



El vínculo temprano en la anorexia

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2017

Estudiante: María Eugenia Leirana

C.I.: 4.796.541-9

Tutora: Prof. Adj. Mag. Adriana Tortorella



Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Recorrido histórico	5
4. Anorexia y sus características en la actualidad.....	7
5. Anorexia como adicción.....	10
6. Vínculo temprano.....	12
6.1. Influencia del medio ambiente en el proceso madurativo del niño.....	16
7. Adolescencia.....	20
8. Conclusiones finales.....	30
9. Referencias bibliográficas.....	32
10. Bibliografía.....	38



1. Resumen

El presente trabajo monográfico se centra en la problemática cada vez más frecuente en las actuales sociedades de consumo, la anorexia. La misma, se encuentra dentro de los trastornos de conducta alimentaria.

Los síntomas físicos de este trastorno se pueden manifestar mediante el rechazo al alimento y produce deterioro a nivel corporal, psíquico y social, pero la apariencia física no es suficiente para descubrir que sucede en cada persona que lo padece.

Se hace hincapié en las etapas de la infancia y la adolescencia teniendo en cuenta que son claves en la historicidad del sujeto; interesa reflexionar sobre la propia historia de vida, recorrido por el que transcurren los hechos y los cambios. Por lo tanto, estos períodos evolutivos son decisivos en el posible desarrollo de este trastorno.

El vínculo temprano es el pilar fundamental en la construcción de la identidad, por este motivo es relevante hacer referencia a las primeras etapas, en donde la dificultad de separación-individuación y las fallas narcisistas dan lugar a una reactualización en la adolescencia, apareciendo el trastorno como síntoma de éstas problemáticas.

La anorexia es pensada como un trastorno de origen multifactorial ya que influyen factores familiares, psicológicos y socio-culturales.

Palabras clave: Anorexia, vínculo temprano, adolescencia.



2. Introducción

El interés de la temática surge a partir de diversas lecturas y búsqueda bibliográfica sobre los trastornos alimentarios, más específicamente, la anorexia nerviosa.

La presente monografía tiene como objetivo describir el rol materno en los primeros años de vida de su hijo. Cabe destacar los conflictos en el vínculo temprano, las fallas narcisistas y los problemas de individuación que llevan a padecer este trastorno.

En los cuadros de anorexia se pueden visualizar dificultades en el vínculo madre-hija dadas por las fallas en la función materna. En esta relación como primer vínculo significativo, la madre es quien tiene el poder de organizar o no la vida de su hija.

Se puede afirmar que el infante necesita de la presencia de otro individuo para satisfacer sus deseos y necesidades; el mismo se encuentra en una etapa de crecimiento por lo que las primeras experiencias con la madre son determinantes e inciden en la configuración del aparato psíquico y la constitución subjetiva.

En la etapa adolescente, las jóvenes afectadas por este vínculo fallante, pueden encontrarse inmersas en la dominación y sometimiento por parte de su madre. Esta situación produce, en el mejor de los casos, síntomas, pudiendo ser la anorexia uno de ellos.

Este trastorno constituye un problema de salud siendo cada vez más frecuente en la actualidad. Las adolescentes y jóvenes mujeres representan el 90% de los casos, según el Instituto Nacional de la Salud Mental (citado en American Psychological Association, 2011). Las estadísticas reflejan que la mayoría de los casos de anorexia se registran en mujeres, por lo que se hace relevante focalizar el trabajo en el género femenino, es decir, en la relación madre-hija.

A su vez surgen diversas interrogantes, que serán de utilidad para la comprensión del contenido a trabajar: ¿Cómo llega el sujeto a esta problemática? ¿Cuáles son las influencias que se ponen en juego? ¿Qué relación tiene en el desarrollo de la anorexia el vínculo madre-hija?



En esta monografía se realiza un recorrido bibliográfico por diversos autores que hacen referencia a esta temática desde una perspectiva psicoanalítica.



3. Recorrido histórico

Es pertinente realizar un recorrido histórico sobre las diversas concepciones de la anorexia, antecedentes claves para comprender el devenir de este trastorno y su concepción actual.

Según la Real Academia Española (2014) el término anorexia deriva del griego y significa pérdida anormal del apetito.

El conocimiento que se tenía desde la medicina sobre los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, TCA) era escaso. Según García-Camba de la Muela, E. (2001) en los últimos treinta años diversos autores han coincidido en un diagnóstico donde no sólo se toman en cuenta factores orgánicos sino también factores psicológicos. Si bien la anorexia la relacionan con los trastornos “de moda” porque se dan de manera frecuente en la sociedad; mediante el recorrido histórico se podrá ver que el ayuno tiene vinculación, pero surgen modificaciones a lo largo de la historia.

En la antigüedad (Edad Media) el rito del ayuno fue considerado un acto para purificar los pecados. Los autores Caparrós, N & Sanfeliu, I. (2004) plantean que a principios de la época moderna, este rito comienza a ser el opuesto de lo que había sido en tiempos anteriores. Consideran que son los endemoniados quienes pueden permanecer sin nutrirse por un largo tiempo ya que el “Maligno” es quien los alimenta.

Siguiendo la evolución del término, es Morton, R. (1689) quien la denomina Consunción Nerviosa, primer autor que se aproxima a la descripción de lo que más tarde pasará a llamarse Anorexia Nerviosa. La misma es definida en 1694 como: “consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva la languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor” (Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004, p. 35-36).

Caparrós, N & Sanfeliu, I. (2004) plantean que en un principio surge la Anorexia Restrictiva caracterizada por pacientes que efectúan gran gasto energético y restringen el consumo calórico. Djerine, J. (citado en Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004) en el año 1744 hace referencia al término de Anorexia Mental, señalando que el rechazo de alimentos es de origen psíquico, separándolo de lo físico. Es Naudeau, J. (citado en Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004) quien relaciona este trastorno a la histeria y



hacia 1750 se comienza a conocer como clorosis: “descripción de una *enfermedad de las vírgenes*, con amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito” (p. 38).

En 1872 Laségue hace referencia al término de “anorexia histérica” y desde este momento la anorexia forma parte de lo psíquico (Martínez de Bagattini, C. 2012). Con este autor la anorexia se incluye en la ciencia médica, desde el ámbito de la psique y deja de ser un asunto divino (Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004).

Es a comienzos del siglo XIX donde se generan las concepciones más recientes de la anorexia, generando controversia entre los factores que en ella participan: orgánicos, psicógenos y ambientales tales como señalan Caparrós, N & Sanfeliu, I. (2004).

Fue William Gull (1873) quien describe las características de dicho trastorno y lo denomina “anorexia nervosa” afirmando que se trataba de una enfermedad psicógena (Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004).

En 1895 Freud hace referencia a las neurosis de las muchachas púberes que utilizan la anorexia como resistencia a su sexualidad, con una estrecha relación con la melancolía (Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004).

García-Camba de la Muela, E. (2001) considera que la anorexia nerviosa, en los últimos veinticinco años, se convierte en un trastorno más visible y en el desarrollo de la misma se experimentan diversos conflictos: alteraciones en el entorno familiar, en el ambiente sociocultural sumado al rechazo a conservar el peso dentro de los valores normales, siendo la anorexia nerviosa para este autor un trastorno de conducta alimentaria grave.

