



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Ciclo de Graduación

Trabajo Final de Grado: Monografía

ANOREXIA NERVIOSA Y SUS CONTEXTOS

Autora: Meggan Evangelina Sánchez Silva

C.I.: 4.555.777-1

Tutora: Prof. Adj. Mag. Adriana Tortorella

Montevideo, Uruguay

Mayo 2019

Tabla de contenido

Resumen	1
Introducción	2
La anorexia nerviosa en el contexto de los TCA	3
Historia	7
Actualidad.....	9
La incidencia del contexto socio-cultural	10
La anorexia nerviosa en el contexto de las adolescencias	12
La función del “otro”	16
La anorexia nerviosa en el contexto familiar	20
Tratamiento	23
Reflexiones finales.....	26
Referencias bibliográficas	29

Resumen

La siguiente monografía se realizó mediante revisión bibliográfica donde se pretende poner en manifiesto los diferentes contextos que convergen en la anorexia nerviosa, como el contexto social y cultural, contexto familiar y el contexto de la adolescencia que es donde se presenta este trastorno, y cómo estos influyen en el desarrollo del mismo.

Este trabajo brindará una contextualización del concepto de la anorexia nerviosa para lo cual se dará inicio ubicando a la misma entre los trastornos de conducta alimentaria, brindando una breve descripción de cada trastorno y las diferencias con cada uno de estos al momento del diagnóstico, solo para luego proseguir con una descripción más profunda de la anorexia nerviosa

Se realizará una breve reseña histórica acerca de la anorexia nerviosa, para dejar de manifiesto que no es un trastorno únicamente generado por nuestra sociedad actual, si no que ya se hacía presente en la edad media.

Para generar un análisis se recorrerá, desde lo general a lo particular, de la sociedad al entorno familiar, donde se tomarán postulados de la teoría de J. Lacan y D. Winnicott, haciendo énfasis en la relación madre-hija. De la niñez deviene la adolescencia, y es en la adolescencia donde la anorexia nerviosa se hace presente, por ende desarrollaremos esta etapa evolutiva y su relación con el entorno.

Para finalizar con los posibles abordajes para el tratamiento de este trastorno.

Palabras clave: anorexia nerviosa, contextos, trastorno multifactorial.

Introducción

La siguiente monografía se realiza en el marco del trabajo final de grado para la Licenciatura en Psicología, la cual se plantea como objetivo, mediante revisión bibliográfica, exponer cómo influyen los diferentes contextos como el entorno familiar, la relación con pares y la interacción con el mundo actual, en el inicio y desarrollo de la anorexia nerviosa.

El interés del trabajo, surge para dejar de manifiesto una visión que pueda abarcar los múltiples aspectos que convergen en la anorexia nerviosa.

Dado que el sujeto es un ser biopsicosocial, se debe pensar los trastornos de la misma manera, no solo tener en cuenta la sintomatología somática –las cuales son visibles a simple vista– si no también poder entender al sujeto y sus trastornos con todo su entorno, como su cultura, la sociedad de la que forma parte, su familia y sus pares.

Partiendo del supuesto que una de las áreas más destacadas como influyente en el trastorno es el entorno social y cultural –dado que la anorexia nerviosa se evidencia con mayor frecuencia en las poblaciones de cultura occidental– donde se impone un *estereotipo de cuerpo ideal* dejando ver entre líneas que la delgadez se iguala a la felicidad y al éxito, pero las probabilidades de llevarlo a cabo son ínfimas para la mayor parte de la población provocando baja autoestima y descontento con su propio cuerpo.

Otra área de influencia es el papel que cumple la familia en el desarrollo del trastorno, y como todo en conjunto influye en la etapa evolutiva de la adolescencia, etapa de cambios y vulnerabilidades, de formación de personalidad y carácter.

La anorexia nerviosa en el contexto de los TCA

Para referirse al término formal de la etiología de la palabra anorexia, se recurrió al diccionario de la Real Academia Española en donde se expresa que la palabra anorexia tiene su origen en el idioma griego, definiéndose como la pérdida normal del apetito, o en referencia a la anorexia mental o nerviosa como “síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas” (Real Academia Española, 2014)

Para dar cuenta que la anorexia nerviosa (en adelante AN) es más que tan solo la pérdida de apetito, se recurrirá a lo expuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5).

El DSM 5 (2014) describe los siguientes criterios diagnósticos para la AN:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. (p. 339)

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. El miedo a ganar peso no se pierde incluso cuando la persona adelgaza.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Muchas de estas personas se perciben con sobrepeso incluso estando extremadamente delgadas o sienten demasiado “grandes” ciertas partes de su cuerpo como abdomen o glúteos, lo cual los lleva a pesarse continuamente, medirse y verificar constantemente en el espejo lo que consideran sus “defectos”.

En la AN se clasifican los siguientes subtipos:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe

presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. (DSM 5, 2014, p.339)

En este subtipo suele darse conductas más impulsivas como el abuso de alcohol y otras drogas.

Es importante al momento del diagnóstico de la AN especificar la gravedad de cada caso, basándose en el índice de masa corporal (IMC) el cual se calcula teniendo en cuenta el peso corporal y la altura de la persona. Determinar la gravedad en cada caso va a permitir plantear la forma de abordaje adecuada para el tratamiento.

Otras características que describe el DSM 5 (2014) son:

El peso muy bajo en la AN puede traer aparejada complicaciones fisiológicas como la amenorrea o retraso en la menarquia, intolerancia al frío, estreñimiento, dolor abdominal, algunos individuos desarrollan “lanugo” que es vello corporal fino y suave. También es frecuente que debido al bajo peso corporal el ánimo de las anoréxicas se presente deprimido, provoque aislamiento social (esto también ocurre por el miedo a comer en público o evitar que la presionen a comer o hablen de su figura), irritabilidad, desinterés sexual, pensamientos recurrentes sobre la comida, pensamiento inflexible, deseo de controlar todo lo que le rodea, espontaneidad social limitada y contención excesiva de la expresión emocional.

En cuanto a la prevalencia, si bien la AN también se manifiesta en el género masculino ha sido menos estudiada, de igual manera su presencia es mayoritaria en el género femenino; por lo cual este trabajo al referirse a la AN específicamente se hará referencia a este último.

También es importante destacar que se presenta generalmente en la adolescencia dado el cambio corporal y biológico propio de esa etapa, aunque actualmente existen casos que se presentan a más temprana edad debido a la aceleración que existe en nuestro tiempo.

Es muy importante destacar la tasa de suicidios que se dan en las personas que padecen AN como también el riesgo de muerte cuando el sujeto tiene bajo peso crónico.

La anorexia nerviosa forma parte de los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA), se hará una breve reseña de los trastornos que también forman parte de esta clasificación, presentando escuetamente los síntomas que los definen como tales y las diferencias fundamentales que los diferencian en el diagnóstico con la AN.

Los TCA son compuestos por los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa (en adelante BN) y trastorno de atracones.

