



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
Facultad de Psicología

Ciclo de Graduación
Trabajo Final de Grado: Monografía.

Anorexia: Incidencia del linaje materno en el desarrollo del trastorno

Autora: Karen Marilín Pereira Maidana.
C.I: 4.697.180-7
Tutora: Prof.Adj. Nancy López.

Montevideo, Uruguay
Octubre 2016

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Perspectiva histórica de la anorexia.....	4
Definición y perfil actual de la anorexia.....	6
Factores que inciden en el desarrollo del síntoma.....	8
Consecuencias físicas y psíquicas de la inanición.....	11
Incidencia materna en el desarrollo del trastorno.....	15
Desmentida, pulsión de muerte y omnipotencia.....	20
Narcisismo.....	22
Adolescencia, sexualidad y feminidad.....	24
Identidad.....	27
Cuerpo real, cuerpo percibido y cuerpo deseado.....	29
Lo transgeneracional.....	33
Reflexiones finales.....	35
Referencias Bibliográficas.....	37

Resumen

El presente trabajo monográfico refiere a la anorexia nerviosa, y la incidencia del linaje materno en el desarrollo del trastorno. Dicho trastorno cobra prevalencia hoy en día, generando preocupación, debido a sus consecuencias físicas y psíquicas. Si bien se pueden apreciar las consecuencias a simple vista, las causas conducen a ahondar en la historia de vida y vínculos de las personas que lo sufren.

Se hace hincapié en el vínculo primario con la madre, la dificultad de separación genera fallas narcisistas, dando lugar a una reactualización en la adolescencia, surgiendo así el trastorno como síntoma de la problemática de dependencia, dificultando una construcción sana de identidad. Se extenderá la mirada hacia el rol de la familia de origen materno, pudiendo visualizar de esta forma, la transmisión de información y conflictos que inciden en el desarrollo del trastorno.

Palabras claves: Anorexia nerviosa, linaje materno, cuerpo, narcisismo.

Abstract

This monographic work recounts to the anorexia nervosa, and the incidence of the maternal lineage in the development of that disorder. The above mentioned disorder receives predominance nowadays, generating worry, due to its physical and psychic consequences. Although these consequences can be appreciated at simple sight, the causes take us deep into the history of life and ties of the people who suffer it.

Special emphasis is placed on the primary tie with the mother. The separation difficulty generates narcissistic flaws, giving place to a reupdate into adolescence, arising this way the disorder as a symptom of the problems of dependence, making a construction of identity very difficult. The role of the family of maternal origin will also be highlighted, being able to visualize, the transmission of information and conflicts that affect the development of the above mentioned disorder.

Key words: Anorexia nervosa, maternal lineage, body, narcissism.

Introducción

A lo largo de los tiempos, el cuerpo de la mujer ha sido criticado, moldeado, estandarizado, han surgido distintos modelos de belleza, de “perfección”, ideales dentro de los cuales los cuerpos deberían de encajar.

Se puede apreciar una incitación a que los cuerpos se adapten a los talles y maniqués, en lugar de ser la ropa la que se adecue a los distintos cuerpos. Los talles e ideales de belleza presentan una masa corporal muy por debajo de lo que se puede considerar un cuerpo sano. Estos ideales son producto de una sociedad machista, patriarcal, la cual toma al cuerpo de la mujer como objeto.

A partir de ahí se visualizan con mayor prevalencia los trastornos alimentarios, dentro de los cuales podemos encontrar a la anorexia. El interés por la temática surge a partir de los recurrentes comentarios que se pueden apreciar por parte de las mujeres sobre la disconformidad con sus propios cuerpos y el culto a la delgadez.

¿Qué lleva a una mujer a dejar de comer? Es la primera pregunta que surge al pensar en la anorexia, y por consiguiente, ¿qué influencia tiene la madre, como productora del primer alimento, y figura femenina, en el desarrollo de este trastorno? Este trabajo se centra en la anorexia en mujeres, debido al interés por lo antes dicho, y por ser un trastorno prevalente en estas, aspecto que no resulta casual.

A su vez, esa madre va a actuar de acuerdo a su crianza, lo que aprendió y recibió de su figura femenina primaria, por lo tanto hace pensar en que los problemas tienen una raíz mucho más profunda de lo que se puede apreciar a simple vista.

La transmisión de información de generación en generación, lleva a hacer síntoma en las generaciones posteriores, teniendo así la oportunidad de visualizar los problemas, y poder mejorar los vínculos a partir del ser consciente de ellos.

A continuación se realiza un recorrido sobre la anorexia, los factores que influyen en el desarrollo del trastorno, dentro de los cuales se destacan la función materna, sus consecuencias, la imagen, identidad, narcisismo, y lo transgeneracional, desde un enfoque psicoanalítico.

Perspectiva histórica de la anorexia

Si bien los trastornos alimenticios como la anorexia son considerados trastornos “*de moda*”, haciendo alusión a que son trastornos que se dan con mucha frecuencia en la actualidad, a continuación, a través de un recorrido histórico podremos dar cuenta de que el ayuno estuvo presente a lo largo de la historia.

El miedo al hambre se encuentra arraigado en la herencia genética de todas las especies animales; es por esto que el ayuno extremo siempre despertó la atención, y en cierto modo el respeto y la admiración al ser logrado. La humanidad se enfrentó en todos los tiempos a las hambrunas, quizá es por esto que, a partir de la necesidad, terminó siendo una virtud el tener control sobre la ingesta. (Gregorio, T. 2000)

El ayuno implicó en sus comienzos una connotación de santidad, luego se asoció a una posesión diabólica, después a magia y simulación, siendo más tarde una medicina un tanto psicologizada. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

El hambre en diversas épocas se aplicó como un método de castigo hacia personas condenadas por derecho común y a prisioneros; por otra parte, el ayuno voluntario fue y sigue siendo un modo de protesta, una forma de llamar la atención para lograr un objetivo. Aunque en realidad el ayuno generalmente se practicó desde un enfoque terapéutico, mágico, o místico-religioso, esta era una forma de mantenerse puro tanto a nivel físico, como espiritual. (Gregorio, T. 2000)

El término anorexia aparece por primera vez en Grecia como “*anorexis*” en el siglo I, y significaba “falta de deseo”. Fue Galeno (129-209 DC) quien a partir del libro “*Epidemias del Corpus Hippocraticum*” de Hipócrates (460-377 AC), comentó que los griegos llaman *anorektous* y *asitous* a las personas que rechazan los alimentos. (Gregorio, T. 2000)

Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004) plantean que: “Galeno, como Hipócrates, emplea el término *asistia* o *inedia* para definir la abstinencia alimentaria” (p. 26).

El ayuno pronto tomó un significado moral, este fue utilizado como penitencia religiosa, con el fin de lograr la disolución de los pecados cometidos por la propia persona, o por otros. A partir del siglo III DC el ayuno es controlado por nuevas reglas, dentro de las cuales se planteaban 40 días de ayuno antes de Pascua, basándose en la biblia. (Gregorio, T. 2000)

En el siglo V dichas reglas se modifican, y el ayuno se limitó a la abstinencia de carne, y más tarde se permitió reemplazarla por pescado. (Gregorio, T. 2000)

Desde el siglo XII aumentó la participación de las mujeres en la vida eclesiástica, el ayuno estricto era fundamental para lograr tener experiencias místico-religiosas. (Gregorio, T. 2000)

Gregorio, T. (2000) da cuenta de que el primer caso de anorexia-bulimia en ser registrado, fue el de Verónica Giuliani (1445-1497), tres años después de su muerte es que comienza lo que llamamos “revolución científica” en el siglo XVI.

A partir del siglo XVII, los tratamientos farmacológicos, comenzaron a dejar de lado el ayuno como terapia. Más tarde en el siglo XVIII, el diagnóstico que adjudicaban a los trastornos de la alimentación era el de “hipocondría”, luego en el siglo XIX se introdujo la idea de que el rechazo a la alimentación y la amenorrea (ausencia de la menstruación) correspondían a la histeria. (Gregorio, T. 2000)

Gregorio, T. (2000) describe que “Freud considera a la anorexia como una neurosis de la ingestión, a la que compara a una melancolía sin desarrollo de la sexualidad, pues “la falta de libido está representada por la falta de apetito” (p. 19).

Eissler, K. (1943) relaciona el trastorno con el vínculo materno, ya que se puede apreciar una particular dependencia con la madre que no se da en otras neurosis, y es a partir de dicha dependencia que se inhibe el desarrollo yoico. (Eissler, K. 1943, citado en Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Jessner, J. & Abse, D. (1960) ponen de manifiesto que la privación oral, seguida de momentos de gran satisfacción y de apego con la madre, darán como resultado más tarde un sentimiento ambivalente y una actitud desafiante de tipo anal. (Jessner, J. & Abse, D. 1960, citados en Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Sienten que la privación oral y la sobreprotección interfieren con la individuación y la diferenciación del cuerpo y de las representaciones del self. Como consecuencia las primeras presiones genitales ponen en peligro los lazos tempranos con la madre. Los deseos preedípicos de tipo regresivo fuerzan a la muchacha a retroceder a un modo oral-anal de descarga y a un funcionamiento yoico del mismo tipo (p. 49).

Definición y perfil actual de la anorexia

*“Soy un zoológico: tengo un chancho en la mente,
una lombriz en el estómago, un león en la boca
y dos elefantes en las piernas.”
(Alejandra, 16 años)*

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1994) dan cuenta del significado de la palabra anorexia proveniente del griego an= sin y orexis=deseo; y realizan una crítica al término, ya que las anoréxicas describen lo que les sucede como una gran fuerza de voluntad en principio para dejar de comer, autoimpuesto a través de un pacto con una amiga, promesa religiosa, o promesa que se hacen a ellas mismas. Por lo tanto, la pérdida del deseo de comer aparece cuando la persona ya está ingresando a un estado de desnutrición, por lo cual, esta pérdida del deseo de comer no es repentino, no es causa, sino consecuencia de la falta de ingesta.

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2014) define a la anorexia mental, o anorexia nerviosa como: “Síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas” (párr. 1).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en adelante DSM-IV) (2002), la anorexia nerviosa es un trastorno alimentario específico.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo (p. 653).

Este manual explica que, en el caso de la anorexia nerviosa, la persona rechaza mantener un peso normal, es por esto que generalmente el peso de las personas que padecen este trastorno se encuentra por debajo del mínimo para su edad, conviven con un miedo excesivo a subir de peso. (DSM-IV. 2002)

Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004) nos sitúan en el rango de edad de comienzo y clase social de la anorexia:

El perfil descriptivo que se consideraba característico hasta hace unos años era: trastorno típico de clases socioeconómicas altas, de comienzo en la adolescencia.