La pertinencia de este recorrido es poder visualizar el paso de una concepción religiosa a una científica, esto habilita varios puntos de vista verdaderamente importantes como lo son: el psicológico y el orgánico. Estas consideraciones reflejan las diferentes concepciones que ha tenido la anorexia y contextualizan el devenir de los trastornos alimenticios en la actualidad.



4. Anorexia y sus características en la actualidad

Cabe destacar las características que presenta la anorexia en la actualidad con el objetivo de brindar los criterios diagnósticos más utilizados.

Se consideraba hasta hace unos años que la anorexia era un trastorno que se manifestaba en clases sociales altas, dando comienzo en la adolescencia. A partir de diversos cambios socio-culturales se podría hipotetizar que el inicio de esta problemática surge aún más temprano (entre los ocho y nueve años) y se manifiesta en todas las clases sociales (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004).

El hecho de que se produzca cada vez en edades más tempranas lleva a cuestionar los factores familiares y el entorno social al que se pertenece. Cabe mencionar como características importantes en quien padece anorexia, la falta de conciencia de la problemática y el mínimo interés por su curación.

Chinchilla Moreno, A. (1995) hace referencia a los factores desencadenantes como lo son los biológicos, los familiares y los sociales siendo de suma importancia considerar estas características en el momento de evaluación del paciente.

Alonso Amann, N. (2000) define algunas condiciones o características de quienes padecen anorexia: alude a los individuos en estado de angustia, depresión, baja autoestima y aislamiento social. La autora refiere a la familia como influencia importante en este trastorno alimentario, desde un pegoteo y alianza con determinando integrante de la familia hasta el no tener comunicación directa, ausencia de privacidad y padres que son excesivamente protectores; por otro lado, también están los padres que no saben poner límites a sus hijos, ni a ellos mismos.

García-Camba de la Muela, E. (2001) manifiesta que el paciente con este tipo de trastorno genera pérdida de peso de manera autoinducida, se impone una alimentación irregular y dietas estrictas, modifica sus comidas y la gran preocupación por su peso lleva a la provocación del vómito con el fin de estar delgada; este trastorno se puede manifestar desde un episodio leve a uno grave.

La anorexia según García, I. (2011) se define por “la triada de las tres A: Anorexia, Adelgazamiento y Amenorrea” (p. 102) y se suma la alteración de la imagen corporal.



Considerando las características que describen los autores antes mencionados, los trastornos alimentarios, entre ellos la anorexia, son alteraciones significativas que se producen no sólo en la ingesta de alimentos, sino también en el funcionamiento familiar, psicológico y socio-cultural.

Según la American Psychological Association (2011) los sujetos con anorexia nerviosa poseen una imagen distorsionada del cuerpo, lo que tiene como consecuencias el rechazo al alimento, el ejercicio físico en exceso produciendo la pérdida de peso normal e incluso puede llevar a que “mueran de hambre”.

Las personas con anorexia nerviosa pueden ser consideradas vulnerables y ante cualquier cambio o transformación en el desarrollo de situaciones nuevas se sienten desorientadas. Los familiares toman como algo normal la poca ingesta de comida, y no se le da mayor atención hasta que la problemática no sea notoria en el deterioro físico.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante, DSM V, 2014) considera los trastornos de conducta alimentaria como una alteración constante en el comportamiento alimentario, causando daño tanto en lo físico como en el funcionamiento psicosocial.

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM V (2014, p. 338-339) son los siguientes:

- 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.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

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 la 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 (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

En los criterios mencionados se puede notar la gran importancia que se le asigna a los síntomas físicos y manifiestos, dejando de lado otros factores subyacentes y relevantes como la influencia familiar, los vínculos más próximos al sujeto, el entorno social y cultural que lo rodea. Por lo tanto, en los siguientes capítulos se profundizarán esos factores.



5. Anorexia como adicción

Varios autores relacionan los trastornos alimentarios con las adicciones ya que aquello que genera dependencia en la persona es considerado una adicción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la toxicomanía como una etapa de intoxicación por un tiempo determinado o crónica a causa del consumo reiterado de drogas que conlleva efectos nocivos para el organismo del individuo.

Según la Real Academia Española (2014) el término adicción es la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico.

Siguiendo autores como García, I. (2011) y Brusset, B. (1996), en la actualidad la anorexia, se comprende como una “toxicomanía sin droga”; son conductas adictivas que reorganizan el funcionamiento psíquico del sujeto.

La anoréxica demuestra rechazo a las satisfacciones donde “El apetito es percibido como apetencia toxicomaniaca, el acto alimenticio como propiciando la dependencia, la alienación, la humillación o la pérdida de la autoestima, y también la pérdida de sí, lo que significa un cuerpo gordo, relleno, inerte” (Brusset, B. 1996, p. 198). Estas jóvenes quieren salir de su particular dependencia, tomando otro objeto sustitutivo al cual sí poder controlar. Por motivo de su gran vacío interno buscan apoyo en el exterior, esto genera dependencia dando lugar a una ambivalencia, que se percibe como una amenaza a la autonomía y a su vez continuar bajo los cuidados y sobreprotección materna.

De esta manera, la anorexia, pensada como una adicción o como una droga, es la forma sustituta que encuentra la anoréxica para tranquilizar su angustia. Estas conductas adictivas generan problemas en el ámbito afectivo y las relaciones del propio sujeto con el resto del ambiente.

El individuo que padece este trastorno busca seguir bajo el cuidado y la protección de su madre, negando así su autonomía y cediendo a los deseos de ésta de continuar bajo su control. El adicto como la anoréxica busca mediante el síntoma lograr la independencia para conformar su identidad, siendo esto contradictorio debido a que pretende a su vez seguir siendo “el bebé de mamá” (Espinal de Carbajal, F. 2000).



Quien padece este trastorno considerado como una adicción, puede caracterizarse por ser dependiente y vulnerable, por este motivo la personalidad vulnerable puede estar ligada con las fallas que experimentó en el vínculo temprano.

El adicto para curarse debe aprender a vivir sin la dependencia continua de consumir, en cambio, las anoréxicas deben aprender a vivir con los alimentos para poder mejorar su situación apartándose de la obsesión y perfección por la delgadez.

Las toxicomanías y la anorexia tienen como punto en común generar daños leves o graves que pueden conducirlos a la muerte.



6. Vínculo temprano

El ser humano tiene como propiedad fundamental poder formar y mantener relaciones con otros necesarias para vivir, amar, y crecer. Este instinto gregario es innato en el hombre, éste necesita de los otros para sobrevivir y satisfacer sus necesidades; agruparse es característica propia del ser humano.

Los recursos psíquicos como son los afectivos, sociales y cognitivos se construyen en la relación con la madre. Klaus, M. & Kennel, J. (1978) afirman que la fuerza de relación madre-hijo contribuye a la calidad de los vínculos futuros que establecerá con otras personas. Es importante que exista un vínculo sólido entre madre-hija, el cual contribuye a una relación de apego. Estos autores definen el “apego” como “una relación singular y específica entre dos personas, que persiste en el curso del tiempo” (p. 16).

