



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Tesis de Grado, previo a la Obtención del Título de Psicóloga (o) Clínica (o).

**TEMA: EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN
PACIENTES JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS, ATENDIDOS EN EL “INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN” DE LA CIUDAD DE QUITO,
PERÍODO ENERO - AGOSTO DEL 2009.**

AUTORES:

**ROCÍO COELLO V.
JUAN PABLO MAZÓN N.**

TUTOR

Dr. BYRON BOADA

Riobamba- Ecuador

2010

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN PACIENTES JÓVENES DE 15 A 29 AÑOS, ATENDIDOS EN EL “INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN” DE LA CIUDAD DE QUITO, PERÍODO ENERO - AGOSTO 2009.

Tesis de Grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico, sustentado y aprobado ante el Tribunal de grado.

NOMBRE

NOTA

FIRMA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CALIFICACIÓN:.....

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros, PILAR DEL ROCÍO COELLO VILLA Y JUAN PABLO MAZÓN NARANJO somos responsables de las ideas, doctrinas, resultados y propuestas que se presentan en el siguiente trabajo de investigación, y los derechos de autoría son exclusivos de la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a la Universidad Nacional de Chimborazo, en especial al personal de la Facultad de Ciencias de la Salud y docentes de la Escuela de Psicología Clínica.

Al “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la Ciudad de Quito por su valiosa colaboración para la ejecución del presente trabajo.

DEDICATORIA

**A mi familia, razón de mi existir y
deseo de superación.**

Rocío

**A mi hija Sofía que es el mejor regalo
de Dios para mi Vida.**

Juan Pablo

RESUMEN

El objetivo de la investigación es analizar los efectos psicológicos de la “Anorexia nerviosa” (trastorno de la alimentación), con la finalidad de determinar cuáles son los diferentes efectos psicológicos que provoca la “Anorexia Nerviosa” en los pacientes del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón”, de la Ciudad de Quito.

Este trastorno posee una gran influencia en el comportamiento de las jóvenes, especialmente de las adolescentes, por estereotipos; tanto en el ámbito social, personal, físico y sobre manera psicológicos. Los efectos de la “Anorexia nerviosa” son: insatisfacción corporal excesiva, ansiedad, depresión,... Esta insatisfacción corporal encamina a la adolescente a un temor fóbico al aumento de peso, distorsionando su pensamiento e imagen corporal según se cronifica el trastorno, llegando a “mirarse gorda”.

La anoréxica comienza a dejar de ingerir bruscamente los alimentos necesarios para su dieta básica y dedica tiempo excesivo a actividades físicas, tales como el deporte en cualquiera de sus manifestaciones. Las anoréxicas por lo general suelen ser personas que poseen un carácter perfeccionista, por lo que todos sus actos serán completamente exagerados y en ocasiones obsesivos. Además, mayormente en estratos socio - económicos medios y altos.

El hecho de la pérdida de peso es negado siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos. Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio.

Concluyéndose que, la sintomatología de la “Anorexia nerviosa” evidente en los efectos psicológicos, objeto de la investigación, está presente también en los factores causales.

SUMMARY

The objective of the investigation is to analyze the psychological effects of the "nervous Anorexic" (I overturn of the feeding), with the purpose of determining which they are the different psychological effects that it causes the "Nervous Anorexic" in the patients of the "Institute Psychiatric Sacred Heart", of the City of I Remove.

This dysfunction possesses a great influence in the behavior of the youths, especially of the adolescents, for stereotypes; so much in the social, personal, physical environment and on psychological way. The effects of the "nervous Anorexic" they are: excessive corporal dissatisfaction, anxiety, depression,... This corporal dissatisfaction guides the adolescent to a phobic fear to the increase of weight, distorting its thought and corporal image as the dysfunction advances, arriving to "to look at you fat."

The anorexic begins to stop to ingest the necessary foods abruptly for its basic diet and he/she dedicates excessive time to physical activities, such as the sport in anyone of its manifestations. The anorexic in general is usually people that possess a character perfectionist, for what all their acts will be totally exaggerated and in obsessive occasions. Also, mostly in strata partner - economic means and high.

The fact of the loss of weight is always denied by the sick person and he/she doesn't usually have conscience of the illness. This bad nutrition produces alterations, symptoms and dysfunctions: hypotension, alterations of the skin, fall of hair, gastrointestinal dysfunctions, and etc. symptoms of anxiety are Also given, depression and obsessive. This bad nutrition also causes sadness, irritability, social isolation and even ideas of death and suicide.

Being concluded that, the symptomatology of the "nervous Anorexic" evident in the psychological effects, I object of the investigation, it is present also in the causal factors.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS DE AUTORÍA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
ÍNDICE.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I	
1. Marco Referencial.....	03
1.1 Planteamiento del Problema.....	03
1.2 Formulación del Problema.....	03
1.3 Objetivos.....	04
1.3.1 Objetivo General.....	04
1.3.2 Objetivos Específicos.....	04
1.4 Justificación.....	05
CAPÍTULO II	
2. Marco teórico.....	06
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	06
2.2 Fundamento Teórico.....	06
2.2.1 Posicionamiento Personal.....	06
2.3. Anorexia Nerviosa.....	07
2.3.1 Definición de la Anorexia.....	07
2.3.2 Definición de la Anorexia Nerviosa.....	07
2.3.3 Definición Etimológica.....	08
2.3.4 Definición de la Anorexia según la causa.....	09
2.4 Aspectos Históricos.....	10

2.5	Anorexia Nerviosa y Subtipos.....	11
	Tipo Restrictivo.....	11
	Tipo Compulsivo purgativo.....	11
2.6	La Anorexia Nerviosa en la Adolescencia.....	11
2.7	La Anorexia Nerviosa en la Juventud.....	12
2.8	Anorexia Nerviosa y Género.....	13
2.8.1	Anorexia Femenina.....	13
2.8.2	Anorexia Masculina.....	14
2.9	Pautas Diagnosticas según la OPS (DSM IV).....	15
2.10	Pautas Diagnosticas según la OMS (CIE 10).....	15
2.11	Factores causales.....	17
2.11.1.	Influencia Socio – Cultural.....	17
2.11.2.	Influencia Cultural.....	19
2.11.3.	Influencias Familiares.....	20
2.11.4.	Influencia de la Moda.....	22
2.12.	La Delgadez Paradigma de Belleza.....	23
2.13.	Webs que apoyan a la Anorexia.....	24
2.14.	Factores Genéticos y Personalidad pre mórbida.....	25
2.14.1	Factores Genéticos.....	25
2.14.2	Personalidad Premórbida.....	27
2.15.	Interpretación Psicoanalítica de la Anorexia Nerviosa	27
2.15.1	Discontinuidad.....	28
2.15.2	Indeterminación.....	28
2.15.3	La Familia.....	30
2.15.4	Rol del Desarrollo Afectivo y Pulsional Femenino....	33
2.15.5	El cuerpo rehén de si mismo.....	34
2.15.6	Fases de evolución en la Anorexia.....	36

2.15.7	Vía de entrada y temas existenciales.....	36
2.15.8	La anorexia no es en sí, una tentativa de suicidio.....	42
2.15.9	Las fases suicidarias.....	42
2.15.10	El “Eidos” de la anorexia mental.....	43
2.16.	Efectos Psicológicos.....	49
2.16.1	Alteraciones Cognitivas.....	50
2.16.2	Alteraciones de la Autoimagen Corporal.....	52
2.16.3	Alteraciones Interoceptivas.....	54
2.16.4	Alteraciones Conductuales.....	55
2.16.5	Alteraciones Emocionales y Afectivas.....	56
2.17.	Principales Efectos Psicológicos de la Anorexia Nerviosa...	59
2.18.	Definición de términos básicos.....	67
2.19.	Hipótesis.....	70
2.20.	Variables e indicadores.....	70
2.20.1	Variable Independiente.....	70
2.20.2	Variable Dependiente.....	70
2.21	Operacionalización de las variables.....	71

CAPÍTULO III

3.	Marco Metodológico.....	73
3.1	Método Científico.....	73
3.1.1	Tipo de Investigación... ..	73
3.1.2	Diseño de la Investigación.....	73
3.1.3	Tipo de Estudio.....	73
3.2	Población y Muestra.....	74
3.2.1.	Población.....	74
3.2.2.	Muestra.....	74
3.3.	Técnica e instrumentos de recolección de datos....	74
3.4.	Historia Clínica Psicológica.....	75

3.5.	Técnicas de procedimiento y análisis de datos.....	79
3.5.1	Cuadro Estadístico de Pacientes Diagnosticadas con Anorexia Nerviosa.....	80
3.5.2.	Gráficos Estadísticos y Análisis de Resultados de Pacientes Diagnosticadas con Anorexia Nerviosa...	81
3.6.	Comprobación de la hipótesis.....	88

CAPÍTULO IV

4.	Conclusiones y recomendaciones.....	89
4.1.	Conclusiones.....	89
4.2.	Recomendaciones.....	90
4.3.	Referencias Bibliográficas.....	91
ANEXOS.....		93

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación nos referiremos a una enfermedad crónica y mortal, como es la "Anorexia", nos basaremos en lo que es el desorden alimenticio; mencionaremos los diferentes síntomas y los efectos psicológicos que la enfermedad ha provocado en las personas que la padecen.

Se empezará anotando conceptos y definiciones de la "Anorexia nerviosa". En razón de la edad, se tomará en cuenta la adolescencia y juventud de las pacientes estudiadas.

El tema que enfoca nuestra investigación es los efectos psicológicos, relativos a la sintomatología evidente en las adolescentes que dejan de comer tan solo por bajar de peso. Por lo que, se verán los diversos aspectos que pueden influir tanto en lo familiar y social con estereotipos que crea la moda.

Por la influencia social – cultural se ha creado en nuestro medio el rechazo a la gordura, y una sobrevaloración de la delgadez como signo de belleza, éxito personal y autocontrol. Esta concepción se dirige fundamentalmente hacia la mujer, es por ello que, la mayoría de trastornos de la alimentación se dan en este grupo de la población, aunque el número de varones afectados va en aumento.

La anorexia no es únicamente el miedo a engordar. Existe una sobrevaloración de la delgadez que puede llegar a la obsesión (siendo el único tema de preocupación) acompañada de elaborados rituales, relacionados con la comida y el ejercicio físico. Pese a estas semejanzas con el "Trastorno obsesivo compulsivo", la Anorexia tiene una serie de rasgos distintivos como son la alteración en la percepción del propio cuerpo o la amenorrea (ausencia de menstruación).

La idea sobrevalorada de adelgazar y el perfeccionismo llevan a someterse a un férreo autocontrol, caracterizado por estrictas dietas y por aumento de la actividad. De esta manera hay un aumento de la tensión, de la ansiedad y de la irritabilidad, tanto cuando se están cumpliendo los planes, como cuando se quiebran. En este segundo caso, aumenta la probabilidad de que se realicen

actividades compensatorias como el vómito, el uso de laxantes o el ejercicio físico desmesurado. Estas actividades sirven para reducir la culpa y la tensión, al menos momentáneamente. La misma situación de restricción dietética provoca déficits nutricionales que también afectan al estado de ánimo y a las emociones de manera negativa.

El estado de ánimo es predominantemente negativo, afectando por ello a la percepción y evaluación del cuerpo. Si anímicamente nos encontramos mal, tendemos a percibirnos negativamente (menos acorde con nuestro ideal), y si asociamos nuestro aspecto percibido en estas condiciones a una supuesta falta de valía es natural que nos sintamos aún peor. Sobre todo, se resiente la autoestima y se acentúa la tristeza. Aunque la presencia de estas emociones es manifiesta, suele haber una tendencia en este trastorno a ignorarlas o negarlas, ya que se entienden como un signo de debilidad.

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de adolescentes anoréxicas en todo el mundo aumenta cada vez más. En el Ecuador específicamente en las ciudades se evidencia pacientes con “Anorexia nerviosa”, de ahí el interés de investigar acerca de este Trastorno de la alimentación y proporcionar información.

Las personas anoréxicas necesitan apoyo para evitar el riesgo de mortalidad a través de terapias psicológicas, con el objetivo de corregir la distorsión de su autoimagen y rasgos de personalidad.

El estilo de vida que ha desarrollado actualmente nuestra población, el vivir en grandes ciudades y adaptarse a ellas suele implicar cambios importantes en los hábitos alimenticios, factores que han facilitado el incremento de las patologías en adolescentes con (anorexia nerviosa).

Al “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito (responsable de la atención en salud mental) acude frecuentemente un considerable número de pacientes con este tipo de trastorno (anorexia nerviosa), con las inherentes complicaciones psicológicas, somáticas, familiares, sociales y académicas, alterando consecuentemente su normal desarrollo y crecimiento personal.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los efectos Psicológicos de la Anorexia Nerviosa en pacientes jóvenes de 15 a 29 años atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la Ciudad de Quito?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos psicológicos de la anorexia nerviosa en pacientes jóvenes de 15 a 29 años, atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las causas de la Anorexia Nerviosa en las pacientes jóvenes de 15 a 29 años de edad, atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la Ciudad de Quito.
- Identificar los efectos psicológicos de la Anorexia Nerviosa en las pacientes jóvenes de 15 a 29 años de edad, atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito.
- Explicar los efectos psicológicos de la Anorexia Nerviosa en las pacientes jóvenes de 15 a 29 años de edad.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido el tema “Efectos Psicológicos de la Anorexia Nerviosa en pacientes jóvenes de 15 a 29 años...”, en razón de la incidencia cada vez mayor de la patología en la población mundial.

Por tanto, la incidencia de personas que padecen de “Anorexia Nerviosa” en el Ecuador es cada vez mayor, afectando su desenvolvimiento en todos los ámbitos de la vida. Siendo así, es un deber de los profesionales de la salud mental, participar en la prevención y solución de los trastornos de la alimentación.