Este panorama, como dijimos, ha cambiado y poco a poco, la edad de inicio se hace más temprana, entre ocho y nueve años, extendiéndose progresivamente a todas las capas sociales (p. 23).

Dentro de la anorexia nerviosa podemos encontrar dos subtipos, uno es el de tipo restrictivo, el cual la pérdida de peso corporal se da a través de ejercicio físico excesivo, dieta o ayuno; el otro tipo es el compulsivo/purgativo, en el cual el sujeto recurre a atracones o purgas, y en muchos casos a ambas. (DSM-IV. 2002)

Este tipo de trastorno lleva a una reducción de la ingesta, dejando de lado ciertos alimentos, hasta terminar en una dieta sumamente limitada en variedad y cantidad.

Los números son aliados o enemigos para las personas anoréxicas, ya que el pesarse y medirse reiteradas veces como uno de los tantos rituales de este trastorno, hacen a la confirmación de estar reduciendo o no, su peso corporal y medidas. Otra forma de confirmar dentro de su distorsión, las partes que sienten que tienen gordas, es mirarse continuamente al espejo. Su autoestima depende del peso corporal, es por esto que el bajar se vivencia como un gran logro, y el aumentar como un fracaso. (DSM-IV. 2002)

Según los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa de la Clasificación internacional de enfermedades (en adelante CIE-10) (1992), la pérdida de peso es significativa y tiene que estar en un índice de masa corporal, inferior al 17,5. La pérdida de peso es originada por la propia persona que sufre el trastorno, a través de la evitación de la ingesta de alimentos que “engordan” y debe presentar, uno o más de los siguientes síntomas: Vómitos y purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, laxantes, o anorexígenos. Por otra parte, presentan distorsión de la imagen corporal, amenorrea en la mujer y pérdida de interés sexual y potencia sexual en el varón. Si la anorexia comienza antes de la pubertad, los cambios de dicha fase se retrasan o se detienen.

García- Camba de la Muela, E. (2007) remarca los aspectos en los que difieren los criterios del DSM-IV y la CIE-10. La CIE-10 plantea que la pérdida de peso es autoinducida por la evitación de la ingesta de alimentos, y sostiene como síntoma del varón la pérdida de potencia e interés sexual, esto como equivalente a la amenorrea en la mujer, pero hay que aclarar que, en las mujeres también se da esta disminución en el interés sexual. En el DSM-IV el diagnóstico de anorexia predomina sobre el de bulimia, la CIE-10 descarta el diagnóstico de anorexia si el paciente se ha dado atracones regularmente.

El no incorporar en la anoréxica, no es sólo no ingerir vía oral, sino que estamos frente a un rechazo más profundo. (Tato, G. 2006)

Factores que inciden en el desarrollo del síntoma.

Las causas de la anorexia, como los demás trastornos de la conducta alimentaria, siguen siendo a pesar de las diversas investigaciones, en cierta medida un enigma. Los factores que intervienen en el desarrollo de dicho trastorno son: Biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, según lo descrito en la bibliografía revisada.

Es interés de la autora abordar la temática a partir del vínculo con la madre quien otorga el primer alimento, e inevitablemente con la información transgeneracional, ya que esa madre actúa y transmite de acuerdo a sus propias vivencias y vínculo con lo femenino, la maternidad, y la alimentación, desde el vínculo que tuvo con su madre.

En la actualidad existe un modelo e "ideal" de belleza enfermizo impuesto por la sociedad, la cultura y el mercado, donde se ven a las mujeres "perfectas" según esos estándares, tener un índice de masa corporal muy por debajo de lo que se puede considerar sano. Es la internalización de la información que brinda la madre, el vínculo que mantiene con su hija, la relación con su propio cuerpo, la relación con la comida, y su autoestima, lo que aprenderá esa niña del primer modelo femenino.

Será la madre la que hará valorar, apreciar y proteger su propio cuerpo, su individualidad, y no "caer" en la falta de autoestima y amor propio, dejando así posibilidad alguna de que el afuera tenga autoridad para decir, quién debe ser y cómo debe ser su cuerpo, para ser aceptado.

Se considera en este trabajo monográfico, que las enfermedades, las modificaciones a nivel biológico, físico, pueden tener también estrecha relación con lo emocional, con lo heredado, y lo no resuelto del árbol genealógico, por lo tanto, se centra en los factores psicológicos, y familiares.

García- Camba de la Muela, E. (2007) plantea que en la anorexia los trastornos de personalidad con frecuencia son de tipo obsesivo compulsivo, predominando en la de tipo restrictiva. Desde el psicoanálisis, a pesar de que Freud consideraba que la anorexia no podía ser abordada desde este enfoque, fueron muchos los discípulos que discreparon con este. Las teorías que manejan los psicoanalistas son cuatro:

1-La conducta anoréxica es una forma de conducta ascética para reprimir deseos e instintos.

- 2-Representa un deseo de prolongar la infancia.
- 3-Es una forma de rechazo de la sexualidad adulta.
- 4-Existe una escisión del "yo" en: "yo central" acarnal y desexualizado y "yo corporal" peligroso y extraño (se teme a la comida por favorecer este yo corporal) (p. 19).

Thomä, H. (1961) plantea que en la anorexia se da un conflicto de ambivalencia que tiene origen en la fase oral del desarrollo psicosexual. Esta ambivalencia primaria con su madre, se traspassa al propio cuerpo de la persona con dicho trastorno, dando como resultado un conflicto entre el cuerpo real y el cuerpo ideal, es decir el cuerpo que repele y el cuerpo puro y asexuado. La ambivalencia oral dificulta el tratamiento, ya que las pacientes que sufren este trastorno evitan cualquier tipo de transferencia, tanto negativa como positiva, es por esto que resultan indiferentes y no se comprometen con el tratamiento psicoterapéutico. (Thomä, H. 1961, citado en García- Camba de la Muela, E. 2007)

Bruch, H. (1973) establece que los niños distinguen el hambre y otras cuestiones por las respuestas adecuadas de la madre hacia esas señales que transmiten de hambre. Si la madre no responde adecuadamente, el niño no desarrolla percepciones ni conceptos adecuados acerca de sus sensaciones y sentimientos internos. Este autor habla de una madre que hace que su hijo responda a sus necesidades, y no a las de ellos mismos. Esta transmite sus emociones corporales, lo cual confunde y distorsiona la imagen del propio cuerpo del niño y su identidad. Es en la adolescencia, en la búsqueda de una identidad propia que fracasará en esos intentos dando como resultado el desarrollo de los síntomas. (Bruch, H. 1973, citado en García- Camba de la Muela, E. 2007),

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) destacan la importancia de la mirada, como componente fundamental para comprender los trastornos alimentarios, no solo la mirada del paciente sobre sí mismo, sino también la mirada del otro, en el desencadenamiento y permanencia de este síntoma. La mirada y el rostro de la madre funcionan como espejo para el bebé desde los momentos fundantes del psiquismo, la mirada está inscrita en las experiencias de deseo de las personas. La libidinización de la mirada puede dar lugar a desarrollar trastornos alimentarios a futuro. Es por esto que dicho factor contribuye a la construcción y desarrollo de la imagen de sí mismo y el psiquismo, y a las nociones básicas del narcisismo.

Lacan, J. (1971) remarca la importancia de la fase del espejo, en el desarrollo temprano del cuerpo. Este periodo se da entre los seis y dieciocho meses, y es fundamental ya que determina la construcción del yo y la subjetividad de la persona. Cuando el niño mira su imagen en el espejo, primero identifica esa imagen como un otro real, después con la imagen de otro y, por último, se da cuenta de que es su propia imagen la que se refleja en

el espejo. La mirada depositada en su imagen por parte de los progenitores, y su propia mirada, va a dar lugar a destacar y ostentar su cuerpo para llamar la atención de las otras personas o, por el contrario, podrá desarrollar actitudes fóbicas, que harán esconderlo y evitarlo. (Lacan, J. 1971, citado en Nigro, S. & Amorín, D. 2013),

Tanto la mirada como otras funciones psíquicas harán consolidar la subjetividad, la identidad del sujeto, y la capacidad de diferenciarse del otro. La mirada tiene un valor simbólico importante, por eso podemos dar múltiples ejemplos de lo que genera una mirada, decimos que con ella podemos, “seducir”, “censurar”, “penetrar”, “comer”, y hasta, “desnudar” al otro. (Nigro, S. & Amorín, D. 2013)

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) destacan que las anoréxicas:

Por lo general han sido niñas muy dóciles y adaptadas, con comportamientos ajustados a las normas y hacia lo correcto y esperado, con el corolario de un muy buen rendimiento escolar. Asimismo, el acceso a la sexualidad adulta está interferido y se prolongan las formas infantiles de relación con las figuras parentales y el mundo adulto en general. La patológica, fusional y por momentos simbiótica relación con la madre, queda flagrantemente en evidencia en aquellas situaciones de complicidad entre madre e hija, en torno a la complicidad referida a transgresiones varias (...). La anoréxica restrictiva suele presentar rasgos perfeccionistas y de hipercontrol, que son desplazados hacia las relaciones interpersonales (p. 48).

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) plantean que desde un enfoque psicoanalítico este trastorno se puede vincular a conflictos sexuales, generando un mecanismo de desplazamiento de la genitalidad y demás zonas erógenas, a la boca. La represión de comportamientos sexuales prohibidos también puede ser desplazada hacia la comida y la alimentación. Muchas presentan conflictos con el embarazo y la maternidad, por lo que se puede percibir una fantasía de gestación.

Desde el psicoanálisis se trabaja la relación pre-edípica con la madre, ya que la fijación a este periodo muestra en gran parte el conflicto de separación e individuación de la anoréxica, se trabaja el superar la relación infantil con los padres, para lograr una autonomía saludable. (Nigro, S. & Amorín, D. 2013)

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) señalan que: “La relación patológica con el alimento y el cuerpo es un recurso fallido para intentar enfrentar y elaborar situaciones de estrés, conflicto, angustia y ansiedad” (p. 54). Es decir el propio cuerpo (generador de deseos, excitación, y fantasías) se torna persecutorio. La anorexia se considera un trastorno psicósomático, ya que expresa a nivel físico, conflictos psicológicos.

