendimiento escolar, son ambiciosos, perfeccionistas e hiperactivos. Algunos indicadores son:

- Los varones tienen una actitud menos "clandestina" respecto a la ingesta. La mayoría admite sentir hambre y algunos hablan de su fuerte deseo de comer. Por lo general alternan períodos de abstinencia con avidez desenfrenada, seguidos de vómitos autoprovocados.
- Se observan conflictos en su identidad sexual.
- Hay inhibición de las conductas agresivas propias de los púberes y adolescentes varones.
- Se suelen encontrar situaciones de duelo no elaboradas.

- Se observan conflictos en la relación con el padre y apego excesivo a la madre. En relación a la pareja conyugal se observan actitudes de desvalorización hacia la figura del padre. Este presenta por su parte, dificultades en la asunción de la función paterna.

En la anorexia nerviosa masculina y desde el punto de vista fenoménico o descriptivo, se ha encontrado que el padre no tiene un papel periférico como en el caso de la anorexia femenina, pero ha delegado en la madre el cuidado del niño durante la primera infancia.

La madre sigue ligada a su familia original, en la que se ha refugiado, sin haber podido cortar los lazos emocionales con ella.

El padre por lo tanto, tiene una actitud volcada hacia fuera y una indiferencia marcada, hacia lo que él llama "asuntos domésticos". Esta situación lo vuelve periférico en relación a la crianza de los hijos.

Es justamente en la primera infancia donde la estructuración psíquica sienta las bases de lo que será la futura identidad del niño, tanto en el orden general como en el orden sexual.

La presencia fallida del padre al concluir la primera infancia, afecta toda la vida emocional.

Estos padres, muchas veces autoritarios o violentos, con dificultad para expresar afectos en relación con los hijos, no han podido establecer un verdadero modelo dentro de la familia, que vaya ubicando al niño, desde niño, dentro del área o dentro del orden que corresponde a lo masculino.

El padre reaparece en la vida del niño en el comienzo de la adolescencia y quiere tener un papel rector. Autoritariamente también quiere hacerlo hombre o mostrarle el mundo de los hombres. Esta es una necesidad basada en el propio narcisismo que debe ser sostenido en la imagen duplicada del hijo varón. Lo que en las culturas primitivas sería el grito de la iniciación, en estos chicos fracasa, para ellos volverse hombres es algo atemorizante y rechazante.

Su antiguo vínculo con la madre, a quien el niño ha cedido su cuerpo es ahora criticado y el niño no tiene como ni con que responder a esta demanda paterna. Toda su identidad sexual se ve conmovida por una oferta sin destinatario y el niño comienza una

lucha donde se evidencian conflictos en su identidad sexual e inhibiciones serias en las conductas calificadas como masculinas (competitividad, agresión, tenacidad, etc.) y graves dificultades en la relación implícita con el padre.

Muchas veces estas conductas están signadas por un claro sentimiento despectivo, o de rechazo al padre, disimulado en algunos casos por un sometimiento extremo a las nuevas normas establecidas.

Pero en todo los casos este intento tardío del padre está condenado al fracaso. El púber ante un dilema insoluble o ante la imposibilidad de resolverlo, hace un síntoma. Muchos adolescentes frente a la irrupción pulsional y a las demandas externas, comienzan a practicar lo que se llama conductas de "ascetismo corporal".

A pesar de los cambios culturales en el rol de la mujer, las adolescentes están formadas para ser más fácil de complacer y se les da mucho menos aliento que a los varones para desarrollar conductas de iniciativa propia y autonomía.

La autovalía de la mujer, todavía está determinada por el requisito de ayudar y asistir a los otros, un proyecto que requiere el dejar de lado las necesidades personales, a favor de las necesidades y expectativas del otro.

Cuando la niña llega a la adolescencia, a menudo está afectada por sentimientos de impotencia y dependencia, que hacen muy difícil el separarse de la familia y crear su propia vida.

A pesar de que las mujeres y los hombres que tienen trastornos alimentarios son muy parecidos entre sí, los hombres se distinguen especialmente por su historia pasada de obesidad, indiferenciación sexual, dietas defensivas y deportivas.

Los adolescentes varones, con trastornos alimentarios tienden a acultar los asuntos que los perturban psicológicamente.

Por este motivo, el diagnóstico de estos desordenes se dificulta y resulta necesario, en los jóvenes realizar una evaluación muy extensa de la estructura psicológica, las condiciones de vida, los vínculos, etc.

La asociación entre los trastornos del humor (depresión), la ansiedad y las conductas compulsivas, es muy marcada en los adolescentes varones con trastornos alimentarios.

Por este motivo, en general, es necesario no sólo monitorear el peso, sino además trabajar con la familia, cuyos psicodinamismos deben ser modificados. El trabajo familiar

debe proveer a estos adolescentes, al mismo tiempo, de mayor control y más independencia para que asuman la responsabilidad sobre un estilo de vida más sano.

Una concepción amplia del enfoque psicoanalítico permite incluir un operar sistémico, con la familia, señalando la función del síntoma, las alianzas y connivencias familiares que hacen a su mantenimiento, así como las modalidades comunicacionales y la estructura de la familia en cuanto a jerarquías y fronteras.

¿CÓMO SE TRATAN LOS TRASTORNOS DEL COMER?

El objetivo de cualquier tratamiento es restaurar la salud del adolescente. En este sentido la OMS define a la salud no como la ausencia¹ de enfermedad, sino como un adecuado funcionamiento biopsicosocial. El foco no puede estar solamente puesto en la comida y el peso. Normalizar estas variables es importante pero no suficiente. La ayuda debe estar dirigida también a que el adolescente logre la aceptación de su cuerpo, independencia, autonomía, mayor autoestima y la sensación de ser capaz.

Evaluar el funcionamiento social, el funcionamiento escolar, el cognitivo y la eficacia o rendimiento personal en otras áreas, contribuye al diagnóstico y a la posterior elección de la estrategia terapéutica.

Beker, Ester y otros consideran que el vínculo con el profesional es clave para el inicio y continuidad del tratamiento. La actitud de escucha atenta y serena, no prejuiciosa y empática contribuye a que el adolescente se instale como protagonista principal y sea partícipe activo de su propio tratamiento.

El comentario oportuno y minucioso del riesgo mediato e inmediato, la actitud congruente en todo momento brinda seguridad y confianza.

Es necesario fundamentar el diagnóstico y dar las indicaciones con firmeza, mostrando los límites que impone la realidad a la actitud autodestructiva del paciente.

Uno de los primeros objetivos terapéuticos es crear la noción de riesgo tanto en el paciente como en la familia. La terapéutica nutricional debe ser indicada en forma clara, concreta y por escrito. Es importante fomentar a lo largo de todo el tratamiento una alimentación ordenada, variada, que cubra las necesidades básicas.

En un primer momento el paciente requiere acompañamiento para modificar los hábitos y lo ideal es hallarlo en el seno de la familia. Por lo cual una vez aclarada la situación diagnóstica y terapéutica con el paciente, el profesional deberá responsabilizar a algún o algunos miembros de la familia que actuará como sostén durante el tiempo que sea necesario. En esto es fundamental el accionar interdisciplinario, ya que es el equipo quien debe evaluar quien o quienes podrán ejercer el sostén adecuado, tornándose la situación difícil si los progenitores no reúnen las condiciones necesarias para hacerlo. En estos casos hay que considerar la capacidad de autocuidado del paciente. Por lo general ésta es muy deficitaria en cuanto a poder reconocer y aceptar una alimentación normal. Es necesario entonces armar una red de sostén con otros familiares, amigos, miembros de la comunidad o profesionales de la salud.

Gradualmente el control interno deberá dar lugar al control interno que desarrolló el paciente, consecuencia de un adecuado accionar terapéutico. El mismo contribuirá a mejorar vínculos familiares y sociales y al desarrollo del proyecto de vida del adolescente. El proyecto a alcanzar no es el de la familia ni el del equipo, sino el propio del paciente. Es importante recordar que la resolución de sus proyectos cotidianos contribuirá al desarrollo del proyecto personal de vida.