El DSM 5 (2014) define los TCA como “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”. (p.329)

Comenzaremos con lo que se define como Pica, el mismo se caracteriza por la ingesta de alimentos que no se consideran como tales como papel, jabón, tierra, pelo, barro, pintura, etc. Es importante destacar que en el curso de una anorexia nerviosa se pueden dar casos de ingesta de sustancias no comestibles y no alimenticias como papel, pero esta conducta se da en el marco de que la persona lo hace para calmar su hambre y controlar su peso. En este caso el diagnóstico principal va a ser de AN, ya que esa ingesta solo se realizó para controlar el apetito.

Trastorno de Rumiación: se caracteriza por la regurgitación repetida de los alimentos recién ingeridos, repitiendo esta conducta varias veces a la semana. Esta acción consta que la comida luego de ser previamente ingerida vuelve a la boca, aparentemente sin desagrado ni por medio de arcadas, donde la misma puede ser vuelta a masticar para tragarse o expulsarse, es importante destacar que esta conducta no se debe a otras causas gastrointestinales.

En la AN se puede presentar la regurgitación para luego vomitar los alimentos, pero la misma es realizada como sistema para perder calorías por la preocupación del peso corporal.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos: la característica principal es la evitación/restricción alimentaria por causas como el aparente desinterés por alimentarse, o por las características organolépticas de los alimentos (forma, color,

textura, gusto etc.) o por experiencias anteriores de vómitos reiterados o atragantamiento, pudiendo anticiparse a esta situación.

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta comparte con la AN la restricción de alimentos así como el bajo peso, pero la principal diferencia radica que en la AN el bajo peso es generado por el miedo intenso a engordar, lo cual no estaría presente en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta.

Bulimia nerviosa: se caracteriza por episodios reiterados de atracones (comer más de lo que cualquier persona haría en un mismo lapso de tiempo y en circunstancias similares), seguida de una conducta compensatoria inapropiada como vómitos auto-provocados, abusos de laxante o diuréticos o ejercicio excesivo. La BN y la AN comparten ciertas características como la alta tasa de suicidio y el miedo intenso a engordar, solo que en la BN el peso corporal se mantiene o incluso se da el sobre peso, esto último es lo que generará el diagnóstico diferencial de si se trata de una anorexia nerviosa del tipo atracones y purgas o de BN.

Trastorno por atracones: el mismo se caracteriza por atracones recurrentes, hasta llegar al punto de sentirse desagradablemente lleno, comer aunque no se sienta hambre físicamente, comer en soledad debido a la vergüenza que siente por la cantidad que ingiere para luego generar sentimientos de disgusto. A pesar de que el trastorno por atracones comparte esta característica con la BN, en el trastorno por atracones no se da las conductas compensatorias inadecuadas y ambos trastornos se diferencian con la AN porque ambos se dan en personas con peso dentro de lo considera apropiado para esa persona o incluso en sobrepeso.

Historia

De la revisión bibliográfica se extrae como posible inicio de la anorexia nerviosa o como primeros casos, a lo que se llamó «anorexia santa» en la época medieval, la misma no se clasificó específicamente como anorexia nerviosa pero –según entendidos en la temática– concluyen que existen varios aspectos que clasificarían a la «anorexia santa» como anorexia nerviosa.

Básicamente lo expuesto a continuación se extrajo de los trabajos de García de Castro, S. (2014). *La anorexia a través del tiempo* y el trabajo de Baile Ayensa, J y González Calderón, M. (2012). *Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena*.

La principal característica de estas «santas anoréxicas» no se basaba en dejar de comer debido a su aspecto físico –sentirse con sobrepeso– ni tampoco en entender la delgadez como belleza como ocurre hoy en día; si no que el ayuno que realizaban tendría relación con rendir culto a Dios como forma de purificar el cuerpo y acercarse a él.

Para ejemplificar lo descrito anteriormente, se tomará brevemente dos casos, comenzando por el de Santa Catalina de Siena (1347-1380) y posterior, el de Elisabeth de Austria-Hungría (1837-1898), ya que son los casos que más se han estudiado y por ende los que más recurrentes aparecen en los textos consultados.

Santa Catalina comenzó con visiones religiosas a temprana edad –6 años–, su ayuno comienza por dejar de comer carne al no soportar su olor, hasta llegar a solo consumir pan, agua y verduras crudas. El dejar de comer, nació como reproche a cumplir el deseo de sus padres a contraer matrimonio, por la misma razón se cortó el cabello para perder femineidad, sus padres al tiempo aceptan su negación al matrimonio y entra a la Orden Hermanas de la Penitencia de Santo Domingo.

Su ayuno con los años va aumentando hasta llegar al punto de ni siquiera beber agua, por esa razón muere de inanición a los 33 años. Es importante destacar que a pesar de su escasa alimentación nunca se la vio con falta de energía, incluso se documenta que caminaba largas distancias.

De aquí se deprenden varias teorías del porqué podría considerarse el caso de Santa Catalina como un caso de anorexia nerviosa, entre las cuales se puede inferir que el

ayuno presentado como rebeldía ante el deseo de los padres y el deshacerse de la femineidad a través del corte de cabello, resulta algo novedoso porque en los casos actuales de anorexia nerviosa también presentan aspectos de rebeldía ante padres sofocadores.

Hoy en día se presenta como característica el miedo a crecer, el rechazo a los cambios corporales, el mantenerse con un cuerpo de niña donde no existan curvas de mujer –por eso la escasa alimentación– y donde parte del crecer implica enfrentarse a la sexualidad, lo que también genera rechazo.

Otro aspecto al cual hacer referencia es el aislamiento social que se presenta en las chicas con anorexia nerviosa, por ejemplo, evitar comer en público, en Santa Catalina los textos lo asocian cuando ella decide encerrarse en su habitación cuando quería evitar el matrimonio.

Si bien existen más aspectos en los cuales profundizar, como la existencia de vómitos inducidos y así poder hablar dentro de una clasificación de cierto tipo de anorexia (subtipo de atracones y purgas), se prefiere simplemente hacer una breve reseña como referencia a pensar la anorexia no solo como perteneciente a este siglo.

Se prosigue con el caso de Elisabeth de Austria-Hungría (1837-1898), este caso como el descrito anteriormente tampoco fue clasificado específicamente como anorexia nerviosa por la falta de información sobre el trastorno en ese entonces.

El caso se relaciona en varios aspectos con la anorexia nerviosa actual, debido a que la emperatriz de Austria realizaba ejercicio excesivo a pesar de su bajo peso, la misma solicitó la instalación de un gimnasio en su residencia, como también realizaba deportes que aún no estaban bien vistos en mujeres en esa época, incluso salía a correr largas distancias en cualquier situación climática por varias horas.

A diferencia de la “anorexia santa” descrita en Santa Catalina, la emperatriz de Austria “Sissi” –como también se la conocía–, quería mantener su delgadez, por esa razón hacía deporte en exceso y dietas. La misma era conocida por su belleza y esbelta figura, es más, se negaba a usar las enaguas características de la época porque ocultaban su figura, pesaba 45 kilogramos y tenía una altura de 1.72 metros.

Aquí se ven varios aspectos descritos en el DSM-V (2014) como el ejercicio excesivo, la preocupación por mantener su figura, dietas y la falta de conciencia de su bajo peso.