Esta investigación tiene un valor teórico, misma contribuya con otras investigaciones a la explicación plena de la fenomenología patológica de la “Anorexia nerviosa”, respecto de las causas, los efectos, los tratamientos psicoterapéuticos y primordialmente los criterios preventivos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez realizado el estudio bibliográfico correspondiente, se determinó que no existe en la Universidad Nacional de Chimborazo investigaciones anteriores realizadas sobre el tema propuesto, por lo que, nos satisface sobremanera que el presente proyecto será el impulsor de futuras investigaciones sobre los “Efectos Psicológicos de la Anorexia Nerviosa en Pacientes Jóvenes....”, ya que es un tema de gran interés para los profesionales de la salud en general.

2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1. POSESIONAMIENTO PERSONAL

El presente trabajo investigativo se fundamenta como teoría del conocimiento en el pragmatismo, ya que vincula la teoría con la práctica.

2.3 ANOREXIA NERVIOSA

2.3.1 DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA

Anorexia, pérdida del apetito. Debe distinguirse del trastorno psicológico específico conocido como anorexia nerviosa, y también de la ingestión relativamente baja de alimentos, ésta última no resulta peligrosa para la salud mientras la dieta sea variada y el peso corporal se mantenga, entonces no debe contemplarse como un trastorno que requiera tratamiento psicológico y médico.



2.3.2 DEFINICIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA

“Anorexia nerviosa” enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo (dismorfobia). Conduce a un grave adelgazamiento debido a una dieta exagerada y a un exceso de ejercicio. No se asocia con ninguna otra enfermedad orgánica previa. Se presenta habitualmente en adolescentes, especialmente en las mujeres. La enfermedad produce alteraciones en los ciclos hormonales, una inmunodepresión con aumento del riesgo de infecciones, y aproximadamente entre el 5 y el 18% de los anoréxicos muere por desnutrición. Los pacientes también padecen a menudo bulimia, que consiste en ingerir enormes cantidades (atracones) de alimentos y después provocarse el vómito para permanecer delgados; los vómitos repetidos alteran el equilibrio hidroelectrolítico, produciendo, en general, hipopotasemia que puede afectar al funcionamiento cardíaco.

Muchos pacientes con anorexia nerviosa nunca acuden al médico, por lo que no se conoce con exactitud la frecuencia de aparición de la enfermedad. A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endócrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos disfuncionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endócrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.



2.3.3-DEFINICIÓN ETIMOLÓGICA

En griego anorexia (anorexis) significa “falta de apetito” .A los especialistas no les gusta restringir esta definición al hecho de que una persona no tenga ganas de comer. Van mas allá, ven a la anorexia como un trastorno alimenticio que

conjuga un anhelo de perfeccionismo corporal y una fobia hacia la obesidad, para ellos es una enfermedad crónica, progresiva y mortal.

Trastorno caracterizado por una distorsión de la imagen corporal, un miedo extremo a la obesidad, rechazo a mantener peso mínimo normal.



2.3.4 DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA SEGÚN LA CAUSA

El término de "anorexia" a secas significa estado de inapetencia. Se puede clasificar en tres tipos según la causa:

1. Anorexia orgánica: Habitualmente debido a una enfermedad subyacente que provoca inapetencia. Es una forma de anorexia poco frecuente que solo debe investigarse cuando se acompañe de anomalías a otros niveles.

2. Anorexia funcional: Es la forma más frecuente de anorexia en el niño que suele ser debida a una alteración en el desarrollo del hábito alimentario. Algunas veces repercute en la talla y en el peso. El tratamiento fundamental consiste en la reeducación de los hábitos alimentarios del niño. Existen fármacos orexígenos, es decir, que estimulan el apetito, aunque su uso debe quedar restringido para casos concretos y bajo la supervisión de su pediatra.

3. “Anorexia nerviosa”: Enfermedad, propia del sexo femenino y de la adolescencia en la que la inapetencia tiene un origen psicológico, inicialmente conservan el hambre pero se niegan a comer para adelgazar y mejorar su imagen corporal. El diagnóstico de "anorexia nerviosa" debe establecerse cuando se produce una percepción delirante del cuerpo (se siguen viendo gordas pese a estar delgadas), persiste la anorexia y se cumplen otros criterios propios de la enfermedad. En fases finales pueden producirse trastornos endócrinos (falta o desorden de reglas, etc.), depresión, ansiedad, etc. El tratamiento en fases avanzadas puede ser muy difícil y requiere, entre otras medidas, psicoterapia.

2.4 ASPECTOS HISTÓRICOS

Los trastornos de la conducta alimentaria “*anorexia*” son conocidos desde los principios de la civilización occidental. Relatos de casos bien documentados de anorexia nerviosa se encuentran en la literatura que describe a los primeros santos cristianos. Bell (1985) narra las rigurosas abstinencias alimentarias y los episodios de ingesta masiva de Santa Catalina de Siena; también describe el tipo de caña que ésta santa empleaba para inducirse el vómito y la lista de hierbas purgantes que utilizaba. Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes y no enfermedades específicas con una causa, curso y patología comunes. Están mejor conceptualizados como síndromes y son, por tanto, clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan.

2.5 Anorexia Nerviosa y Subtipos

En la Anorexia Nerviosa existen dos subtipos según el DSM-IV:

A) -el tipo restrictivo

B)-el compulsivo purgativo.

DSM-IV (2000) El primero describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso. Durante los episodios estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

En el segundo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. (1)

2.6 La Anorexia Nerviosa en la Adolescencia.

A partir de los 15 años, la fase de desarrollo puberal se continua con la adolescencia, sin que exista un límite claro entre ambos períodos .También es posible que haya variaciones individuales considerables .Este período se caracteriza por los conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así como de los esfuerzos por separarse de los padres y establecer su propia independencia.

En los pacientes, por lo general, la primera manifestación de la anorexia aparece entre los 14 y 19 años de edad .Como los problemas que presentan los pacientes de este grupo son de naturaleza más abstracta e intelectual, resulta mucho más fácil que en el grupo precedente realizar una psicoterapia individual de orientación analítica.

La subdivisión de la anorexia según la edad solo debe de entenderse como una clasificación jerarquizada .Cuando la enfermedad es de un curso prolongado,

pueden añadirse al conflicto inicial los problemas propios del período que sigue. Las dificultades de la pubertad, que aún no han sido superadas, se añaden los problemas de la adolescencia. Los trastornos que condicionan la enfermedad son a veces tan fuertes que pueden incluso llegar a producir un bloqueo considerable del desarrollo psíquico ulterior, de forma que solo avance la edad biológica.

Cuando el inicio de la enfermedad es tardío, los problemas de los períodos anteriores pueden ya haberse superado, en mayor o menor grado. Así, en una anorexia post-puberal los cambios condicionados por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios durante la pubertad quizás se hayan dado de manera satisfactoria incluso en el plano psíquico antes de que ocurra la descompensación anoréxica por los conflictos de la adolescencia.

2.7 La Anorexia Nerviosa en la Juventud.

Una vez que el proceso del estar a dieta haya resultado “positivo” es sumamente importante no subestimar el sentido y nivel de logro, como factores primarios que perpetúan estos problemas insidiosos. La pérdida de peso trae un sentido de triunfo sobre la impotencia. En el país donde la obesidad es epidémica, mujeres jóvenes que logran la delgadez creen que han realizado una victoria cultural principal al superar las tentaciones de los cusquerías mientras que, al mismo tiempo, copian las imágenes corporales idealizadas por los medios de comunicación. Este sentido de logro a menudo es reforzado por la envidia de las amigas más pesadas que perciben a las pacientes de anorexia ser emocionalmente más fuertes y sexualmente más atractivas que ellas por efectos de la inanición. El hambre intensifica la depresión. Este deterioro en el estado de ánimo puede reducir aún más los sentidos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto, perpetuando el ciclo. La inanición también puede dar un sentido falso de plenitud debida a la actividad reducida del estómago, haciéndolo cada vez más y más fácil para no comer.

Algunas jóvenes con anorexia lo que tienen es un gran miedo a crecer, a convertirse en mujeres y afrontar la responsabilidad de la pareja, el trabajo, el sexo, la maternidad, la independencia. La anorexia les sirve de excusa para continuar siendo niñas o eternas adolescente. En las mujeres mayores puede empezar a surgir un problema serio de ruptura amorosa o pérdida del trabajo.

2.8 Anorexia Nerviosa y Género.

2.8.1 Anorexia Femenina

La pregunta más frecuente es ¿Por qué la mujer? Cuando se habla de la anorexia casi siempre se hace referencia al sexo femenino ¿Por qué? Básicamente, porque a lo largo de la historia la enfermedad solo se daba en mujeres sobre todo de la alta aristocracia, por motivos estéticos y religiosos.

La mujer siempre ha tenido en cuenta su físico. En la actualidad se utilizan dietas para adelgazar y tener un cuerpo bonito, dado que la mujer puede soportar más una dieta que el hombre y es más susceptible a obsesiones.

Aunque se trate de la mujer no se suele crear en todas las edades. La anorexia se crea en la adolescencia o entre los 13 y 30 años. En la adolescencia se crea por su susceptibilidad; a partir de los 22 años lo que la suele crear son las obsesiones, depresiones o problemas familiares.

Las mujeres están más expuestas a casos de abuso sexual, lo cual desencadena en una depresión y si no se puede superar, en una gran obsesión por desaparecer, por parte de la chica que lo sufrió.

2.8.2 Anorexia Masculina

Aunque la mayoría de casos se da en mujeres, durante éstas dos últimas décadas se ha producido un cambio en el cual los hombres también han quedado influenciados por esta enfermedad.

Los primeros casos de anorexia se daban en hombres los cuales por su oficio o trabajo tenían que cuidar su peso exacto, como los boxeadores o jinetes y en posición igual o inferior modelos y bailarines.

La sociedad en estos últimos años ha hecho aumentar el número de enfermos que la sufren pero en inferioridad a los casos femeninos.

Mayoritariamente las causas por las cuales los hombres deciden hacer dieta son por lo general estéticas, por influencias de modas o directamente porque se sienten gordos.

Los efectos se van dando cuando tienen falta de deseo sexual, pero puede pasar desapercibido por las depresiones del hambre u obsesiones.

Otro dato importante es que según un estudio en EUA los chicos homosexuales tienden más a estos desequilibrios alimenticios que los chicos heterosexuales.

En la práctica clínica se observa que los varones anoréxicos más que "estar delgados" desean "no estar gordos", por eso se preocupan por conseguir una cierta musculatura para " impresionar a las chicas". Además los varones adolescentes experimentan mucha mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso, asumiendo y practicando lo que se ha denominado " fisicalidad". (2)

Aunque la anorexia se dé en los dos sexos, son tratados igual, tanto el género masculino como el femenino. Esto también se produce exactamente igual en la Bulimia nerviosa.

2.9 Pautas Diagnósticas según la OPS (DSM IV).

DSM-IV (2000) A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej... pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando debajo del peso normal.

C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos). (3)

2.10 Pautas Diagnósticas según la OMS (CIE 10).

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.*
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.*
- c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa,*

de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

- d) Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.*
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se producen una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía. (4)*

2.11 Factores causales:

2.11.1 Influencia Socio – Cultural.

La causa de la anorexia es desconocida, aunque se ha defendido la existencia de una alteración funcional primaria del hipotálamo, las alteraciones hipotalámicas asociadas desaparecen con el aumento de peso.

También los aspectos culturales son importantes en la anorexia: la búsqueda de la salud y la esbeltez es una poderosa fuerza en la moderna sociedad occidental y puede reforzar el miedo a la gordura en pacientes con anorexia establecida o hacer que los casos limitados entren de lleno a la enfermedad. También la profesión puede desempeñar un papel importante, como por ejemplo las bailarinas con un peso corporal menor, 10 veces inferior al de la población general, así mismo los deportistas, especialmente los corredores suelen buscar una disminución de grasa corporal con niveles muy bajos de un siete por ciento.



No hay una causa única de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes químicos y emocionales y los trastornos de la personalidad colaboran como gatillos para ambas, la anorexia y la bulimia, aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.

Tipos de trastornos de la personalidad. Las personas con trastornos del comer comparten ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control y de engordar y tienen una autoestima baja. Tantas personas con anorexia como personas con bulimia tienden a tener dificultad para identificar y comunicar sus emociones. Estudios indican que mujeres con trastornos del comer tienen menos interés en el sexo que la población general y que mujeres anoréxicas también eran menos probables de estar involucradas en una relación íntima. Aunque los resultados son polémicos, algunas investigaciones han encontrado dos tipos de trastornos de la personalidad entre los subgrupos de las personas con anorexia entre ellas la personalidad de tipo histriónico y dependiente.

Algunos estudios definen acerca de una tercera parte de los anoréxicos restrictores como "personalidades evasivas". Las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas y a estar inhibidas emocionalmente y sexualmente. También con frecuencia tienen una reducida vida de fantasía (sexual) que las personas con bulimia o sin trastornos del comer. Rara vez se rebelan y son percibidas generalmente como siempre siendo "buenos". Una experta describió a una de sus pacientes como

careciendo completamente de un sentido de sí - mucho más allá de un autoestima baja. Porque carecen de un sentido fuerte de identidad, personas con anorexia son sumamente sensibles al fracaso y toda crítica - no importa qué tan leve sea - refuerza su propia creencia de que "no son buenos". (5)

Alcanzando la perfección con todo lo que implica, equivale a siendo amado. Para la persona con anorexia significa volverse libre de problemas, necesitando nada (incluyendo la comida). Como parte del equipaje de la perfección está una imagen ideal de delgadez que nunca podrá ser atendida, porque la persona con anorexia nunca se verá perfecta.

Es sobre todo la mujer quien está sufriendo la presión sociocultural y estética, a favor de un cuerpo delgado. Dicha presión no es la causa de los trastornos alimentarios, pero sí justifica que haya una preocupación mayor por un cuerpo delgado en las mujeres que en los varones. Pero hay que tener en cuenta que además de la influencia de las modelos, existen otras causas que inciden en el desarrollo de estos trastornos alimentarios.