Lía Ricón considera que es necesario trabajar con un **equipo multidisciplinario**.

Para justificar más aún esta propuesta, hay que recordar las características de la transferencia de estas pacientes. Si un solo terapeuta se hace cargo del tratamiento, será el único objeto omnisapiente, deseado y amenazante. La presencia de otros profesionales delimita más nitidamente la tarea que a cada integrante le toca desarrollar y, por lo tanto, amortigua a través de la presencia de una terceridad el impacto transferencial masivo. Además, marca los límites reales del terapeuta aliviando la sobrecarga-contratransferencial, propia del manejo terapéutico de estos pacientes.

Este equipo multidisciplinario debe estar integrado por:

(1) un *nutricionista*:

para controlar la evolución clínica de las pacientes, su reeducación alimentaria y realimentación progresiva.

Estos especialistas deben educar a los pacientes sobre las metas objetivas de la atención nutricional y las respuestas del cuerpo al ciclo de atascamiento-purgación y a la

inanición resultado de dietas severas. Los pacientes deben informar a los nutricionistas sobre los antecedentes de su comportamiento del comer, incluyendo los atascamientos y las purgaciones, régimen de ejercicios y la ingesta de alimentos. Los nutricionistas también deben educar a la familia sobre todos estos temas y ofrecer estrategias para planear las comidas que satisfacen las necesidades nutricionales del paciente.

El nutricionista también debe estar en comunicación cercana con los otros profesionales en el grupo, para integrar los resultados del trabajo conductual e interpersonal con el proceso de desarrollo de buenos hábitos nutricionales.

(2) un *endocrinólogo* (ginecólogo en el caso de mujeres):

para las alteraciones del eje hormonal y la terapia sustitutiva con estrógenos.

(3) el *equipo psicológico*:

en el que debe incluirse un terapeuta familiar, un terapeuta individual y puede incluirse terapia de grupo. En algunas ocasiones deberán implementarse técnicas conductuales, sistémicas y de insight. Las pacientes anoréxicas y también las bulímicas, por lo que implica de oralidad y dificultades con la alimentación y con su cuerpo, resultan muy complicadas en el tratamiento individual. Poder comunicarse, retomar los sentimientos, conectarse con las emociones les es muy difícil.

Por eso es inevitable el tratamiento familiar. Son familias con serias dificultades para dar lugar a las emociones: todo está bien, todos funcionan "como si". Pero si no habla la paciente pueden hablar los hermanos o los padres, así se vislumbran los conflictos y se despliega la patología familiar.

_ terapia de grupo:

siguiendo a Lía Ricón, dentro del equipo psicológico se pueden realizar diferentes terapias y un enfoque multidisciplinario con apoyo y orientación uniforme por parte del grupo es esencial para la recuperación a largo plazo de todos los trastornos severos del comer.

Los profesionales incluidos en este grupo pueden ser especialistas en complicaciones médicas específicas, nutricionistas, terapeutas conductuales y psicológicos, asistentes sociales y enfermeros capacitados. Todos deben ser capacitados para tratar los

trastornos del comer. Algunos autores han encontrado que las personas tratadas por tales especialistas tienen una tasa de mortalidad inferior que aquellas tratadas solamente como pacientes psiquiátricos, una aproximación terapéutica común.

Además del tratamiento para las afecciones médicas y la educación nutricional, combinaciones de terapias conductuales y psicológicas son particularmente importantes. El foco puesto en eliminar las conductas autodestructivas deben llegar a conseguir la alianza de los pacientes. Sin ella, los síntomas volverán a recurrir.

La construcción de una imagen realista del propio cuerpo es una precondition para la curación de las pacientes bulímicas y anoréxicas.

En esta tarea la terapia de grupo puede ser un excelente marco técnico. Los grupos de apoyo o autoayuda son buenos auxiliares de la terapia principal. Compartir las experiencias, intercambiar información y dar soporte emocional, disminuye el aislamiento y estimula las salidas hacia la integración social.

Talleres de reflexión, grupos de autoayuda, trabajo corporal con adolescentes y jóvenes en tratamiento. (Bonsignore)

Talleres de reflexión:

los talleres son experiencias vivenciales, una modalidad de tratamiento adjunto a la psicoterapia individual y familiar que tiene como objetivo actuar de disparador de emociones que apuntan a la toma de consciencia de las causas que generan el trastorno.

La universalidad de la problemática, la catarsis y el insight son factores terapéuticos de peso en los grupos que conforman estos talleres. Sin embargo la profundidad y el origen de la introvisión lograda, depende de las características de cada paciente y de la confianza que deposite en los vínculos con otros.

Las pacientes que más motivación tienen para el cambio son aquellas que están cansadas de luchar con su obsesión por la comida, cansadas de haber desperdiciado buena parte de su vida pensando en su cuerpo, en las calorías que ingerían, en lo que comieron y no deberían haber comido.

El taller apunta también a propiciar un compromiso con el proceso terapéutico, que es largo y difícil. La sola remisión sintomática, desde nuestro entender no significa cura, sino que puede contribuir a un alto efecto residual de deterioro en las relaciones vinculares, además de trastornos afectivos y dificultades en el control de los impulsos.

La circulación de la información, las distintas opiniones sobre el tema dan lugar a adentrarse en las historias personales a través de los relatos e intercambios de las pacientes.

_Grupo de autoayuda:

este grupo es un espacio terapéutico, que bien encaminado puede ser de un gran apoyo para el paciente. Es el lugar de encuentro sin ningún terapeuta de la institución.

Los aspectos positivos son:

- Los líderes o facilitadores¹ son pacientes que están en recuperación en un nivel más adelantado que los demás y pueden servir de modelos.
- Es un espacio libre y voluntario. Concorre si quiere.
- Ejerce un efecto dinámico y puede contrarrestar las presiones internas.
- Ejerce un efecto dinámico y puede contrarrestar las presiones internas y externas que lo llevan a recaer.

Se establecen lazos solidarios y pueden recurrir a algún compañero cuando entran en crisis.

De cualquier forma deben contar con el control del coordinador del programa, para que no se desvíen los objetivos.

Por último, para llegar a vivir a la consigna del taller: "comer lo que realmente quieren y cuando quieren, es lo único que les va a permitir vivir libres". Es preciso aquí que:

- Se logren los reajustes necesarios para atravesar el momento crítico de la adolescencia.
- Se pueda enfrentar el desafío.
- Reducir la omnipotencia.
- Aprender a decodificar las señales del cuerpo.

- Aumentar la autoestima.

_El trabajo corporal: las tensiones emocionales que producen la exigencia sobre el propio cuerpo, que no responde al deseo en cuanto forma, proporciones y volúmenes, se instalan en la musculatura en forma de contracturas dolorosas, estructurándose en corazas musculares, debilitando las sensaciones y rigidizando el cuerpo. Los cuerpos anoréxicos manifiestan a través de la hipertoniá muscular, una forma más de expresar el control omnipotente para consigo mismo.

La terapia corporal está basada en técnicas propioceptivas y persiguen los siguientes objetivos:

- Una lectura corporal que tome en cuenta las tensiones patológicas.
- Una toma de consciencia del propio cuerpo.
- Un contacto con la experiencia concreta de sus vivencias.
- Una percepción corporal correcta.

La lectura corporal que se realiza de estas pacientes dan cuenta de las siguientes observaciones: la intranquilidad y el nerviosismo son una constante y esto trae como consecuencia una respiración corta y poco profunda con un bloqueo a nivel diafragmático. Se observan rostros inexpresivos, miradas ausentes, ojos arentes de brillo y vivacidad. Las mandíbulas están apretadas como sosteniendo la ira.

La piel se opaca, empalidece y pierde elasticidad, humedad y temperatura. La actitud corporal es de cierre, se repliegan las articulaciones, refieren dolor.

Hay falta de sensaciones placenteras con refuerzo del displacer "el cuerpo molesta", no hay paz ni sosiego.