Actualidad

Si bien la anorexia nerviosa es un trastorno multifactorial, no existe una razón clara para la manifestación o lo que realmente la provoca, se puede decir que uno de los aspectos a destacar es el contexto socio-cultural, y más específicamente la sociedad de occidente como un gran influyente, donde el culto a la delgadez es algo que se expande por todos los medios masivos de comunicación y la vida diaria se encuentra inundada de ello.

Gilles Lipovetsky al referirse a la modernidad en su libro "*La era del vacío*" (1986), plantea una segunda fase de la sociedad del consumo, donde la forma de consumir ha cambiado y afecta la vida privada de las personas, donde el interés se ha centrado en mantenerse jóvenes eternamente, y donde se desarrolla una especie de hedonismo – búsqueda de placer y bienestar– donde el interés de las personas se centra en sí mismas.

El mismo, define la sociedad como *individualista y narcisista*, y plantea que incluso este aspecto se ve reflejado en la comunicación, donde la misma no cumple el objetivo principal de «comunicar algo» a un receptor en específico, si no que consta de tan solo la necesidad de expresarse, hoy en día el medio elegido es internet donde las publicaciones en las redes sociales funcionan como una forma de desahogo, como medio para mostrar autonomía; como bien lo plantea Lipovetsky hoy es tiempo de "verlo-todo, hacerlo-todo y decirlo-todo" (Lipovetsky, G., 1986, p.29), donde cada persona exhibe su vida privada como en qué lugar vacacionan, que comen, como se encuentran de ánimo, quienes son sus familiares y amigos, preferencias, etc.

En esta cultura individualista planteada por el autor, las mayores preocupaciones se centran en mantenerse jóvenes, delgados y sin arrugas; y en esa contrariedad afirma que: "cuanto más se vive más se tiene miedo a envejecer" (Lipovetsky, G., 1986, p. 128). Ésta es también una forma de consumir, consumir la vida privada de las demás personas y viceversa.

Prosiguiendo con la idea del consumo pero centrándonos en la imagen femenina, el Psicoanalista Francisco Pereña en su trabajo "*Cuerpo y subjetividad acerca de la anorexia*" (2007) propone una novedosa visión acerca de la mujer en la sociedad de consumo, la misma es vista como un objeto para generar ventas o atractivo publicitario, la figura femenina acompaña publicidades de perfumes,

electrodomésticos, coches y cualquier otro tipo de publicidad. La imagen femenina es tratada y vista como objeto, como objeto de posesión y uso, como adorno, su cuerpo es vendido para generar consumo, ella es la principal figura de esta sociedad y a su vez la mayor perjudicada. Como en sus propias palabras expone Pereña: “resulta irónico que siendo la mujer en el imperio de la publicidad la portadora de la función social del consumo, sea ella la que con mayor frecuencia muestre esta patología de la anorexia.” (Pereña, F., 2007, p. 538). Ya que es por medio de las publicidades que se impone un ideal de cuerpo, apareciendo en los medios de comunicación mujeres irreales, generando así inconformidad y descontento en la población.

La incidencia del contexto socio-cultural

El papel del internet también ha favorecido esta expansión, hoy en día las célebres figuras de televisión u otros medios, pueden «*seguirse*» –referencia a Instagram– y estar al tanto de su vida por medio de las redes sociales como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, etc. Donde encontramos estas figuras presumiendo su cuerpo, sus dietas y rutinas de ejercicios, promoviendo el ideal de cuerpo perfecto generalmente inalcanzable para los adolescentes, siendo que estas no muestran la realidad como es, debido al uso de *Photoshop*, promoviendo una imagen perfecta donde no existen los kilos de más, la celulitis o las estrías.

De esta forma se genera una disconformidad con el propio cuerpo y una baja autoestima dentro de los adolescentes y esto los lleva a buscar métodos de adelgazamiento en internet, allí se encuentran con foros y páginas *web* donde se toman como ejemplo a otros adolescentes llamados *Influencers* –proveniente del inglés, en español influenciar– que aparecen en páginas como *YouTube* –entre otras– donde algunos promueven los desórdenes alimenticios como un estilo de vida, como en los sitios pro-Ana (pro anorexia) y pro-Mia (pro bulimia).

Behar, R. et al. en D. Cortez et al. expone:

En el presente, un rol significativo han ocupado los medios de comunicación, representados esencialmente por Internet y las redes sociales, debido a la vertiginosa y vasta difusión de patrones y conductas valoradas como positivas, por ser consideradas equivalentes de éxito, belleza, atractivo, inteligencia y salud, que impactan mayormente a aquellas poblaciones vulnerables a la definición externa de las presiones socioculturales. Específicamente, se ha

constatado que, por ejemplo, el uso de Internet provoca un aumento en la insatisfacción corporal en ambos sexos, principalmente a través de sitios «pro-Ana» y «pro-Mia». (D. Cortez et al., 2016, p. 117)

Se vive en una sociedad donde el éxito se mide respecto al cuerpo que se posee, donde ser flaco equivale a ser exitoso, donde se encuentra a cada segundo un nuevo alimento light, bajo en calorías o dietético, donde se instala el cuidado excesivo del cuerpo, donde los gimnasios abundan por doquier, donde se encuentran recetas mágicas para bajar de peso, tanto sea con ejercicios o dietas milagrosas, donde la ropa «de moda» es cada vez más pequeña y ajustada al cuerpo. Pero a su vez se coexiste en un doble discurso, donde se impone un estereotipo de belleza delgado pero también se está rodeado de comida rápida, comida chatarra, de fácil acceso, solo hace falta concurrir a una plaza de comidas de un centro comercial e intentar comer «sano», las opciones son muy escasas, siempre va a ser más accesible la opción de comida rápida como hamburguesas, pizza y frituras, todo alto en calorías.

Todo lo descrito en este capítulo es solo una rama de los aspectos que pueden influir en el desarrollo de la anorexia nerviosa, donde la cultura fomenta que para ser aceptado socialmente las personas deben verse según ciertos parámetros impuestos, pero existen otra serie de factores que pueden influir como:

Del Bosque-Garza, J. y Caballero-Romo, describen como posibles influyentes en el trastorno:

La menarca temprana, el haber padecido sobre-peso u obesidad en la infancia, las burlas con respecto al cuerpo de parte de hermanos o compañeros en la escuela, los comentarios adversos concernientes a la forma de comer o al cuerpo, provenientes de los padres, y el hacer dietas restrictivas. (Del Bosque-Garza, J. y Caballero-Romo, A., 2008, p. 402)

Esto también puede llevar a la persona a sentirse inseguro e inconforme con su propio cuerpo, llevándolo a conductas inapropiadas a futuro.

La anorexia nerviosa en el contexto de las adolescencias

Si bien en el capítulo anterior se refirió a la actualidad y cómo esta genera cierta subjetividad en los jóvenes, en este capítulo se visualizará la realidad actual vivida desde la adolescencia específicamente, y como la adolescencia es producto y productora de realidad y subjetividad, y que interpretación generan los autores sobre la anorexia nerviosa presente en esta etapa del desarrollo y no en otra.