La vulnerabilidad biológica de la adolescencia y los problemas familiares y sociales pueden combinarse con un clima social determinado para originar la conducta alimentaria, típica de los anoréxicos. La pérdida de peso conduce a la malnutrición, que a su vez contribuye a los cambios físicos y emocionales del paciente y perpetúa el círculo vicioso que se sintetiza en el modelo psicosocial de la anorexia nerviosa.

2.11.2 INFLUENCIAS CULTURALES.

La auto inanición ha sido observado en muchas culturas y a través de la historia, algunos expertos de Asia han sugerido que, médicos y psiquiatras occidentales no deben limitar sus pensamientos sobre los motivos psicológicos de anorexia a un simple miedo de aumentar de peso. La cuestión puede correr mucho más profunda. Sin embargo, las presiones socioculturales occidentales sin duda desempeñan una función principal en el desencadenamiento de muchos casos, tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Cuando uno

incluye el atascamiento que conduce a la obesidad como un tercer trastorno del comer, se vuelve indiscutible que el comportamiento insalubre del comer es epidémico en los Estados Unidos. Una difusión de anuncios de programas para la reducción de peso, mientras que otros venden cusquerías (comidas insalubres como comidas grasosas, papitas, golosinas, etc.) y propagan una vida sedentaria.

La ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas con éxito. Las mujeres jóvenes más en riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia física, pero pocas mujeres son inmunes a estas influencias, también envidian los cuerpos de los modelos, actores. Esta disparidad entre lo que se percibe y lo que se desea con frecuencia origina una conducta de alimentación inadecuada.

2.11.3 INFLUENCIAS FAMILIARES.

Es evidente a muchos expertos que los factores emocionales negativos en la familia u en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de bulímicos son críticas y desinteresadas. Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos con trastornos del comer, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos que también son excesivamente críticos pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de anorexia en las niñas. Un estudio sugiere que las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos son más probables de haber carecido de afecto físico cuando niños. Mujeres con trastornos del comer tienen una incidencia mayor de abuso sexual que la población general pero no más alta que personas con el trastorno de depresión. (Un estudio reportó, sin

embargo, que entre 22% y 30% habían sufrido abuso sexual). Personas con bulimia pueden ser más probables de tener una historia familiar del abuso de sustancias que personas con anorexia o sin trastornos del comer. Entre los problemas familiares destacan:

Problemas para ser autónomo. Algunas personas no son capaces de "funcionar" sin el apoyo de su familia o de alguna persona que los sirva de modelo. Así, situaciones como cambios de colegio, de trabajo, de pareja... pueden llevar a una pérdida de autonomía que a veces se compensa mediante un control excesivo de la dieta.

Miedo a madurar. La mayoría de personas desarrollan estos trastornos durante la adolescencia. Ésta es una época de numerosos cambios sexuales, físicos, emocionales y de maduración. Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto, idealizado y radical y eso implica un temor a convertirse en adultos. Déficits de autoestima. La autoestima puede definirse como el conjunto de ideas que se tiene sobre uno mismo. Las mujeres presentan con más frecuencia niveles bajos de autoestima, que suelen ir asociados a la aprobación de los demás y a la apariencia externa. Esto va ligado al peso y la figura, es decir a la alimentación.

Perfeccionismo y autocontrol. Las personas que sufren trastornos alimenticios piensan que quien no sea perfecto no llegará nunca a ser alguien. Creen que una manera de conseguirlo es tratar con rigidez a su cuerpo.

El sistema hipotálamo-pituitario también es responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que son agotadas severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual. Aunque muchos expertos argumentan que estas anomalías reproductivas son un resultado de la anorexia, otros han informado que en 30% a 50% de personas con anorexia, las perturbaciones menstruales ocurrieron antes de que la malnutrición severa haya ocurrido y permanecieron como problema por mucho tiempo después de la disminución de peso. Esta se considera evidencia de que un problema hipotálamo-pituitario precede el trastorno mismo. (6)

Problemas alrededor del nacimiento. En algunas personas con anorexia, había una alta incidencia de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento que puede haber desempeñado una función en el desarrollo posterior de los trastornos del comer. Estos problemas incluyen infecciones, traumas físicos, crisis convulsivas, bajo peso al nacer y una edad materna mayor. Las personas con anorexia a menudo tenían problemas intestinales a edades muy tempranas.

2.11.4 INFLUENCIA DE LA MODA



El significado de la moda ha ido cambiando drásticamente con el paso de los años, en razón de poder verse bien.

La sociedad se ha convertido en el principal benefactor de las nuevas tendencias y la moda. La influencia que ejercen “los ídolos”, es cada vez más visible y dominante. Las personas se orientan por los gustos, modelos, formas de actuar de aquellos que son considerados famosos y por lo tanto “modelos de formas de vida” y/o ídolos.

Los medios de comunicación como la televisión, radio, periódicos y revistas, e internet se están convirtiendo en elementos predominantes que día a día bombardean con publicidad a los ojos de los consumidores la nueva moda, imponiendo cambios de comportamiento ya que, por tratar de verse bien y “estar a la moda” muchos optan por hacer cambios en su estilo de vida. Un grupo de mujeres encuentra felicidad y satisfacción cambiando su aspecto físico, imitando a las modelos de revistas, vistiendo como ellas, actuando como tales, asegurando que esa es la manera adecuada y que todos deben tratar de imitar, ya que es muestra de belleza y auto-desarrollo y de una vida “perfecta”. Sin embargo, el esforzarse en conseguir verse tal cual están las modelos de las fotos ha traído como consecuencias variados efectos negativos como vulnerabilidad, inestabilidad psicológica, rigidez en las pautas, baja autoestima o falta de comunicación en la familia.

La moda en esta época está variando el pensamiento y comportamiento de las personas, sobre todo en los jóvenes, quienes llegan a pensar que una imagen vale por mil palabras y deciden utilizarla para expresarse, creyendo erróneamente en la apariencia. Creyendo de esa manera reafirmar su identidad, reflejar una personalidad original y comunicar cómo es que se caracteriza su generación, tratando así de llamar la atención para ganar la aceptación de sus amigos.

2.12 LA DELGADEZ PARADIGMA DE BELLEZA

La anorexia conocida popularmente a través del rostro de algunos de sus afectados como lo fue Lady Diana, Jane Fonda o la bailarina del Boston Ballet, Heide Guenther que murió el 30 de junio como consecuencia de una anorexia, son patologías modernas que han sabido aprovecharse de las tendencias sociales de los países industrializados. En las últimas dos décadas, la delgadez se ha convertido en la tarjeta de visita de presentación todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. "Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el

éxito. La presión es excesiva", destaca el doctor Gonzalo Morandé, del Hospital Niño Jesús de Madrid.

La gran presión social sobre la delgadez que se ha vivido en los últimos años con los medios de comunicación, la publicidad y la moda al plantear el canon de belleza y la importancia en nuestra sociedad del culto al cuerpo y la veneración a los cuerpos delgados proponiendo metas de adelgazamiento, a fomentado que continúa fomentando la anorexia (principalmente en las adolescentes).

2.13 WEBS QUE APOYAN A LA ANOREXIA

Las presiones relacionadas con la delgadez que existen en nuestra cultura. Estos sitios de Internet son como poner una pistola en manos de alguien que está deseando suicidarse (7).

Efectivamente, uno de los obstáculos que la sociedad encuentra al querer evitar la difusión de la enfermedad son las webs que apoyan a la anorexia y/o bulimia.

Internet es un medio de acceso fácil, sobre todo para los países desarrollados tecnológicamente y, al ser un medio libre tiene sus consecuencias negativas.

Así como hay páginas que apoyan a las drogas o a los suicidios también se encuentran las webs que apoyan a las enfermedades como la anorexia.

Estas páginas suelen estar creadas por otras enfermas, las cuales quieren influenciar a gente más débil que ellas para que caigan en el mismo pozo.

Estas páginas webs suelen estar escondidas bajo nombres como "un paraíso a descubrir" o nombres que sugieren estados de bienestar, pero venden imágenes de chicas delgadas a la que los huesos se le marcan por todos lados.

En el 1er Congreso sobre Anorexia y Bulimia en Internet se creó dos sitios en la Red —www.anaymia.com y www.masqueunaimagen.com— que, en sus propias palabras tienen por objeto «informar a jóvenes, niñas y adolescentes, que frecuentan estas páginas pro-ANA y pro-MIA, sobre las falsedades que se esconden en muchas de ellas y los riesgos asociados a las mismas» (8).

Entre las integrantes de las webs se suelen hacer carreras de pesos, que consiste en perder más peso en menos tiempo. También se suelen ver dietas radicales con las que dicen perderás 7 Kg. en dos días etc.

Actualmente la ley actúa sobre la erradicación de estas webs y las elimina, pero las enfermas son mucho más inteligentes y crean otras con nombres distintos, eso crea la pregunta ¿Se erradicará esta enfermedad o seguirá expandiéndose?

En esta sociedad no se aspira a ser sino a parecer, este es su gran problema.

2.14 FACTORES GENÉTICOS Y PERSONALIDAD PREMÓRBIDA.

2.14.1 FACTORES GENÉTICOS

Parece que hay un riesgo hereditario tanto para bulimia como para anorexia. La anorexia es 8 veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente lo que el factor heredado puede ser. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizás dificultando más el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de factores culturales y psicológicos podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Algunos expertos creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre. Otros rasgos hereditarios que pueden contribuir al desarrollo de anorexia pueden ser un trastorno de la personalidad común, la vulnerabilidad a un trastorno emocional como la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo, o

una propensión para la obesidad que puede promover una dieta compensatoria.

Los investigadores han descubierto un tipo de gen relacionado con el control del apetito que es más frecuente en los pacientes anoréxicos, indicio de que ciertas perturbaciones del estímulo cerebral para la ingestión de alimentos pueden contribuir a los desórdenes del apetito.

Es la primera vez que se ha identificado un gen relacionado con la anorexia, aunque los investigadores saben desde hace varios años que las posibilidades de que una persona padezca de un desorden del apetito dependen en parte de la genética.

El estudio realizado por investigadores de Alemania y Holanda halló que el 11 por ciento de los anoréxicos poseían una variante de un gen relacionado con el apetito, y que esa variante parecía afectar la capacidad del cerebro para estimular el apetito. En cambio, sólo un 4,5 por ciento de los sujetos sin anorexia tenían la variante.

El estudio comparó a 145 pacientes de anorexia con 244 personas sin la dolencia, y concluyó que la existencia de la variante genética duplica las posibilidades de que una persona padezca de anorexia.

El resultado del estudio sugiere que una sustancia capaz de reproducir los efectos del gen original podría permitir a los anoréxicos recuperar su apetito.

El estudio fue publicado en la edición de mayo en la revista *Siquiatría Molecular*. El gen descubierto no es el único involucrado en la dolencia. Los investigadores creen que muchos genes colaboran con factores ambientales que ocasionen desórdenes del apetito.

Los trastornos de la alimentación se desarrollan por una combinación de factores socioculturales, familiares, psicológicos y biogenéticos. Sentimientos de inadecuación, depresión, ansiedad y soledad, así como problemas en sus relaciones personales pueden contribuir también al desarrollo de éstas enfermedades.

La sensación de no poder alcanzar los estándares de belleza actuales, aunado a problemas de índole familiar y psicológica han llevado a que las personas reflejen su problemática en relación con la comida.

2.14.2 PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Según estudios hechos por diferentes psicólogos, los rasgos de personalidad de una anoréxica no son los mismos que los de una bulímica.

Por ejemplo, las personas que sufren anorexia como ya se indicó son mucho más inteligentes que las que sufren bulimia, con su inteligencia intentan persuadir a los demás, en cambio, la bulímica es más cerrada, y al contrario, se intenta alejar lo más posible de la gente.

También podemos comparar el grado de culpabilidad, el 100% de las bulímicas sufren un estado de culpabilidad al comer y purgarse, tanto que a veces llega a avergonzarse de lo que hace. En cambio, las anoréxica tienen un menor grado de culpabilidad, ya que ellas creen que lo que hacen está muy bien tanto para ellas como para los demás.

Las bulímicas sufren mucha más ansiedad que las anoréxicas por lo cual las obliga a darse muchos más atracones.

En cuanto a la fuerza en sí mismas, tanto las que padecen bulimia y anorexia tiene una baja fuerza de voluntad.

2.15. INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La adolescencia es una etapa del desarrollo psicosexual de importancia fundamental, se trata de un momento evolutivo en donde se reorganizan y se producen los cambios necesarios para afrontar con éxito el futuro psicológico. Sin embargo, éste depende de la posibilidad del adolescente para enfrentarse

al aumento cuantitativo de las pulsiones, del acceso a la genitalidad, de cómo se resuelve el duelo de los objetos primarios y de cómo se reelabora cognitivamente el ideal del yo.

Nos ocuparemos de dos aspectos importantes del desarrollo de la adolescencia femenina y que contribuyen significativamente a comprender el núcleo psicopatológico de la anorexia nerviosa. Nos referimos a la discontinuidad y a la indeterminación de la sexualidad genital.

2.15.1 LA DISCONTINUIDAD

La pubertad de la niña es mucho más rápida, más precoz y, físicamente, más evidente que la del hombre. La niña se transforma en una adolescente con el consiguiente cambio en las relaciones con los demás: la adolescente experimenta tanto la aparición de las reglas, el crecimiento mamario y la percepción de “otro tipo de miradas hacia ella”. La adolescente anoréxica percibe la mirada de los adolescentes masculinos como algo persecutorio, más que algo agradable desde el punto de vista narcisístico.

Como refiere M. SILVINI, la adolescente se encuentra expuesta a miradas lúbricas, sujeta a una menstruación que indica su destino a ser penetrada durante el acto sexual, invadida por el feto y succionada por el hijo. De aquí que, para esta investigadora, exista esa facilidad para experimentar estos cambios como algo persecutorio y no deseado.