Es de interés abordar la temática a partir del vínculo con la madre ya que es quien otorga el alimento. La teoría kleiniana se funda en las experiencias del lactante con la madre intermediada por la comida, donde comienza con ella una relación de objeto. El niño a lo largo de su desarrollo busca estar cerca de su madre a través de la succión, el llanto y la sonrisa. “Primariamente es una relación de objeto parcial con el pecho, que pasará por momentos de satisfacción y por momentos de frustración, donde pone en juego el equilibrio entre libido y agresión” (Klein, M. 1952, citado en Tato, G. 2006. p. 92-93).

Klein, M. (citado en Caparrós, N & Sanfeliu, I. 2004) habla de un “pecho bueno” y “pecho malo”. Se puede expresar que cuando el bebé toma la teta lo vivencia como algo satisfactorio, pero cuando ésta se aleja lo vivencia como algo malo. A medida que crece se da cuenta que el pecho de su madre no es parte de él y es allí donde comenzará mediante mordidas a incorporarlo.

En relación a la cita anterior, se puede expresar que si el equilibrio en la relación madre-hija se distorsiona puede causar síntomas dados por las fallas en la configuración del aparato psíquico. La madre ocupa un papel fundamental en la vida de su hija, no solo alimenta a la misma sino que también transmite sus emociones a través de ese contacto. Se puede observar que el acto de amamantamiento es una forma de relacionarse con la madre y en el caso de las anoréxicas este punto puede fallar, no queriendo ser alimentada por la misma.



El vínculo materno constituye para Spitz (1969) un “sistema cerrado” conformado por la madre y el hijo. “Para el neonato, el medio circundante consiste, por así decirlo, en un solo individuo, la madre o quien la sustituye” (Spitz, R. 1969, p. 23). Este vínculo es el que genera una vida emocional, física y social del infante a lo largo de su crecimiento. Por lo tanto, la función materna es un pilar fundamental para el desarrollo del sujeto y su subjetividad.

Cuando la diada madre-hijo se desempeña satisfactoriamente, el yo del niño se encuentra fuerte y logra desde temprana edad estructurar defensas flexibles las cuales le permitirán desarrollarse y protegerse adecuadamente frente a situaciones de angustia.

Varios autores de los aquí mencionados (Spitz, R., Winnicott, D., Bowlby, J. y Malher, M.) consideran de suma importancia que el niño mantenga una relación estable con su madre. Lo esencial de esta relación es poder permanecer en mutua cercanía y de esta forma proporcionar seguridad emocional para el buen desarrollo de la personalidad del niño. Es decir, las posteriores relaciones del niño con el entorno dependerán del tipo de vínculo que se establezca en la diada madre-hija.

Estos autores plantean que el neonato no tiene una personalidad organizada, y que la conexión del niño con el ambiente es a través de la madre. En el desarrollo del primer año esta posición se modifica a medida que el niño va creciendo y se van incrementando nuevas capacidades biológicas y psíquicas que permiten madurar. Es decir, esta relación hace que el niño pase de un lazo biológico (madre-hijo) a lo psicológico y social.

Tanto Bowen, M. (1991) como Bowlby, J. (1979) proponen la relación madre-hijo como uno de los vínculos más profundos, por este motivo, los niños toman como modelos a las figuras adultas y en particular aquellas amadas. Consideran que un bebé necesita desarrollar una buena relación con su madre (o quien cumpla esta función) para que su crecimiento a nivel emocional y social se produzca de manera “satisfactoria”.

Este vínculo se afianza a través del intercambio de miradas y el sostén que proporciona la madre al alimentar a su hijo; es mediante esta relación que el infante obtiene conductas y hábitos que son llevados más tarde en práctica por ellos mismos. Se puede visualizar que los bebés que tienen falta o fallas en este relacionamiento pueden padecer trastornos de conducta, depresión y traumas.



Considerando que la comida está influenciada por las ideas de los padres, los niños a través de ellos aprenden toda la información sobre alimentación, afectos y relaciones. Se señala de suma importancia que los padres no demuestren frente a los niños repugnancia por los alimentos ya que la madre es quien educa tanto en lo afectivo como en el hábito saludable.

Spitz, R. (1969) se dedicó a observar el desarrollo de los niños y la relación directa con su madre y explicó su crecimiento a partir del término de “relación objetal” (Spitz, R. 1969). El niño en su primer año de vida busca formas para poder adaptarse con el medio y esforzarse para poder sobrevivir. Es la madre quien proporciona al bebé el cuidado y atención a sus necesidades y esta relación permite obtener herramientas al infante que le serán útiles para el resto de su crecimiento.

El autor anteriormente referenciado hace mención al niño durante el período lactante, el mismo está desamparado y no puede sustentarse por sus propios medios. Es en el tiempo del primer año de vida donde el niño irá siendo independiente del ambiente que lo rodea. “Este proceso, como es natural, se efectúa tanto en el sector somático como en el psicológico de la personalidad del infante” (Spitz, R. 1969, p. 17).

Es importante detallar las experiencias del niño en diferentes momentos de su vida para que la madre pueda sostener a su bebé de forma “satisfactoria”, es ella quien debe establecer un “clima emocional” durante el desarrollo del niño, que le permitirá una buena calidad de relaciones de vida.

El proceso de separación ocurre entre los cuatro o cinco meses a los treinta o treinta y seis semanas. Mahler, M. (1975) denomina proceso de separación-individuación cuando el infante muestra cierto nivel de capacidad para poder apartarse de la madre. Se utiliza el término de separación para hacer referencia al logro intrapsíquico de un sentimiento de independencia de la madre. Y el término de simbiosis alude a que no ha surgido la diferenciación entre el sí-mismo y la madre o que se puede presentar una regresión al estado de indiferenciación (Mahler, M. 1975).

Luego del apego con su madre y de la experiencia de satisfacción, surge la necesidad de separación, es decir, necesita que su madre le falle, con el fin de lograr tolerar las frustraciones que conlleva el ambiente. Si el ámbito donde se desarrolla el bebé es un medio facilitador, bueno y humano, el mismo obtendrá un buen crecimiento y el apoyo de la madre favorece la organización del yo de su hijo. Esto permite alcanzar sus propios logros siendo la integración el primero.



Winnicott, D. (1993) plantea que mediante un buen maternaje, el niño debería generar la capacidad de madurez y de esta forma lograr estar sólo.

La madre “satisfactoriamente buena” es capaz de dar a su hijo todo lo que necesite, para posteriormente dar lugar a la separación madre-criatura. En un principio la madre satisface las necesidades del bebé, pero luego su tarea es comenzar a desilusionar al mismo, posibilitando la separación mediante la toma de distancia y el juego de presencia-ausencia (Winnicott, D. 1987).

Aunque la madre de la paciente anoréxica es aparentemente una madre “satisfactoria”, en realidad lo que ejerce es una sobreprotección no dando lugar a la frustración. Es decir, la madre se anticipa a las necesidades de la niña inhabilitando a ésta a experimentar instancias de diferenciación y frustración propias de un desarrollo saludable. Por otro lado, es posible que exista una madre que no sea “satisfactoria” a la hora de brindar los cuidados y herramientas necesarias para que la hija se sustente de forma adecuada en el entorno.