Siguiendo la línea del pensamiento de Marcelo Viñar en su texto *“Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio”* (2009) donde propone hablar de adolescencias en plural y no en singular, racionalizando que siempre el hombre debe estudiarse en su medio, su contexto, cultural y social. La adolescencia, no ajena lo anteriormente expuesto, es una construcción cultural de cada tiempo, el tiempo que vivimos hoy ha construido y creado como resultado cierto tipo de adolescencias, “La elección plural para “adolescencias” busca preservar la diversidad y singularidad de los casos, tanto en lo que remite al psiquismo (estructuración psíquica y/o construcción identitaria) como a los factores socioculturales que las configuran y modelan”. (Viñar, M., 2009, p.12) por resultado en este trabajo la referencia también será a adolescencias.

Viñar (2009) plantea que la adolescencia hoy con diferencia a la del pasado, se extiende más en el tiempo, la edad de finalización es más tardía, débase esto tal vez a la mayor esperanza de vida o porque hoy en día la búsqueda se hace más extensa referido a tiempo de búsqueda de camino propio, donde cada uno irá probando de carrera en carrera, de curso en curso lo que realmente quiere «ser» –léase dedicación en el mundo laboral– de que se quiere vivir. Esto retrasa más la salida del adolescente al mundo adulto y retrasa el abandono del hogar familiar y el hacerse cargo de su propia vida e incluso el pensar por cuenta propia.

Prueba de esto, expone Viñar (2009), son las estadísticas que muestran como resultado poblaciones envejecidas y tasas de nacimiento bajas, como tampoco es ajeno a la realidad que en parte consecuencia de esto es el papel que hoy tiene la mujer en la sociedad, donde sus objetivos ya no son los mismos que años atrás donde el fin último de ser mujer implicaba –como mandato por la sociedad– el ser madre, hoy en día la mujer se plantea una carrera profesional y tal vez recién al finalizarla buscaría tener un hijo. Esto acorta la edad biológica establecida para la reproducción y por ende la cantidad de hijos, hoy las familias no se asemejan a las familias de la antigüedad donde las familias se constituían, por ejemplo, de 11 hermanos.

Viñar (2009) plantea concebir la adolescencia más que tan solo una etapa en el desarrollo, si no como un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta la cual trae aparejada nuevas experiencias, nuevas visiones y concepciones. La transición se presenta entre la niñez que posee una gran cuota de ingenuidad creyendo que sus padres lo saben todo, lo pueden todo y son ellos los que marcan los límites de lo que se puede hacer o está prohibido, lo que está bien y lo que está mal, y la adolescencia donde las figuras parentales caen en realidad y genera angustia, las figuras parentales ya no son omnipotentes como se creía.

El desmoronamiento, el derrumbe de la credulidad no viene sin tumulto. El desprendimiento identificatorio de las figuras parentales de la infancia y de sus subrogados, es un proceso necesario, ineludible, imprescindible, saludable, aunque el desgarrar no se hace sin ruido y sin dolor. (Viñar, M., 2009, p. 20)

Otro aspecto de cambio que da cuenta Viñar (2009), es el padecimiento de hoy en la adolescencia y con ello la representación del síntoma. Antiguamente los pacientes en la consulta para explicar su padecimiento desplegaban un relato, un cuento sobre sus malestares, hoy en cambio, el padecimiento no es sufrido es actuado “hoy se trata de la crisis de pánico, del trastorno alimentario, de las conductas adictivas, de las conductas hostiles y/o de riesgo para sí mismo y los demás” (p.24) y a su vez acompañado el síntoma con muy poca introspección para cuestionar las causas o las fuentes de dicho padecimiento.

Apoyando esta sintomatología actual planteada por Viñar (2009) se hará referencia a una conferencia en la ciudad de Montevideo del antropólogo David Le Breton “*Antropología de las conductas de riesgo en jóvenes*” en el año 2010, donde plantea una forma de concebir las conductas de riesgo en la adolescencia de una manera muy interesante.

Las conductas de riesgo como las adicciones, anorexia y suicidio son planteadas por Le Breton (2010) como contrario a lo que se creería popularmente, el autor refiere a estas conductas de riesgo como una nueva oportunidad de vivir, el sobrevivir a ellas implicaría una oportunidad de vivir la vida con otros ojos, estas conductas son la búsqueda de uno mismo, la búsqueda de sentido, donde muchas veces el dolor físico es la forma de aliviar el dolor mental, es tomar las riendas del dolor que los agobia.

Las conductas de riesgo son planteadas como una búsqueda de generar cada adolescente su propio camino y no simplemente dejarse llevar por la sociedad, a modo

de ejemplo, la anorexia nerviosa puede leerse como la imposición a los mandatos sociales que impone la significación de lo que es ser mujer y lo que implica la femineidad, la anorexia nerviosa es escapar de ser juzgada por tan solo la belleza física, es quedarse en una especie de cuerpo neutral y no crecer, mantener el cuerpo como el de una niña.

El mandato social puede ser severo o laxo y permisivo, tolerante u hostil. En ambos casos –aunque de modo diferente– el sujeto reacciona y metaboliza el mensaje, en la obediencia o en la rebelión, y en el mejor de los casos con la emancipación. Rebelarse es simplemente patear contra el consenso hegemónico y el statu quo; emanciparse implica apropiarse e interiorizar una salida original, parcialmente autónoma del mandato social. (Viñar, M., 2009, p. 26)

El estereotipo ideal de cuerpo difundido en los medios de comunicación se encuentra en oposición al cuerpo femenino “natural”, ya que este se desarrolla generando tejido adiposo y reserva de grasas para la futura procreación. Esta contrariedad hace que las adolescentes se sientan insatisfechas con su cuerpo y tengan baja autoestima, lo cual puede desencadenar en conductas de adelgazamiento inadecuados como dietas sin asesoramiento profesional, restricción de alimentos, ayuno y vómitos auto-provocados.

La mayor incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa se presenta entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia. Entre los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de la delgadez, la presión social por ser delgada, la depresión y la baja autoestima. (Portela de Santana, M.L. y colaboradores, 2012, p. 391)

En la adolescencia un aspecto fundamental es la formación de la identidad, donde el ser aceptado por otros y sentirse parte de un grupo es una piedra angular dentro de esta etapa y el tener sobrepeso abre la posibilidad de ser rechazado o discriminado por pares.

El cuerpo es espejo revelador de la autoestima (...). Ser lindo o feo, atractivo o rechazado, se vuelven nudos cruciales de la autoestima, y la configuración de está, un punto clave de la adolescencia, que siempre transita por lo grandioso y por la humillación. (Viñar, M., 2009, p.25)

Retomando los planteos de Le Breton (2010), el autor realiza una diferenciación en las conductas de riesgo en cuanto al género y refiere que mientras el género masculino se preocupa más por mostrarse más viril mediante conductas de desafío con otros hombres como la alcoholización, provocación, violencia, delincuencia y velocidad al conducir e incluso también existe diferenciación con el género femenino al momento de la autoeliminación, dado que los hombres se caracterizan más por elegir métodos que no permiten la reanimación como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego.