2.15.2 LA INDETERMINACIÓN.

En la adolescente existe una insuficiente diferenciación de las emociones y de las sensaciones sexuales. Esta indeterminación no es debida solo a un defecto del aprendizaje, sino más bien a ciertas particularidades de la sexualidad femenina, las cuales no se reconocen inicialmente. Entre ellas podemos mencionar la indistinción entre las sensaciones vaginales y anales, dando lugar al fantasma femenino de penetración y receptividad (BRUSSET, 1998). A esta indeterminación contribuyen las cada vez más precoces experiencias sexuales en las que la implicación de la adolescente es mínima o no existe. Esto

contribuye a que no se produzca la introyección pulsional en el yo a través de la experiencia vaginal del orgasmo.

Justamente estos planteamientos han dado lugar a que LAUFER (1984)², sitúe el núcleo psicopatológico de la anorexia nerviosa en el contexto más amplio de la problemática de la relación del adolescente con su cuerpo y en la reactivación del conflicto de Edipo que conllevan las rápidas transformaciones de la pubertad. Para este autor, la relación del adolescente con su cuerpo es un elemento muy significativo de ruptura del desarrollo en el momento en donde se produce el acceso a la genitalidad, lo que conlleva a modificación en la relación con el otro y consigo mismo. La maduración que se produce en los órganos genitales durante la pubertad, puede vivirse como una forma de mutilación del cuerpo idealizado de la infancia y de la relación objetual parental. Esta ruptura puede llevar a una relación falsa consigo misma como individuo sexuado, a la renuncia del deseo, a una incapacidad para superar la sexualidad infantil y a una relación pasiva con la figura parental del mismo sexo. Desde esta postura teórica, la anorexia nerviosa representaría la imagen actualizada de la traumática sexualidad genitalizada puertearía en todos aquellos aspectos que se relacionen con una posible amenaza narcisística. Se vuelve imposible la diferenciación e integración de la genitalidad y la pregenitalidad.

La restricción alimentaria tendría una función defensiva y sustitutiva. Según nos refiere BRUSSET el hecho de que el conflicto se centre sobre el propio cuerpo aparece, finalmente, vinculado a la especificidad de la pubertad femenina, pero en función de una prehistoria infantil que la adolescencia revela y transforma. No se trataría tanto de un conflicto con la corporalidad en cuanto tal, como de su dimensión genital de la sexualidad con lo que ella conlleva, de superación de la oralidad y de la analidad. La reactivación del complejo de Edipo en la adolescencia suscita la activación profundamente regresiva de las pulsiones actualizadas en las relaciones con los padres.

Los cambios que deben producirse en la adolescencia no pueden realizarse en “una hija modelo” que se encuentra en una gran incertidumbre frente a sus deseos amorosos, relacionales o profesionales. En la psicobiografía de las pacientes anoréxicas no es difícil encontrarnos con amnesias, negaciones, clivajes evocadores de la organización de un falso yo (“faux self”): un yo

adaptado a los deseos del otro en la evitación de conflictos. Como nos dice Brusset, no es difícil escuchar en nuestras pacientes con trastornos alimentarios *“Siempre he hecho aquello que se esperaba de mí y ahora no sé quién soy ni qué quiero”*.

2.15.3 LA FAMILIA

En la anorexia nerviosa se origina una relación respecto a las figuras parentales cargadas de gran agresividad: al mismo tiempo que se establece una puesta en entredicho y de venganza hacia la autoridad parental, se solicita de ellos una dependencia profundamente regresiva que ni es admitida ni se soporta psicológicamente.

Se ha descrito un tipo de familia en donde sus miembros se cuidan de presentarse como una familia unida y sin problemas, pero en la que existen importantes mecanismos de negación de los conflictos, negación de las diferencias y límites poco netos entre los distintos miembros. En las pacientes hay que delimitar claramente cuál es su rol dentro de la familia, sus investimentos pulsionales, su utilización defensiva, la interpretación de sus mensajes conscientes e inconscientes y en qué medida la paciente es prisionera de una problemática no totalmente suya.

Igualmente, en las relaciones familiares nos encontramos con frecuencia con una relación doble vinculante, de una parte el mensaje paradójico de la paciente de negar justamente aquello que demanda. Situación que explicaría las frecuentes reacciones violentas, sus contradicciones y, al mismo tiempo, la necesidad de ser ayudada: la paciente, bajo la presencia de mecanismos de negación establece unos vínculos claros de dependencia. El prototipo de paciente con anorexia sería la chica modelo, con una gran autonomía anterior al problema alimentario y que, secundariamente, desarrolla una gran dependencia respecto a las figuras parentales.

En la búsqueda de patrones evolutivos que expliquen la presentación de la anorexia se han propuesto cuatro dimensiones:

1. Déficit en el aprendizaje de las necesidades corporales y de los propios deseos.

Suelen ser imputables a la madre. Se daría en aquellas situaciones en donde la madre reacciona alimentado al bebe, no importa qué necesidad concreta. Esta inadaptación de los cuidados y respuestas de la madre estarían en la base del falso yo.

2. Las exigencias sociales y educativas.

Contempla dos aspectos importantes: la represión de las manifestaciones de la agresividad y de la sexualidad, la represión del autoerotismo y de la autonomía precoz.

Y en segundo lugar, el investimento narcisístico del rendimiento académico sobre todo, que termina por alienar a la hija.

3. La profunda ambivalencia y la encrucijada narcisística de las relaciones madre - hija.

Como nos refiere Brusset podemos detectarlas a través de la “doble cara”, la replicación, la dependencia regresiva recíproca confesada o negada, la delegación de un conflicto intrageneracional o transgeneracional que no se ha resuelto. La paciente se siente aceptada y querida en la medida que corresponde estrechamente a lo que se le solicita o cree que se le pide por parte de sus padres. Estos pueden dar lugar a una fijación narcisística, a un yo ideal de perfección y de un sentimiento de ser todopoderosa: *“siento el desconsuelo de no ser la genio que mis padres creen que soy”*. En esta lucha permanente por conseguir diferenciar el sentimiento de lo propio respecto del impuesto por la madre, aparecen una serie de mecanismos de defensa tales como la negación, las interpretaciones violentas, la indisponibilidad libidinal, la homosexualidad suscitando defensas de puesta a distancia. Aunque lo más determinante sería la ausencia del papel estructurante y de encuentro de un espacio psíquico propio y sentimiento de identidad de sí misma. Justamente la falta de introyección de las funciones tranquilizadoras, protectoras y

contenedoras de la madre impide la continuidad del yo y el sentimiento de pertenencia. Fallaría el necesario yo auxiliar que debe representar la madre durante el desarrollo psicoafectivo de la hija.

El ideal del yo megalomanía y asexuado de la paciente anoréxica aparece vinculado al fallo de la estructuración del superyó y del ideal del yo postedipiano en la identificación normal a la madre como modelo femenino. Este aspecto implica, igualmente, considerar el rol del padre.

4. Los fallos de la función de padre según la personalidad de éste.

Conjuntamente con la personalidad del padre hay que considerar el lugar que ocupa en la familia, la morfología y la dinámica tanto de la pareja como del grupo familiar. No es difícil encontrar a un padre excluido, ausente, descalificado, destruido, designado o vivido como incestuoso, vulgar, perverso, e incluso, maternizado, como si fuera un doble de la madre, contrariamente, a como diría LACAN, un representante de la ley y referente constitutivo para su hija. Esta ausencia del padre deja a la hija en una situación de dependencia y una situación de indiferenciación parcial a la madre que la intensidad de las actitudes ambivalentes, debido a las pulsiones, impiden la elaboración que conlleva el segundo proceso de separación – individuación que representa la adolescencia. De esta situación derivan los mecanismos de negación grupal de los conflictos conjuntamente con una complicidad entre la hija y la madre para descalificar al padre en sus funciones comunicacionales y paternal. A veces, no es raro encontrar la descalificación del padre por oposición al intrusismo de la figura de un abuelo materno idealizado.

2.15.4 ROL DEL DESARROLLO AFECTIVO Y PULSIONAL FEMENINO.

Desde el punto de vista psicopatológico, la anorexia nerviosa, inicialmente, fue considerada como una manifestación histérica. Sin embargo hoy se admite que la anorexia nerviosa restrictiva sería una manifestación antihistérica.

Encontramos un defecto permanente de la estructuración del Edipo, de las identificaciones y de los deseos. El acceso a la sexualidad genital es imposible apareciendo una contra – identificación a la figura materna con perturbaciones en la relación debido al fuerte y ambivalente vínculo que se establece entre ellas.

Contrariamente a lo que sucede en el hombre, la sexualidad femenina implica al interior del cuerpo, la relación entre la interioridad y lo exterior, el continente y el contenido, aspectos que se evidencian en el conflicto de las vivencias entre la actividad – pasividad y la dominación – sumisión. Estos aspectos se encuentran íntimamente relacionados con la analidad y la oralidad.

Otro aspecto muy importante en la sexualidad genital femenina son los cambios en la relación de objeto que se establecen durante el desarrollo. En la mujer el gran cambio en la relación de objeto durante el desarrollo libidinal se produce durante el Edipo, se pasa de la figura materna a la paterna, dando lugar al conocido complejo de castración, aunque la problemática real de la castración no es tanto la envidia del pene como el miedo a perder el amor de la correspondiente figura parental.

El cambio de vínculo objetal conlleva un proceso de duelo, de pérdida. Pero al mismo tiempo se mantiene un vínculo muy fuerte derivado de la identificación primaria a la madre. Esta situación requiere, para ser superada, la necesidad de que la madre aparezca como “mala”, requisito para poder mantener una imagen aceptable de sí misma. En la anorexia esta superación de la madre no se produce *cayendo la sombra del objeto (madre) sobre el cuerpo*.

2.15.5 EL CUERPO REHEN DE SÍ MISMO

La ambigüedad de las relaciones entre un adolescente y su madre. Reproches apenas velados por haber sido traído al mundo, pero también, el dolor que comparten. Rebelión contra el peso de una existencia penible, dándole al poema un contenido melancólico, agresivo. Revela, más allá de la tristeza, la permanencia de la esperanza: la danza de las “a y de las “i “, la trascendencia del dolor. La dificultad de la joven anoréxica mental para vivir, empujada a su

praxismo, es la dificultad de pasar de la adolescencia a la adultez. Rehusándose a actualizar las potencialidades inscritas en el Dasein, la anoréxica suspende su deseo y confirma el tiempo de la anorexia, en la sala de espera de la vida, esto conforme a la etimología de la palabra anorexia, que no sugiere una ausencia de hambre sino una suspensión del deseo.

De esta forma la anorexia mental se presenta de la misma manera que otros síndromes tales como la histeria, la potomimia, la automutilación, como una forma particular de utilización neurótica del Cuerpo. En el sujeto normalmente neurótico, el cuerpo y el yo no forman sino uno.

El cuerpo, soporte de la existencia, es un medio de expresión y de seducción, herramienta de toma e influencia sobre el mundo y sobre los otros (Flores, Pfeiffer, 1994).

Gracias al Cuerpo, el yo totalitario puede satisfacer su deseo de conquista. No puedo arriesgarme a la mirada del otro, no puedo arriesgarme al juego del amor, del ayer, si no he tomado primero apoyo en mi Cuerpo.

En el hipocondriaco o el histérico, el cuerpo se convirtió en un medio de expresión y de presión para varios fantasmas de seducción irrisoria, de agresión o de regresión. En el anoréxico mental, encontramos esta utilización patológica del cuerpo pero aquí, el proceso se hace fuera del tiempo y fuera del mundo.

Ahí en donde el hipocondríaco y el histérico viven en el proyecto y se sabe que ellos lo viven y de manera apasionada en la anoréxica, todo proyecto está en suspenso. Ella vive en las fronteras del mundo “maldita sea para siempre la noche aquella en que nací...” En su diario Ellen escribe “Para que todo esto, si no es solamente para encontrar el olvido en el fin de la tierra por un corto lapso de tiempo” (Brinswanger, 1945). Así mismo un paciente me dijo “Yo no tomo mi

vida en serio". ¿Por qué esta rebelión, esta lucha contra el cuerpo, por qué tal suspensión del tiempo vivido, del tiempo de la vida?.

Este texto se basa en un análisis fenomenológico de 17 casos de anorexia mental (11 jóvenes entre los 14 y los 27 años, un hombre de 36 años, 5 mujeres casadas) estudiados con el método descrito por Briswanger (1970,1971) Kuhn (1963) y Boss (1954,1971,1975).

Ocho pacientes llevaron a cabo una terapia, los otros pacientes fueron examinados dentro del cuadro de una consulta, varios evolucionaron de manera favorable, otros se volvieron crónicos, dos pacientes conocieron un fin trágico y se suicidaron.

Por otro parte, algunos testimonios vienen de otros pacientes tratados por la señora M .Van Den Bosch Agradezco fuertemente a mis colegas, amigos que me aportaron reflexiones muy valiosas: los señores M. Van Den Bosch, G. Flipot y E. Tilmans, los doctores J. A. Serrano y A. Rociandts. Quisiera también agradecer mucho a la traductora, la señora Lozano.

2.15.6 Fases de evolución en la Anorexia.

Sabemos que en la primera fase, la **fase prodrómica**, la anorexia se desencadena por factores superficiales y anodinos, coquetería, burla de los compañeros de clase, escaramuzas con la madre.

Más tarde en la **fase de estado**, el bloqueo del impulso vital traiciona una alteración de la estructura del estar en el mundo.

Finalmente en una **tercera fase**, la evolución es variable: cura, paso a la cronicidad, complicaciones somáticas, evolución hacia un estado psicótico, fase depresiva pudiendo terminarse en suicidio.

2.15.7 Vía de entrada y temas existenciales.

1. Conocemos el **tema antagonista**, que corresponde a la forma más difundida. Por motivos variables de un caso a otro, la jovencita y su madre comenzaron una lucha encarnada. Ya Lasegue notaba que la insistencia de una no hace sino reforzar la resistencia de la otra. Para Jonckheere una de sus pacientes inició una terapia familiar, su madre declaró de entrada “yo sé bien que esta enfermedad es un asunto entre ella y yo”, la forma antagonista se desarrolla esencialmente sobre el plano espacial. Los padres de anoréxicos le dejan poco espacio a sus hijos y esto, tanto en un sentido propio como en uno figurado.