Paradójicamente, hablan permanentemente del cuerpo, pero son incapaces de tomar contacto con sus sensaciones corporales.

Las pacientes trabajan casi exclusivamente en la posición de cúbito en el suelo. Esta posición permite no entrar en conflicto con la gravedad, y a su vez actúa como objeto importante que da soporte y sostén a todo el cuerpo.

Se trabaja en forma grupal, estimulando a que el mismo funcione como soporte solidario que privilegie la cooperación por sobre la competencia.

En un principio la resistencia a trabajar lo corporal es general. Las primeras instancias de la terapia acentúan los miedos, las resistencias y el control. Moviliza el hecho de saber que en este espacio terapéutico no se habla del cuerpo sino que se experimenta a través de él.

_Terapia familiar:

En casi todos los casos, los individuos anoréxicos buscarán el tratamiento sólo cuando sean obligados por otros. Puede argumentarse entonces que uno de los primeros pasos en tratar al paciente anoréxico es que la familia y los amigos busquen la ayuda y el apoyo ellos mismos. Los sentimientos de culpabilidad y la ansiedad intensa que experimentan los miembros de la familia que cuidan a un paciente anoréxico son probablemente similares a aquellos producidos por el vivir con una persona que es suicida. Un padre o una madre involucrados demasiado hasta pueden apoyar el trastorno del comer fuera del temor, de la ira, o la aflicción del paciente o debido a la propia identificación de él o ella misma con los valores culturales de la delgadez. En tales casos es sumamente importante que la familia comprenda plenamente el peligro de este trastorno y que ellos están colaborando con la enfermedad de su hijo, o hasta con su muerte al promover este estado.

Si el paciente se hospitaliza, los expertos recomiendan que el comienzo de terapia familiar sea después de que el paciente haya subido de peso, pero antes de que sea dado de alta del hospital, y debe continuar después de que el paciente haya salido del hospital.

Tal terapia es particularmente útil para los pacientes más jóvenes, para quienes la familia es todavía una influencia fuerte.

_Terapia individual:

Beker, Ester establece que los ejes terapéuticos de la terapia individual son:

- Corregir las interacciones disfuncionales que el joven emplea, modelo aprendido en la familia.

- Modificar tres características propias de su pensamiento: el negativismo, la agresividad y el dogmatismo.
- Promover el gradual retorno a conductas apropiadas para su edad con una correcta expresión de sus sentimientos.

Interacciones disfuncionales: la alta proximidad y el sistema triádico de relación propio de la familia se traslada a otros contextos. Se requiere, previo a su modificación, el reconocimiento de esta modalidad de interacción y un período de aprendizaje que le permita desarrollar nuevas habilidades para relacionarse.

Negativismo, agresividad y dogmatismo: estas características son defensas que el joven usa y deben ser tratadas para la resolución de los síntomas. Se encuentran asociadas a baja autoestima, pérdida del control, gran dependencia de los otros e incapacidad para resolver problemas.

Es muy útil trabajar con gráficos porque hacen más completas las indicaciones. El paciente suele estar en la etapa de pensamiento concreto, y a veces muy dogmático. Es posible transformar estas características flexibilizándolas en herramientas para el cambio.

Aprendizaje de conductas adecuadas: son frecuentes en estos pacientes los errores cognitivos: pensamientos extremos en categorías de todo o nada, rechazar los positivos, pensar que "debería hacer únicamente eso" que resulta irrealizable, utilizarse como autorreferente, sacar conclusiones con un solo elemento, exageración.

Este proceso cognitivo está automatizado y también se traslada para juzgar la imagen del cuerpo. Se ha activado un circuito de pensamientos irracionales automáticos. Analizando y corrigiendo los errores de pensamientos, el adolescente irá adquiriendo control sobre los mismos, tomará consciencia de los sentimientos que ellos mismos evocan y podrán refutarlos.

En algunos pacientes graves la constricción obsesiva a limitado sus pensamientos reflexivos y los lleva a pensar en términos de rituales.

Esto contribuye a que permanezca en silencio durante casi toda la sesión. Si se espera en silencio que hable lo único que se logrará es agudizar la sensación de abandono y confirmar los sentimientos de impropiedad que trae. El terapeuta tiene que aceptar la sensación de vacío referido por el adolescente y hablar lo suficiente para desarrollar un

vínculo, hasta el momento en que el paciente se muestre receptivo a aceptar el modelo propuesto por el terapeuta.

La terapia individual deberá continuar hasta que la sintomatología emocional haya revertido, más allá de la remisión del trastorno de la conducta alimentaria.

El llamado trastorno de la conducta alimentaria es un síndrome que comprende síntomas físicos y psicológicos que comprometen también las áreas social, emocional y cognitiva. Por lo tanto debe ser atendido por un equipo interdisciplinario.

La primera entrevista clínica

Esta autora refiere que las primeras entrevistas clínicas están dirigidas a lograr un diagnóstico adecuado, a evaluar la situación de riesgo tanto biológico como psicológico a establecer un vínculo de confianza con el adolescente y su familia, y a iniciar un tratamiento por lo general nutricional que lo aleje de la posibilidad de morir.

El adolescente con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa debe reunir todos los criterios diagnósticos descritos por el DSM IV. La enfermedad puede ser leve, grave o moderada.

El abordaje varía según presente síntomas y/o signos que motive sospecha de riesgo de vida o no. El cuadro clínico suele ser más grave cuanto mayor es la desnutrición. Se complica si se asocian conductas purgativas, por el desequilibrio electrolítico acompañante. Desde el punto de vista psicológico es fundamental valorar la posibilidad de actuaciones de conductas autodestructivas, como por ejemplo el suicidio.

Otra causa que influye en el abordaje es lo prolongado de la enfermedad previa, siendo importante diferenciar entre etapa aguda, de meseta o crónica, y evaluar los tratamientos anteriores instituidos como la respuesta a los mismos. Se considera que se haya en etapa aguda el paciente que presenta riesgo de vida cuyo cuadro clínico muestra paulatino deterioro. En la etapa de meseta el riesgo clínico se ha estabilizado. La etapa crónica se caracteriza por un tiempo de evolución mayor de dos años sin signos de progreso hacia la mejoría o curación.

Existen además trastornos psicológicos secundarios a la desnutrición, así como actitudes familiares que pueden contribuir, de no tenerse en cuenta a perpetuar la sintomatología.

Motivo de consulta

Los motivos de consulta referidos más frecuentemente por adolescentes y/o sus acompañantes en el caso de la anorexia nerviosa, suelen estar relacionados con la amenorrea primaria o secundaria o con la pérdida de peso.

Los adolescentes con bulimia nerviosa que no presentan desnutrición, consultan en ocasiones aún más tardíamente. Esto está influenciado por la noción de enfermedad que tengan y por el deseo de tratamiento.

Interrogatorio

El interrogatorio cuidadoso debe estar dirigido a desentrañar el momento de inicio de la enfermedad y factores desencadenantes. La historia evolutiva de su peso y alimentación y el día de vida alimentario, permitirán deducir si existe o no pérdida de peso, si el peso máximo alcanzado se asoció a sobrepeso, si el porcentaje de peso perdido y la velocidad de disminución del mismo se acompañó de dietas hipocalóricas y situaciones clínicas de riesgo.

El paciente suele negar su delgadez y enfermedad, tiene intenso temor a engordar, refiere sentirse siempre lleno de comida, se reducen sus intereses y se fija en el estadio concreto operacional del desarrollo piagetiano.

Examen físico

La valoración del estado nutricional es fundamental en el proceso diagnóstico. Ayuda a decidir el tratamiento a instituir y a evaluar en el seguimiento los procesos y resultados terapéuticos.

Las terapias individuales y familiares pueden ser abordados desde diferentes **marcos teóricos**.

TERAPIA COGNITIVA

Según Garner, el empleo del término bulimia para describir tanto un síntoma como un síndrome llevó a una gran confusión sobre los trastornos de la alimentación. Como síntoma, simplemente hace referencia a episodios de sobre alimentación descontrolada;

como síndrome denota una constelación más diferenciada de síntomas, que conlleva una patología física y psicológica significativa.