Consecuencias físicas y psíquicas de la inanición

De todos los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia es la que mayores complicaciones médicas graves presenta, al afectar a todos los órganos del cuerpo, los sistemas comienzan a fallar, generando diversas dificultades y enfermedades, el cuerpo comienza literalmente a comerse a sí mismo, comenzando con la grasa, siguiendo por los músculos y, por último, los órganos. Si se mantiene la inanición, claramente el destino es la muerte. En primer lugar es importante definir qué se entiende por alimento y qué función cumple, ya que el no ingerirlo, provoca consecuencias graves que serán descritas a continuación.

Según Tato, G. (2006):

El alimento es la sustancia material necesaria para la vida, que asegura la función de nutrición. Definimos como nutrición normal el proceso que incluye un conjunto de funciones, cuya finalidad es proveer al organismo de la energía y de los nutrientes necesarios para mantener la vida, promover el crecimiento y reemplazar las pérdidas, desde la concepción hasta la muerte (p. 96).

Dentro de las consecuencias físicas que pueden darse en la anorexia se encuentran, el estreñimiento (endurecimiento de las heces, dificultando su expulsión), dolor abdominal, amenorrea (ausencia de la menstruación), letargia (somnolencia prolongada), emaciación (enflaquecimiento extremo), hipotensión (presión excesivamente baja), hipotermia (Disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal), sequedad en la piel, bradicardia (Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca), anemia normocítica-normocrómica (anormalidad en producción de eritrocitos o destrucción de estos), función renal alterada y trastornos cardiovasculares, estas últimas se dan a causa de la desnutrición. (DSM-IV. 2002)

Crispo, R, et al. (2011) manifiestan que el gasto energético se ve disminuido debido a la escasa ingesta de calorías, entonces el cuerpo quema lo mínimo e indispensable para mantener reservas, es por esto que todos los sistemas del cuerpo disminuyen su funcionamiento y rendimiento. La temperatura corporal disminuye como consecuencia de la baja del gasto energético, dando como resultado la sensación de frío continuo que relatan las anoréxicas. El aparato cardiovascular también se ve afectado, al bajar la presión arterial tienen episodios continuos de mareos y visión en negro, es decir pierden la visión por un

momento, cuando se levantan repentinamente de una silla o de la cama. Las paredes del corazón disminuyen el grosor, generando las arritmias cardiacas, varían los latidos del corazón, por falta de nutrientes, esto puede provocar en muchos casos la muerte.

La piel se seca, se aprecia áspera y quebradiza. Las extremidades, manos y pies, pueden tener una tonalidad violácea, consecuencia de la alteración a nivel circulatorio, y se encuentran fríos debido a esto. Se puede apreciar una tonalidad amarillenta en las palmas de las manos y plantas de los pies debido al exceso de zapallo, calabaza y zanahoria que consumen por ser laxantes. Otra característica es el lanugo, un vello fino y largo que aparece en zonas donde normalmente no debería de haber, como pueden ser las mejillas o espalda. (Crispo, R, et al. 2011)

Los órganos del aparato digestivo, estómago e intestino, también presentan disfunciones. El estómago se ve afectado en su funcionamiento debido a la falta de nutrientes, el tubo digestivo presenta dificultades para una normal contracción, dando como resultado, el retardo en la evacuación de las heces. Lo grave del asunto es que la consecuencia de dicho disfuncionamiento es la sensación de saciedad continua, lo cual empeora la situación del cuadro. Lo positivo es que es reversible a medida que se va aumentando la ingesta progresivamente. A nivel intestinal se da con frecuencia la constipación, que lleva a la utilización de enemas para poder evacuarlo. (Crispo, R, et al. 2011)

El aparato genital se ve afectado; debido a los bajos niveles de estrógenos y altos niveles de estrés psicológico, surge la amenorrea (ausencia de menstruación de al menos tres periodos). Dicha falta se desencadena por el bajo peso y a su vez por el estrés que conlleva el control riguroso de los alimentos y la ingesta. Otra consecuencia a nivel genital, es la disminución de la fertilidad. (Crispo, R, et al. 2011)

Fernández, F. & Turón, V. (1998) mencionan que la mayoría de las anoréxicas presentan amenorrea como efecto secundario de la pérdida de peso, pero hay muchos otros casos donde se constata que la amenorrea, aparece antes de una pérdida de peso que la justifique, e incluso luego de una recuperación de este. Hay mujeres a las que esta ausencia de menstruación, se les mantiene por meses o años, por lo que estaríamos hablando de que son la intervención de factores psicológicos los que generan un freno en ese proceso natural.

El sistema óseo, con una notable disminución del calcio debido a la inanición, se ve perjudicado hasta el desarrollo de una osteoporosis, es decir los huesos se comienzan a agujerear, llevando a debilitar sobre todo las caderas y la columna lumbar, pudiendo

presentar fracturas espontáneas. La baja producción de estrógenos imposibilita la fijación del calcio en los huesos. La osteoporosis es común en mujeres menopáusicas, por lo que una niña o adolescente con anorexia podrá llegar a tener un sistema óseo de una mujer de 50 años o más. (Crispo, R, et al. 2011)

El tejido celular subcutáneo presenta retención de líquido, lo que comúnmente se llama edema, y se da generalmente cuando la persona retoma una alimentación normal. (Crispo, R, et al. 2011)

Debido a la falta de hierro, puede aparecer una anemia, ocasionando cansancio y un estado de tipo depresivo. Frecuentemente aumenta el colesterol (hipercolesterolemia). (Crispo, R, et al. 2011)

En el periodo de recuperación, la paciente presenta hinchazón, por las regulaciones que tiene que hacer el organismo, y esto genera una gran angustia, ya que es visto por la anoréxica, como gordura. Es transitorio, desaparece cuando el organismo retoma su normal funcionamiento. (Crispo, R, et al. 2011)

Otros síntomas que pueden presentar son insomnio, retraimiento, irritabilidad, pérdida de interés sexual, depresión, características TOC (trastorno obsesivo compulsivo), dificultad en el control de impulsos, abuso de drogas y otras sustancias, hasta intentos de suicidio. (DSM-IV. 2002)

La inanición produce cambios a nivel intelectual, en primer lugar, se deteriora la capacidad de razonamiento; si bien este daño es cada vez peor a medida que desciende el peso, es reversible cuando se recupera un peso normal. Cuanto menos coma la persona, más se afecta su pensamiento. Se reduce la capacidad de pensamiento complejo, y esto da como resultado ideas simples, se pierden las etapas intermedias, generando que la paciente perciba el mundo y las acciones como, bueno o malo, blanco o negro, aceptable e inaceptable, se podría decir que pierden los “grises”. A medida que se pierden las percepciones y pensamientos intermedios, igualmente se pierden las complejidades de la vida. La persona desnutrida se ve también a sí misma, desde este enfoque de blanco o negro, todo o nada. (Duker, M. & Slade, R. 1992)

Si se continúa restringiendo la ingesta, en primer lugar, desaparecen las funciones mentales superiores, por ejemplo, la capacidad de pensamiento abstracto. Se pierden las ideas matemáticas, la capacidad de imaginación, de ser creativo, o de solucionar situaciones o problemas complejos. (Duker, M. & Slade, R. 1992)

Las personas anoréxicas se sienten abrumadas cuando se encuentran compartiendo en un grupo, la cantidad de estímulos e interacciones las hace sentir confundidas, no

encuentran la coherencia en lo que está aconteciendo. En muchos casos les pasa lo mismo cuando interactúan con una sola persona. Poseen baja tolerancia a la frustración, por lo que se aíslan y encierran en su rutina previamente definida, para que no les surja ningún imprevisto. Otros factores que disminuyen son la capacidad de concentración, la memoria y la capacidad de controlar los movimientos corporales, se dan cuenta al denominarse “torpes”. Cuanto más pierden peso más desorientados se sienten, por lo tanto, van perdiendo contacto con la realidad. (Duker, M. & Slade, R. 1992)

La sexualidad es otro de los puntos afectados ya que disminuye el interés sexual, cuanto más desciende el peso corporal, más se inhibe la secreción de hormonas reproductoras, las mujeres dejan de menstruar como ya lo mencionamos anteriormente. También se da un deterioro a nivel sentimental, y emocional; todo lo que sienten, lo experimentan con menos intensidad. El sentimiento es de estar anestesiado, entonces no es raro que mantengan una actitud distante, e indiferente. Por otra parte, la falta de ingesta de comida induce a un estado de euforia, el ayuno es percibido por el cuerpo como un estrés por hambre, esto provoca la secreción de adrenalina. El estado de hiperactividad incita al exceso de ejercicio. (Duker, M. & Slade, R. 1992)

Generalmente las personas que padecen de este tipo de trastorno tienen poca conciencia de enfermedad, incluso es frecuente que la nieguen. (DSM-IV. 2002)

García- Camba de la Muela, E. (2007) asegura que:

Aunque a la vista de las alteraciones descritas las complicaciones médicas en muchas ocasiones son realmente alarmantes, hay que señalar que la recuperación nutricional hace desaparecer la mayor parte de éstas y que las pacientes que han sufrido un TCA grave presentan muchas menos secuelas de las que cabría esperar (p. 136).

Incidencia materna en el desarrollo del trastorno

La mirada materna depositada en su hijo, puede aprobar, desaprobar, acoger, rechazar, poner un dique o distancia con éste o fundirse en una simbiosis. El niño necesita ser mirado por la madre, sentir que es reconocido por un otro y aceptado tal cual es, aunque muchas veces este ideal no logra concretarse en todos los vínculos madre-hijo, esto hace a que no se dé un buen apego, lo que repercutirá en el desarrollo de las emociones del niño.

Cabe preguntarse cuál es la mirada depositada en las personas anoréxicas, quizá por detrás de esto podremos entender si existe un narcisismo herido, un sentimiento de ira, y cuanto determinó esa mirada materna, quizá extremista en el desarrollo a posteriori de un trastorno alimenticio. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Winnicott, D. (1984) prevé que “el desarrollo emocional durante el primer año de vida establece la base de la salud mental en el individuo humano” (p. 16).

Betancourt, L., Rodríguez, M., & Gempeler, J. (2007) ponen de manifiesto que:

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial (p. 262).

Cuando hablamos de trastornos alimenticios, no podemos dejar de pensar en el primer alimento de la vida de una persona. La lactancia como primer ingesta y acercamiento al vínculo primario madre-hijo.

En Pulsiones y destinos de pulsión, Freud, S. (1915) habla de que a través de la lactancia el bebé no sólo satisface la pulsión de autoconservación, sino que también satisface la pulsión sexual, es decir cuando la madre lo alimenta satisface la pulsión de autoconservación y a su vez el mamar genera placer de órgano y tranquilidad, por lo tanto, satisface una pulsión sexual.