En cambio, el género femenino se caracteriza por interiorizar el sufrimiento, y entre las conductas de riesgo se encuentra los TCA, cortes en las muñecas u otras partes del cuerpo y sobredosis de medicamentos, los cuales permiten una mejor atención hospitalaria si son atendidos a tiempo. Según Viñar (2009) se puede plantear la hipótesis de leer estas conductas como forma de “gritar el sufrimiento”:

(...)Los referentes sociales que desde siempre han organizado nuestra mente – familia, filiación, sexualidad trabajo y ocio, norma y transgresión– han tenido cambios tan rápidos y sustantivos que no pocos autores hablan de una mutación civilizatoria, ligada a los cambios en la producción material y simbólica, a la irrupción de la informática y la robótica y –en lo que concierne a la subjetividad– a la emancipación de la mujer, la revolución sexual y el cuestionamiento o derrumbe del orden patriarcal. Quizás por todo esto hay un modo nuevo en los jóvenes de gritar su sufrimiento psíquico, y develar sus códigos no es obvio ni fácil. (Viñar, M., 2009, p.102)

La función del “otro”

El *otro*, de alguna u otra forma siempre va a generar cambios en cada uno de los sujetos, es parte del encuentro, y es algo que se genera en todos los ámbitos de la vida, desde lo familiar, pasando por los amigos o incluso la pareja; es un encuentro entre psiquismos, entre maneras de pensar y actuar, es algo que va desde el nacimiento hasta el fin de la existencia. El ser humano necesita de *otro* para reconocerse como uno mismo en el mundo, es ese *otro* que con su mirada le confirma su existencia, una de las personas que es la primera en cumplir con esta función es la madre –o quien desarrolle esa tarea de cuidado– del recién nacido.

Para reafirmar lo anteriormente expuesto se recurre a la teoría de Jacques Lacan sobre el estadio del espejo, la cual exhibe al bebé como un cuerpo fragmentado –sentimiento de un cuerpo fragmentado– debido a la falta de coordinación del mismo y de sus movimientos, por ende va a existir una necesidad de un *otro* integrador de esta imagen de sí mismo, necesaria para formar una imagen del cuerpo en totalidad y para la formación del psiquismo.

El niño al enfrentarse por primera vez a su reflejo en el espejo, necesita de *otro*, ya que es por medio de éste que asumimos el extrañamiento de la imagen del propio cuerpo en el espejo y necesitamos de su mirada para la comprensión de la situación, que ese *otro* nos diga que «ese de ahí» somos nosotros. “La imagen del cuerpo no existe para una persona que está sola. Se construye y existe solo en relación con alguien.” (Dolto y Nasio, 2002, p. 154).

La existencia de *otro* mediador evita la deshumanización del sujeto que mira por primera vez su cuerpo en el espejo y lo que ve no es otra persona que no sea él y es el *otro* que habilita el entendimiento de que lo que se ve es solo una imagen de sí mismo. Antes del espejo el niño tiene la imagen de sí a partir de lo que ven los otros y lo que siente de sí mismo, en el espejo descubre su aspecto “real”, siente alivio al pensar que esta no cambia y es esa la imagen que el presenta a los demás. Para una aceptación de esta nueva imagen debe renunciar a lo que el antes creía que era, como se veía.

Por consiguiente:

Aquel que el niño mira y reconoce, ese que le imita tan bien, y que tarde o temprano descubrirá que es él mismo, o su imagen, para hablar propiamente, ese no descoordina, no tiene cuerpo fragmentado, eso es para él: su imagen se le aparece entera, dotada de una unidad que él no puede atribuir a la percepción de su propio cuerpo. (...) En efecto: ese otro que le mira tras el espejo y que le cautiva, pronto aprenderá que es él, incluso se le dirá: «Mira, ese eres tú» señalándole la imagen. Imagen entera de un cuerpo que no se percibe como siendo entero, imagen que anticipa una maduración del dominio motriz que por el momento no se tiene. (Blasco, J., 1992, p. 09)

Dentro de esta dicotomía madre-hijo, podemos también hacer mención a la teoría de apego desarrollada por John Bowlby, donde se plantea la importancia de las primeras experiencias con la primera figura vincular del niño, podemos encontrar apego seguro o apego inseguro, donde el primero consta de:

La formación de un vínculo confiable y seguro depende de un cuidador constante y atento que pueda comunicarse con el bebé de pocos meses y no solo se preocupe de cubrir sus necesidades de limpieza o alimentación (...) Esta necesidad de atención permanente sugiere una entrega casi total por parte de la madre o el cuidador. (Moneta, 2014, p. 265)

Se puede decir que el apego es la base de todas las relaciones sociales que cada ser humano va a desarrollar el resto de su vida, ya que la madre es el primer otro –ser social– que tenemos en la vida.

Siguiendo esta línea de la influencia en el niño de las primeras figuras de cuidado, tomaremos como punto siguiente un estudio realizado en 2006 titulado “*Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno*” de Zucchi, A. y colaboradores, plantea que la capacidad que posee cada madre de inferir estados mentales en su hijo, teniendo en cuenta que aunque sea pequeño es un ser que posee sus propios deseos e intenciones, y el saber comprenderlas va a generar mejores respuestas hacia el niño.

La imagen del cuidador refleja la experiencia interna del infante y organiza la experiencia emocional del niño. Por lo tanto el sí-mismo no está solamente abierto a la influencia ambiental, sino que es en parte constituido a través de las interacciones con el ambiente social. (Watson en Zucchi, A. et al., 2006, p. 217)

Podemos encontrar en Winnicott parte de esta teoría, cuando expone que:

(...) También hay mucho para decir sobre la utilización por parte del bebé de la cara de su madre. Podemos considerar a la cara de la madre como el prototipo del espejo. El bebé se ve a sí mismo en la cara de su madre. Si la madre está deprimida, o preocupada por algún otro asunto, entonces, por supuesto, lo único que ve el bebé es una cara. (D.W. Winnicott, 1990, p. 138)

Lo expuesto anteriormente da cuenta de cómo estas primeras experiencias van formando el psiquismo del niño, y como Zucchi, A. et al. cita estudios de Zeanah 1995, Solomon & George 1996 y Slade 1997 donde los mismos sugieren que:

El comportamiento de la madre hacia su hijo se encuentra determinado por el modo en que ella piensa la relación con el niño. Estos modos de comportamiento influyen en el sentimiento de seguridad del infante con respecto a sus vínculos afectivos y a la representación de sí. (Zucchi, A. et al., 2006, p. 220)

Si se hace referencia a la teoría de D. Winnicott el autor denominó *preocupación maternal primaria* a un estado en que las madres adquieren la capacidad de ponerse en el lugar del bebé. “Esto significa que desarrollan una impresionante capacidad para identificarse con el bebé, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de éste en una forma que ninguna máquina puede imitar, y que ninguna enseñanza puede abarcar.” (D.W. Winnicott, 1990, p. 57)

Continúa añadiendo que:

En mi opinión, la salud mental de un individuo se determina desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que he denominado un ambiente facilitador, es decir, un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea pueden desarrollarse según el modelo

que ha heredado. La madre (sin saberlo) está echando las bases de la salud mental del individuo. (D.W. Winnicott, 1990, p. 43)

Prosiguiendo con la teoría de Winnicott y su tesis sobre el ambiente facilitador, se puede decir que la madre no solo va a aportar para la formación del psiquismo del niño, si no también que:

Si suponemos la salud mental, la madre (si obra correctamente) está echando las bases de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad del individuo. Teniendo una buena base, el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle, incluyendo la herencia cultural. (D.W. Winnicott, 1990, p. 43)

El Otro/la madre –o quien cumpla con su función– van a ser las primeras experiencias del bebé y formaran su psiquismo, mediante ellos el infante confirmará su presencia en el mundo, le mostrará quien es y formará sus bases para su futuro social y cultural, es esta primer relación.