Este modelo ha tendido a hacer incapié en las técnicas cognitivas que apuntan a los errores de razonamiento, las actitudes disfuncionales y los falsos supuestos característicos de las pacientes con anorexia nerviosa. Esto, de acuerdo con la experiencia también es válido para la mayoría de los pacientes con bulimia, hayan o no enflaquecido. No obstante, las diferencias entre los métodos cognitivos y aquellos que tienen una orientación más conductista, son considerables, puesto que dan cuenta de los contrastes de enfoques.

Mientras la mayoría de los enfoques cognitivos - conductistas de la bulimia, tienen su origen en programas recomendados para obesidad, estos principios derivan primordialmente del modelo descrito por Beck y sus colegas.

Herscovici y Bay expresan que un desarrollo trascendente ha sido el del modelo cognitivo - conductual cuyos representantes más destacados son Garner y Bemis, Garfinkel y Garner y Fairburn. Este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes (la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso) son examinados cuidadosamente, definidos y luego cada uno es sistemáticamente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos. Este modelo ha generado técnicas sumamente útiles, siempre y cuando quien las instrumente tenga claro que se está dirigiendo sólo a un aspecto parcial de los múltiples factores que conforman el cuadro.

TERAPIA SISTEMICA

Minuchin y colaboradores proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. El objetivo ulterior del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros. Las características más frecuentes de organización y funcionamiento de estas familias suele ser el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación del conflicto, e involucrar al hijo en el conflicto parental. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y

directiva, apuntando, al comienzo, al aspecto sintomático (que el o la paciente recupere peso), simultánea y concomitantemente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática y, por último, a la fase en que trabaja sobre la autonomía de los subsistemas. A lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del objetivo ulterior, es decir la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

_(4) el hospital:

El hospital de día ha demostrado ser el lugar donde el progreso terapéutico es más notorio, debido a las múltiples actividades que allí se realizan. Es particularmente importante el uso de técnicas corporales.

(5) la internación

En los casos de riesgo clínico por la desnutrición o la descompensación metabólica que puede producir el vómito repetido. Se recomienda internación en este caso.

Bonsignore desarrolla estos aspectos mencionados por Lía Ricón expresando que la internación como hecho en sí, legaliza todos los cuadros, lo que se podría llamar un estado regresivo y lo favorece en el sentido de dar continencia al paciente y su familia que hasta entonces trataban de manejar el problema en un ámbito en donde se negaba la gravedad.

La paciente internada no decide alimentarse, sino que es alimentada y en este caso es inmobilizada y manejada en cuanto a cuidados corporales como lo es un bebé en los primeros meses de vida. Se entienden esos cuidados corporales como un período de libidinización en un sentido muy primitivo que la paciente no vivió en su momento en la medida adecuada.

Las medidas que se adoptan durante la internación son el producto de una convergencia de dos vertientes: por un lado (desde la clínica médica), son necesarias a fin de evitar un mayor deterioro de la salud de la paciente, por el otro (desde la óptica psicológica) se intenta crear un encuadre psicoterapéutico en el marco institucional que evite el desarrollo de una regresión patológica. Siguiendo el concepto de Winnicott, regresión controlada, la indicación de limitación de movimientos corporales, uso de la sonda, etc.

van permitiendo a la paciente la posibilidad de vivenciar el sostén afectivo corporal aportado por este encuadre. Esto va facilitando la emergencia de fantasías referidos a estos cuidados y que son trabajados en los diferentes espacios terapéuticos.

La paciente vive o revive situaciones y sensaciones tempranas que van adquiriendo progresivamente la posibilidad de elaboración en un nivel simbólico a través de la palabra.

La hostilidad de estas pacientes, también es un dato significativo ya que se entiende esta hostilidad y así se les interpreta, no sólo con un carácter autodestructivo, sino con un valor distinto.

Esto se relaciona con dos momentos evolutivos. Hay una etapa entre los dos y cuatro años en que aparece la hostilidad, ligada al proceso de individuación y separación (es decir la ruptura de la simbiosis materna). El "capricho" que manifiesta esta paciente debe ser entendido dentro de la etapa evolutiva correspondiente (anal).

En un segundo momento y ya con un sentido más adolescente, aparece la hostilidad y el desafío, como un intento de afirmación, diferenciación, autonomía y crecimiento, habiendo perdido el temor de quedar atrapada en el "objeto de necesidad" (la madre).

Las conductas agresivas van cambiando así de signo y adquieren la cualidad de una real oposición, acorde al momento de desarrollo de la adolescencia. Esto es posible a través de la paulatina elaboración de las fantasías amenazadoras de intrusión que han acompañado las conductas de restricción severa de la alimentación y por añadidura de rechazo al medio circundante.

La madre está presente en todo este proceso y también para ella constituye un aprendizaje. Madres narcisistas, infantiles y melancólicas, han colocado a esta hija en el lugar del adulto que las sostiene. En este proceso de "materialización", se trata de rescatar a la madre de sus aspectos infantiles que han ubicado a la hija como una función o un par, no como una persona entera, sino como parte de sí misma.

Revertir este proceso no es sencillo, ya que la madre puede sentirse aliviada por un lado y excluida y descalificada por el otro, como acusándola de no haber sido una buena madre.

Esto se convierte en una actitud competitiva con el equipo médico y suele aparecer un deseo implícito (a veces explícito a través de críticas), de que el equipo y el tratamiento fracasen.

Esta ruptura del funcionamiento simbiótico madre e hija, las ubica de otro modo con respecto al padre. La figura paterna también debe ser rescatada y en ese sentido es muy importante lo que se observa en cuanto a la función del pediatra. En las pacientes con un funcionamiento más histérico, se ha visto como movilizan alrededor del pediatra, fantasías eróticas de seducción, permitidas ahora ya que en el contexto familiar eran vividas como muy peligrosas.

En todos los casos la imagen del administrador o pediatra es la de una figura fuerte, llena de autoridad, que ocupa un lugar generalmente vacante: en estas familias, se ve lo que se llama el rol periférico de la figura paterna. En este sentido, es muy importante la inclusión del padre ubicándolo en su lugar y rearmando a la pareja que cuida al hijo, pero desde una posición de padres unidos.

Cuando la paciente mejora y puede movilizarse por sí misma es incluida en los grupos terapéuticos, donde se rehace también otra escena.

El contacto con sus "hermanas anoréxicas" u otras pacientes gravemente enfermas, rompe otro pacto: estas niñas en general (aunque tengan hermanos), funcionan en un lugar tan especial que parecen hijas únicas.

En el marco de una contención terapéutica, que permite se movilicen estas emociones tan primarias, es fundamental la coherencia del equipo (centrado en la comprensión unitaria del proceso), así como el compartir su ideología.

¿LOS CUADROS DE ANOREXIA PUEDEN REMITIR TOTALMENTE?

Bonsignore considera que los casos tratados precozmente pueden remitir totalmente, sobre todo aquellas pacientes anoréxicas donde el cuadro comenzó a edades muy tempranas.

Con cierta frecuencia la anorexia nerviosa en mujeres recuperadas dejan algunos estigmas, ante situaciones de crisis suele aparecer la tendencia a repetir el cuadro, en general en forma más leve y con más rápida recuperación.

Puede ocurrir que se cronifique o se intercombierte en bulimia o que aparezca un apetito voraz que lo lleva a la obesidad.

El otro aspecto a tener en cuenta son las secuelas clínicas permanentes por la desnutrición prolongada en el tiempo, como enfermedades renales crónicas,

alteraciones cardíacas, etc. Se considera que la amenorrea que lleva más de cinco años de evolución puede provocar esterilidad definitiva.

En los cuadros de bulimia ocurre algo similar, la curación depende de la precocidad del tratamiento, además de la posibilidad de solucionar el problema de base que originó la enfermedad.

PSICOANALISIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Wilson, citado por Sorosky, considera que la anorexia nerviosa restrictiva y la bulimia son complejos sintomáticos que ocurren en una variedad de trastornos del carácter: histérico, obsesivo - compulsivo, fronterizo (borderline) y en algunos casos aparecen conductas cercanas a la psicosis. No obstante aún en los casos más perturbados, existen áreas de funcionamiento yoicos, relativamente intactos, así como la capacidad para establecer una relación transferencial.

En la revista "Psicologías", Amanda Lofrano expresa que la víctimas más típicas de estos padecimientos son los jóvenes adolescentes de la clase media y alta.

A pesar de que la presión social, a favor de la delgadez y del intenso autocontrol dietario de las mujeres de nuestra cultura, influye en el curso de estas enfermedades, no se puede afirmar que estas tendencias sociales no sean las causas más profundas de estos padecimientos.

Las personas con desórdenes alimentarios tienen una historia individual de dificultades interpersonales marcadas, en las relaciones familiares más tempranas.

Estas dificultades en los vínculos de dependencia más tempranos, conducen a la inseguridad y la falta de confianza en el terapeuta.

Las personas con trastornos alimentarios, no logran ser individuos auténticos e presencia de otros. Las bulímicas y las anoréxicas comparten muchas características psicológicas con los trastornos de personalidad severa: vacío interior, disfunción de la identidad e intenso temor al abandono.

Lo que difiere en cada caso es la expresión de tales fallas básicas. Cada patología es una solución diferente, un modo distinto de compensar patológicamente estas deficiencias cruciales. Tal vez la cultura aporte los ideales y valores que dan forma al

trastorno. Sin embargo estas personas hubieran tenido dificultades en cualquier otro contexto social, aunque quizás la presentación de su enfermedad hubiera sido diferente. El profundo trastorno de personalidad subyacente a la bulimia y la anorexia requiere de un tratamiento prolongado para lograr una mejoría significativa. Si bien es indudable el impacto de lo cultural, habrá de ver en cada caso de que manera se manifiesta este impacto y que efectos produce. Es decir frente a la generalidad de los distintos factores determinantes, el valor que se atribuye al psicoanálisis es que propone una química del detalle.

Bonsignore considera que si se rastrea la obra de Freud, se encuentran diversas referencias a la anorexia, llamada por él reiteradamente "histérica". Pero en dos de sus últimos trabajos toma en cuenta cual duradera y determinante es la ligazón de la niña con la madre preedípica. A partir de ahí y con distintos matices, muchos autores post freudianos comienzan a indagar esta temática enunciada por Freud, señalando que el proceso normal de lo que él llamó el extañamiento (separación niño - madre) puede obstaculizarse.

Esto sucede no sólo en las características y condiciones de este vínculo, sino por la ausencia u omisión de la figura paterna, que haga expédito el camino hacia la triangulación o el acceso en el caso de las niñas hacia la femeneidad normal.

En términos generales, se pueden incluir estos trastornos dentro de los llamados "trastornos narcisistas", en tanto y en cuanto se refieren a un yo afectado en su narcisización. Hay un camino desde el autoerotismo hacia lo que Freud llamó ese "acto psíquico" consistente en que el yo se erige como instancia y objeto libidinal. No dependerá solamente del movimiento pulsional, sino también de las características de los objetos primarios que invisten a ese yo incipiente.

Es, a través de la mirada, del contacto, del adecuado equilibrio entre demanda y oferta, como se va instalando un proceso que culmina en la estabilización de la autoestima. En estas pacientes se encuentra un déficit de la investidura y una autoestima vulnerable. Aquí se gesta el conflicto entre el esfuerzo por restañar ese déficit mediante intentos omnipotentes de autocontrol de las propias necesidades versus la dependencia con el objeto. Este conflicto se observará con mayor evidencia en el movimiento transferencial de las terapia individuales.

Fiorini considera que los problemas que definen al trastorno narcisista son:

- La problemática centrada en la imagen de sí mismo.
- Dificultades en la configuración de un esquema corporal.
- Los modos primarios de vínculo con el objeto de dependencia narcisística.
- Los problemas de pensamiento confusional.

Estos rasgos crean dificultades en el trabajo clínico con estas pacientes. Cada uno de esos rasgos va a incidir en el trabajo clínico constituyendo una serie de dificultades y de obstáculos.

Aparecerán también otros obstáculos que se refieren a las organizaciones defensivas que asumen los trastornos narcisistas.

Las diferentes formas clínicas del trastorno narcisista muestra una serie de rasgos en común, además de otros que son diferenciales. Es a un conjunto de rasgos comunes, a varias formas de narcisismo patológico que se denomina perfil clínico y psicodinámico del trastorno.

Se habla de trastorno narcisista cuando una persona presenta:

- Una problemática centrada en sí mismo, una preocupación constante por definir su identidad y la estima que esa imagen de sí pueda merecer ante los otros significativos y ante sí mismo.
- Una constante angustia centrada en la ubicación de esos resultados interaccionales con los otros, en términos de responder a un yo ideal o al opuesto, el negativo del ideal.
- Una constante preocupación puesta en el saldo, que en términos de identidad y estima de sí pueda resultar de toda interacción con los otros.
- Alteraciones en la percepción y en la configuración de una imagen del propio cuerpo: el trastorno en las representaciones de sí, afecta también a la

configuración de la imagen del propio cuerpo. Las representaciones del esquema corporal resultan entonces confusas, de límites borrosos. Hay fallas en el registro de partes del cuerpo. Confrontado el individuo a evocar su cuerpo, a dibujarlo o a mirarse en un espejo, surgen distorsiones en el registro de las formas, de los volúmenes, de rasgos propios de ese cuerpo.

- Frecuentes temores hipocondríacos.
- Reiteración de la demanda de modos primarios de vínculos caracterizados por una dependencia patológica.
- Ansiedades vinculadas con objetos sexuales, parciales, pregenitales, a menudo integrado en fantasías perversas (oralidad, anal, retentivo, conductas evacuativas) y consecuentes dificultades en el plano de la sexualidad genital adulta.
- Pensamiento confusional prevalente, correlativo de las modalidades de vínculo fusional infantil, preservadas como predominantes hasta edades adultas.
- Estados depresivos frecuentes. Un fondo depresivo constante.
- Dificultades para el registro y la comprensión empática de las conductas y motivos de los otros, lo cual acarrea perturbaciones en la esfera social.

Este perfil caracteriza a los trastornos narcisistas de la etapa adulta. En la adolescencia muchos de estos rasgos pueden presentarse en relación a las crisis evolutivas y a las dificultades inherentes a configurar y remodelar una identidad, tareas esenciales para esta etapa vital.

El enfoque psicoanalítico se ocupa de lo singular, de aquello que distingue a cada sujeto y hace de él un ser único. Se piensa que el espacio del análisis permite indagar la peculiar manera de procesar lo general y posibilita que estos trastornos con la alimentación se signifiquen progresivamente en relación a una historia, en relación a procesos inconscientes.

encrucijadas entre lo somático y lo psíquico, entre lo individual y lo familiar, entre lo individual y el grupo social".

Según Bonsignore en las depresiones psicóticas como en la melancolía, el suicidio es la culminación de un conflicto insostenible para el yo, con un superyo cruel. Este es el problema de la defusión pulsional.

El no comer es paradójicamente un intento de sobrevivir, no ser devorado por el objeto, defender hasta las últimas consecuencias la subjetividad.

La muerte real, corporal, está negada. En los tratamientos la toma de consciencia del peligro de muerte, es uno de los primeros elementos que hablan del comienzo de la mejoría del paciente.

Desde el punto de vista descriptivo y fenomenológico se han observado distorsiones importantes en el vínculo madre e hija desde los primeros momentos.

Este funcionamiento vincular es de tipo simbiótico o simbiotizado. Se instala de manera muda y por lo tanto es de difícil observación clínica.