Cuando prevalece una buena relación entre la madre y el bebé, éste último comienza a utilizar otros objetos que aparecen de forma simbólica, como puede ser chuparse el dedo, o agregar un juguete (Winnicott, D. 1987). También plantea que la salud mental del niño es definida desde el inicio por la madre, quien aporta un ambiente favorecedor para su crecimiento. La lactancia natural no es fundamental, pero la experiencia alimentaria tiene gran influencia “(...) el bebé está despierto y activo, y su emergente personalidad está completamente comprometida. Gran parte de la vida de vigilia del bebé en un comienzo tiene que ver con la alimentación” (Winnicott, D. 1987. p. 48).

Al mismo tiempo los problemas de alimentación no tienen relación con la imperfección de la leche, sino que tiene que ver con el proceso de adaptación de la madre a satisfacer las necesidades del bebé (Winnicott, D. 1987). Un sostén adecuado favorece el proceso madurativo, en cambio un sostén no pertinente interrumpe el proceso debido a los fracasos del bebé en la adaptación.

Los bebés no recuerdan si tuvieron un sostén adecuado, pero si recuerdan una experiencia traumática por no haber recibido el cuidado necesario. “Cuando la madre y el bebé se amoldan recíprocamente en la situación alimentaria, ello constituye el comienzo de una relación humana. Se establece así el modelo para la capacidad del niño de relacionarse con objetos y con el mundo” (Winnicott, D. 1987. p. 88).



6.1 Influencia del medio ambiente en el proceso madurativo del niño

La maduración del infante tiene relación y depende del medio ambiente en el que crecen:

En el caso de un individuo situado en el comienzo del proceso de desarrollo emocional, se hallan presentes tres cosas: en un extremo, la herencia biológica; en el extremo opuesto, el medio ambiente que respalda o que falla y, por tanto, traumatiza; y en medio, el individuo viviendo, defendiéndose y creciendo (Winnicott, D. 1993. p. 165).

Al niño en su desarrollo se le presentan diferentes situaciones que van más allá del vínculo materno; el infante busca la independencia. Primeramente el niño depende totalmente del medio físico y afectivo que lo rodea ya que no tiene conciencia de ella, posteriormente el mismo desarrolla habilidades para poder comunicar al entorno sus propias necesidades y deseos (Winnicott, D. 1984).

Siguiendo la misma línea, los niños al cumplir un año logran integrar la personalidad, alcanzando la posición de individuo. Este punto es muy relativo al cuidado que reciben, muchos al primer año de vida han alcanzado una personalidad, en el lado opuesto existen los que no lo logran y siguen dependiendo del cuidado constante. “Cabría decir que, al comienzo la madre debe adaptarse exactamente a las necesidades del niño, a fin de que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones” (Winnicott, D. 1984. p. 19).

La familia tiene un rol significativo en el desarrollo del niño para que éste se enfrente a la sociedad; es la madre quien facilita o dificulta el crecimiento del bebé, ella tiene el poder que se basa en una capacidad afectiva tanto en el transcurso del embarazo como cuando el niño se desarrolla exterior al cuerpo de su madre (Winnicott, D. 1984).

El niño desde su infancia busca conservar lo bueno y fortalecedor; separar lo malo y lo traumático. Winnicott, D. (1984) expone dos clases de trastornos maternos que pueden dañar al crecimiento del infante: por un lado, las madres que tienen como prioridad sus intereses personales descuidando los del niño; por otro lado, la madre que se preocupa de manera continua por éste, convirtiéndose el infante en su



preocupación patológica. Por lo general, las madres expresan la intranquilidad acerca de la inseguridad y peligros que amenazan al niño; es una forma de ejercer sobreprotección y se justifica manifestando que todo es por el bien del mismo.

Solo si el niño tiene una madre lo suficientemente buena el mismo puede comenzar a desarrollar su autonomía, pero si la madre no es bastante buena “(...) el verdadero self del niño no llega a formarse o queda oculto tras un falso self que se somete a los golpes del mundo y en general trata de evitarlos (Winnicott, D. 1984, p. 31).

Winnicott, D. (1984) une en tres categorías el rol de la madre que es buena en los primeros meses de vida del hijo: debe sostener a su hijo ya que es un cuidado básico para el bebé en sus primeros meses debido a que puede experimentar angustia ante cualquier falla. Otro factor principal es el sostenimiento, que le permite al niño distinguir entre lo “real” e “irreal” y como último punto, la mostración de objetos, que habilita poder vincularse con otros objetos.

Se puede apreciar que el medio tiene gran importancia para el desarrollo y proceso de maduración en el niño. Cuando éste se siente resguardado y cuidado está a salvo de instancias inesperadas en el mundo que desconoce, pero las frustraciones son inevitables. Una vez que el niño conoce la seguridad tiene la esperanza de que no le fallen. Si la madre se ocupa de alguna otra actividad personal y no se ocupa de su hijo, éste se siente abandonado; es mediante los procesos de maduración que el niño acepta gradualmente la separación y surge la persona adulta.

Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. (1995) plantean que la personalidad es producto de un intercambio continuo entre el individuo y su ambiente. “El niño tiene la necesidad para su desarrollo, tanto físico como psíquico, de relaciones afectivas estables y privilegiadas tanto como de alimento” (p. 65). Estos autores manifiestan que el nacimiento del niño implica la separación, pero no puede confirmarse la individualización, ya que el niño necesita del ambiente. Es al final de la adolescencia donde se establecerá una identidad definida luego de un extenso proceso de separación e individualización.

Una de las bases de la personalidad es la incorporación, la introyección y la identificación, siendo necesarias para la construcción de nuestro yo que permite la separación-individualización. El infante busca “(...) introyectarse todo lo bueno y rechazar de sí todo lo malo” (Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. 1995, p. 82).



Tanto padres como madres pueden desde temprana edad moldear el consumo de alimentos saludables porque aportan las costumbres alimentarias, introduciendo la frecuencia de las comidas. Por estos motivos, la madre es la que mediante la crianza traslada hábitos alimenticios saludables a sus hijas para evitar posibles trastornos de conducta alimentaria, es decir, según lo aprendido en este entorno el niño tenderá a sufrir o no un trastorno de conducta alimentaria.

La paciente anoréxica desde niña puede haberse encontrado frente a una madre sobreprotectora, al mismo tiempo invasiva y no generadora de un contacto satisfactorio y disfrutable con la madre. Lo que se interpreta mediante este trastorno alimenticio es un miedo encubierto a crecer, las madres no desean que el infante crezca. Al alimentar sin placer ni contención generalmente se traspasan sentimientos negativos hacia el lactante (Chandler, E. 2001).

En muchos casos existen madres que tienen dificultades para poder brindarle experiencias de satisfacción al niño. Las madres que actúan de esta forma han sufrido insatisfacciones personales, han tenido un vínculo de dominación por parte de su madre (Chandler, E. 2001). De acuerdo a la crianza del infante es como éste actuará en el ambiente, influye su autoestima, apego y el posible desarrollo de un trastorno.

Las etapas desarrolladas y lo mencionado anteriormente, dejan entrever, que la madre es su principal sustento y si ella no responde a sus necesidades genera fallas en el crecimiento, por lo tanto, estas fallas en la formación de identidad del hijo pueden derivar en un trastorno alimentario.

Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004) plantean que “el paciente anoréxico, preciso es decirlo, no sufre de falta de apetito, está aquejado de un peculiar control sobre sí mismo” (p, 24). Algunas anoréxicas han pasado por momentos de sometimiento y dominio por parte de su madre, la búsqueda del deseo de una hija casi perfecta o idealizada puede influir en las condiciones subjetivas para la formación del trastorno.

Rother, M. (2006) considera que la evolución hacia la adolescencia incluye el paso de la niñez sostenido por la familia hacia la interacción con otras personas de la sociedad y desde ahí al mundo adulto. Todos los autores trabajados hasta el momento destacan la importancia de la familia, principalmente de su madre, para el crecimiento saludable, su rol es ayudar al proceso de individuación. Sami-Ali, M. (1979) afirma que en la niñez “(...) el rostro de la madre coincide tan perfectamente con el campo visual inmediato, que ver y ser visto, visión y órgano de la visión se hacen indiscernibles” (p. 111).



En base a lo planteado sobre vínculo temprano, cabe destacar que un buen desarrollo en este vínculo asegura la continuidad y constitución saludable del psiquismo del niño. Por este motivo, la niñez es una etapa decisiva para el desarrollo de posteriores etapas evolutivas.



7. Adolescencia

Es pertinente señalar que en este trabajo se hace referencia a la etapa de la adolescencia debido a que es en este período donde surge mayoritariamente la anorexia, como uno de los trastornos en la conducta alimentaria.

Se puede exponer que los motivos que llevan a este trastorno son diversos, cada una de las pacientes tiene una historia de vida diferente. Este trastorno alimentario, que se caracteriza por la distorsión de la imagen corporal y el deseo de bajar de peso no se da de manera imprevista sino que se manifiesta de forma progresiva. Generalmente cuando dicho trastorno no es visto como tal o tenido en cuenta por la familia o entrono, la atención psicológica, médica y nutricional se proporciona tardíamente.

Es incuantificable el número de interrogantes que pueden surgir en torno a esta temática, en las cuales se pueden mencionar: ¿Qué motivo lleva a una adolescente a tomar la decisión de dejar de comer? y/o ¿Qué causa las lleva a padecer anorexia nerviosa?

Considerando las posturas de los autores, la anorexia estalla en el período de la adolescencia, donde surgen diversos cambios, es decir, el individuo atraviesa un período de desarrollo biológico, psicológico y social.

Viñar, M. (2009) plantea que:

La adolescencia es mucho más que una etapa cronológica de la vida y el desarrollo madurativo; es un trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad, que – como cualquier proceso viviente- tiene logros y fracasos que nunca se distribuyeron en blanco y negro (p. 15).

Desde otra perspectiva, los autores Aberastury, A & Knobel, M. (1994) definen a la adolescencia como la etapa en la que el sujeto establece su identidad que perdurará en el resto de su desarrollo:

Es la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez



tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil (p. 39-40).

La adolescencia es una importante etapa del desarrollo humano donde se busca el equilibrio de la identidad. En esta etapa el sujeto tendrá que dejar atrás el mundo de la infancia y los cuidados permanentes de sus padres, esto le permite asumir una nueva identidad como sujeto autónomo y adulto accediendo de esta forma a una vida sexual genital.

Es importante destacar esta relación objetal que marcan los autores, así como también la pérdida de la etapa de la niñez, lo cual se hace visible en el caso de las anoréxicas.

El eje objetal y la necesidad de diferenciarse del otro son los dos ejes que constituyen la personalidad. El primero radica en que para ser uno mismo hay que alimentarse de los demás; el segundo eje surge con la necesidad de diferenciarse del otro, por lo tanto, en base a estos dos ejes se puede notar que al mismo tiempo el niño debe nutrirse de los demás pero debe saber separarse. En los casos de anorexia es posible que se visualice a la madre como el objeto de invasión “Lo que ocurre en una adolescencia con fallos narcisistas importantes es que se toma el objeto como un objeto de invasión, de amenaza, totalmente intolerable” (Jeammet, P.1994b, p. 164).

El rol materno según Vázquez, V. & Reidl, L. (2013) es de suma importancia en el desarrollo de comportamientos alimentarios desadaptados. La obesidad de las madres, sus dietas estrictas, insistir para que sus hijas aumenten o bajen de peso son características de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria. Es frecuente que en esta etapa vital del desarrollo se puedan presentar problemas de separación-individuación obstaculizando el adecuado establecimiento de su identidad.

En los cuadros de anorexia nerviosa ha sido destacada la relación madre-hija como un vínculo de inmensa dependencia. En estos casos pueden haber fallado los procesos de individuación, complejizándose aún más en la etapa de la adolescencia donde se busca mayor autonomía.

Generalmente las pacientes que padecen anorexia dependen de su familia y ambiente que las rodea, necesitan de la aprobación exterior ya que su interior se encuentra confuso. No pueden tomar sus propias decisiones y deseos, por este motivo toman como referencia los deseos del otro (Alonso Amann, N. 2000).



Por lo tanto, mediante la anorexia se afianzan al período de niñez que van perdiendo por los diversos cambios efectuados en la adolescencia. Estos síntomas les benefician dado que obtienen mayor atención por parte de la madre, similar a los cuidados que tuvieron en una edad más temprana.

Muchas de las jóvenes sufren anorexia por querer lograr la perfección que su madre desea. El desarrollo de este trastorno puede ser una vía de salida al excesivo control que la madre impone al hijo. Si los padres son exigentes con la imagen externa de ellos mismos y del niño, la intención de su hija será complacerlos adecuándose a la imagen idealizada que desean los padres.

Un elemento importante a tener en cuenta es la influencia de los medios de comunicación ya que se crean ideales de belleza impuestos por la sociedad de consumo, donde la delgadez tiene que ver con el éxito personal. Este ideal justamente se ve avalado por sus grupos de pares y los medios de comunicación.

Viñar, M. (2009) plantea que en un principio los primeros vínculos dan cuenta de ser un ser social, pero más tarde las instituciones y los grupos de pares funcionan como modelos identificatorios, “Somos producto y productores de la época que nos alberga” (Viñar, M. 2009, p. 40).

Es a través de las páginas web y blogs donde las jóvenes tienen acceso directo a artículos, en los mismos se explica por ejemplo, cómo bajar de peso y mantenerse delgada; lo que no se toma en cuenta es que las lecturas de internet pueden o no ser garantizados por nutricionistas.

Muchas veces esos ideales que están a la moda y parecen ser inalcanzables las llevan a un sentimiento de disconformidad con su propio cuerpo. Estas pacientes se ven con otra imagen que no es la real, es decir, son delgadas pero sienten aún ser obesas; y su objetivo es ser aceptada y amoldarse a los estereotipos de belleza acordes a la moda.

Existen diversos factores que influyen en el desarrollo de la anorexia: la construcción y búsqueda de la identidad, el desequilibrio narcisista, la negación del alimento, distorsión de la imagen corporal y como consecuencia de los factores anteriores se desarrolla un mecanismo de defensa: la desmentida.