Incluso la importancia del *otro* como sujeto que confirma la existencia de alguien más, lo vemos en la realidad de hoy en día –aunque no ya referido a la primera infancia– pero hoy para *ser*, para *existir* el adolescente o incluso adulto deben aparecer en internet, debe formar parte de las redes sociales virtuales, que los demás los vean es lo que confirma su existencia e incorporación al mundo actual.

La anorexia nerviosa en el contexto familiar

El contexto familiar es de vital importancia al momento de comprender la anorexia nerviosa, ya que existen ciertos tipos de particularidades en la relación madre-hija como aglutinamiento, simbiosis y sobreprotección que ha sido destacada por la bibliografía consultada, no debe mal interpretarse como que existe un particular tipo de familia que da como resultado un miembro que padece anorexia nerviosa.

González-Macías et al., destaca en su trabajo que:

Algunas investigaciones establecen descripciones de las madres y los padres de pacientes con trastorno de la alimentación, donde la madre está sobreinvolucrada y confundida en la relación con la hija, en tanto que el padre es descrito como frío y distante. (González-Macías et al., 2013, p. 34)

Muchas veces esta relación exige de la hija cumplir con ciertos mandatos de los padres y con muy altas expectativas depositadas sobre sí misma y donde esa hija se muestra como una excelente estudiante, deportista, cumpliendo con lo depositado en ella por sus padres y auto-exigiéndose, no permitiéndose el fracaso. Por este aspecto de control, es que es recurrente pensar que la anorexia se presente como una especie de rebeldía frente al mandato de sus padres, como el único control que esa persona puede tener es su cuerpo, utilizándolo como una especie protesta. Aunque también es visto, ese rechazo a ingerir alimento a la idea de mantenerse como una niña, el cuerpo como el de una niña, evitando las curvas típicas del cuerpo femenino que se van desarrollando en la pubertad como también el miedo a crecer implicaría enfrentarse a los encuentros sexuales.

En palabras de Arthur Crip (psiquiatra inglés) citado en Behar y Arancibia:

El hacer dieta y la “fobia ponderal” tiene el efecto físico de una regresión a un estado prepuberal, acompañado de un rechazo activo del rol sexual adulto. (...) Esto se refuerza positivamente por la atenuante que conlleva la evasión del enfrentamiento de los conflictos inherentes a la adolescencia, además de los problemas relacionados con la dinámica familiar, que distintivamente presenta un patrón de sobreinvolucramiento y sobreprotección, mostrándose como familias fuertemente cohesionadas en aras del progreso social y económico,

interfiriendo con la individuación de sus miembros y evitando típicamente el afrontamiento de conflictos. (Behar y Arancibia, 2013, p.144)

El rechazo a las relaciones sexuales no solamente puede deberse por el miedo a crecer, sino también a la imagen corporal distorsionada que caracteriza a los trastornos alimenticios, ¿qué se entiende por imagen corporal? Según Slade citado en Paredes, J. y Pinto, B. es “la representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales y biológicos que varían con el tiempo” (Paredes, J. y Pinto, B., 2009, p.28), y completan citando a Raich diciendo que la imagen corporal también corresponde a un:

Constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Paredes, J. y Pinto, B., 2009, p.28)

Hilde Bruch, citado en Behar, R. agrega:

Una alteración en la percepción de claves corporales internas, de modo que las pacientes son incapaces de diferenciar sus propios sentimientos y necesidades de las de los demás y una alteración de la imagen corporal, percibiéndose como grotescamente gordas, aun cuando se encuentran extremadamente delgadas. Estas distorsiones cognitivas y perceptuales acentúan el sentimiento de insuficiencia personal y refuerzan la necesidad de continuar el logro de la delgadez para mantener la sensación de control, que puede volverse una rígida defensa. (Behar, R., 2011, p. 114)

Lo novedoso del trabajo de Paredes y Pinto es que relacionan la imagen corporal de adolescentes con las relaciones sexuales, donde se toma como eje los estereotipos de belleza inmersos en la sociedad occidental, donde la mujer es valorada por su aspecto físico, llegando a concluir que el no sentirse seguras de su cuerpo afectaría el encuentro sexual con otro, debido a no sentirse atractivas o deseables hacia los ojos de los demás.

Otras veces se maneja como posible desarrollo de la patología la hipótesis de lo generacional, donde se especula que la relación que se presenta hoy entre madre e

hija, ya existió anteriormente entre su madre y su abuela, en donde incluso su madre también pudo presentar trastornos alimenticios.

También –en lo que respecta al desarrollo de la anorexia nerviosa– es importante el mensaje que fue enviado por la madre a su hija en cuanto a la alimentación, como ésta se mostró al momento de la alimentación, frente a la comida y a su propio cuerpo, y como ambas vivieron la etapa de amamantamiento. De igual forma es recurrente que el miembro de la familia que presenta anorexia nerviosa, este en una posición de mediador entre ambos padres, donde muchas veces los límites del papel que desempeña cada uno dentro del núcleo familiar se desdibuja.

Como bien lo expone Minuchin citado en López-Coutiño et al. (2008):

El aglutinamiento es una respuesta típica de las familias cuyos límites entre sus miembros son difusos y en los que no existe espacio para el desarrollo individual dado que se encuentran sobreinvolucrados, de tal forma que los deseos personales están indiferenciados con los del colectivo. (López-Coutiño et al., 2008, p. 52)

La importancia del núcleo familiar es tal, que la bibliografía consultada concuerda que para el tratamiento es importante no solo el trabajo individual con la persona que padece anorexia nerviosa, sino también contar con el apoyo familiar en el proceso.