La madre al amamantar al bebé no solo lo está alimentando, sino que también está transmitiendo sus sentimientos, sus miedos, su amor o rechazo. Muchas veces la leche materna es amarga cuando, por ejemplo, se encuentra atravesando una depresión postparto, no reconoce a ese bebé como propio, le resulta extraño y difícil de asimilar, o

siente rechazo. Las emociones son un factor de tal importancia, que puede llegar a modificar lo físico como en este ejemplo la calidad de la leche, y la lactancia.

Klein, M. (1935) plantea que, desde el primer día de vida, la alimentación es vinculada a una ansiedad de tipo persecutoria y a la pulsión de muerte. La autora va a hablar de un pecho bueno, y pecho malo. (Klein, M. 1935, citada en Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004) definen el objeto “bueno” y objeto “malo”, como:

Términos introducidos por Melanie Klein para designar los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. Las cualidades de «bueno» y de «malo» se les atribuyen, no solamente por su carácter gratificador o frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructores del sujeto. Según M. Klein, el objeto parcial (pecho, pene) se halla escindido en un objeto «bueno» y un objeto «malo», constituyendo esta escisión el primer modo de defensa contra la angustia. El objeto total será igualmente escindido (madre «buena» y madre «mala», etc.). Los objetos «buenos» y «malos» se hallan sometidos a los procesos de introyección y de proyección (p. 262).

Es decir, cuando el bebé está tomando la teta, lo vivencia como bueno y como parte de sí mismo, cuando esta se aleja, lo vivencia como algo malo. Con los meses comenzará a darse cuenta de que el pecho materno no es parte de él, sino de su madre, en ese entonces comenzará la fase “canibalística” cuando recién le comienzan a salir los dientes, intentará mediante mordidas incorporar, introyectar ese pecho que se le “escapa”.

Según Winnicott, D. (1984) hay dos tipos de trastornos maternos que afectan la capacidad de actuar de acuerdo a las necesidades del niño: por un lado se encuentra la madre que prioriza sus intereses personales, dejando de lado las necesidades de su hijo, y por otro lado está la madre excesivamente absorta en los cuidados de su hijo, el niño pasa a ser su mayor interés e inquietud, llevándola al extremo de una preocupación patológica.

Dentro de un proceso saludable, la madre comienza progresivamente a recuperar el interés por sí misma a medida que el niño crece y comienza a tolerar la separación. En el caso de las madres patológicamente preocupadas, se ve una identificación con el niño durante un periodo demasiado prolongado en el tiempo, es decir, se le dificulta realizar una separación progresiva, pero cuando ésta decide generar esa separación, se da de forma brusca, centrándose nuevamente en sí misma. (Winnicott, D. 1984)

Mc Dougall (citado en Espinal de Carbajal, F. 2000) plantea que:

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

Ante la incapacidad de introyectar un objeto adecuado es que surge la adicción, en este caso, el trastorno alimenticio como un falso objeto transicional. (Espinal de Carbajal, F. 2000)

Para Winnicott, D. (1993) “es difícil para la madre separarse de su infante a la velocidad con la que el infante necesita separarse de ella” (p. 70). Pero es un movimiento necesario, y saludable para el niño. Esa no separación sana que presenta el vínculo madre-hija anoréxica, hace al desarrollo de este trastorno.

Schütze, G. (1983) destaca la relación de las anoréxicas con sus madres en la infancia, como de dependencia, llegando en muchas ocasiones a no poder tolerar siquiera breves periodos de separación.

Winnicott, D. (1993) plantea que cuando el infante comienza a separarse de la madre, a diferenciarse, reconocerse como un otro, y la madre se adelanta a satisfacer todas sus necesidades como si él estuviera aún fusionado con ella y ella con él, sin poder el niño llorar y protestar; por ser una madre “buena”, termina ejerciendo algo peor que la castración. El niño a partir de esta actitud materna puede tomar dos caminos, por un lado quedar en un estado permanente de regresión o fusión con la madre, o bien, generar un rechazo absoluto hacia la madre, incluso aunque esta sea una madre aparentemente buena.

Las madres de las personas con dicho trastorno suelen ser ambivalentes, es decir son sobreprotectoras e inaccesibles a la vez. La sobreprotección actúa de manera defensiva en ésta para no enfrentarse al rechazo que a nivel inconsciente siente por su hijo. Esta sobreprotección también puede surgir como formación reactiva al desapego, ya que cuando el bebé comienza a ser autónomo, puede ser vivido por la madre como una amputación de su propio cuerpo. En otros casos se da debido a la incapacidad de la madre de responder a las necesidades reales del niño, es por esto que satisface las suyas propias, que han sido depositadas en él. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Cuando el niño carece del apoyo yóico de la madre, ya sea porque no existe, o porque presenta debilidad o altibajos, este no puede desarrollarse adecuadamente. El desarrollo estará condicionado por las reacciones frente a las fallas ambientales y no por las propias exigencias y los factores genéticos. Cuando los niños reciben de sus madres un

apoyo yoico patológico, se puede percibir a través de los patrones de conducta, pudiendo presentarse inquietos, apáticos, inhibidos o sometidos. (Winnicott, D. 1984)

Cuando la madre falla continuamente a la hora de satisfacer las necesidades del infante, termina reemplazándolos por sus propias necesidades, el niño tomará una postura de sumisión, que dará lugar a un falso self. A partir de ahí, éste construye relaciones falsas, pudiéndose convertir más adelante en una especie de copia de su madre. (Winnicott, D. 1993)

Por otra parte, detrás de la sobreprotección encontramos también el proyecto de la madre depositado en su hijo. El deseo de moldear en el otro lo que no logró alcanzar. Esta transmite un legado, que quizá se haya transmitido transgeneracionalmente, del cual su hijo se hará cargo sin saberlo. Otra cuestión a analizar es la incapacidad del sobreprotector de descentrarse, de sí mismo y de sus propios deseos. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Winnicott, D. (1984) señala que “los padres sobreprotectores despiertan angustia en sus hijos” (p. 47). Los niños y adolescentes sanos necesitan que sus padres pongan límites para sentirse protegidos, pero que a su vez le tengan la suficiente confianza como para permitirles ciertas libertades de forma paulatina, generando la confianza en ellos mismos para lograr un autocontrol.

Martínez de Bagattini, C. (1996) resume en una frase el sentimiento proveniente del narcisismo tanático materno: “si no eres como yo quiero que seas, no puedes ser nada” (p. 3). Esto hace pensar que la persona con este trastorno no sólo no come para de cierto modo expulsar a esa madre tóxica, sino que además ese “no puedes ser nada”, termina siendo incorporado por la paciente ya que puede morir de inanición, aunque la mayoría no tenga consciencia o desmienta esto.

Por otra parte, la inaccesibilidad está relacionada a la sobreprotección, ya que una persona accesible, tiene la capacidad de ver al otro como un otro, en vías de ser autónomo, y genera una comunicación bidireccional, permitiendo una apertura con el exterior, con otras personas. Las madres sobreprotectoras e inaccesibles no dan lugar a la sorpresa, si no cumplen con lo que prevén, si algo sale de su control, esto les genera una gran angustia, no permitiendo de esta forma una autonomía. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Winnicott, D. (1993) dice que “cuando el cuidado materno falla, la debilidad del yo del infante se pone de manifiesto” (p. 72).

El control que ejercen estas madres tiene como fin la sumisión del sujeto sobreprotegido. No es extraño que tomen control sobre el cuerpo, más aún cuando la hija llega a la adolescencia, ya que hace a remover fantasmas de su propia identidad, cuerpo,

feminidad, sexualidad y fertilidad. Remueve recuerdos de la mujer que fue y que ya no es, lo que puede dar lugar a críticas y deslibidinización por parte de la progenitora. Por lo tanto, generará rechazo por su cuerpo, surgiendo así una competencia intolerable, producto de la envidia, este componente es el que resulta tóxico y conflictivo para ambas. (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004)

Zutt, J. (1946) evidencia que las anoréxicas se muestran introvertidas, pero con su madre frecuentemente son egocéntricas y sumamente exigentes. Claramente esta actitud frente a la madre, habla de un intento de rebeldía, para lograr la separación de la relación simbiótica en la que se encuentran, es decir, para demostrar que es un otro individual. (Zutt, J. 1946, citado en Schütze, G. 1983)

Muchas madres se apropian del cuerpo de sus hijas, y ejercen un control perverso y obsesivo sobre este. Martínez de Bagattini, C. (1996) muestra que una gran cantidad de sus pacientes, eran sometidas por sus madres a la realización de enemas, dicho vínculo perverso de sometido-sometedor, aparece como un secreto de ambas.

Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004) sostienen que, si los contenidos de las identificaciones proyectivas de la madre fueron ansiógenos, es decir que le generaron ansiedad:

El objeto interiorizado es patológico y nos hallamos frente a una pseudoidentidad. Un narcisismo destructor trata de evacuar la agresión fuera de sí; cuando es la madre, negando su propia castración, quien lo posee, ¿qué efectos provocará en su hijo? Inhibición, caos y confusión, que podrá más tarde proyectar pasivamente (...) (p. 184).

Dentro de las fantasías inconscientes que se infieren en este trastorno se encuentran el de engordarlas (querer devorarlas) y hacerlas menstruar (desangrarlas); dichas fantasías no hacen más que sostener el pánico. Lo que tratan de demostrar es que no sirven como alimento, y que tampoco necesitan de este. Si bien ingirieron el alimento que las madres le proporcionaron desde la lactancia, el no comer pone de manifiesto un querer expulsar a esa madre, a ese alimento tóxico. (Martínez de Bagattini, C. 1996)

Son sorprendentes los reiterados casos de complicidad por parte de las madres, con los rituales y conductas de sus hijas, no sólo avalan las conductas, sino que transgreden las indicaciones de los técnicos. La perversidad de este vínculo se ve claramente en la falta de angustia o preocupación real por parte de la madre, aunque su hija corra peligro de vida. (Martínez de Bagattini, C. 1996)

Al llegar a la pubertad o la adolescencia, se genera una fractura, las “niñas buenas”, con conductas demasiado adaptadas, que claramente suplantaron una subjetividad casi nula, presentan angustias no sólo de desmoronamiento narcisista, sino que también se presenta la angustia femenina de castración. Las imágenes de castración se convierten en vivencia de devoración o invasión corporal, por lo tanto, hay que expulsarlas no comiendo, o vomitando y purgándose. (Martínez de Bagattini, C. 1996)

Martínez de Bagattini, C. (1995) en “Cuerpo, tiempo y recuerdos en la anorexia nerviosa.”, toma como dato interesante la cantidad de pacientes que presentan dicho trastorno que no pueden configurar ninguna historia personal, no sólo real, sino que tampoco imaginaria. Este “borrado de imágenes” según la autora parte de una falla entre el espacio, tiempo y el cuerpo, en el vínculo de lo femenino, asociado a sus propias madres. Muchas de las pacientes parecen no tener inscritas sus vivencias, aquí juegan los fantasmas tanáticos del pasado.