Las características más importantes de este vínculo son que la niña va siendo progresivamente ubicada por la madre como proveedora de gratificaciones hacia ella. Por lo tanto al ser dadora debe ser complaciente, perfecta y sometida. En este interjuego no hay cabida para los sentimientos agresivos y de rechazo, que paulatinamente van siendo transferidos hacia la alimentación.

A partir de este vínculo simbiotizado madre - hija, se niega el aporte del padre como ser sexuado. Desde esta vertiente resulta comprensible la necesidad de la adolescente anoréxica de mantenerse asexual, para poder escapar a los propios deseos incestuosos, imaginarios, evitando simultáneamente el abandono de su madre y los intensos sentimientos de culpa hacia ella.

Esto permite comprender en pacientes con una estructura neurótica el nuevo significado que adquiere el alimento en la pubertad, y su asociación con cambios corporales.

En pacientes con personalidades psicóticas de base, las fantasías alrededor del alimento toman una connotación mucho más paranoide, con elementos ligados al temor de envenenamiento o incorporación de comida contaminada, mortífera.

PREVENCION

Beker Ester y colaboradores, opinan que los factores culturales que posibilitan la aparición de trastornos de la alimentación son los siguientes:

- Alimento abundante y ofrecido.
- Delgadez como sinónimo de éxito social.
- Bienestar de los hijos como objetivo central de la familia y como consecuencia falta de límites.
- Dependencia de los hijos respecto a sus padres, más allá del ciclo vital de la adolescencia.
- Modalidad organizativa - evolutiva de la pareja, niño involucrado en el juego conflictivo de la pareja.

Las charlas o informaciones en donde se enfatizan las descripciones de los síntomas terminan siendo inductoras de estas patologías. Los adolescentes tienen tendencia a ser imitativos y si esto se apoya sobre una personalidad de base con serios conflictos, puede desencadenar la enfermedad. Por lo tanto, para una eficaz prevención propondríamos realizar talleres de reflexión con niños y adolescentes con utilización de materiales (collage, dibujos), donde el objetivo sea la educación respecto a la alimentación adecuada.

Con los padres y maestros proponemos trabajar con información sobre la enfermedad para que éstos puedan hacer la detección precoz de patologías respecto a la alimentación y al mismo tiempo corregir en ellos conceptos erróneos.

Las relaciones afectivas de las familias, son otros aspectos de interés a trabajar con los padres en base a cuatro puntos fundamentales:

- autoestima.
- Comunicación (clara, directa, específica).
- Normas (flexibles, humanas, apropiadas)
- Relación con la sociedad abierta y confiada

PRONOSTICO

Beker Ester en el libro "Anorexia y bulimia", considera que los factores relacionados con una evolución no satisfactoria son:

- La duración prolongada de la enfermedad.
- Su comienzo tardío.
- La prevalencia de la conducta purgativa
- Los trastornos psicosociales en la infancia.
- La persistencia del disturbio en la relación parental y/o de la pobre relación padre - adolescente.
- La incapacidad de realizar un proyecto de vida propio.

El pronóstico empeora cuantas más áreas estén involucradas: social, familiar, escolar y si el accionar terapéutico no es congruente.

Las pacientes más graves son proclives a recaer, frente a problemáticas diversas. Esto puede observarse en algunos casos que mejoran con el tratamiento inicial, pero no tienen recursos para mantener los cambios. En el caso de enfermedad crónica, existen también períodos de agudización de los síntomas.

El seguimiento debe por lo tanto, prolongarse hasta poder constatar el mantenimiento del estado de salud física y emocional. El tiempo requerido varía, pero es aconsejable que sea mayor de dos años y de ser posible incluya una evaluación posterior a los cuatro años.

Al analizar el resultado del tratamiento hay que tener en cuenta:

- La mejoría del estado nutricional.
- La desaparición de la amenorrea.
- Los hábitos nutricionales.
- Los vínculos familiares.
- Aspectos de la vida social como ser: relaciones con amigos, pareja e hijos.
- Aspectos laborales.
- Grado de autoestima y autonomía.
- Satisfacción emocional consigo mismo.

Por último, lo esencial es la promoción de estilos de vida saludables y la adecuada prevención de esta patología. En este compromiso es necesaria la participación de la comunidad, pero son los profesionales de la salud quienes deben orientar a liderar actitudes más saludables hacia la alimentación y la actividad física.

Su misión es también desarmar mitos, cotejar las creencias sociales y culturales con los conocimientos científicos, investigar e informar y detectar tempranamente los factores y conductas de riesgo a fin de lograr un accionar más efectivo.

CONCLUSION

Bonsignore Ana en su libro "Anorexia nerviosa y bulimia" considera que lo que está en juego en este tipo de trastorno es básicamente la cuestión de la dependencia - independencia, la característica de rebeldía que puede tener esta patología, está puesta en el control de la alimentación y el del cuerpo. Los médicos y los padres tienen que hacerse cargo de ella, se completa la doble situación de rebeldía y dependencia. Es evidente que es una situación emocional que se juega a nivel corporal.

En la omnipotencia de la anorexia aparece la absoluta negación de las necesidades del cuerpo. Se trata entonces de un trastorno emocional que se manifiesta en el cuerpo. La equivalencia más clara es el rechazo a la comida como representante directo de la madre.

Es posible que se lleve relativamente bien con ella, pero la conflictiva aparece más claramente a través de la comida, representante inconsciente del vínculo con la madre. Esto se observa permanentemente.

Sin un conflicto emocional no hay anorexia. Se podría decir que lo cultural actúa ocultando una anorexia o eventualmente facilitando la posibilidad de que se instale, pero nunca es el origen.

La detección precoz es importantísima, pero como no aparecen situaciones de alarma hasta que no se instala el cuadro, es bastante difícil prevenir .

Si se viera en los bulímicos y anoréxicos más allá de sus diagnósticos psicopatológicos, si en vez de sólo preocuparse porque comen demasiado, no comen o comen mal se analizaran sus circunstancias socioculturales además de las psicobiológicas, se estaría ante severos desórdenes en los valores socioculturales y una crisis profunda en el orden social.

Siguiendo a los autores que definen esta patología y la ubican dentro de los trastornos narcisistas, y las características del mismo dadas por Fiorini, nosotras consideramos adecuado un trabajo interdisciplinario en el abordaje de estas patologías, ya que la persona se ve afectada en su totalidad psicofísica, como también sus conductas y sus relaciones sociales, por lo tanto sería necesario tener en cuenta todos estos aspectos, por lo que diferentes profesionales estarían involucrados en el tratamiento de dichos trastornos.

"... el vínculo con el profesional es clave para el inicio y continuidad del tratamiento. La actitud de escucha atenta y serena, no prejuiciosa y empática, contribuye a que el adolescente se instale como protagonista principal y sea partícipe activo de su propio tratamiento.

El comentario oportuno y minucioso del riesgo mediato e inmediato, la actitud congruente en todo momento brinda seguridad y confianza. Es necesario fundamentar el diagnóstico y dar las indicaciones con firmeza, mostrando los límites que impone la realidad a la actitud autodestructiva del paciente" (Beker).

"... uno de los primeros objetivos terapéuticos es crear la noción de riesgo tanto en el paciente como en la familia.

En un primer momento el paciente requiere acompañamiento para modificar los hábitos y lo ideal es hallarlo en el seno de la familia. Por lo cual una vez aclarada la situación diagnóstica y terapéutica con el paciente, el profesional debería responsabilizar a alguien que actuara de sostén durante el tiempo necesario; en esto es fundamental el accionar interdisciplinario" (Beker).