Tratamiento

La anorexia nerviosa es considerada como un trastorno biopsicosocial por ende el tratamiento que se brindará tendrá que ser con enfoque interdisciplinario o multidisciplinario, donde cada caso evaluado en su singularidad deberá contar con psicólogos, médicos, psiquiatras y nutricionistas. Porque para tratar el síntoma no alcanza con solo calmar las manifestaciones que son visibles al exterior, el sujeto debe comprenderse en contexto y todo lo que en él converge:

(...) Nuestros conflictos anímicos pueden expresarse enfermándonos, por lo tanto, es necesario cada vez más la integración entre lo que la medicina puede diagnosticar en una enfermedad, investigando su “causalidad” o mejor dicho sus condiciones necesarias pero no suficientes, con lo que la psicología pueda aportar, comprendiendo los conflictos anímicos del ser humano, integrados al contexto histórico, social y actual de cada paciente. (Tato, G., 2006, p.88)

Como primer paso para el inicio de un tratamiento es importante establecer el nivel de riesgo de vida, por ejemplo, un caso de extrema delgadez sería considerado de extrema emergencia, esto va a permitir establecer la manera más adecuada de abordaje, puede ser necesaria la internación o simplemente un tratamiento ambulatorio. De esto también dependerá la frecuencia de las consultas con especialistas, puede ser diaria o una vez por semana, a medida que se muestran mejorías los encuentros se van haciendo menos frecuentes.

Si bien la internación permite un monitoreo constante, el tratamiento ambulatorio permite que el paciente siga manteniendo sus vínculos sociales en su rutina como el trabajo o el estudio, el vínculo familiar o con pares.

Variada bibliografía hace hincapié en la importancia del involucramiento familiar en el momento del tratamiento y con qué compromiso familiar se cuenta al momento de iniciarlo. Los pacientes con AN no suelen ser ellos los que se presentan en busca de ayuda, generalmente son sus familiares que los convencen de asistir al médico, a veces ocurre que ellos mismos se presentan por voluntad propia pero por otras causas, por ejemplo, a consulta con el ginecólogo por la presencia de amenorrea, no así por su estado de delgadez, ya que este trastorno tiene como característica la falta de consciencia sobre el estado real del peso corporal.

Son interesantes las técnicas que plantea Fedora Epinal de Carbajal en su texto “Anorexia mental. Momentos significativos de un análisis” para el abordaje de la anorexia, donde la técnica utilizada es el dibujo de la figura humana como expresión de fantasía. En dicho texto se le solicitó a la paciente “dibujar a una persona” y en posteriores entrevistas se le solicitó dibujar “una persona flaca, otra gorda y otra normal”, esto permitió en el transcurso del tratamiento ir relacionando lo obtenido en los encuentros y la sintomatología característica de la AN con lo dibujado en las primeras sesiones. Por ejemplo, en la figura humana la paciente se dibuja a ella sin pies, lo que le permite a Espinal de Carbajal la siguiente interpretación: “un cuerpo abierto, sin pies, que se vacía” (Espinal de Carbajal, F., 1991, s/n), la paciente tenía episodios de bulimia, donde vomitaba lo ingerido, donde en otras palabras “se vaciaba”.

Espinal de Carbajal interpreta también el caso en la relación madre-hija, el adelgazar y evitar el cuerpo típico de mujer para poder mantenerse en el cuerpo como una niña y estar a los cuidados de mamá.

Como otro ejemplo de abordaje en la anorexia nerviosa, Gladys Tato (médico psiquiatra y master en psicoanálisis) en su libro “Mensajes del cuerpo. Enfoque psicosomático del enfermar” habla que sus primeros contactos con la AN fue cuando formó parte de la “Unidad de Alimentación Artificial del Hospital de Clínicas”, Tato propone como forma de abordaje lo que ella llama *Entrevistas Diagnósticas y Devolución (EDD)* la cual describe con detalle en un capítulo del mismo libro.

La EDD fue creada por Tato en el año 1995, es una técnica que se basa en el trabajo en equipo con otros psicólogos y psiquiatras con base en el psicoanálisis, donde se trabaja en espacio de discusión y cambio de opiniones, generando una visión lo más completa posible de los casos a tratar.

La EDD “es un método protocolizado y breve que integra aspectos esenciales de la vida del paciente en relación con los síntomas agudos y actuales por los que consulta” (Tato, G., 2006, p. 168). Al comienzo se realizará una primera consulta y se evaluará la posibilidad de hacer uso del protocolo para la EDD, el trabajo se realiza por equipo de profesionales idóneos en esta técnica.

El protocolo permite la obtención de información esencial de la vida del paciente, donde se tendrán ítems como: motivo de consulta, desde cuándo presenta esta inquietud, contexto familiar y social, amigos, trabajo o actividad profesional, desarrollo psicomotriz, etapa escolar y secundaria, si tiene o tuvo pareja y en el caso de las

mujeres se obtiene información sobre menarca, partos, abortos y climaterio. También se le solicita un relato de un día habitual de su vida e información sobre lo que cree el paciente con respecto a su motivo de consulta, qué cree que le pasa, cómo cree que podría resolverlo y cómo se sintió durante las entrevistas. Previamente para completar estas instancias, ya se le había solicitado traer, el relato de un sueño y un cuento inventado. (Tato, G., 2006)

Es importante destacar que tanto el protocolo como luego la devolución no se hacen en una sola consulta.

Luego de aplicado el protocolo deviene la instancia de devolución, donde antes fue discutido con el equipo todo lo recabado en las primeras entrevistas. Es importante tener en cuenta para la devolución, como lo plantea Tato (2006), devolver solo lo que el paciente está en condición de escuchar. En la segunda instancia de devolución, luego de que pasará una semana, se le consulta al paciente si se quedó pensando algo de lo ya devuelto para poder hablar sobre ello, así como aprovechar la instancia para devolver aspectos que anteriormente no se trajo a la entrevista.

Luego de finalizadas estas instancias, se le comunica al paciente la propuesta de comenzar una psicoterapia (si así lo aconsejó el equipo) si el paciente lo desea, con alguno de los profesionales que tuvo contacto con él en este proceso.

Estas solo fueron dos propuestas, dos ideas, de cómo podría ser abordada la problemática de la anorexia nerviosa en el consultorio.

Reflexiones finales

La siguiente monografía fue realizada como trabajo final de grado de la licenciatura en psicología, la misma constó de un recorrido bibliográfico donde se buscó dejar plasmado todos los aspectos que convergen y hacen de la anorexia nerviosa un trastorno multifactorial.

Se comenzó ubicando a la anorexia nerviosa dentro de los otros trastornos de la conducta, dejando entre ver que aunque estos trastornos comparten sintomatología muchas veces, las diferencias radican principalmente en que en la AN existe un marcado miedo a engordar y distorsión en la percepción del propio cuerpo y se caracteriza por no tener conciencia de su estado de salud actual.

Mediante un breve recorrido histórico se pudo observar que existieron casos que compartieron sintomatología con la anorexia nerviosa mucho antes de nuestro tiempo, evidenciando características típicas como la rebeldía hacia padres exigentes, largas horas de ayuno y ejercicio en exceso. Este es un aspecto importante ha destacar, dado que la realidad que en ese entonces se vivía era muy diferente a la actualidad, donde la mayoría de los casos de anorexia nerviosa de hoy en día data de una sociedad de consumo y los casos históricos planteados hacen referencia a los siglos XIV y XIX; pero la principal diferencia radicaría en que el adelgazamiento en la actualidad es por un tema estético mientras que los casos del pasado tendrían su fundamento en lo religioso.