Desmentida, pulsión de muerte y omnipotencia.

Martínez de Bagattini, C. (1996), en “Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso” retoma lo dicho anteriormente y va a hablar del mecanismo de desmentida, expresando que:

Es así que a través de la anulación de todo deseo se sienten protegidas con una situación que les da cierta unidad narcisista. Si ellas repiten en el lugar del recuerdo, la repetición de lo indecible, de lo inconcebible de ser pensado está en esos cuerpos emaciados y, repitiendo, recuerdan: Un recuerdo de insatisfacción, de necesidad, y de muerte. Pensábamos como hipótesis que la desmentida del deseo de inexistencia (desmintiendo la posibilidad de la muerte) es, a su vez, una desmentida de la investidura tanática materna (p. 8).

La desmentida o renegación es un mecanismo de defensa que Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004) definen como: “modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumatizante (...)” (p. 363).

Freud, S. (1990) señala que la desmentida y el reconocimiento, siempre van de la mano, en este caso, es a través del cuerpo que se expresa; se reconoce el vínculo tóxico, como fetiche, en el cuerpo demacrado, que no es visto como un cuerpo que roza con la

muerte, el fetiche como recordatorio de lo que se niega; generalmente es visto como enfermo por amigos, o familiares, no por los padres. (Freud, S. 1990, citado en Martínez de Bagattini, C. 1996)

Por otra parte, podemos apreciar claramente el control omnipotente en las anoréxicas, Grassano de Piccolo, E. (1984) sostiene que este es un mecanismo de defensa que sostiene la fantasía de control y de manejo sobre el objeto persecutorio. “El grado de omnipotencia del yo y del objeto idealizado es proporcional al grado de poder destructivo del yo agresivo y del objeto malo” (p. 294). Es una defensa maníaca que surge frente al sentimiento de persecución y al dolor.

La pulsión de muerte en estas pacientes, deja ver un sentimiento de vacío, generado por una desinvertidura del objeto primario, que afecta al narcisismo primario, dando como resultado agujeros psíquicos a nivel inconsciente. (Green, A. 2014)

La pulsión de muerte según Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004):

(...) designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirán hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva (p. 336).

Green, A. (2014) analiza que la anorexia, el no comer, lleva a la muerte, el rechazar la sexualidad, la relación con los otros sexuados, y los conflictos a nivel pregenital con la madre, hacen al rechazo de la vida. La pulsión de muerte, es cuestión de destrucción, la palabra muerte pone un fin, pero esta pulsión en realidad lleva a la destrucción de la vida, del cuerpo físico, y del alma. Hay una destructividad que la mayor parte del tiempo se encuentra a nivel inconsciente: “cuando las experiencias dolorosas invaden la psique y ponen en jaque el principio de placer, dan lugar a experiencias de destructividad irrepresentables debido a su poder devastador en todas las direcciones, esto es, tanto en lo externo como en lo interno” (p. 178). Se genera una destrucción que ocupa todo el psiquismo, la angustia puede llegar a ser mortal.

Narcisismo

Según Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004) el término narcisismo refiere: “En alusión al mito de Narciso, amor a la imagen de sí mismo” (p. 228).

Freud, S. (1914) señala que el término narcisismo apareció en la clínica, para designar, a la conducta de tratar al propio cuerpo, como si se tratara del cuerpo de un objeto sexual, apreciando, acariciándolo, hasta lograr una satisfacción plena.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004) describen el narcisismo primario y el secundario. “El narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catexiza toda su libido sobre sí mismo. El narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales” (p. 230).

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994) creen que la sociedad lleva a ejercer una presión para recurrir al narcisismo secundario, con esto se refieren a la acción de retirar la libido de los objetos exteriores para volcarla sobre sí mismos. Cuando hay una precariedad, un debilitamiento narcisista, provoca desconfianza y dudas sobre si mismo, esto generará una búsqueda de espejos tranquilizadores. Un medio que se ve con frecuencia en la actualidad para obtener un “sentimiento de existir”, pasa por el dominio del cuerpo.

La sociedad hoy en día favorece a las patologías del narcisismo, dentro de las cuales encontramos a la anorexia. Brusset, B. (1977) expresa que cuando la anoréxica se niega a comer, “asegura de ese modo el sentimiento de la propia permanencia en la permanencia de las sensaciones que proceden del cuerpo” (Brusset, B. 1977, citado en Guillemot, A. & Laxenaire, M. 1994, p. 108).

Espinal de Carbajal, F. (2000) plantea que las anoréxicas son víctimas de fallas narcisistas precoces, las cuales son reactivadas en la adolescencia a causa de la confrontación ante la diferencia de sexos y el sentimiento interno de incompletud. Como respuesta, pagan estas fallas primarias con su propio cuerpo y salud.

Kernberg, O. (1975) dice que los trastornos de tipo narcisistas, sólo pueden aparecer, debido a una “patología individual grave de las relaciones objetales interiorizadas, procedente de la infancia o de la primera infancia” (Kernberg, O. 1975, citado en Guillemot, A. & Laxenaire, M. 1994, p. 121).

Jeammet, P. (1994) expresa que cuando hay fallas narcisistas importantes en la niñez; al llegar a la adolescencia los padres principalmente la madre va a representar una herida narcisista, por lo que ésta se torna invasiva, amenazante, e intolerable. La necesidad de independencia va a traer interrogantes sobre dichas bases. Los adolescentes que presentan estas fallas como las anoréxicas, necesitan de los adultos, pero a su vez estos amenazan con invadirlas.

Dolto, F. (1986) va a hablar de la imagen del cuerpo, donde se inscriben las experiencias de necesidad y deseo, aquellas experiencias que hicieron valorizar o desvalorizar, narcisizar o desnarcisizar a la anoréxica. Estas percepciones darán lugar a las variaciones de percepción del esquema corporal, lo que dice o hace la madre tiene un peso importante en las inscripciones y futura percepción del esquema corporal.

Según Kestemberg, J., Kestemberg, E & Decobert, S. (1972) desde la infancia las anoréxicas tuvieron que buscar y encontrar en sí mismas la libido y la fuente de placer que no le aportaron ni encontraron en el exterior, teniendo que recurrir a un narcisismo primario. (Kestemberg, J. et al. 1972, citados en Guillemot, A. & Laxenaire, M. 1994)

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994) evidencian que:

Cualquier relación objetal es vivida como peligrosa en la medida en que introduce un riesgo de dependencia que amenaza la integridad narcisista del sujeto. En ese momento se ponen en marcha unas defensas contra esa dependencia con el propósito de proteger el narcisismo controlando de la forma más completa posible el objeto del deseo (p. 123).

Se puede apreciar la importancia del concepto de dependencia en los trastornos narcisistas, como la anorexia. Las anoréxicas construyen su personalidad sobre las bases de dependencia y no dependencia, es decir, la comida representa la dependencia a la madre y a su vez la lucha a un nivel preobjetal contra esa dependencia. (Guillemot, A. & Laxenaire, M. 1994)

Para Klein, A. (2002), cuando hay una libido del yo insuficiente, genera un narcisismo primario frágil, de una debilidad que le impide poder realizar el pasaje al objeto. Mientras que Freud, S. (1985) plantea que en la adolescencia hay una retirada de libido hacia el yo, Jeammet, P. (1989) dirá que se trata de una dificultad en el pasaje de la libido del yo hacia los objetos externos. Lo que un adolescente necesita, es un sistema narcisista cargado de libido yoica, para poder recibir al objeto, al exterior, de forma paulatina. (Freud, S. 1985, Jeammet, P. 1989, citados en Klein, A. 2002)

Adolescencia, sexualidad y feminidad

La adolescencia es una fase posterior a la infancia y anterior a la juventud, donde se generan diversos cambios a nivel físico y psicológico, uno de ellos es la forma en que se relacionan con los pares y con los adultos. Es esperable que los adolescentes se enfrenten a las opiniones o ideologías tomadas como verdad de los padres, para así diferenciarse y construir su propia percepción del mundo y sus propios ideales.

Viñar, M. (2009) plantea que el hombre necesita mucho más tiempo para adaptarse al medio que cualquier otra especie, y partiendo de esa base es que, la familia como los primeros vínculos, la primera estructura que da cuenta de ser un ser social, y más tarde las instituciones, funcionarán como modelos identificatorios y de dependencia. La dependencia con los padres se extiende por largo tiempo, siendo estos los proveedores de satisfacer necesidades básicas y de las construcciones sociales. Pero a medida que el niño crece y deviene adolescente es que comenzará a identificarse con los grupos de pares, que viven en ese momento las mismas problemáticas, estos serán los que regulen los comportamientos y los ideales, es en ese momento en que la familia pasa a dejarse de lado, pasa a un segundo plano.

Winnicott, D. (1984) describe que una de las características de la adolescencia es la oscilación entre la búsqueda de la independencia desde una postura desafiante, y una dependencia regresiva, incluso pueden llegar a coexistir las dos posturas en un momento dado.

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) destacan que en el caso de las anoréxicas:

Se aprecian dificultades en torno a la sexualidad, la feminidad, y los atributos femeninos asociados al cuerpo de la mujer luego de la pubertad. Es como si estas mujeres (...) pretendieran anular su deseo, su sexualidad, su cuerpo genitalizado. El adelgazamiento extremo elimina de hecho la morfología y proporciones frecuentes en el cuerpo femenino, y se aprecia una reducción dramática del tejido adiposo mamario y las más de las veces aparece amenorrea. De modo que su cuerpo presenta una apariencia bizarra de pre-pubertad en alguien que ya no lo es por efecto del desarrollo. De hecho, no desean y temen crecer y desarrollarse en todo sentido (p. 46).