Como se ha mencionado, uno de los factores relevantes es la identidad. García, I. (2011) considera que “la problemática de las pacientes con anorexia se centra en torno a la identidad” (p. 104). La autora señala que ésta se construye en interacción con el otro, principalmente en la formación del vínculo temprano con la



madre y luego en el transcurso de la adolescencia. Este período es la “(...) segunda etapa del proceso de separación-individuación, representa un período crucial en el proceso de interiorización de los vínculos con los padres y de la organización del espacio psíquico interno” (Jeammet, P. 1995, p. 407).

Durante esta etapa evolutiva se producen importantes cambios físicos, los cuales conllevan una crisis a nivel de las identificaciones. De acuerdo con el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche & Pontalis (2004), la identificación es un “Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones” (p. 184).

Si surgen conflictos identificatorios y no se encuentra una reparación inmediata, éstos pueden generar movimientos regresivos y dar lugar a los fallos narcisistas de la personalidad (Jeammet, P. 1994a). Por lo tanto, el vómito puede llegar a ser una expresión de no querer aceptar lo que no se desea incorporar, de no lograr integrar lo que en un momento se incorporó. La anoréxica encuentra la tranquilidad cuando comprueba la existencia de su propio cuerpo en el instante del vómito (Martínez de Bagattini, C. 1996).

Por otra parte, la adolescencia se caracteriza por las diversas transformaciones y cambios en la vida del sujeto, donde deben enfrentarse a nuevas situaciones. “La auténtica crisis adolescente se refiere ante todo a la identidad, identidad con apellidos: corporal, de género y mismidad que emerge como producto de sucesivas identificaciones” (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004, p. 124). Es decir que el sujeto busca saber quién es, procura encontrarse a sí mismo. Esta etapa es un momento clave en la definición de su sexualidad y el reconocimiento de los diversos cambios corporales que se le presentan.

El sujeto incorpora un aspecto del otro y se construye a partir de éste mediante la identificación y así sustituye la falta del objeto amado y perdido (Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. 1982). Jeammet, P. (1994b) plantea que es necesaria en la etapa de la adolescencia la existencia de dudas y cuestionamientos sobre su identidad.

Esta etapa de crecimiento y desarrollo del sujeto humano, es el principio de la maduración sexual y cesa con la independencia de la familia. Poder verse con la



capacidad de desarrollar una relación íntima como ser sexual, es una característica del logro de la identidad sexual del adolescente.

En la pubertad los cambios más visibles son los físicos. La niña crece continuamente dando lugar en esta etapa a las curvas femeninas y en pocos casos se encuentran preparadas emocionalmente para asumir los mismos (Stierlin, H. & Weber, G. 1997). Dicha fase permite diferenciarse como sujeto ante los mandatos parentales logrando así generar herramientas para aceptar los cambios repentinos.

Winnicott, D. (1984) manifiesta que el adolescente en la búsqueda de ser persona adulta debe enfrentar diversos cambios personales que son propios de la pubertad. Los adolescentes son jóvenes aislados, "(...) las experiencias sexuales de los adolescentes más jóvenes están teñidas por este fenómeno de aislamiento, y también por el hecho de que aquellos no saben aún si serán homosexuales, heterosexuales o simplemente narcisistas" (p. 109).

El adolescente busca una forma de identificación que lo sustente en el conflicto por constituir una identidad personal y experimentar lo que sea necesario. Winnicott, D. (1984) espera que el individuo se identifique con grupos amplios y que no quede aislado en un grupo reducido.

La anoréxica ejerce control sobre su propio cuerpo como forma de lograr sentirse independiente y autónoma ya que su madre cargó de exigencias a su hija no pudiendo constituir su identidad. Martínez de Bagattini, C. (2004) plantea que estas jóvenes son alumnas excelentes, produciendo orgullo en sus padres y fundamentalmente llena los "vacíos narcisistas" de la madre.

Es necesario que el sujeto logre reconocer su deseo como diferente al de sus pares. El individuo tiene que asumir el sufrimiento y los diversos cambios que se le presentan. Debe lograr desprenderse de lo que fue asignado anteriormente, para lograr un "proyecto identificador" que en base a lo aprendido previamente "... podrá inventar nuevas alternativas a un yo abierto al devenir" (Rother, M. 2006, p. 63).

Las jóvenes que crecen en una familia donde se le da suma importancia a la imagen y al peso corporal, se encuentran bajo presión de ser delgadas. (Crispo, R. Figueroa, E & Guelar, D. 1996). Los padres son los encargados de facilitar a sus hijos las complicaciones del mundo; deben transmitirles los valores y reglas coherentes y permitirles construir paulatinamente su propia identidad (Stierlin, H. & Weber, G. 1997).



Estas problemáticas alimentarias pueden ser utilizadas para negar la falta que produce la pérdida de la madre o del cariño, evitando el duelo. “El alimento es el primer soporte del aparato psíquico en el momento identificatorio. La familia ofrece por intermedio de él una modalidad determinada, y básica de identificación” (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004, p. 72). Algunas personas no son capaces de lograr su autonomía ya que necesitan del apoyo constante de la familia para que le sirva de modelo a seguir. Y a veces los cambios, la pérdida de autonomía se compensa mediante una dieta estricta.

Otro factor que se destaca son las fallas narcisistas. Jeammet, P. (1989) plantea que los problemas de vínculos con los objetos, principalmente la familia, provoca un desequilibrio narcisista. Es motivo de estas fallas que la anoréxica se vuelve dependiente de los objetos externos como es la familia. Las adolescentes con anorexia, generalmente son personas débiles y experimentan fragilidad en los basamentos narcisistas.

El cuadro de la anoréxica es provocado por factores que Martínez de Bagattini, C. (2004) llama “mudos” y hacen referencia a la estructura del psiquismo, a los que se agregan las características de hechos como las separaciones, los duelos, el inicio a la pubertad, estos factores hacen “hablar” sobre el cuadro. “Las patologías alimentarias severas se desarrollan actuando sobre aspectos mal constituidos de lo femenino, que presenta profundas heridas en los soportes narcisistas” (Martínez de Bagattini, C. 2004, p. 71). Estas heridas tienen que ver con su entorno familiar exigente, si los hijos no reciben desde su infancia afecto y no alcanzan el ideal deseado por sus padres, puede devenir el hijo en un trastorno alimentario.

Se hace referencia a la sociedad y la cultura como factores que hacen estallar en este trastorno. Existen fallas en el desarrollo de estas jóvenes, las mismas experimentan frágiles estructuras narcisistas. La vulnerabilidad de la persona anoréxica se basa en la no aceptación como persona, teniendo baja autoestima, falta de seguridad, autoexigencias y depresión (Martínez de Bagattini, C. 1996).

Una gran parte de las adolescentes conducen sus conductas hacia un público, en el caso de las anoréxicas, ellas afirman, que no logran ver como adelgazan y siempre se encuentran gordas, “(...) pero se exhibe constantemente y se alimenta de la inquietud de sus padres que sustituyen así a su Yo debilitado” (Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. 1982, p. 104).