Sería un error mantener a los padres como responsables: esto sería olvidar que estos propósitos no hacen sino reflejar su propio dolor y que el proceso es, en buena parte, inconsciente “*me dijo en su dolor...*”.

Herman Lang (1986) sugiere que el antagonismo madre- hija remonta a los primeros años de vida de la niña. Ser alimentada, succionar el seno de su madre, representa al principio un modo de relación natural, en este caso, alimenticio. Pero la niña muy rápidamente vive esta situación a otro nivel, ser alimentada es también ser deseada y reconocida, es ser recibida dentro de una red de comunicación, es hacer su entrada en la comunidad. La alimentación es entonces el paso del ser alimentado al ser deseado, de la naturaleza a la cultura o es más, haciendo referencia al aforismo de Heráclito: del mundo privado al mundo común.

Entendemos que el fracaso de esta primera relación amenaza más tarde a la niña con desviar otras relaciones sobre el modo del amor. Dasein et Mitsein estar ahí es estar con, la posibilidad original de estar con alguien se encuentra gravemente comprometida; será llevada a buscar otras formas de relación con el mundo, refugiándose en un ideal de grandeza “pretencioso” o en una vida ascética.

2. Un segundo tema muy difundido es la **rebelión feminista**, a menudo se ha subrayado que la niña anoréxica no acepta la sexualidad, ni la feminidad, ni la maternidad. Interpretación que evoca la tesis freudiana de la histeria: la joven histérica sufre de celo fálico. De esta forma, al inicio, la anorexia de Ellen West estaba animada por el deseo imperioso de ser un niño. Su lema era *aut Cesar, aut nihil* (o cesar, o no ser nada). Además, tanto en la anorexia mental como en la histeria constatamos en un nivel más esencial, que lo que es un juego en algunas pacientes es la base misma del ser mujer en el mundo. ¿Esto qué quiere decir? la diferencia anatómica, la sumisión sexual, las cartas de la maternidad son vividas como tantos otros signos de desigualdad y estos signos confrontan, además, a una desigualdad más profunda por la cual la mujer se siente marcada, en su carne, por la ley de la conservación de la especie.

Paul Eluard escribió: “solo por completa ausencia es que tengo sentidos” más que el hombre, la mujer siente que el individuo está destinado a la desaparición como sujeto. Ella está atada, bastante más que él, a esta ley biológica. Ella carga tanto en el sentido propio como en el figurado, el peso más pesado. Ella es sensible más pronto que él a la *venganglichkeit*, a la fugacidad de las cosas: “*el tiempo que viven las rosas, el espacio de una mañana*”.

En esta perspectiva, la anorexia mental como también la histeria, aparece, en esos pacientes como una forma particular de *verfall*, de caída y de rechazo frente a la existencia vivida como fugaz e injusta. No solamente como lo había indicado Freud, en razón de la ausencia del pene o del ser incompleto en el sentido de Israel (1980), pero además a nivel de la desigualdad entre los sexos tal como se desprende desde la filosofía de la naturaleza, desde Aristóteles hasta Buytendyk (1958).

En fin, es sobre todo bajo la forma feminista que se revela la sed de poder de tanta anoréxica: en el límite, es más bien arriesgar la muerte tomando el cuerpo como rehén, que vivir el *mitsein* bajo el sello de la desigualdad.

3. Una tercera vía de entrada corresponde a una ***mira de sacrificio***. Las investigaciones sistémicas y las terapias familiares han mostrado como la jovencita llega, como ingenua, a sacrificar su cuerpo sobre el altar del *hybris* del orgullo paterno o, como lo han dicho a menudo, sobre el de la reconciliación familiar. Correctamente, a menudo se constata que las reuniones familiares llevan a uno de los padres a iniciar una terapia individual. U otras decisiones significativas como la de aquel padre que al inicio y por razones de sordera, no participaba en las sesiones, y decidió después de algunas sesiones adquirir un aparato auditivo. Toda toma de rehén tiene un sentido, toda joven anoréxica defiende una causa, puede ser la de uno de sus padres, la causa de un hermano o de una hermana, el derecho a la diferencia, la causa de la mujer. Es en razón de esta parte de sacrificio que ellas son tan a menudo emotivas: los límites entre la víctima, la heroína y la santa, son borrosos.

4. Insistamos sobre una forma menos conocida: la anorexia organizándose alrededor de una ***estructura ascética*** del ser en el mundo. Esta se descubre en los discursos patéticos, a veces ingenuos pero auténticos por los cuales la niña rechaza toda comida que simboliza ante sus ojos el espíritu materialista, la carnada de la ganancia, la sociedad de consumo. Al mismo tiempo, ella indica que la riqueza y la obesidad de sus padres la hacen vomitar.

Una de mis pacientes, Isabel, estaba enteramente dominada por ese tema de la humildad, del ascetismo. Su padre, alto magistrado, exigía de cada uno de sus siete hijos dos diplomas universitarios. Los cuatro primeros se plegaron a sus exigencias, los dos siguientes presentaron un episodio psicótico. La última, una fase anoréxica. En otro paciente era difícil distinguir la anorexia del ideal religioso: se trataba de un rabino que se oponía a toda tentativa terapéutica, supuestos del tipo *ik moet allen leven voor god* (no

puedo vivir sino para Dios) su esposa, angloparlante, alegaba que a él no le gustaba sentirse lleno: “para enseñar el tora, hay que estar liviano y vacío”.

La anoréxica está dividida entre el mundo terrestre y el mundo etéreo. Si la alimentación, el hecho de engordar y la corporalidad en sí misma son el objeto de una preocupación tan obsesiva, es porque el cuerpo es sentido como un obstáculo repugnante e insuperable con la esperanza de alcanzar el mundo etéreo (Binszanger, 1954, 1958).

Obsesión que hace recordar la de Grecia antigua: en Fedra, Platón escribía puros nosotros mismos y exentos de los estigmas de ese peso que llevamos sobre nosotros, que llamamos Corp y en donde somos prisioneros como la “perla en su concha “. La anoréxica y la beatificada están dispuestas a sacrificar su Cuerpo. La vida está simbolizada por el vuelo en un mundo etéreo, por encima de la tierra, lejos de los compromisos de los hombres.

5. La **forma existencial**. Lo que provoca la rebelión no es solamente el ser mujer en el mundo, ni el estar ligado a la facticidad, que es el objeto de la repulsión, es la existencia misma, el abandono (el ser tirado en el sentido de la *Gaworfenheit* que provoca la rebelión).

La jovencita anoréxica vive en su carne el tema universal que se encuentra en Sófocles de la ambivalencia frente al ser tirado, ambivalencia mezclada de impotencia y de esperanza frente a la madre que suscita a la vez rebelión y admiración secreta.

6. La **forma perversa**. Con frecuencia la anorexia mental consta de esta dimensión que ha sido analizada de manera notable por la señora Craboe (1985). Inspirándose de un texto de Piera Aulagnier, esta autora interpreta la anorexia como una estrategia perversa frente a la dialéctica del deseo y de la ley impotente para superar la angustia de castración, el sujeto perverso niega la diferencia de sexos; de la misma manera la jovencita anoréxica tiene su cuerpo atado y asexuado pero esto no es suficiente para

calmar su angustia. Ella pone entonces en obra un escenario sadomasoquista infringiéndose los sufrimientos de la humillación y del hambre, de esta manera su cuerpo se guardará débil, feo y frágil.

7. Un elemento ostentatorio interviene en algunos anoréxicos. Dentro de esta **forma paródica**, la ironía macabra con la cual el paciente exhibe su cuerpo descarnado, evoca los esqueletos del pintor belga James Ensor. No más que en las formas procedentes, no podemos hablar de una real atracción por la muerte. Pero si nos referimos a la interpretación Peideggeriana del ser para la muerte, constatamos que la muerte está despojada de su carácter de señal y de arbotante para la vida. Ahora bien, evacuar la muerte, convertirla en objeto de escenario, no reconocerla como mía e inaccesible, es igualmente, tomar mi vida por escarnio con corolario de oponer un rechazo radical a toda forma de asistencia.

8. El **tema conjuratorio**, en algunas mujeres jóvenes juguetonas, lúdicas o coquetas, constatamos que la anorexia se deriva, en parte, de una conjuración de la Verganglichkeit, de la fugacidad del tiempo. Ellen West temía envejecer, volverse fea y sentir debilitarse su espíritu. Así mismo, una de las pacientes se da cuenta, al término de un largo análisis, que para ella alimentarse significa envejecer. En efecto, la alimentación evocaba, no tanto las formas femeninas o maternas, pero más bien el mantenerlo, el perdurarlo, el envejecerlo y entonces también la muerte. De esta manera, este tema realiza el colmo de la paradoja: el alimento elemento de vida se convirtió en signo de muerte. Comprendemos que un malentendido tan radical puede llevar a ciertos pacientes a rechazar toda exploración psicoterapéutica. Esta dificultad nos recuerda las dificultades que se encuentran con el sujeto psicótico: en este toda tentativa de aproximación y hasta un gesto de amor son considerados al contrario, como un signo de odio o de agresión, en esta, alimentarse es morir.

9. Finalmente, algunas anoréxicas mentales se reducen a una forma particular de **neurosis de abandono**. En efecto, hay que acordarse de que la neurosis o la psicopatía de abandono puede conducir a cuadros clínicos

muy variados tales como: estados depresivos, distimia, bulimia afectiva, conductas psicopáticas, alcoholismo y precisamente anorexia.

2.15.8 La anorexia no es en sí una tentativa de suicidio.

Frecuentemente se ha afirmado que la anorexia constituye una lenta tentativa de suicidio. Esta interpretación solo es cierta en la fase suicidaria. Afirmar fuera de esta fase que la paciente “desea morir lentamente” es una interpretación prematura de la que las consecuencias pueden ser nefastas. En efecto, muchas pacientes flirtean con la muerte durante años, mucho antes de conocer una fase realmente suicidaria. Antes de esta, la anoréxica no desea la muerte, ella rechaza la vida. Lejos de una atracción por la muerte, su actitud traiciona su vacilación frente a esta etapa de la vida, ella no deseaba morir: ella no se arriesgaba a vivir.

2.15.9 Las fases suicidarias

Sabemos que la anorexia puede evolucionar hacia una fase suicidaria. La descripción esbozada anteriormente ya no es válida y debe reformularse. Ya no hay suspensión sino detención del tiempo vivido. La muerte ya no es elegida: es esperada, deseada, evocada activamente.

Toda tentativa de suicidio es sobre – determinada: consta siempre de un estado depresivo, un sentimiento de culpabilidad, dudas de venganza. En algunos casos se suman un colorido romántico, ver aspiraciones místicas. Ellen West siempre se siente como “una cáscara vacía, abandonada, astillada, inútil “. Piensa encontrar en la muerte ese renacimiento, esa vida nueva en que soñaba al inicio de su enfermedad cuando le pedí al creador: “Perdóname, créame, para hacerme mejor de lo que soy ahora”.

El peligro es grande frente a este tipo de situación, frecuente en nuestra época apuntando a psiquiatría, ver en las patologías el proyecto suicidarlo. Ahora bien, fenomenológicamente el suicidio surge fuera de toda biología, fuera de toda lógica de vida: el suicidio se inscribe dentro de una patología, dentro de una lógica de sufrimiento y sabemos que no hay sufrimiento más grande que aquel que es callado, o negado por el sujeto.

Como todo síntoma, el suicidio es una palabra que no pudo ser dicha – o que no fue escuchada. En este estado de la enfermedad, el terapeuta deberá entonces aumentar su disponibilidad y deberá preverse a veces una hospitalización.

2.15.10 El “Eidos” de la anorexia mental: Un intento de formulación.

Muchos autores se esfuerzan por definir la estructura de la anorexia mental o de asignarle un cuadro nosográfico preciso. Estos intentos no son siempre convincentes; se enfrentan a la diversidad del cuadro clínico y de las problemáticas obsesionales, histéricas, depresivas o perversas que lo sostienen. Me parece preferible renunciar a la hipótesis con el fin de focalizar nuestra atención sobre el núcleo común – o en el sentido de Husserl – el eidos de la anorexia mental.

A la luz de las observaciones anteriormente citadas, el eidos me apareció, en una primera aproximación, como la suspensión ansiosa y obstinada del proyecto existencial. Esos pacientes se sujetan ansiosamente, implacablemente, al linde del mundo en un lugar indeterminado, apareciendo a veces como la sala de espera de la vida, a veces como la antesala de la muerte.

La obra maestra de Heidegger – Ser y Tiempo nos ofrece dentro de esta perspectiva un notable cuadro conceptual. Para el autor de *Sein und Zeit*, el *Dasein* es compartido sin cesar entre la tarea y la huida, es convocado, por una

parte, a una doble tarea: la preocupación y el amor (la preocupación, es decir la reflexión, el testimonio del ser y el amor, el compartir, el compromiso con la alteridad). Pero con frecuencia, el hombre es más tentado por el Variall, el escape en el “nosotros”, la sabiduría y el quehacer cotidiano. Más allá de estas sollicitaciones, la existencia está subtenida por el Entechiossenheit, el espíritu de resolución se trata, lo debemos de la tensión, de la determinación que entra en el impulso de la existencia sobre el eje que une el sujeto desde su nacimiento hasta su muerte. Gracias a esta resolución es que el Dasein no está separado del mundo. Heidegger precisa: gracias a ella es que el sujeto no se “reduce a un yo flotante en el aire”. Es esta resolución que precisamente vuelve el Dasein libre de la preocupación, del mundo y del otro.