Jeammet, P. (1994) sostiene que la anoréxica queda fijada a un objeto materno primario, un objeto preedípico, dejando así de lado los deseos propios, y su condición de

sujeto, en pos de un Yo ideal. Hay una erotización, un placer en la insatisfacción, lo que llama “orgasmo del hambre”. La madre es la responsable de la pertenencia de los deseos, es decir, la relación entre madre e hija es idealizada pero ambivalente, la anoréxica siente que es importante para su madre o no, dependiendo de si cumple con los deseos y cualidades que espera de ella. “Es un cuadro característico de la adolescencia, que protege al Yo de un derrumbamiento narcisista o de una amenaza depresiva mucho más importante, anoréxica” (Jeammet, P. 1994, citado en Tato, G. 2006, p. 93). Varela, G. (1999) también cree que la anorexia es la falla de una crisis de la adolescencia, en la cual está ligado y comprometido el narcisismo. (Varela, G. 1999, citado en Tato, G. 2006)

Mato, L. (s/f) pone de manifiesto la estrecha relación de dependencia madre-hija, que trae gran dificultad en los procesos de separación e individuación. Cuando llega la pubertad, se deberían dar ciertos movimientos de autonomía, y no es casualidad que sea en esta fase que se produzcan la mayoría de los casos de anorexia. Esto se debe a la incapacidad de realizar la separación necesaria para orientarse hacia deseos y necesidades propias. Estas pacientes tampoco pueden asumir los cambios corporales que se van manifestando, sumado al modelo de belleza de extrema delgadez, publicitada como sinónimo de éxito y valoración personal y social; lo que va a generar una conjunción destructiva.

Martínez de Bagattini, C. (1996 y 2002) plantea que para asumir la sexualidad, en la adolescencia, se resignifican angustias de los primeros tiempos de la constitución subjetiva, que no han sido elaboradas. (Martínez de Bagattini, C. 1996 y 2002, citada en Tato, G. 2006). Tato, G. (2006) manifiesta que: “En la pubertad se produce la definición de la identidad, fundamentalmente la identidad sexual, en relación con el desarrollo de la forma corporal correspondiente” (p. 96).

Chiozza, L. (1996) percibe que el adelgazamiento se da debido a que el Yo, dada la existencia de un conflicto, anula el tejido adiposo, y así evita materializar las curvas, que dan forma femenina. (Chiozza, L. 1996, citado en Tato, G. 2006)

El hecho de no menstruar, pone de manifiesto el deseo inconsciente de seguir siendo una niña o mantenerse en la etapa prepuberal. El conflicto de no querer o poder “ser mujer”, termina no sólo comprometiendo este aspecto, sino también el de no poder directamente “ser”, ya que la lucha inconsciente contra el ser mujer, lleva al extremo de atender contra la propia vida y existencia de la persona. La anorexia se puede ver como la manifestación de una profunda dificultad para lograr una identidad adulta, sexual y femenina. Es frecuente que las pacientes realicen excesiva actividad física o tengan un gran

interés a nivel intelectual, estas pueden ser formas de erotización desplazadas. (Tato, G. 2006)

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994) van a hablar de la anorexia como una enfermedad simbólica de una protesta a nivel social. Estos autores ven una posible conexión entre las anoréxicas y los movimientos de liberación de la mujer, es decir hay un rechazo de cierta imagen de la feminidad, propuesta por nuestra sociedad actual, en la cual, la mujer es dividida o calificada en mamá o mujer objeto. Parecería que la anoréxica, busca diferenciarse, decidir sobre su propio cuerpo, ser diferente al resto de las mujeres, por consiguiente, ser diferente a su madre.

Como las personas que sufren este trastorno son sumisas y no pueden exteriorizar la rebeldía, lo expresan a través de sus propios cuerpos. Ataca a su madre, y la imagen de ésta. Si a su vez la madre no estuvo conforme con su cuerpo a lo largo de la vida, transmitirá la falta de confianza a su hija. Muchas madres de anoréxicas se asustan por el desarrollo de la hija, y no hablan nunca del tema, negando de esta forma los cambios, y la sexualidad de ésta. (Guillemot, A. & Laxenaire, M. 1994)

Tato, G. (2006) sostiene que el adolescente vive diversos cambios y crisis, a partir de los cuales construye una identidad definitiva y se define la estructura psicopatológica de una persona, pero destaca la importancia de no realizar diagnósticos estructurales en esta etapa de la vida debido a que la evolución puede sorprender y descartar impresiones de diagnósticos iniciales.

Dolto, F. (1990) piensa que el adolescente es un ser vulnerable, tanto como lo era en sus primeros días de vida, por lo cual, hay que tener cuidado con lo que se dice y como se le dice, ya que va a repercutir y surtir efecto en él. A través de la palabra y de las actitudes se pueden generar heridas imborrables. Por lo tanto, los adultos deberán representar una ley, pero a su vez permitir vivir y dejar ser, ya que de lo contrario, se le dificultará el normal desarrollo y contacto con el mundo exterior. (Dolto, F. 1990, citada en Klein, A. 2002)

Es una etapa que revoluciona en todo nivel a la persona, la cual se encuentra con un nuevo cuerpo, nuevas sensaciones, cambios psicológicos e inestabilidad emocional, por lo que, es importante el sostén para estos chicos que están transitando estos múltiples cambios simultáneos.

Identidad

Según la Real academia Española (RAE) (2014) la palabra identidad remite a:

- Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás.
- Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.
- Hecho de ser alguien o algo el mismo que se supone o se busca (párr.1).

Para Winnicott, D. (1984), los adolescentes buscan identificaciones que sostengan la lucha por sentirse reales de alguna manera, es decir buscan lograr una identidad personal, rechazan asumir un rol asignado, y buscan experimentar todo lo que necesiten, porque aún no tienen claro quiénes son y en que se van a convertir. Esa incertidumbre los lleva a sentirse irreales; para sentirse reales, actuarán de determinada manera y harán ciertas cosas, que para los demás podría resultar en algo negativo y perjudicial.

Garbarino, M. & Maggi, I. (1987) señalan que “la tarea esencial del adolescente sería crecer, lo que implica la búsqueda de la identidad, destacándose la identidad sexual” (Garbarino, M. & Maggi, I. 1987, citados en Klein, A. 2002, p. 62)

Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (1995) ponen de manifiesto que:

El adolescente deberá dejar a sus padres y el mundo de su infancia, es decir, carecer de sus atenciones, para asumir su nueva identidad de adulto, concretada en particular por la afirmación de su identidad sexual con acceso concomitante a una vida sexual genital (p. 101).

Los adolescentes son muy sensibles a las opiniones y críticas ajenas, principalmente a la de los adultos. Esta etapa de la vida es una crisis, es un verdadero trauma psíquico debido a la inmensa cantidad de cambios, que lleva a una conflictividad interna. Parte de los conflictos se deben a la necesidad de independencia. Logrará esta independencia a través de las identificaciones necesarias, para adquirir su identidad adulta. Deberá abandonar las construcciones de los antiguos objetos amorosos (los padres), esos padres idealizados de la infancia, para poder interiorizarlos. (Jeammet, P., et al. 1995)

El adolescente lucha entre el mundo de los padres, del cual se deberá desprender y diferenciar, y un mundo interno, donde se encuentran sus fantasmas y lazos con los objetos

de la infancia; sufre la escisión entre la realidad de sus padres tal como los percibe y los padres interiorizados que le generan cierta nostalgia. (Jeammet, P., et al. 1995)

Las conductas del adolescente van dirigidas a los adultos, buscando la atención de los padres. En el caso de las anoréxicas, las cuales expresan verse obesas, no pudiendo ver la extrema delgadez, se exhiben y se alimentan de las preocupaciones e inquietudes de los padres, padres que sustituirán de esa manera el Yo debilitado de éstas. (Jeammet, P., et al. 1995)

Jeammet, P. (1994) plantea que:

Si los conflictos identificatorios no encuentran rápido una solución pueden acarrear un movimiento regresivo y despertar, actualizar los fallos narcisistas de la personalidad, mientras que si el conflicto hubiera encontrado una solución tal vez esos fallos no habrían aparecido o, por lo menos no con esa intensidad. Y, a la inversa, toda dificultad narcisista importante va a influir inmediatamente en los conflictos de identificación con cierta intensidad (p. 162).

Según Jeammet, P. (1994), los trastornos que se dan en la adolescencia les hace cuestionar su identidad. Cuando los fantasmas o trastornos del comportamiento se reducen o desaparecen de forma abrupta, es frecuente ver momentos de despersonalización en los adolescentes. Los fantasmas o trastornos cumplen el papel de garantía de un sentimiento de permanencia.

En la adolescencia se da una reactualización de los fallos narcisistas, surgen conflictos de identificación, aquellos que tengan problemas de identificación importantes o bases narcisistas débiles intentarán revertir dicha realidad internalizada por la relación con el objeto externo. En esta fase lo que se cuestiona es el poner distancia a ese objeto externo que son los padres. La manera que encuentra el adolescente para diferenciarse de ellos y poner distancia es comportarse con cierta rebeldía y oposición hacia éstos. (Jeammet, P. 1994)

La adolescencia es la segunda etapa de separación, y al igual que los niños de dos años, que dicen “no” a todo para comenzar a separarse, en esta etapa también resurge la dificultad para decir “sí”, ya que ahí se encuentra la separación, y la instalación de una identidad propia.

Cuerpo real, cuerpo percibido y cuerpo deseado

Nigro, S. & Amorín, D. (2013) plantean que el cuerpo no solo es mensaje, sino que a la vez es vehículo y canal. El cuerpo media entre el sujeto y el ambiente, por lo tanto es constituyente del sujeto y de lo que lo rodea.

La adolescente se puede sentir incómoda en su nuevo cuerpo, las partes de ese cuerpo que cambia en sus formas no es asimilado de forma homogénea. Para reconocerse puede pasar largas horas mirándose a un espejo, buscando una imagen que satisfaga sus expectativas, o podrá criticar algunos puntos que le generan ansiedad, debido a un desplazamiento de la angustia de castración. (Jeammet, P., et al. 1995)

Raich, R. (1991) evidencia que el núcleo psicopatológico desde el cual se puede desglosar algunas de las alteraciones en los trastornos de la conducta alimentaria es la alteración de la imagen corporal. (Raich, R. 1991, citado en Chinchilla Moreno, A. 1995)

Bruch, H. (1962) fue la primera autora que analizó la existencia de un trastorno de la imagen corporal en las personas anoréxicas y bulímicas, ella lo definió como: "a)- Trastorno del propio concepto corporal, b)- trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos, y c)- sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales" (Bruch, H. 1962, citado en Fernández, F. & Turón, V. 1998, p. 139).