Estas jóvenes desean ser admiradas, deseadas y cuentan con una débil estructura narcisista alejándolas del acercamiento favorable consigo mismas (Martínez de Bagattini, C. 1996). El hecho de relacionarse con el otro es el primer organizador que genera las primeras representaciones, los primeros recuerdos. “Cuerpo del Edipo, cuerpo del narcisismo, cuerpo del deseo y el de nuestros padres. Cuerpo del amor, del odio y del desamparo. Cuerpo del conflicto, cuerpo de lo humano” (Martínez de Bagattini, C. 1996, p. 4). Es así como las madres se apropian del cuerpo de sus hijas, ejerciendo control sobre el cuerpo de ellas en el funcionamiento intestinal más específicamente, que evidencia las mujeres cilíndricas “(...) boca y ano, llenado y vaciado, del que nos habla P. Jeammet, un vínculo perverso sometido-sometedor, se hace violento ante nosotros” (Martínez de Bagattini, C. 1996, p. 4).

Las fallas en las regulaciones narcisistas dejan al sujeto en vacío, sin poder sostener estar sólo (Espinal de Carbajal, F. 2000). “Víctimas de fallas narcisistas precoces reactivadas en la adolescencia por la confrontación con la diferencia de sexos, de generaciones y el sentimiento de incompletud se ven obligados a pagar con su cuerpo estas fallas primarias” (Espinal de Carbajal, F. 2000, p. 45). En toda organización adictiva está presente la madre-droga, es la madre que no puede mostrarse estable en el mundo del niño (Espinal de Carbajal, F. 2000).

Las pacientes con cuadros severos se sienten en soledad, presentando desmoronamiento narcisista relacionadas con la angustia de castración (Martínez de Bagattini. 2004). Se puede visualizar como en ellas está presente la negación, no solo de alimento, sino de sus necesidades físicas hasta la negación de todo deseo.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el mecanismo de defensa que utilizan las anoréxicas es la “desmentida” (Martínez de Bagattini, C. 1996). La importancia de éste en el caso de las anoréxicas permite desmentir la ausencia, es decir hay una desmentida de la delgadez, el paciente niega conocer la realidad. “El pequeño se defiende de ambas angustias usando la desmentida. Nuestras pacientes retoman este mecanismo, desmienten la delgadez, el hambre, el cansancio, en suma, la necesidad y el deseo del objeto” (p. 8).

Al mismo tiempo la imagen corporal y la negación del alimento son dos factores de gran importancia en este trastorno. Martínez de Bagattini, C. (1996) manifiesta que el ambiente y la imagen tienen el dominio de hacer explotar en anorexia los aspectos mal organizados de lo femenino y hace referencia a estas fallas como resultado de los defectos que ocurren en el desarrollo del psiquismo, las cuales produjeron en las anoréxicas “débiles estructuras psíquicas y narcisistas”.



Detrás de cada individuo con anorexia hay una historia de vida diferente que las impulsa a padecer estos síntomas, la sociedad es un factor que impone la delgadez, pero para pensar la anorexia hay que tomar en cuenta otros factores.

García, I. (2011) hace referencia a diversos factores que influyen en este trastorno:

La restricción de la sexualidad, la dificultad para tolerar los cambios corporales, la imposibilidad de asegurar un espacio de separación con las figuras significativas (particularmente la madre), la dependencia, distintos grados de confusión en las relaciones con los otros, la indiscriminación de los límites corporales (con la consiguiente distorsión de la imagen corporal) dan cuenta de estas alteraciones” (p. 104).

Se manifiesta que “por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece” (Sami-Ali, M. 1990, p. 15). Raimbault, G, & Eliacheff, C. (1991) plantean que para las anoréxicas el cuerpo no debería de tener forma, según ellas debe ser plano y sin curvas, por lo tanto, es una imagen de cuerpo que no es “real”; la imagen se encuentra distorsionada, creen estar gordas y son totalmente delgadas.

Jeammet, P. (1994a) plantea que un trastorno de este tipo es la manifestación de los problemas psíquicos, resultado de los conflictos del adolescente. Y al mismo tiempo hay un desborde y sufrimiento del yo y de su desorganización.

La etapa de la adolescencia es una época de diversos cambios físicos, sexuales y emocionales, por lo tanto, éstas son incapaces de asumir modificaciones en su cuerpo y de integrarlas dentro de una nueva identidad.

Crispo, R. Figueroa, E & Guelar, D. (1996) manifiestan que los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Estos autores refieren a los diversos cambios que acompañan estas etapas a nivel físico, sexual, emocional y social. Sucede que hay jóvenes que se sienten vulneradas y que no reciben ayuda de su entorno más próximo para poder vivir con estos cambios, lo que puede derivar en un trastorno.

Rother, M (2006) afirma que el niño desde la primera vez que se alimenta “(...) lleva las marcas de la cultura. Una boca se encuentra con un pecho que da alimento y



sexualiza, que contiene una historia, ideales, proyectos y complejas relaciones con lo corporal, lo social y lo histórico” (p. 117).

“Brunch (1963) define el apetito como una función que se aprende” (Schütze, G. 1983, p. 34), la misma aparece en las fases iniciales en la relación madre-hijo, por este motivo, si el infante no aprende esta función suele tener problemas en la alimentación, como en el caso de las anoréxicas. La atención física se ve perturbada por la capacidad que el niño tenga para percibir los cuidados. Cuando la madre no es suficientemente “buena” o no se encuentra presente, el niño no es capaz de obtener la maduración correspondiente y puede sufrir distorsiones en diferentes aspectos de significación vital.

Martínez de Bagattini, C. (2004) señala la negación del alimento como el trastorno ocasionado del vínculo entre la madre y la hija desde los inicios. Esta autora aclara que quizás la madre satisface la necesidad biológica del niño (amamantar) pero igualmente su hija adolescente es anoréxica a causa del vacío que dejó en el deseo de la bebé. “En el momento que sus hijas enferman, las conductas de las madres dan cuenta de la perturbación intensa y arcaica del vínculo que tienen con ellas” (Martínez de Bagattini, C. 2004, p. 73).

En las familias de estas pacientes el vínculo se conforma de “(...) una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa” (Stierlin, H. & Weber, G. 1997, p. 46). Trata de escapar de su madre y lo refleja en la negación de alimentarse.

Existe la posibilidad de que los síntomas de la anorexia surjan debido a que a través de la boca se siente el placer, es la zona erógena mediante la cual se alimenta, hay una relación en la alimentación y la sexualidad desde una edad temprana y si en la adolescencia se presentan problemas en esta separación de la alimentación, los trastornos alimenticios pueden simbolizar un intento de reparar el fracaso de este proceso (Caparrós, N. & Sanfeliu, I. 2004).

El conflicto de separación-individuación es el que vive el niño anoréxico con agresividad, rechazando el alimento. Las madres están sobreimplicadas en la vida de sus hijos y es característico de la hija anoréxica, la sobreprotección o el abandono que la madre causa en ella.

Considerando lo mencionado en este capítulo, el período de la adolescencia se entiende como la etapa donde surgen diversas modificaciones tanto a nivel corporal como a nivel emocional y es el momento donde deben enfrentarse a nuevas



situaciones que harán reconstruir su propia identidad. Por lo tanto, las anoréxicas expresan corporalmente las dificultades para ingresar en la etapa de la adolescencia y se concluye que si en este período surge la anorexia puede ser influencia de conflictos que tuvo en sus primeros vínculos.