Ahora bien, en el anoréxico esta estructura fundamental del Dasein está desarticulada. Toda veleidad de escape en la cotidianidad no es reconocida con energía y no hay ventaja de inversión ni en la preocupación, ni en la alteridad: si bien es cierto que varios pacientes desarrollan – con frenesí algunas actividades de naturaleza intelectual, artística o carismática, este comportamiento suscita menos la adhesión que un profundo malestar: la paciente, haciéndolo, no da la impresión de desarrollarse, sino de consumirse; sus esfuerzos, por ardientes que sean aparecen como irrisorios y estériles. Algunos autores presentan Antígona o Simone Weil como ejemplos de anorexia mental. Ciertamente, una tal aproximación tiene mucho interés desde el punto de vista didáctico, pero constituye, desde el punto de vista fenomenológico, un contra – sentidos: se corre el riesgo de confundir patología y heroísmo, síntoma y santidad.

Mirando con cierta distancia, la elección de la palabra anorexia es testimonio de una notable intuición, tiene una mirada ausente, no ve más las cosas de este mundo con la tensión, la avidez, el deseo de los sujetos sanos. Y esta anorexia no es nada pasiva: es de una manera deliberada, ansiosa y con saña, que ella se deshace de las tareas y de las posibilidades inscritas en el Dasein.

Este análisis invita a repensar la naturaleza del deseo haciendo una distinción entre su ausencia y sus aspectos, digamos, funcionales. El deseo se caracteriza además, desde el punto de vista funcional, en que está en tensión hacia un objeto. Una de las tareas del sujeto consiste en constituirse en un sujeto deseoso y en descubrir, elegir, investir los objetos que se le ofrecen. Pero desear, estar en tensión, estar atormentado por un sentimiento de avidez y de falta. Yo propongo para señalar esta diferencia distinguir entre decir y desirerence, cercano a la distinción en español **entre querer y desear**, en alemán, entre lieben y magen.

Poetas y romanceros, textos místicos y sagrados nos indican que amar es amar, es querer amar: todos los grandes textos sobre el amor cantan el gozo de la posesión del objeto y el gozo de amar. Es así que Freud cita al apóstol Pablo exclamando: “Sin amor no soy nadie”.

Un testimonio reciente, el de Dominique Lesuisse (1992) acerca del suicidio de una joven anoréxica, es particularmente evocador a este sujeto: “Poco antes ella me había evocado la angustia aterradora que la sobrecogía con la idea de tener un deseo autónomo. Ella siempre había vivido por poder...”

¿Tenía ella algún deseo? “Yo me sentía impotente frente a ese cuerpo de adulto que venía a hablarme, mientras lo que descubría detrás de ese esqueleto viviente, era un niño aterrorizado..... Deseo que no había nacido aún, que no será jamás”.

Si volvemos a la diferencia entre querer y desear, entre lieben y mogen, entre desir y desirerence, ustedes constatarán que esta distinción podría aclarar de un día nuevo el campo complejo de la psico – patología. En efecto, por una parte observamos diversas afecciones que surgen de una patología del deseo mientras el sujeto sano, el normópata, según la palabra de Jean Cury se hace a encantos discretos de la represión neurótica ordinaria, los pacientes

históricos, obsesionales o perversos se ven obligados a recurrir a estratagemas, a estrategias para diferir, evitar o pervertir su deseo.

El histérico trata el objeto con desprecio “lo amé demasiado para no detestarlo”. El obsesivo evita el objeto invirtiendo en un ritual complicado, frío y aséptico. El perverso elude el objeto acudiendo al engaño, al fetiche, ver el paisaje del acto pedofílico o sadomasoquista. Todas estas conductas están ligadas, lo sabemos, a las vicisitudes edípicas y notablemente a una agobiadora angustia de castración.

Existe por otra parte una patología del desear, la psicosis, la melancolía y precisamente la anorexia revela un trastorno más fenomenológico. El sujeto psicótico no puede desear porque no pudo constituirse en sujeto deseado, no teniendo una clara concepción de su cuerpo, de su sexo, de su identidad; el melancólico no puede desear más porque vive un tiempo desarticulado; el ya no vive en el impulso, ya no está fascinado, pero aplastado por el futuro. En la jovencita anoréxica todo proyecto está comprometido, porque, o bien su deseo está suspendido, o bien ella no desea todavía.

A esta altura de nuestro análisis, podemos adelantar que el eidos de la anorexia mental, es la suspensión del desear o, en términos neideggerianos, la parálisis del enteschlossenheit suspensión o parálisis, que tiene además como característica, por una parte, el ser voluntaria al punto de evocar en las formas graves, una especie de automutilación existencial, conocemos los medios utilizados para efectuar esta automutilación: la mano puesta sobre el cuerpo se manifiesta, por ejemplo, por diversas medidas tendiendo ya sea a reducir los aportes calóricos, ya sea a desocupar cada vez más su cuerpo de su propia substancia, por medio de los vómitos o por medio del abuso de diuréticos o laxantes.

Más allá de las diferencias temáticas estudiadas más arriba, quisiera insistir sobre ese núcleo común: el encarnizamiento de los pacientes a vivir bajo condición de suspenso, guardando su cuerpo confinado dentro de un espacio irrisorio.

Asistimos entonces a una lucha empeñada perseguida: ya sea contra la ambición del padre, ya sea contra la ambición de la madre o incluso, contra el deseo del terapeuta: tantas presiones y fuerzas sentidas como el efecto de una violencia exterior.

Pero ¿por qué mantener una lucha tal con el riesgo de perder la vida?

Porque en los casos graves, es precisamente la vida la que está en cuestión. Más allá de la rivalidad maternal, del Edipo, del poder fálico o de la problemática perversa, lo que es juego, en esos casos extremos, es el ser arrojado vivido como violencia: violencia porque se impone a un sujeto que hubo deseado ser el único que domina su destino, un sujeto que además, en la forma ascética hubo deseado liberarse del cuerpo para no ser sino pura trascendencia.

De ahí la toma como rehén incapaz de sustraerse a la doble violencia, la violencia de los otros y de la existencia, la paciente toma su cuerpo como rehén para oponerse a esta vida de la que ella no quiere hacer su historia.

Pero, afortunadamente la situación no es siempre tan dramática. El furor no es siempre tan vivo; la toma de rehén puede simplemente apuntar a obtener que la madre sea un poco menos intrusiva, que uno de los padres deje de beber o que inicie el mismo una terapia.

La joven paciente, que yo llamé Isabel, de quien los padres eran muy exigentes y autoritarios al punto de exigirle a cada hijo obtener dos diplomas universitarios, me preguntaba en su primera consulta, **poder “faltar al**

colegio”, ella quería cesar algunas semanas donde una tía en las Ardenas para pasearse con su perro...

Yo negocié este favor con la madre explicándole que la niña tenía el sentimiento de perder, de sofocar. Era un riesgo dejar ir a las Ardenas a esta jovencita, muy delgada, y ciertamente no era la manera más clásica de iniciar una terapia diciéndole a la paciente que podía irse, pero las cosas sucedieron más o menos bien. Inaugurada con una intervención permisiva y desdramatizante, la terapia se desarrolló de entrada de manera favorable, y con la distancia.

2.16 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Al mirar la anorexia y el efecto de la enfermedad, es importante entender los efectos psicológicos. Estos también pueden ser muy graves, y deben abordarse para que la recuperación se produzca.

Las personas con anorexia a menudo están deprimidas. Puede ser un "qué fue primero, la gallina o el huevo" ese tipo de cosas. ¿Desarrollan anorexia ya que estaban deprimidos, o que, se deprimen porque son anoréxicas?. Probablemente un poco de ambas. La depresión por lo general va a empeorar a medida que avanza la enfermedad, sin embargo. La ansiedad también puede provocarla.

Las personas con anorexia también tienen una baja autoestima. Experimentan sentimientos de no valer nada (que es también un síntoma de la depresión).

Con frecuencia se desarrollan otros comportamientos auto-destructivos, como la auto-mutilación. Se puede cortar o quemar o no producirse daño a sí mismos como una manera de hacer frente a emociones dolorosas. Para la gente que se auto-mutila, el tratamiento es con profesionales experimentados, el tratamiento de esta cuestión es primordial. No todo el mundo entiende la auto-mutilación, y un proveedor profesional sin experiencia de tratamiento podría terminar haciendo más daño que bien.

Las personas con anorexia suelen retirarse de situaciones sociales, en particular de los alimentos que implican. Dificultades en las relaciones pueden desarrollarse y la falta de un sistema de apoyo a menudo se desarrolla debido a este comportamiento. La anoréxica es a menudo reservada sobre la cantidad de comida que comen y pueden llegar a ser molesta o estar enojada cuando la gente expresa su preocupación por la ingesta de alimentos o el peso.

2.16.1 ALTERACIONES COGNITIVAS

La enfermedad comienza a manifestarse con las cogniciones distorsionadas que ocupa la mente de la anoréxica y que se refieren principalmente a la comida, al peso y al aspecto corporal. Garner y Bemis (1982) sistematizan las irregularidades del pensamiento de la anoréxica en cuanto a la comida, una vez instaurado el trastorno. Así, han puesto de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: “Abstracciones Selectivas”, “Generalizaciones Excesivas”, “Magnificaciones de posibles consecuencias negativas”, “Pensamiento Dicotómico” (todo o nada) “Ideas de autorreferencia” y “Pensamiento Supersticioso”.

Saggin (1993) añade otra clasificación de distorsiones cognitivas en cuanto a la comida: “Inferencia Arbitraria”, “Pensamiento Dicotómico”, “Uso Selectivo de la Información”, “Hipergeneralización y Magnificación de lo Negativo”.

Estas cogniciones facilitan la precipitación del cuadro: concretamente, la decisión inicial de la práctica de una dieta restrictiva. Pero a lo largo del proceso anoréxico, sin duda constituyen un poderoso factor de mantenimiento, resistente a la crítica racional. Se trata de cogniciones sumamente desadaptativas, que encierran en sí mismas un notable potencial ansiógeno, generando al mismo tiempo importante conflictividad entre la anoréxica y las personas de su entorno familiar.

En cuanto al peso y la figura, muchas de las cogniciones que presentan quedan reflejadas en la clasificación de Cash (1987) en su descripción de los pensamientos automáticos más frecuentes que presentan las anoréxicas:

Belleza o fealdad: es un pensamiento dicotómico; no se aceptan aspectos parciales positivos por lo que se imponen regímenes terriblemente drásticos para aproximarse al ideal internalizado.

Ideal Irreal: se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable.

Los sentimientos de fealdad aparecen al compararse con los ideales que la cultura y la sociedad imponen en ese momento.

Comparación injusta: se asemeja a la anterior, sólo que se refiere a que la anoréxica se compara con personas de su entorno que considera que representan el ideal social; los sentimientos de insatisfacción se incrementan con la comparación injusta.

Observación Detallada: se observan únicamente y de forma muy detallada, sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia.

Mente ciega: pensamiento que minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva.

Fealdad Radiante: consiste en comenzar a criticar una parte del cuerpo y hacerlo extensivo a la totalidad corporal hasta destruir toda la figura.

Juego de la culpa: consistente en pensamientos que hacen posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño.

Mente que lee mal: pensamiento que interpreta algunas conductas de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal propio.

Desgracia reveladora: predicción calamitosa de acontecimientos futuros que sucederán por culpa de la apariencia física.

Belleza limitadora: consiste en poner condiciones a lo que se intenta realizar, lo que, en realidad, lo hace imposible.

Sentimiento de fealdad: convierte un sentimiento personal en una verdad universal.

Reflejo del malhumor: traspaso del malhumor o preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo.

Aunque estos pensamientos (los referidos a la comida, peso y figura) no son exclusivos de la anorexia nerviosa, la persistencia y credibilidad que se les atribuye puede considerarse etiológica y mantenedora. Las expectativas de obtener el reconocimiento de los demás pueden mover a realizar dietas drásticas. Las atribuciones de valor sobre sí mismas se hacen en función del peso y la figura. Las creencias irracionales se mantienen sin llevar a cabo ninguna verificación (Raich 1994).

2.16.2 ALTERACIONES DE LA AUTOIMAGEN CORPORAL

En el marco de los trastornos alimentarios, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física y su alteración, el desequilibrio o perturbación de ella (Thompson, 1990). Para este autor existen tres componentes en la construcción de la imagen corporal:

Un componente perceptivo: precisión con que se percibe o estima el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a una sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o a una subestimación (percepción de un tamaño corporal, inferior al real).

Un componente cognitivo-afectivo: sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo como objeto de percepción (insatisfacción, preocupación, ansiedad, etc.) Un componente conductual: consistente en conductas que la percepción del propio cuerpo y sentimientos asociados evocan.

La distorsión de la autoimagen corporal que se presenta en la anorexia nerviosa, según postulan diversos autores, y entre ellos Gardner y Moncrief (1986) radica no en lo que se percibe sino en cómo se interpreta lo que se percibe. En este sentido, no se trataría de una distorsión perceptiva, sino de

una interpretación idiosincrática de los datos sensoriales. No existe un déficit sensorial que dé lugar a una representación magnificada del cuerpo. Es probable que los criterios empleados por las anoréxicas para definir obesidad o delgadez sean atípicos, de manera que el normal peso sería interpretado como obesidad y sólo la emaciación como delgadez. Crisp y col., (1986) consideran que las mujeres con trastorno alimentario tienen tendencia a distorsionar las experiencias, utilizan patrones de interpretación sesgados, y tienden a maximizar los cambios y emplean criterios idiosincráticos para definir la obesidad y la delgadez. Esto las hace especialmente propensas a distorsiones en el plano perceptivo. Por otro lado, no existe un déficit sensorial que sea responsable de las alteraciones perceptivas de la imagen corporal. Esto excluye que la distorsión perceptiva exista previamente y conduzca a insatisfacción corporal. Según estas conclusiones es más plausible que la insatisfacción y preocupación por el propio cuerpo conduzcan a la distorsión perceptiva del mismo, que el proceso inverso. Toro (1987) y también Rosen (1990) defienden esta segunda opción. La preocupación ansiosa explicaría la relación entre insatisfacción corporal y distorsión perceptiva. Sostienen que cuando algo preocupa es atendido y observado con ansiedad, facilitándose la distorsión de lo percibido. La observación reiterada y ansiosa conduciría a distorsiones, dándose una retroalimentación positiva entre preocupación corporal y sobreestimación. Sería la insatisfacción corporal la variable que iniciaría la cadena causal: una preocupación e insatisfacción corporal previas fomentarían la distorsión del tamaño, lo cual, a su vez, incrementaría la insatisfacción corporal y la preocupación, que potenciarían la sobreestimación, creándose un círculo vicioso (Rosen, 1992).