A continuación, Nigro, S. & Amorín, D. (2013) repasan algunos de los conceptos que se asocian a la noción de cuerpo, y que ayudan a comprender los trastornos de la conducta alimentaria:

- El cuerpo representado: representación psíquica del soma.
- Cuerpo psicológico: producto de la investidura afectiva de la representación psíquica del soma.
- Imagen corporal o cuerpo imaginario.
- Apariencia corporal: Suma de estímulos provenientes del cuerpo y sus accesorios.
- Cuerpo pulsional o erógeno (habitado por el sujeto de deseo): contiene tanto los impulsos agresivos y hostiles como los sexuales y provenientes del amor, la ternura y sentimientos asociados.
- Yo corporal: Aspecto del yo ligado al cuerpo, es inicialmente la proyección de una superficie hacia lo interno.
- Sí mismo o self corporal: que al principio consiste en vagas y difusas sensaciones de unidad provenientes de las reacciones tónico emocionales primitivas.

- Imagen inconsciente del cuerpo (Doltó, 1990). Es propia de cada uno/a y está ligada al sujeto y su historia. Es inconsciente. El esquema corporal será su vehículo de expresión. (...)
- Cuerpo libidinal: Producto del devenir del desarrollo afectivo-sexual o proceso de sexuación.
- Esquema corporal: Somatognosia compleja que incluye el nivel de las praxias y de la movilidad en el espacio, habilitando una actuación en dimensión tridimensional y una representación concomitante. (...) (p. 36).

Pruzinsky, T. & Cash, T. (1990) aclaran que existen diversas imágenes corporales que se encuentran interrelacionadas. Una es la imagen perceptual, la percepción del propio cuerpo, es decir la información de su forma y tamaño. Por otra parte, una imagen cognitiva, dicha imagen se construye a partir de pensamientos, y creencias, sobre cómo es y cómo debería de ser nuestro cuerpo. Y, por último, una imagen emocional, la cual está teñida de los propios sentimientos hacia el cuerpo, las satisfacciones e insatisfacciones con la propia figura. (Pruzinsky, T. & Cash, T. 1990, citados en Nigro, S. & Amorín, D. 2013)

Garner, D. & Garfinkel, P. (1982) fueron quienes mostraron una perspectiva multidimensional del problema de la imagen corporal. Estos autores plantean que el trastorno tiene que ver con la alteración de la percepción del tamaño corporal, y alteraciones cognitivas-afectivas, donde se ve una apreciación negativa de la apariencia corporal que provocará insatisfacción y preocupación por el físico. (Garner, D. & Garfinkel, P. 1982, citados en Chinchilla Moreno, A. 1995)

Rosen, J., et al. (1991) agregan que hay una alteración a nivel conductual, ya que poseen conductas repetitivas de verificación y evitación de encontrarse en un lugar, o con personas en donde la valoración negativa que poseen sobre sus cuerpos les provoque ansiedad. (Rosen, J., et al. 1991, citados en Chinchilla Moreno, A. 1995)

Bruch, H. (1973); Garner, D. & Garfinkel, P. (1982) plantean que las personas que poseen un trastorno de la conducta alimentaria como la anorexia, perciben su propio cuerpo más grande de lo que es, gordo y desproporcionado. Las anoréxicas dentro de la distorsión de su imagen corporal buscan y desean que su cuerpo sea esquelético. La percepción de estar gordo, aumenta con la inanición. Las personas con este trastorno, creen que son valorados por otros, principalmente por su apariencia, quitándole importancia a otros atributos que puedan tener. (Bruch, H. 1973; Garner, D. & Garfinkel, P. 1982, citados en Chinchilla Moreno, A. 1995)

Finn, S., et al. (1986) destacan que muchas de las anoréxicas desean la delgadez por temor a la sexualidad. (Finn, S., et al. 1986, citados en Chinchilla Moreno, A. 1995)

Fernández, F. & Turón, V. (1998) cuestionan en qué medida el trastorno de la imagen corporal, la insatisfacción con el propio cuerpo, son síntomas primarios o secundarios al trastorno de la conducta alimentaria en sí.

Espinal de Carbajal, F. (1991) deja ver en sus trabajos que, la imagen corporal es construida a partir de la relación intersubjetiva en la que el sujeto ha sido procreado, dónde y cómo ha nacido y vive. Es a través de las vivencias placenteras y displacenteras en el encuentro con la madre, que se establecerá la relación con el objeto, la búsqueda o el rechazo, los recuerdos, las huellas mnémicas y la instalación del deseo. En las anoréxicas se puede ver una falla en el investimento materno. Hay una distorsión en la percepción del propio cuerpo. (Espinal de Carbajal, F. 1991, citada en Tato, G. 2006)

Brutti, C. & Parlani, R. (1992) consideran que la falta de apetito “esconde la fantasía inconsciente de evitación de la forma, el vaciamiento de la propia forma percibida como horrible” (Brutti, C. & Parlani, R. 1992, citados en Tato, G. 2006, p. 97).

Tato, G. (2006) estima que más que un vacío, hay un deseo de tener una forma que se opone a lo que por naturaleza está destinado a ser. Esta forma muchas veces es una “identificación” con un ideal impuesto por la madre, la cultura, o un modelo producto de la propia imaginación del “ideal de perfección”. Este modelo resulta imposible, debido a que no es un deseo propio, o el deseo está en conflicto por uno o más de estos modelos impuestos.

Tato, G. (2006) señala que:

La estética de nuestra época tanto para el hombre como para la mujer proclaman la delgadez, la belleza corporal y una estilización de la figura que subordina el cuerpo vivo al talle de la ropa o a la figura del maniquí. Imagen que no sólo estiliza sino que uniformiza al hombre y a la mujer, en tanto borra formas externas de diferenciación corporal. La imagen además no es sólo forma corporal, sino es todo lo que la sociedad impone como “un deber ser”, en actitudes, valores, logros y realizaciones personales (p. 101).

McDougall, J. (1989) analiza que cuando la madre no pudo continental a su hijo, ese niño quizá no logre tener la capacidad de distinguir la representación del self de la representación del otro, lo que le provocaría una representación corporal arcaica, donde no haya una delimitación de los contornos del cuerpo, las zonas erógenas y no podrá lograr una distinción entre su cuerpo y el de su madre, ya que le resultaría confuso. (McDougall, J. 1989, citada en Espinal de Carbajal, F. 1991)

Espinal de Carbajal, F. (1991) pone de manifiesto que:

El cuerpo no ha sido habitado, es un cuerpo vacío como negación de un lugar donde se produciría el deseo, en una lucha sostenida contra la alienación-separación. Este interjuego de comer-vomitarse sustituye una relación con la madre en donde la hija, que no ha sido reconocida como sujeto, tampoco ha reconocido la separación de la madre, persistiendo una disociación del Yo, que permite la coexistencia de una relación a la vez de dependencia y de rechazo (p. 5).

Es decir las relaciones objetales tempranas determinan de alguna manera, la estructuración de una imagen corporal determinada. En estas pacientes se ve la persistencia de un deseo arcaico de fusión con la madre, rechazando la separación y pérdida del objeto, producto de una madre que no permitió el duelo necesario para la separación, originando una no diferenciación, y confusión entre su cuerpo y el de la madre, dando lugar al síntoma, en lugar del duelo. (Espinal de Carbajal, F. 1991)

Casas de Pereda, M. (1988) explica con mayor claridad lo antes mencionado:

(...) para que haya aceptación de la pérdida tiene que mantenerse el amor del objeto (no al objeto sino del objeto). O sea desde el otro (función materna) surge un elemento simbólico (frustración) en un contexto libidinal presencia del amor del otro, elemento imaginario. (...) El mal encuentro con la función materna fallante, promueve la adhesión al otro para no enfrentarse a la angustia ante la ausencia (párr. 7-9).

Espinal de Carbajal, F. (1991) sostiene que en la anoréxica se da una angustia de castración no elaborada, percibe una madre pregenital que le resulta omnipotente y destructora, y debido a ello la idealiza para escapar a esa persecución destructora, llevándola a una dependencia de ella, generando una intrusión en la integridad corporal.

Lo transgeneracional

Finalmente es pertinente pensar que la madre de la anoréxica es y actúa de acuerdo a su historia, sus vínculos primarios, y los vínculos que haya generado a lo largo de su vida. Es asombrosa la cadena de transmisiones que se da de generación en generación, cada personalidad, cada hecho, cada palabra y silencio, está inscripto en el árbol genealógico, en cada integrante que lo compone, a nivel inconsciente. Eso hará que las personas actúen y vivan sus vidas de acuerdo a cuán conscientes sean de esa información, que heredan.

Selvini, M., Cirillo, S. & Sorrentino, A. (1999) analizan la vida de las madres de las anoréxicas y sus familias de origen. Cuando se comienza a indagar sobre cómo fue la vida de estas madres, se puede detectar desde injusticias financieras con respecto a sus hermanos/as, subestimación de capacidad mental por su condición de mujer, actitudes de discriminación sexual humillantes, falta de protección y cuidado, obligación a cumplir con tareas a un nivel de explotación, hiperresponsabilización sin ningún tipo de reconocimiento.

A pesar de la vulneración de sus derechos, el maltrato, y el dolor que generan tales actos a una niña o adolescente, ellas se presentan con mucha frecuencia, como apegadas en exceso a sus padres, especialmente a sus madres, con esta seguramente tuvo un vínculo tóxico, una relación conflictiva, buscando incansablemente un reconocimiento afectivo electivo. (Selvini, M., Cirillo, S. & Sorrentino, A. 1999)

Estas mujeres no son capaces de hacer algo agradable para sí mismas, les cuesta divertirse, y hasta tomar vacaciones. Se les dificulta pedir ayuda, a pesar de poder ser mujeres con cierta firmeza y eficacia, son infelices ya que son de una estructura rígida y eso las hace obligarse a sí mismas a estar siempre a la altura de sus propias expectativas, lo que provoca mantenerse distantes. Carecen de la capacidad de expresar demostraciones afectivas, coartando su disponibilidad al contacto interpersonal, con la excusa de los deberes que se autoimpone. (Selvini, M., et al. 1999)

Muchas veces son mujeres con un gran atractivo y gustos refinados, estas características le darán una identidad social, esta será la única identidad que posean ya que se refugian de esta manera de la vivencia de inadecuación que han sentido a lo largo de sus vidas. Debido a la incapacidad de ser introspectivas, de analizar y reflexionar sobre sí mismas, les cuesta mucho trabajo identificar el estado anímico ajeno, resultando en una desilusión por parte de sus hijos y cónyuge. (Selvini, M., et al. 1999)