8. Conclusiones finales

Se puede concluir que en la anorexia, el vínculo materno es uno de los factores desencadenantes más relevantes. Remite a una madre que no ha sido capaz de conformar un vínculo satisfactorio con su hija; es decir, no ha posibilitado desarrollar de forma autónoma la identidad de la misma.

Los vínculos primarios, las figuras parentales y el ambiente facilitador durante el período de la infancia son el sostén emocional y psicológico que facilita el adecuado desarrollo del sujeto humano. En la etapa adolescente es cuando se resignifican y se ponen en evidencia los aciertos o bien las fallas de ese primer período. El joven se ve atravesado por diferentes cambios tanto físicos como emocionales en esta etapa: el desarrollo de su cuerpo, desprendimiento con sus figuras más cercanas, la búsqueda de identidad, curiosidad por conocer nuevas cosas, se consolida la identidad sexual y el objetivo es lograr la separación con estas figuras. Estas jóvenes se encuentran alejadas del mundo externo no pudiendo concretar vínculos fuera del entorno familiar.

Son jóvenes con una identidad vulnerable, que experimentan conflictos en su desarrollo evolutivo y se sienten desconformes consigo mismos. Quien padece anorexia seguramente creció en una familia con conflictos vinculares, con una madre controladora, preocupada por la imagen, trasladando estos sentimientos a su hija o bien una madre que no cumplió como corresponde con su función de sostén.

La expresión del vómito, el rechazo a los alimentos, los diuréticos y laxantes, el excesivo ejercicio físico dan cuenta de la necesidad de control sobre su cuerpo como una forma de huir de los conflictos y al control materno. Es de suma importancia aclarar que la influencia familiar y la aparición de la anorexia tiene fuerte vinculación ya que las madres en los primeros años de vida de sus hijas son quienes transmiten los valores y comportamientos posteriores, por lo tanto, estas jóvenes se ven influenciadas desde temprana edad. Las madres tienen gran influencia sobre la imagen y la forma de relacionarse con otras personas por ser su referente.

Cada individuo tiene una historia de vida particular, por lo tanto, se considera relevante ahondar en los aspectos de la personalidad de las adolescentes para prevenir que surja este trastorno.



El vínculo temprano es un factor que incide, pero no es el único. No hay un factor, sino que es un trastorno multideterminado, si bien incide significativamente el vínculo materno. Vivimos en una sociedad hipermoderna: se imponen ideales de belleza, donde los individuos se preocupan más que nunca por su cuerpo y la delgadez tiene que ver con el éxito personal, es decir, la presión social ejercida sobre el cuerpo femenino puede impulsar al inicio de este trastorno.



9. Referencias bibliográficas

Aberastury, A. & Knobel, M. (1994). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Alonso Amann, N. (Coord.) (2000). *Patologías alimentarias: Anorexia nerviosa y bulimia*. Montevideo: UdelaR-FP-Unidad de Formación Permanente para Graduados. (Publicación; 2).

American Psychological Association (2011). *Trastornos en la alimentación*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos.aspx>

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Marota.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.

Brusset, B. (1996). Anorexia mental y toxicomanía. *Psicoanálisis APdeBA*, 18 (2), 189-221. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Brusset.pdf>

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



- Chandler, E. (2001). El Abordaje Interdisciplinario de los Trastornos en la Conducta Alimentaria. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 114 (1), 7-16. Recuperado de:
http://www.eduardochandler.com.ar/sites/default/files/abordajeinterdtca_0.pdf
- Caparrós, N. & Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia: Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (2011). *Anorexia: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Espinal de Carbajal, F. (2000). Conductas adictivas. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 5 (4), 39-46. Recuperado de
<http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272000050403.pdf>
- García- Camba de la Muela, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- García, I. (2011). Trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*, 1, 102-108. Recuperado de http://www.supia.org.uy/SUPIA_N1.pdf
- Jeammet, P., Consoli, S. & Reynaud, M. (1995). *Psicología médica: Manual*. Barcelona: Masson.
- Jeammet, P. (1989). La apuesta narcisística de la adolescencia. *Temas de Psicoanálisis*, 7 (12), 49-56.



- Jeammet, P. (1994a). El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias. *Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*. N/A. 6, 25-42.
- Jeammet, P. (1994b). 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.sepypna.com/documentos/articulos/jeammet-identidad-trastornos-adolescencia.pdf>
- Jeammet, P. (1995). La depresión en el adolescente. En Leboivici, S., Diatkine y Soule, M. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. 3, 391-414. Recuperado de http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/1737/357_07.pdf?sequence=1
- Klaus, M. & Kennel, J. (1978). *La relación madre-hijo: Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.
- Martínez de Bagattini, C. (1996). Anorexia nerviosa y bulimia: Su relación con lo perverso. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*. 84/85, p. 1-15. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848516.pdf>



Martínez de Bagattini, C. (2004). El poder de los socio-cultural y de lo arcaico en las patologías alimentarias. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 99, 69-83.

Recuperado de: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-martinez-2.pdf

Martínez de Bagattini, C. (2012). Anorexia nerviosa en la adolescencia. 6, 22-27.

Recuperado de:

http://www.bcbsu.com.uy/bcbsu/beblue/beblue_enefeb12/files/beblueene2012web.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de:

<http://www.saludypsicologia.com/posts/view/37/name:De-la-drogadiccion/redirect:1>

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.)

Recuperado de <http://rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.)

Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=0k8i4DT>

Raimbault, G. & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables: Figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva visión.

Rother, M (comp). Cartolano, S., Lerner, H., Najt, N., Palazzini, L., Punta Rodulfo, M., Rodulfo, R., Sternbach, S., Trilnik de Merea, A. & Ungar, V. (2006). *Adolescencias: Trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.



- Sami-Ali, M. (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario: Para una epistemología psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sami-Ali, M. (1990). *El cuerpo, el espacio, y el tiempo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1997). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?: Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.
- Schütze, G. (1983). *Anorexia mental*. Barcelona: Herder.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tato, G. (2006). Anorexia nerviosa y bulimia. En G. Tato, *Mensajes del cuerpo: Enfoque psicosomático del enfermar* (p. 87-103). Montevideo: Trilce.
- Viñar, M. N. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Trilce.
- Vázquez, V. & Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: Una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23 (1), 15-24.
Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Ver%C3%B3nica%20V%C3%A1zquez%20Vel%C3%A1zquez.pdf>
- Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.



Winnicott, D. (1993). *El proceso de maduración en el niño: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Laia.



10. Bibliografía

Amorin, D. & Nigro, S. (2013). *Conductas y trastornos alimentarios*. Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente. Udelar.

Defey, D. (comp) (1994). *El bebé, sus padres y el hospital*. Montevideo: Roca Viva.

Espinal de Carbajal, F. (1991). Anorexia mental: Momentos significativos de un análisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 74, 1-18. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719917412.pdf>

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

Freud, S. (1901-1905) Tres ensayos de teoría sexual. VII. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Martínez de Bagattini, C. (2010). Psiquiatría de niños y adolescentes y psicoanálisis: Conciliación posible. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 74 (2), 159-168. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/08_martinez.pdf.

Siquier de Ocampo, M^a L., García Arzeno, M^a E. & Grassano, E. (1983) *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Defensas en los test gráficos* (237-388) Buenos Aires: Nueva Visión.