Mora y Raich (1993) sostienen que la percepción corporal depende menos de los datos sensoriales y más de la participación de otro tipo de variables: estándares cognitivos asociados a cada sector corporal, experiencias interpersonales y feed-back social, presencia de un autoesquema imbuido por las preocupaciones del peso, grado de utilización de cada segmento corporal, nivel intelectual, sexo, práctica de determinados tipos de actividad física, variables etnoculturales, significado simbólico, prominencia experiencia, connotaciones psicológicas o valores adscritos a una región corporal determinada, variables clínicas y baja autoestima. En consecuencia, no son las

variables sensoriales las que conducen a insatisfacción corporal, desde un punto de vista secuencial, sino que es ésta última, en conjunción con otras variables, como las citadas, las que afectan a la percepción corporal, conduciendo a la distorsión.

2.16.3 ALTERACIONES INTEROCEPTIVAS

La anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones corporales no fueran percibidos o lo fueran de forma anómala. La falta de respuesta al frío experimental, la aparente inagotable resistencia a la fatiga e incluso la ausencia de apetencias sexuales, son datos a favor de la existencia de alteraciones interoceptivas.

Es muy notable la aparente dificultad de las anoréxicas para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales. Serían características calificables de alexitímicas.

Para Garfinkel y Garner (1982) las pacientes con anorexia nerviosa tienen unas experiencias interoceptivas alteradas y específicamente perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar menos influida por su estado interno que por sus expectativas cognitivas relacionadas con la ingestión de alimentos. Por lo tanto, pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden contar con unos factores cognitivos mediadores de la ingesta suficientemente prominentes para prevalecer sobre los mecanismos reguladores internos.

2.16.4 ALTERACIONES CONDUCTUALES

Las primeras alteraciones a considerar son las que guardan relación con la ingesta alimentaria. Las pacientes suelen iniciar dietas selectivas (supresión de hidratos de carbono, grasas...) y posteriormente restrictivas (restringir cualquier alimento) pudiendo llegar en último extremo a la restricción de agua.

Aproximadamente la mitad de las anoréxicas pasan por episodios de bulimia, ingestas desmesuradas con periodicidad irregular que ocasionan en la enferma intensos sentimientos de culpa, autodesprecio que en ocasiones desemboca en ideas autolíticas (Ayuso, 1993). Es muy frecuente que los episodios bulímicos desemboquen en vómitos autoinducidos. La anoréxica suele ocultar los episodios bulímicos, puesto que los percibe como un acto vergonzoso que tiene que ocultar, e intenta con la inducción del vómito purificar o reparar parcialmente la pérdida de control. El vómito puede atenuar la ansiedad por lo que puede practicarse en ausencia del episodio bulímico.

La restricción alimentaria conduce a estreñimiento pertinaz. Para corregirlo la anoréxica suele utilizar laxantes de todo tipo y en ocasiones, el uso de laxantes no está en relación con el estreñimiento sino con el intento de hacer desaparecer de su cuerpo todo lo ingerido. Puede utilizar, así mismo, diuréticos para eliminar la mayor cantidad de líquidos de su cuerpo.

Las anoréxicas suelen interesarse por el contenido calórico de los alimentos, por todas las dietas encaminadas a la disminución de peso, incluso por dietas sintéticas, cremas denominadas por la publicidad como adelgazante y por el ejercicio físico facilitador de la pérdida de peso. Se preocupan por la alimentación de las personas con las que conviven e incluso cocinan para éstas, mientras que se ocultan para alimentarse ellas.

Aumentan la actividad física, llegando algunas a evitar el sentarse. Aumenta asimismo la dedicación al estudio con la finalidad posiblemente de lograr éxitos, el perfeccionismo en lo que realiza, la demostración de autocontrol, el evadir la ansiedad, como forma de hiperactividad física, la justificación para el aislamiento social etc., (Halmi y col., 1991).

Es frecuente la aparición de insomnio por dos motivos: la inanición conduce al insomnio y la sintomatología depresiva, también frecuentemente presente en la anorexia (Hauri y Linde, 1990); otra razón es reducir las horas de sueño de forma autoimpuesta con la finalidad de gastar energía mientras se está en vigilia.

La sexualidad de las anoréxicas se ve alterada en forma de una disminución del interés, de la práctica y del placer sexual. En esta enfermedad no puede separarse la actividad sexual de la imagen y evaluación del propio cuerpo, del

estado de ánimo, de las relaciones sociales en general y de las experiencias sexuales previas.

2.16.5 ALTERACIONES EMOCIONALES Y AFECTIVAS

La ansiedad es un síntoma siempre presente en la anorexia nerviosa. A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos. Según Toro (1987) estos agentes serían: el sobrepeso, la autoimagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor de enfermar, la percepción de “ser diferente”, el convencimiento de que eso es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido/deseado, las intervenciones médicas acertadas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias físicas y el deterioro físico progresivo.

Todo ese conjunto de hechos, acciones y reacciones, interpretaciones y anticipaciones tienen un resultado común: mantener y aumentar la ansiedad (Fournari y col., 1992).

Fenómenos obsesivos y compulsivos: Los pensamientos que tiene la anoréxica acerca de su cuerpo, el peso, la necesidad de autocontrol, las comidas etc., suelen tener un auténtico carácter intrusivo (Williamson y col., 1990; Kaye y col., 1993). Son pensamientos que provocan ansiedad, que con frecuencia desearía suprimir, que en ocasiones acepta que son absurdos; sin embargo, es cierto que no los ve como ajenos a sí misma. Al ser coherentes con sus valores e intenciones conscientes, el grado de extrañeza y por tanto de impulsividad subjetiva es relativo. Por otro lado, las conductas extravagantes relacionadas con la comida y el peso se asemejan a auténticas compulsiones.

El continuo cálculo de calorías, verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos, si se produjera al margen de la condición de Anorexia Nerviosa, harían pensar, en primera instancia, en un cuadro obsesivo-compulsivo.

Hoden (1990) y Quintanilla y col., (1995) entre otros sugieren que, aunque las conductas extravagantes relacionadas con la comida semejan auténticas

compulsiones y rituales, parte de esta sintomatología podría estar determinada y exagerada biológicamente a través del estado de inanición.

Trastornos afectivos: Son muchos y variados los hechos y los datos que han llevado a poner en relación anorexia nerviosa y trastornos afectivos. Manifestaciones como tristeza, reducción de intereses, baja autoestima, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, ideas autolíticas, etc., son constantes manifestaciones en las anoréxicas. Se discute si esta sintomatología puede ser consecuencia de la pérdida de peso, y hay acuerdo en que gran parte sí lo es; pero también parecen existir síntomas y casos concretos que escapan a esta explicación. En estudios de seguimiento se ha objetivado que pacientes ex anoréxicas presentan sintomatología depresiva.

Así mismo, existen hallazgos biológicos que ponen en evidencia alteraciones funcionales del eje neuroendocrino en la anorexia nerviosa, alteraciones semejantes a las observadas en los trastornos afectivos. Los beneficios obtenidos —no siempre— cuando se someten a las pacientes a tratamiento con fármacos antidepresivos y mejoran, es lo que mantiene la hipótesis de algunos autores que interpretan a la anorexia nerviosa como una variante de los trastornos afectivos (Nagel y Jones, 1992; Hudson y Pope, 1990).

Con respecto a la relación anorexia nerviosa y trastornos afectivos, Toro (1987) concluye: a) la totalidad de las anoréxicas experimentan algún tipo de sintomatología depresiva; b) alrededor de un tercio de las anoréxicas sufren o han sufrido un trastorno depresivo mayor (en el caso de las bulímicas la frecuencia parece ser más alta); c) aproximadamente la mitad de las anoréxicas afectas de trastorno afectivo mayor experimentan su depresión poco antes de iniciarse el episodio anoréxico; d) la mayoría de las anoréxicas depresivas y un porcentaje importante de las que no lo son, dan resultados positivos en las pruebas de marcadores biológicos propios de los trastornos afectivos (aunque parece probado que en la mayor parte de los casos la causa de tal fenómeno es la desnutrición); e) el porcentaje de familiares en primer y segundo grado de las anoréxicas afectas de trastornos afectivos o de dependencia a tóxicos es superponible al que se halla en los familiares de pacientes con trastornos afectivos; f) los fármacos antidepresivos son de eficacia muy relativa en la anorexia, aunque suficientemente comprobada en la bulimia.

Por lo tanto, la anorexia nerviosa y la depresión están directa y sobre todo indirectamente vinculadas a través de diversas vías y mecanismos. Situar esta vinculación en relación con otras patologías (ansiedad, depresión, obsesión-compulsión, etc.) no es más que abordar el creciente papel de los trastornos afectivos como otras patologías, favoreciéndolas, superponiéndose a ellas, quizás identificándose, o constituyéndose en fruto de las mismas. Al margen de coincidencias, secuencias y asociaciones, parece bien establecido que la anorexia nerviosa es una cosa, un síndrome, y el trastorno afectivo, otra. Los estudios epidemiológicos nos dicen que los trastornos afectivos se dan con similares tasas de incidencia o prevalencia en prácticamente todas las sociedades. La anorexia nerviosa, no es desconocida por completo en otras culturas.

2.17. PRINCIPALES EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Desde el punto de vista psicológico, el cuadro clínico de los TCA se caracteriza por:

Ansiedad: El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. En los pacientes con TCA la ansiedad está siempre presente.

En la anorexia se manifiesta, sobre todo, en los momentos en que la paciente se enfrenta a las comidas, la frustración al no conseguir un “cuerpo perfecto” potencia este síntoma que termina siendo incapacitante en muchos casos (Morandé, 1995).

Trastorno de ansiedad generalizada

A. **Ansiedad** y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una

amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La **ansiedad** y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia.

2. fatigabilidad fácil.

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. tensión muscular.

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La **ansiedad**, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar

clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Obsesiones: La obsesión por adelgazar constituye un aspecto básico en los TCA, tanto anorexia. La anoréxica logra su objetivo, para la bulímica es un objetivo casi siempre inalcanzado. En la paciente con TCA siempre están presentes dos ideas obsesivas: Peso y comida.

Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos
B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

Depresión: La tristeza y el cambio de carácter es muy frecuente en estas pacientes y pueden ser los primeros síntomas que detectan las personas de su

entorno. En muchos casos, la inanición conlleva aparejada la depresión. Es muy frecuente que al realimentar a estas pacientes el cuadro depresivo mejore significativamente (Toro y Vilardell, 1987). El cuadro depresivo culmina, desgraciadamente en muchos casos con intentos de autolisis que son particularmente frecuentes en bulimia.

Depresión bipolar mayor

La persona sufre oscilaciones emocionales importantes, pasando de estados de euforia e hiperactividad (denominada fase maníaca) al extremo opuesto, manifestando pesadumbre y gran decaimiento del estado de ánimo. El origen parece relacionarse con factores constitucionales, bioquímicos y de la propia historia del sujeto.

Depresión en la psicosis

En ciertas estructuras de personalidad de tipo psicótico (esquizofrenia, paranoia) pueden aparecer depresiones acompañando a la sintomatología típica, que conllevan en la fase de descompensación, o tras ciertas crisis agudas, depresiones que tendrán el carácter específico de acuerdo con estas problemáticas mentales.

Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar.

Los síntomas de cada uno de ellos, así como la gravedad y persistencia varían dependiendo de cada persona.

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana:

Este tipo de depresión presenta los siguientes síntomas:

- dificultad para concentrarse, recordar detalles e incapacidad de tomar decisiones,
- exceso o pérdida de apetito
- fatiga y falta de energía,
- sentimientos de culpa, - se sienten inútiles,
- impotencia, pesimismo,

- tristeza persistente, ansiedad o sentir un profundo vacío,
- insomnio, se despiertan muy temprano o duermen excesivamente,
- se enojan por cualquier cosa, inquietud,
- desinterés en actividades o pasatiempos que solían disfrutar, incluyendo el sexo,
- dolores de cabeza persistentes, calambres o problemas digestivos aún con tratamiento,
- pensamientos o intentos de suicidio.

La Distimia es un tipo de depresión más leve que la depresión mayor y la acompañan algunos de sus síntomas, caracterizados por:

- baja autoestima
- aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado.

Pero que no cumple con todos los patrones de la depresión mayor, se cree que su origen es de tipo hereditario o genético y se desencadena por factores del medio en el que se desenvuelve.

Otros síntomas pueden ser:

- falta o exceso de apetito.
- insomnio o mucho sueño.
- falta de energía, cansancio, fatiga continua.
- falla de memoria y capacidad de concentración.
- baja autoestima, sentimiento de incapacidad.
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo.
- Incapacidad para la toma de decisiones.
- Aislamiento o fobia social, pérdida de interés por actividades que solía disfrutar, pérdida de deseo sexual.

La intensidad de los síntomas, así como la cantidad de estos determinan si el tipo de depresión es leve o mayor

Distorsiones cognitivas: La distorsión fundamental en estas pacientes es la de la imagen corporal, y es una de las características más incomprendidas por las personas de su entorno. El nivel de distorsión no es estable. En los pacientes con anorexia este nivel aumenta conforme la paciente va reduciendo su peso. Es muy frecuente encontrarse pacientes con un índice de masa corporal muy bajo, que continúan pensando que están enormemente obesas. Este tipo de distorsiones es menos frecuente en pacientes bulímicas.