El haber sido humilladas por sus familiares, genera más rabia en ellas que depresión. Dada la escasa consideración que se les ha tenido en sus familias de origen, la rabia no puede ser expresada, siendo así interiorizada, callada, quedando “sin digerir” esos sentimientos, generando el desarrollo de rasgos de tensión encubierta, los cuales permiten percibir la agresión interna subyacente, no pudiendo resolver este conflicto, ni siquiera con sus familiares actuales, es decir pareja e hijos. (Selvini, M., et al. 1999)

Lo que se puede analizar claramente es que sus familias de origen no la han protegido, cuidado, respetado como persona, se han sentido desplazadas por su madre, que posiblemente tuvieran preferencias por otros hijos. Por esto, aprenden a bastarse por sí mismas, reprimiendo la rabia, buscan ser aceptadas, todos estos sentimientos, se esconden detrás de un comportamiento hiperadecuado, siendo mujeres excelentes amas de casa, y trabajadoras. (Selvini, M., et al. 1999)

Por otra parte, no es raro que las parejas que elijan también las humillen como sus familias de origen, se repiten los mismos conflictos sin resolver de la infancia, con sus cónyuges. Estas humillaciones no suelen ser referidas en la sesión, ya que el ser consciente de ello, haría visualizar las dolorosas y decepcionantes relaciones originarias con sus padres, relaciones que generalmente están protegidas e idealizadas, como también lo está el vínculo con su pareja. (Selvini, M., et al. 1999)

Como ya hemos descrito, la incidencia materna es muy fuerte en el desarrollo de la anorexia, cabe preguntarnos ¿cuánto influirá este trastorno, en los hijos de las anoréxicas? La transmisión de información de generación en generación, es tan fuerte, constructiva o destructiva que merece, ser tomada en cuenta como un factor primordial a la hora de pensar sobre la salud psíquica de las personas. A continuación veremos ¿qué pasa con los hijos de las anoréxicas?

Betancourt, L., Rodríguez, M., & Gempeler, J. (2007) evidencian diversos estudios realizados a madres que padecen trastornos alimentarios. Se pudo constatar que estas influyen y de sobremanera en la transmisión de una repetición del trastorno. Dentro de los hallazgos se encuentra que alimentan a sus hijos en horarios menos regulares, les dan alimentos poco nutritivos, muestran preocupación por el cuerpo, peso y talla de sus hijas a partir de los dos años de edad, y presentan afectos negativos. En el embarazo, a pesar de mantener una ingesta normal, los fetos presentan muchas veces tallas más pequeñas y menor peso al nacer. Las madres con trastornos alimentarios, presentan dificultades para amamantar, y realizan comentarios negativos en relación con la comida, a la hora de alimentar a sus hijos.

Scourfield, J. (1995) manifiesta que la anorexia en la madre, puede causar una “anorexia por proximidad” al niño; los niños pueden hacer dieta como respuesta a la pérdida de peso de sus progenitores, y adquirir sus actitudes frente a la comida, a muy temprana edad. (Scourfield, J. 1995, citado en Betancourt, L., et al. 2007)

Stein, A., & Wooley, H. (2001) encontraron que las madres con este tipo de problema, utilizan un control estricto en todo sentido, incluso a la hora del juego, y las preocupaciones por el cuerpo la llevan a ignorar necesidades inmediatas de sus hijos, generando que los niños se alimenten solos, bajo un nivel de estrés alto, y muchos son incapaces de expresar sus sentimientos acerca de la comida. (Stein, A., & Wooley, H. 2001, citados en Betancourt, L., et al. 2007)

Evans, J., & Grang, D. (1995) observaron que las madres con trastornos alimentarios se rigen estrictamente por los horarios que les indica el médico, les cuesta reconocer las señales de hambre de sus hijos, no pudiendo alimentar a demanda, sino cada cuatro horas exactas. Los hijos presentan según estos autores, conflictos emocionales, desde la depresión hasta una conducta desafiante, muy agresiva. (Evans, J., & Grang, D. 1995, citados en Betancourt, L., et al. 2007)

Evans, J., & Grang, D. (1995) también pudieron constatar que hay una “fuerte asociación entre el grado de satisfacción de las niñas con su cuerpo y la satisfacción de la madre con su propio peso y forma” (p. 273).

La madre transmite a sus hijos, su propia percepción de su cuerpo y su percepción sobre el de ellos, llevándolo a interiorizar esta imagen corporal distorsionada a una edad muy temprana. Muchas de las madres son tan críticas con su propio cuerpo como con el de la hija, generando en diversas ocasiones, presiones para alcanzar este ideal enfermizo.

Reflexiones finales

“Toda mujer contiene en sí misma a su hija, y cada hija a su madre; todas las mujeres se extienden hacia atrás hacia su madre y hacia delante, hacia su hija.”

Carl Gustav Jung.

La presente monografía da cuenta de la importancia de los primeros vínculos, tomando como figura principal a la madre, en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Si bien

son diversos los enfoques y visiones acerca de las causas de dicho trastorno, este puede ser un factor de gran influencia, ya que es a partir de esa primera figura en la vida de la mujer, que se tomarán los modelos de identificación, ideales, miedos, angustias, y conflictos. Ella será quien muestre a su hija, el valor, la autoestima y la importancia del amor y cuidado propio.

El vínculo madre e hija en la anorexia, resulta un drama ambivalente de amor-odio, atracción y rechazo; dichos sentimientos son de una reciprocidad, que resulta en un conflicto de imposibilidad de unión al mismo tiempo que de una separación, por lo que dará lugar a un vínculo tóxico, pudiendo llegar a ser mortal.

Con este trabajo no se busca hacer un juicio de valor, por esto es que se desarrolla a su vez la transmisión de las distintas generaciones de la familia de la anoréxica, especialmente de las mujeres del clan, generando una apertura al entendimiento de que todas las personas son producto de su historia y familia de origen, por lo que cada uno actúa desde esa subjetividad y atravesado por los conflictos conscientes o inconscientes transmitidos. La anoréxica también va a transmitir parte de sus conflictos a sus hijos. Es de suma importancia que los miembros de las distintas generaciones de la familia tomen consciencia, para lograr la resignificación, y transmutación de los conflictos, evitando de esta manera la repetición de los mismos.

Si bien hoy día hay un culto y valoración a la delgadez extrema, los excesos nunca son sanos, y si hay una buena base de autoestima y confianza por parte de los progenitores, esos modelos no deberían de penetrar en las psiquis de las personas, ya que comprenderían que cada cuerpo es único, como cada persona, y que en la diversidad se encuentra la belleza de la naturaleza humana. No necesitaría “encajar”, porque se conocería y valoraría a sí mismo como es.

La comida en todas las culturas además de alimentar, posee un rol de unión. En toda reunión de personas generalmente surge la comida como excusa para generar un encuentro, por lo que no resulta extraña la inanición como forma de desunión, separación, y distanciamiento. Distanciamiento que en este caso habla de una incapacidad de independencia saludable.

La vivencia de peligro que genera la madre de la anoréxica en la simbiosis que crea es tal, que el miedo lleva a la paciente a un lugar extremo, sostenido por mecanismos de defensa letales en este caso, como la desmentida y el control omnipotente.

Desmentir la posibilidad de muerte, es caminar sin ver, hacia un vacío mayor al interno que siente, es ir hacia un vacío y desaparición de la existencia física.

Referencias Bibliográficas

Betancourt, L., Rodríguez, M., & Gempeler, J. (2007). *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. [261-276]

Recuperado de:<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>

Casas de Pereda, M. (1988). *El Desamparo del Desamor. A Propósito de la depresión en la infancia*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

[1-10] Recuperado de:

<http://www.apuruquay.org/apurevista/1980/1688724719886704.pdf>

Caparrós, N., & Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia: Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chinchilla Moreno, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson, S.A.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Editorial Herder.

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2011). *Anorexia y bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Duker, M. & Slade, R. (1992). *Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado*. México: Editorial LIMUSA, S.A.

Espinal de Carbajal, F. (1991). *Anorexia mental Momentos significativos de un análisis*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. [1-18]
Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719917412.pdf>

Espinal de Carbajal, F. (2000). *Conductas adictivas*. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, 5(4), [39-46].Uruguay. Recuperado de:
<http://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272000050403.pdf>

Fernández, F. & Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson, S.A.

Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores. S.A

Freud, S. (1989). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En J.L Etcheverry (Trad.). Obras Completas: Sigmund Freud. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)

García- Camba de la Muela, E. (2007). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Elsevier Masson.

Grassano de Piccolo, E. (1984) Defensas en los test gráficos. *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Green, A. (2014). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires: Amorrortu.

Gregorio, T. (2000). *Anorexia-Bulimia: Musicoterapia y otros aportes terapéuticos*. Rosario: Homo Sapiens.

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. Barcelona: Masson, S.A.

Jeammet, P. (1994). La identidad y sus trastornos en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 19/20, [161-195] Recuperado de: <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/jeammet-identidad-trastornos-adolescencia.pdf>

Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (1995). *Manual de psicología médica*. Barcelona: Masson, S.A.

Jung, C. & Kerényi, C. (1969). *Psychological Aspects of the Kore*. Essays on a Science of Mythology: The Myth of the Divine Child and the Mysteries of Eleusis. Barcelona: Editorial Mythos. [p. 215]

Klein, A. (2002). *Imágenes psicoanalíticas y sociales del adolescente: Condiciones de surgimiento de la adolescencia en la modernidad y el disciplinamiento adolescentizante en la posmodernidad*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

López, I. & Valdez, M. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

Martínez de Bagattini, C. (1995) *Cuerpo, tiempo y recuerdos en la anorexia nerviosa*. IX Jornadas Científicas Abiertas de APU. “Lo arcaico, temporalidad e historización”. Montevideo: Comisión de Publicaciones de APU: [351–357].

Martínez de Bagattini, C. (1996). *Anorexia nerviosa y bulimia: Su relación con lo perverso*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 84/85, [1-15]. Recuperado de:
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848516.pdf>

Mato, L. (s/f). *Anorexia: Relación madre-hija, perspectiva psicoanalítica*. Recuperado de:
<http://aapipna.es/Revista-3/Articulo-Liliana-Mato.pdf>

Nigro, S. & Amorín, D. (2013). *Conductas y trastornos alimentarios*. Montevideo: Tradinco, S.A.

Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (22ª ed.)* Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=2jvDUzL>

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (22ª ed.)* Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=KtmKMfe>

Schütze, G. (1983). *Anorexia mental*. Barcelona: Editorial Herder.

Selvini, M., Cirillo, S. & Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*.

Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Tato, G. (2006). Anorexia Nerviosa y Bulimia. En Tato G., *Mensajes del cuerpo: Enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.E.

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.