Por esto consideramos que la dependencia e inseguridad que caracteriza a estas pacientes lleva a la falta de confianza en el terapeuta, de aquí que sea necesario trabajar con "psicoterapia psicoanalítica" en un primer momento, dado que el paciente necesita una resolución inmediata de sus problemáticas, ya que puede aparecer por ejemplo en un estado de depresión severa o con intento de suicidio; además son muy

ANOREXIA	BULIMIA
<p>_ Negativa a mantener un peso cercano a lo mínimo normal para edad y altura.</p> <p>_ pérdida de peso del 15 % mayor de lo esperable para su peso y altura.</p> <p>_ restricciones en la comida y excesiva actividad.</p> <p>_ intenso temor a engordar.</p> <p>_ distorsión del esquema corporal.</p> <p>_ ausencia de menstruación en tres ciclos consecutivos.</p> <p>_ se da en un 90 a 96 % en mujeres.</p> <p>_ prevalencia del 1 al 4 % en adolescentes jóvenes.</p> <p>_ la bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa.</p> <p>_ las anoréxicas son capaces de ejercitar una voluntad férrea para controlar las ansias de comer.</p> <p>_ son niñas modelos, sin antecedentes de este tipo.</p>	<p>_ recurrentes episodios de atracones.</p> <p>_ pérdida de control.</p> <p>_ uso de laxantes, vómitos, ejercicios físicos y dietas.</p> <p>_ mínimo de tres episodios de atracones por semana en los últimos tres meses.</p> <p>_ persistencia de la preocupación por el peso y la comida.</p> <p>_ fluctuaciones de peso.</p> <p>_ depresión, ansiedad, propensión a la impulsividad y autodestrucción.</p> <p>_ abuso de drogas, alcohol, hurtos.</p> <p>_ alta necesidad de ser aprobados.</p> <p>_ tienen menor capacidad para controlar sus impulsos. Pueden presentar trastornos de conducta asociados.</p> <p>_ se muestran como mujeres sexualmente activas y hasta promiscuas, estando vinculadas con su deseo.</p> <p>_ presentan un aspecto saludable y algo excedido de peso. Sin embargo, puede ser un paro cardíaco o un suicidio su causal de muerte.</p>

ANOREXIA	BULIMIA
<p>_ Negativa a mantener un peso cercano a lo mínimo normal para edad y altura.</p> <p>_ pérdida de peso del 15 % mayor de lo esperable para su peso y altura.</p> <p>_ restricciones en la comida y excesiva actividad.</p> <p>_ intenso temor a engordar.</p> <p>_ distorsión del esquema corporal.</p> <p>_ ausencia de menstruación en tres ciclos consecutivos.</p> <p>_ se da en un 90 a 96 % en mujeres.</p> <p>_ prevalencia del 1 al 4 % en adolescentes jóvenes.</p> <p>_ la bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa.</p> <p>_ las anoréxicas son capaces de ejercitar una voluntad férrea para controlar las ansias de comer.</p> <p>_ son niñas modelos, sin antecedentes de este tipo.</p>	<p>_ recurrentes episodios de atracones.</p> <p>_ pérdida de control.</p> <p>_ uso de laxantes, vómitos, ejercicios físicos y dietas.</p> <p>_ mínimo de tres episodios de atracones por semana en los últimos tres meses.</p> <p>_ persistencia de la preocupación por el peso y la comida.</p> <p>_ fluctuaciones de peso.</p> <p>_ depresión, ansiedad, propensión a la impulsividad y autodestrucción.</p> <p>_ abuso de drogas, alcohol, hurtos.</p> <p>_ alta necesidad de ser aprobados.</p> <p>_ tienen menor capacidad para controlar sus impulsos. Pueden presentar trastornos de conducta asociados.</p> <p>_ se muestran como mujeres sexualmente activas y hasta promiscuas, estando vinculadas con su deseo.</p> <p>_ presentan un aspecto saludable y algo excedido de peso. Sin embargo, puede ser un paro cardíaco o un suicidio su causal de muerte.</p>

CASOS CLINICOS

EJEMPLIFICACION DE LOS DIFERENTES ABORDAJES TERAPEUTICOS.

TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Verónica tiene 12 años, está en séptimo grado. Vive con sus padres y sus dos hermanos (un varón de 9 años, Hugo y una niña de 10 años, Leonor).

Como la mayoría, Verónica empieza con una dieta, manifiesta que en la escuela le dijeron que estaba gorda. Esto en un principio no preocupa a la familia, pero luego de tres meses y frente a la importante pérdida de peso, hacen la consulta.

En ese momento, Verónica comía yogurt y una naranja en todo el día.

La madre (Juana, 39 años) secretaria ejecutiva, había dejado de trabajar cuando nacieron los hijos y se dedicó por entero a su crianza.

El padre (Ricardo, 43 años), desempeña actividades político - gremiales, lo que lo obliga a viajar y a estar poco tiempo en su casa. Esto constituye un motivo de dificultad conyugal.

La madre está muy contrariada y resentida por su rol de ama de casa, esposa y madre. A veces se muestra muy deprimida e irascible.

El tema de la comida "desata la guerra" y modifica todo el funcionamiento familiar. Verónica tiraniza a toda la familia.

Prepara comidas que no prueba, pero que hace comer a todos.

En una de las sesiones de psicoterapia individual se dibuja preparando la comida y al dorso escribe la receta detallando los ingredientes y la preparación (VER DIBUJO).

Y mientras tanto Verónica sigue bajando de peso, lo que obliga al médico clínico del equipo a prescribir internación domiciliaria.

La internación domiciliaria se prescribe, cuando se observa la falta de respuesta a las propuestas terapéuticas, tanto de la paciente como de su grupo familiar.

Se indica reposo relativo en su casa, al cuidado de los padres, con acompañamiento del adulto responsable en los momentos de la alimentación y en los momentos inmediatos posteriores a ésta. En este caso no se consideró necesaria la inclusión de un acompañante terapéutico.

Verónica ejerce el control de toda la familia. El padre debe acotar sus obligaciones laborales y sus viajes, para acompañar a su esposa y secundarla en la atención de los otros niños.

La paciente establece con su hermana una relación de dominación, en donde ella debe comer lo que Verónica le ordena, de lo contrario no come. Los padres instan a Leonor a que le haga caso, asustados por la posibilidad de tener que recurrir a la internación hospitalaria.

Verónica le escribe una carta a su hermana diciendo: "Leo: podés tomar yogurt con cereales, pero cuando a mí me compren el flan de vainilla. Porque yo como de vainilla, se vos tomás de frutilla y el yogurt tiene que ser de los grandes y lo tenés que dejar bien limpio, le pasás el dedo a todo el tarro y después te lo chupás. Chau Vero.

COMENTARIO

Verónica es una paciente con una importante falla en la simbolización. En un primer momento se encuentra en una verdadera crisis simbólica cuya máxima expresión es la manifestación sintomática (la conflictiva puesta en el cuerpo).

Hay también una marcada introversión que constituye el pico máximo de resistencia. Viene a sesión obligada, no habla, sólo a veces dibuja. La paciente no acepta al terapeuta como madre nutricia, pero tampoco lo alimenta (introversión), signo de rebeldía al vínculo establecido con la madre.

Esta resistencia proviene del hecho de no poder proyectar en el terapeuta la imagen de "madre nutricia".

Esta posible imagen queda obturada por identificar al terapeuta con la de una madre tiránica y posesiva. El negativismo reproduce en la niña el vínculo de rebeldía y hostilidad que mantiene con su madre. A su vez, con esta imago materna, la paciente se identifica a través de sus conductas de tiranización y control sobre la hermana.

Se produce un circuito de realimentación, pues a través de ese control obsesivo con pautas de ritual, se des- hace de su propio voracidad, adscribiéndosela a la hermana y ejerciendo así una mezcla de inducción y tiranía sobre ésta.

La presencia de rasgos de carácter obsesivo, marca un pronostico incierto en cuanto a los próximos períodos evolutivos.

Su ingreso a la pubertad y luego a la adolescencia encontrarán a un yo excesivamente rígido (poco plástico y por lo tanto débil). Esto, más los cambios corporales y el aumento de las demandas instintivas, obstaculizarán su normal transitar evolutivo.

Vale como ejemplo de lo citado, las características de su dibujo, como el detallismo con el cual marca las líneas y redacta la receta y le escribe "a la hermana sus indicaciones". Si ésta las cumple, le permite a Verónica no sólo el control antes dicho, sino , observar desde afuera la supuesta "fruición" con los alimentos que ella trata de evitar por su conflictiva ambivalencia (rechazo - deseo).