A lo que a la actualidad refiere, hoy en día es innegable la influencia que existe a través del Internet, quien no forme parte de esta realidad es como si no «existiera» y todos son espectadores de la vida privada de las demás y viceversa. Los adolescentes están continuamente bombardeados e invadidos por imágenes de figuras que aparecen en los medios, donde lucen el concepto moderno de cuerpo perfecto, sin ningún kilo demás y comparten sus secretos de belleza y éxito, como rutinas de ejercicios y dietas milagrosas. Se vende una imagen irreal y esto provoca rechazo hacia el propio cuerpo e inseguridades, ya que el estereotipo ideal de belleza que se vende es muy difícil de alcanzar para la mayoría de las adolescentes. Incluso existen páginas consideradas muy peligrosas en internet como los sitios pro-Ana y pro-Mia, donde se promueve la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa como una forma de vida, es un sitio de encuentro para adolescentes que viven esta realidad. Estos sitios generalmente son denunciados por las fundaciones que brindan tratamiento hacia

estas patologías, pero evidencian que al cerrarse una al instante abre otra página con el mismo objetivo, dando un resultado de un círculo difícil de cerrar.

Como bien se sabe la adolescencia es una etapa de vulnerabilidades, donde se dan cambios importantes a nivel biopsicosocial, la influencia del medio es muy importante en esta etapa para el desarrollo de la personalidad. Los adolescentes se caracterizan muchas veces por ser impulsivos y no medir consecuencias, y dentro de las conductas de riesgo que un adolescente podría cometer como abusar del alcohol, la velocidad al conducir, el suicidio, la anorexia forma parte de estas conductas que atenta contra la vida, pero tal vez son solo la forma que encontraron los adolescentes para expresarse, para expresar su malestar.

La relación con el entorno tiene base en los primeros vínculos del niño pequeño, donde el vínculo materno brindará los primeros cuidados como la alimentación, y de estas primeras experiencias se desprenderá la base de la formación del psiquismo, las relaciones sociales y la relación que tendrá este bebé en el futuro con la comida.

Existen diversos estudios que han dado cuenta que hay determinadas características que se repiten en las familias donde uno de los miembros presenta anorexia nerviosa, principalmente en lo que respecta al vínculo madre-hija, donde se da una relación de aglutinamiento y sobreprotección, donde esa hija es muy exigente consigo misma y se presenta como excelente alumna, hija y deportista, para así cumplir con lo que sus padres depositaron en ella; y donde la anorexia es vista como la única forma de autonomía de esa adolescente sobre sí misma y su propio cuerpo. Son varios los aspectos dentro del entorno familiar que influye en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas, por ello es muy importante el hincapié que hace la diversa bibliografía sobre el involucramiento familiar para el tratamiento del trastorno.

Como acercamiento a los posibles abordajes de la anorexia nerviosa, dentro de entrevistas con base en el psicoanálisis, se planteó el uso de la técnica proyectiva de la figura humana para investigar la fantasía. También se plantó la técnica descrita por Tato (2009) descrita como EDD, donde se obtiene en pocas sesiones información básica del paciente en varios aspectos como el entorno social, familiar y consciencia de enfermedad, plantando una devolución y el comienzo de una psicoterapia de ser necesario.

Es importante destacar que para el tratamiento se hará siempre mediante un abordaje interdisciplinario o multidisciplinario, donde se planteará como primer paso definir el

nivel de urgencia de cada caso que permite la mejor forma de abordaje, optando por una internación o tratamiento ambulatorio y la frecuencia de encuentros con los profesionales de la salud. En caso de internación lo primero y principal va a ser la estabilidad del peso corporal para luego crear hábitos de buena conducta alimentaria.

Lo que se intentó representar en este trabajo fue lo multifactorial que es la anorexia nerviosa, que no se puede referir a ella con la única idea de la pérdida de apetito, es un todo donde convergen la sintomatología somática y psíquica, donde cada contexto cumple un papel importante dentro de ella.

Para tratar la anorexia nerviosa hay que tener presente la historia singular del sujeto, donde se genera un interjuego entre familia, contexto socio cultural y la relación con pares y a su vez tener en cuenta cómo afecta hoy en día la realidad que viven los jóvenes de hoy y lo que implica ser joven hoy.

Referencias bibliográficas

- Altier, V. y Grunbaum, S. (2010). Antropología de las conductas de riesgo en jóvenes. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuguay.org/sites/default/files/desgrabacion-Conferencia-Le-Breton-APU-2009.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V. Madrid: Médica Panamericana
- Baile Ayensa, J y González Calderón, M. (2012). Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, volumen (3)*, 80-88. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, volumen (2)*, 113-124. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Behar, R. y Arancibia, M. (2013) Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, volumen (4)*, 143-152. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico *Salud Mental, volumen (38)*, 225-232. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Cortez, D.; Gallegos, M.; Jiménez, T.; Martínez, P.; Saravia, S.; Cruzat-Mandich, C.; Díaz-Castrillón, F.; Behar, R. y Arancibia, M. (2016). Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, volumen (7)*, 116-124. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Del Bosque-Garza, J. y Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex, volumen (66)*, 398-409. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>

- Díez, I. (2005). *La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar*. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>
- Dolto, F. y Nasio, J. (1992). *El niño del espejo: el trabajo psicoterapéutico*. Buenos Aires: Editorial : Gedisa
- Espinal de Carbajal, F. (1991). Anorexia mental. Momentos significativos de un análisis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719917412.pdf>
- García de Castro, S. (2014). *La anorexia a través del tiempo* (Trabajo fin de Grado). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/6907/1/TFG-M105.pdf>
- Lipovetsky, G. (1986). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, España: Editorial Anagrama. Recuperado de: http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/6553_15813.pdf
- Lladó, G., González-Soltero, R y Blanco. M. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria, volumen (34), 693-701*. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- López, B., & Nuño, B. (2009). *Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091i.pdf>
- Moneta, M. (2014) Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chile Pediatría, volumen (85), 265-268*. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Paredes, J y Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Ajayu, volumen (7), 28-47*. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Pereña García, F. (2007). Cuerpo y subjetividad acerca de la anorexia. *Rev Esp Salud Pública, volumen (81), 529-542*. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Portela de Santana, M.; Da Costa Ribeiro Junior, H.; Mora Giral, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria, Volumen (27), 391-401*. Recuperado de: <https://search.scielo.org>

- Sánchez, J. (2015). *La dinámica familiar en la anorexia nerviosa: un enfoque sistémico* (Trabajo final de Grado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
Recuperado de: <https://sifp.psico.edu.uy/>
- Tato, G. (2006). *Mensajes del cuerpo. Enfoque psicosomático del enfermar*.
Recuperado de:
<http://gladystato.com/tato/phocadownload/libros/Mensajes%20cuerpoPM.pdf>
- Vellisca, M., Orejudo, S. y Latorre, J. (2012). Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud, volumen (23)*, 111-121. Recuperado de: <https://search.scielo.org>
- Viñar, M., (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*, Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- Winnicot, D. (1990). *Los bebés y sus madres*. México: Editorial: Paidós
- Zucchi A.; Huerin, V.; Duhalde, C. y Raznoszczyk de Schejtman. (2006) Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno. *Anuario de investigaciones, volumen (14)*, 215-221. Recuperado de: <https://search.scielo.org>