Hay una fuerte negación de sus necesidades físicas (no siente hambre) y una distorsión en la percepción de su cuerpo (se ve gorda).

Su peso es de 34 kilos y su talla de 1,78m.

La familia se define como unida y sin problemas, hasta que comenzaron las dificultades de Verónica con la comida.

Dice el padre: el conflicto fue con las compañeras de escuela, que le dijeron que estaba gorda.

Prevalcen los mecanismos de negación de los conflictos familiares y estos se proyectan al exterior.

Durante el desarrollo de la terapia familiar, como un recurso técnico más, se suelen incluir comidas familiares. En este caso, cuando se prescribe internación domiciliaria, la terapeuta realiza una sesión en donde participa de una comida familiar.

En esta situación se pudo observar lo siguiente: Verónica cocinó, pero apenas probaba la comida mientras servía generosos platos a sus padres, hermanos y terapeuta. La madre comienza a quejarse de su hija: "que no come, que no pone voluntad, que no obedece", etc. Es de destacar que en ese momento, Verónica había comenzado a comer, pero frente a los reproches de su madre, deja abruptamente los cubiertos.

El padre defiende a la niña, lo que encoleriza aún más a la madre, ahora tornándose a él le dice: "vos te haces el calmo porque no estás nunca". Se inicia entonces una discusión interminable, frente a la cual Verónica abandona la mesa y se encierra en su cuarto.

Podemos observar como la patología individual de Verónica se incerta y se despliega más, cuando el conflicto familiar adquiere mayor virulencia.

En esta comida, la paciente adopta la conducta ya referida más arriba, es decir se encarga de "alimentar" a los demás, mientras mantiene su reticencia a alimentarse ella misma. Esto actúa como disparador de los reclamos de la madre, que primero aparecen referidos a la hijo, pero rápidamente son instalados dentro de la pareja parental.

El comer se ha vuelto "un infierno", desde el decir de la madre, un intercambio hostil de quejas, frente a los cual Verónica inicia su retirada: primero, abandona la comida y luego se retira (tal vez en defensa propia) de la reunión familiar.

Los hermanos comen callados y algo asustados. Es que "el comer" y el ritual de la "comida familiar" se contamina rápidamente de esos sentimientos hostiles que impregnan los vínculos entre los miembros de la familia.

La comida ya no tiene las propiedades placenteras con las cuales ella reviste las indicaciones que hace a su hermana, en quien ha delegado este supuesto placer. "El comer" se torna algo hostil, de lo cual hay que retirarse, sea no comiendo o más drásticamente, aislándose de la situación.

Queremos señalar que la internación domiciliaria se prolongó durante 15 días y se prolongó cuando se cumplieron los objetivos propuestos. Luego, se continuó con el tratamiento ambulatorio.

El período agudo del trastorno de Verónica comenzó a desaparecer luego de 8 meses de tratamiento. El equipo tratante hizo una evaluación de este periodo decidió sugerir a los padres la continuidad del programa terapéutico.

Verónica también fue incluida en un grupo de terapia corporal y talleres de reflexión.

TRATAMIENTO EN INTERNACION

Luciana tiene 15 años, cuando llega a hospital presenta un importante deterioro. A perdido mas de 20 kilos de peso y los síntomas de desnutrición son importantes.

Al inicio de la enfermedad pesaba 67 kg. y tiene una talla de 1,68 mts. El peso en el momento de la consulta es de 41 kg.

Inmediatamente se prescribe su internación. Esta se realiza en un sector diferenciado para adolescentes, dentro de una sala de clínica pediátrica. Se interna junto a otros pacientes adolescentes, que presentan otras patologías.

La internación conjunta (madre e hijo), es una característica del hospital, pionero en la inclusión del trabajo psicológico. Por lo tanto Luciana se interna con su madre.

Luciana muestra una actitud de "negativismo total", está muy enojada, dice que "nadie la va a hacer comer". Está furiosa con su padre, al que hace responsable de su internación. Tiene enfrentamientos con él y ha llegado a arrojarle objetos. El padre responde de la misma manera, se ofusca y se insultan mutuamente.

La madre es una mujer muy débil, sometida, desvalorizada por el marido y por los hijos. Además de Luciana, hay dos niños más de 12 y 9 años, ambos varones.

Una figura muy importante es la abuela paterna. El padre (Osvaldo de 43 años) es hijo único y su madre es viuda desde hace 8 años. Vive muy cerca y prácticamente pasa todo el día en la casa de su hijo.

El padre es universitario y tiene un cargo importante en una repartición pública, trabajo que le obliga a viajar al interior del país y a veces a países limítrofes.

La madre (Elida 43 años) tiene estudios secundarios incompletos, nunca trabajó fuera del hogar, se dedicó a la atención de la casa y los hijos. Se la ve muy insatisfecha con su lugar en la familia. Es de origen muy humilde y manifiesta que la madre, siempre prefirió a su otra hermana melliza.

Tampoco Elida tiene buena relación con su suegra. Se siente invadida y criticada por ella. La intromisión de la suegra es tal, que tiene llave de la casa de su hijo y entra y sale de ella cuando quiere.

Desde el momento de la internación, Luciana se muestra como una paciente difícil. Obstinada y contestataria, entra en conflicto con toda la sala: con las enfermeras, los médicos residentes, las otras madres y los otros pacientes internados.

Tampoco quiere recibir tratamiento psicológico. Se resiste a concurrir a las sesiones y en las entrevistas familiares insulta a los padres. Le dice a la madre que es una "estúpida", que se deja dominar por el padre y por la abuela paterna.

Se intenta en un principio alimentarla por boca, pero tira la comida, la escupe o se la regala a los otros pacientes. Se hace necesario recurrir a la alimentación por sonda.

En un primer momento se intenta hacer alimentación fraccionada cada 3 hs. Para lo cual se instruye a la madre pero es Luciana quien maneja la situación. No deja que le pasen el alimento. El resultado es que sigue bajando de peso. No se le permite caminar, por lo que se desplaza en silla de ruedas. Pide muy seguido ir al baño y allí se la descubre haciendo gimnasia o intentando vomitar lo que había ingerido. En sesión dibuja una historieta donde grafica este episodio.

Se recurre a la medicación (tranquilizantes). Comienza a administrarsele el alimento por bomba de infusión con goteo permanente.

En cuanto alguien se descuida, Luciana para la bomba. Además amenaza a la madre y la hace entrar en complicidad. Si la acusa a "los doctores" de que no cumple con las prescripciones, ella la delata frente al padre.

La madre atemorizada, miente respecto de la alimentación, para evitar conflictos con su marido y enfermeras.

La internación de Luciana duró más de 10 meses. La terapia familiar permitió ir ubicando la problemática en los diferentes niveles: en el de la pareja conyugal, de la pareja parental y en el lugar de hija y de hermana que Luciana no ocupaba. La psicoterapia individual le permitió a Luciana tomar un mínimo de conciencia de la enfermedad y aceptar la relación terapéutica. También se trabajaron las relaciones con la familia de origen y los límites que había que instrumentar.

Elida, la madre, pudo revalorizar su desvalorización y baja autoestima lo cual implicó un cambio de posición en la dinámica familiar.

Desde lo clínico, luego de dos meses de sonda, la paciente acepta la alimentación por boca en forma progresiva, retirando alimentación enteral. Se observa aumento de peso, en forma gradual y progresiva.

COMENTARIO

En su furor negativista Luciana despliega una batalla relacional de la cual es en parte protagonista y en parte testigo. La paciente expresa a través de esa actitud, pero también en palabras, la hostilidad manifiesta hacia el padre, cuyo posicionamiento como tal es endeble. El padre mantiene aún, un vínculo de dependencia con su familia de origen y reacciona frente a las conductas agresivas de su hija, desde una relación simétrica. Enfrenta a la hija como una pelea de hermanos. A su vez, la madre es una