Baja autoestima: Todas las personas con TCA tienen una autoestima muy pobre (McKay y Fanning, 1991). No se valoran ellas mismas y creen no ser valoradas por los demás. Todo lo que hacen está mal. No encuentran ningún aspecto positivo en su físico ni en su manera de ser. Sus pensamientos automáticos irracionales son tan abundantes que continuamente están destrozando su autoestima (*como estoy gorda, nadie me va a querer....*)

Junto a lo anterior, hay que destacar que estos pacientes son enormemente perfeccionistas, y en particular los que se encuentran en fase de anorexia. Las elevadas expectativas sólo consiguen frecuentes frustraciones que conllevan un mayor deterioro en el nivel de autoestima.

Falta de autocontrol, Lacey, citado por Fairburn (1998) ha señalado que “estas personas tienen un problema del control de los impulsos y su problema alimentario es una expresión de aquél”.

Disminución de horas de sueño: La falta de sueño .Incapacidad para dormir en condiciones normales; la persona que sufre de Anorexia Nerviosa por lo general es incapaz de conciliar el sueño, o bien presenta un patrón del sueño superficial o intermitente, lo que conlleva al insomnio.

Negación de la delgadez: Aunque la persona esté en un peso extremadamente bajo.

Aislamiento social: Llega un momento en que la persona queda aislada debido a su inminente estado físico patético, que los demás notan y la persona enferma sigue insistiendo con bajar de peso y desmintiendo su estado físico

actual. La principal cualidad de una enfermedad mental es el no reconocimiento de la misma por parte de quien la padece.

"Tu cuerpo es el hogar donde habitarás toda la vida, cuídalo, mantenlo sano, dale gustos, consiéntelo, llévalo al doctor si algo le duele, repáralo, ponlo guapo... pero no lo idealices, acéptate tal cual eres, pues cuando te vayas de aquí, él se quedará y sólo podrás llevarte la cosecha de tus obras" Autor: Fco. Alejandro Ruiz Gonzá.

2.18 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Alcalosis

La alcalosis metabólica es ocasionada por un exceso de bicarbonato en la sangre y la alcalosis hipoclorémica es causada por una deficiencia o pérdida extrema de cloruro (que puede ser debido a vómito prolongado). Los riñones compensan la pérdida de cloruros mediante la conservación de bicarbonato.

Amenorrea.

La amenorrea es un trastorno menstrual caracterizado por la ausencia de los períodos menstruales durante más de tres ciclos mensuales. La amenorrea puede clasificarse, como primaria o secundaria.

- Amenorrea primaria - ausencia de menstruación durante toda la vida; la menstruación no se presenta durante la pubertad.
- Amenorrea secundaria - se debe a alguna causa física y usualmente de inicio tardío. Es un trastorno en el cual los períodos menstruales que en un momento fueron normales y regulares se vuelven cada vez más anormales e irregulares o desaparecen.

Las mujeres con anorexia nerviosa (o simplemente anorexia) o bulimia nerviosa (o simplemente bulimia) a menudo experimentan amenorrea como consecuencia de mantener un peso que sería demasiado bajo para sustentar un embarazo. Como resultado y en forma de protección para el cuerpo, el aparato reproductor se "cierra" dado que está gravemente desnutrido.

Desintoxicación

Proceso de abandono del abuso de sustancias tóxicas y estupefacientes. En consecuencia, el camino más adecuado para lograr la deshabitación del paciente consiste en la combinación de la biología del comportamiento con el aspecto sociológico de esta patología.

Estereotipos

Generalización simplificada, rígida y comúnmente aceptada con respecto a una persona o grupo, o sobre un aspecto de la estructura social o programa social.

Fármacos orexígenos

Es decir, que estimulan el apetito, aunque su uso debe quedar restringido para casos concretos y bajo la supervisión de su pediatra.

Hipopotasemia

La hipopotasemia o también más conocida como hipokalemia, es un trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del **ion potasio (K)** en la sangre, con niveles por debajo de 3.5mmol/l.

Debido a que el potasio se encarga de facilitar la transmisión del impulso nervioso a través de la **membrana celular**, los síntomas de este trastorno son: cansancio, mialgias (dolor muscular), puede llegar a haber una debilidad progresiva con hipoventilación y posible parálisis completa.

Inmunodepresión

Es habitual encontrar formas como inmunocomprometido e inmunodeficiente en la literatura pero la manera correcta es inmunodeprimido. Describe un sistema inmunológico que funciona por debajo del índice de normalidad. Debido a que los mecanismos de defensa son limitados en pacientes inmunodeprimidos (personas con una respuesta inmunológica defectuosa),

ellos son susceptibles a las infecciones por microorganismos que están presentes en todas partes, pero que no causan enfermedad en personas saludables, e igualmente más susceptibles a las causas habituales de neumonía que puede afectar a cualquier persona. Las causas de inmunosupresión son infección por VIH, leucemia, trasplante de órganos y medicamentos para tratar el cáncer.

Leucopenia

Disminución de la cantidad de leucocitos por milímetro cúbico de sangre.

Percepción delirante

Idea delirante primaria, consiste en la interpretación delirante de una percepción normal.

Trastorno Psicótico

Graves trastornos mentales en que se pierde el contacto con la realidad y se manifiesta un comportamiento claramente inadaptado. Entre los síntomas asociados a los trastornos psicóticos están la desorganización de la personalidad, la perturbación en el pensamiento, el desequilibrio de los estados de ánimo y la presencia de alucinación.

2.19 HIPÓTESIS

La Anorexia Nerviosa provoca efectos psicológicos en pacientes jóvenes de 15 a 29 años, atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de Quito.

2.20 VARIABLES E INDICADORES

2.20.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

La Anorexia Nerviosa

2.20.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Efectos Psicológicos

2.21 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS
INDEPENDIENTE La Anorexia Nerviosa	<p>La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.</p>	<p>Trastorno de la conducta alimenticia.</p> <p>Pérdida de peso.</p>	<p>Distorsión de la imagen corporal y miedo intenso a ganar peso.</p> <p>Trastorno endócrino en la mujer, - amenorrea, y en el varón - pérdida del interés y de la potencia sexuales.</p>	<p>Observación Clínica</p> <p>Entrevista Clínica (Historias Clínicas)</p>
DEPENDIENTE Efectos Psicológicos	<p>Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o</p>	<p>Comportamientos.</p> <p>Interfieren la actividad.</p>	<p>Presencia de (ansiedad, depresión, ira...).</p> <p>Presencia de conflictos duraderos en las relaciones sociales, familiares o de pareja.</p>	<p>Observación Clínica</p> <p>Entrevista Clínica (Historias Clínicas)</p>

	interfieren en la actividad del individuo.			
--	--	--	--	--

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO CIENTÍFICO

Se utiliza el método Deductivo- Inductivo porque, partiendo de deducciones ya establecidas podemos inducir los efectos y explicaciones de toda la temática abordada en el presente trabajo.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación descriptiva - explicativa, ya que en este trabajo se analiza y describe la realidad actual de los hechos que se está estudiando.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De campo y no experimental, ya que se realizó en los lugares no determinados específicamente para ello, sino que corresponde al medio en donde se encuentra el objeto de estudio (para la investigación).

3.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Transversal, ya que se realiza en un momento determinado, porque nos interesa la situación, fundamentalmente en el momento mismo del estudio.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. La Población: Grupo de mujeres jóvenes que se encuentra conformado por 10 pacientes del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón”, de la Ciudad de Quito.

3.2.2. Muestra: No requiere muestra por ser un número pequeño de población, que constituye el universo.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la investigación se utilizó la técnica de la observación clínica directa y la entrevista clínica en el propio lugar, para constatar personalmente las circunstancias que rodeaban a las pacientes. Como instrumentos, las Historias Clínicas Psicológicas.

3.4 HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Lugar:

Fecha:

Establecimiento:

Responsable:

I. Datos de Identificación:

Nombre/ Sexo/ Edad:

Fecha de Nacimiento:

Procedencia:

Residencia:

Instrucción:

Profesión:

Ocupación:

Estado Civil:

Ingreso Económico:

No. de Hijos:

Vivienda:

Religión:

Ideas políticas:

II. Condiciones de Hospitalización:

II.I Datos proporcionados por:

III. Motivo de la Consulta:

IV. Historia de la Enfermedad:

IV.I Enfermedad Actual:

IV.II Evolución de la enfermedad:

V Psicoanamnesis Personal, Normal y Patológica:

Etapas:

a.- Preconcepcional:

b.- Concepcional:

c.- Prenatal:

d.- Natal:

e.- Posnatal:

f.- Infancia (1ra, 2da, 3ra):

g.- Pubertad:

h.- Adolescencia:

i.- Juventud:

VI. Psicoanamnesis Familiar Normal y Patológica:

a.- Grupo Familiar de Origen.-

Padre:

Madre:

Hermanos:

b.- Grupo Familiar Propio.-

Paciente:

Cónyuge o Pareja:

Hijos:

VII. Evaluación Psicológica de Funciones Cognitivas

Orientación:

Conciencia:

Atención:

Sensopercepciones:

Memoria:

Pensamiento:

Lenguaje:

Inteligencia:

VIII. Esfera Afectiva.-

Estado de ánimo:

Reacción afectiva:

IX. Esfera Activa.-

Reflejos:

Hábitos: (miccional, defecatorio, alimenticio).

Instintos: (hambre, sueño, sed, sexual).

X. Esfera Volitiva

XI. Diagnóstico presuntivo:

XI.I. Diagnóstico clínico:

XI.II. Diagnóstico de personalidad:

XII. Resultado de Test Reactivos Psicológicos.-

XIII Resultado de exámenes complementarios.-

XIV. Diagnóstico Diferencial.-

XIV.I. Diagnóstico clínico:

XIV.II Diagnóstico de personalidad:

XV. Diagnóstico Definitivo.-

XV.I Diagnóstico clínico:

XV.II Diagnóstico de personalidad:

XVI. Pronóstico:

XVII. Tratamiento:

XVIII.- Recomendaciones:

XIV. Evolución:

3.5 TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se realizó un análisis cuantitativo
- Cuadro de resultados
- Gráficos estadísticos
- Análisis de los resultados.

3.5.1 CUADRO ESTADÍSTICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON ANOREXIA NERVIOSA

Cuadro 1: Cuadro de resultados de las historias clínicas de pacientes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa.

No.	EDAD	SEXO	CLASE SOCIAL	OCUPACION	ESTADO CIVIL	SIGNOS Y SINTOMAS FISICOS					EFECTOS PSICOLOGICOS						
						BP	A	IN	D	V	DIC	PDP	MIG	ED	NE	EE	IR
01	29	F	M-A	Contadora	Soltera	X	X		X		X	X	X	X	X		
02	22	F	M-A	Egresada	Soltera	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
03	16	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	x		x	x	x	x	x	x	x	X	
04	22	F	M-A	Secundaria	Casada	X	x		x	x	x	x	x	x		X	X
05	21	F	M-A	Secundaria	Casada	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x		X
06	19	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	x		x	x	x	x	x	x	x	X	
07	19	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	x		x	x	x	x	x	x	x	X	X
08	17	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	x	x	x	x	x	x	x	x			
09	19	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	x		x		x	x	x	X	x		
10	17	F	M-A	Secundaria	Soltera	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X

BAJO PESO Y DESNUTRICIÓN:

BP

AMENORREA:

A

INSOMNIO:

IN

DESHIDRATACIÓN:

D

VÓMITO:

V

DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

DIC

PÉRDIDA DELIBERDA DE PESO CAUSADA POR EL MISMO

PDP

MIEDO INTESO POR GANAR PESO

MIG

ESTADOS DEPRESIVOS

ED

NEGACION DE LA ENFERMEDAD

NE

EJERCICIO EXCESIVO

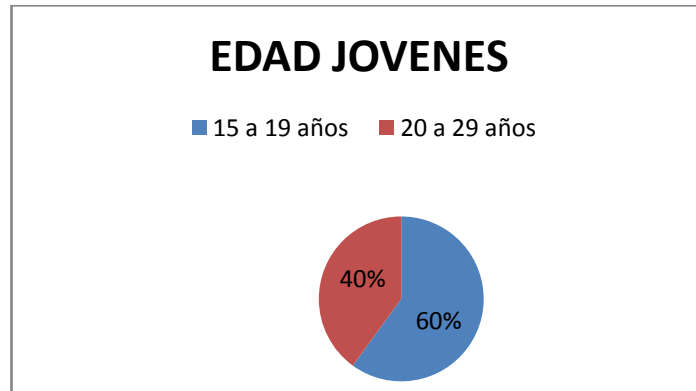
EE

IRRITABILIDAD

IR

3.5.2. GRÁFICOS ESTADÍSTICOS Y ANALISIS DE RESULTADOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON ANOREXIA NERVIOSA

Gráfico 1: Edad de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

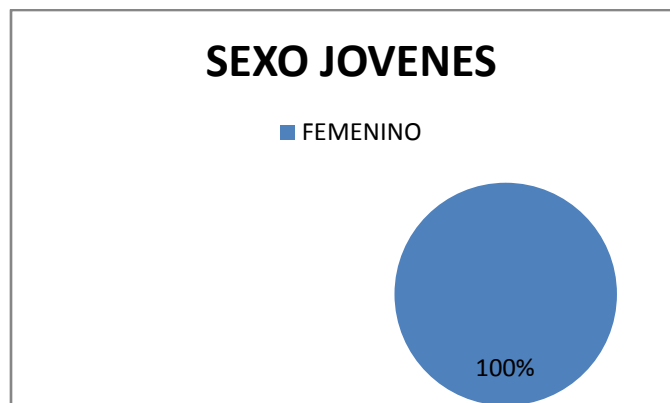


Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Edad: Una constante epidemiológica que se mantiene con más o menos regularidad, a pesar del tiempo transcurrido es la edad de aparición que suele ser durante la adolescencia, que en este caso es de 15 a 19 años de edad con un porcentaje del 60%, y al inicio de la juventud de 20 a 29 años con un porcentaje del 40%. Después de esta edad la incidencia es mucho menor, la edad de aparición cada vez es más precoz y se mantienen cifras bajas de inicio del trastorno después de los 20 años.

Gráfico 2: Sexo de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

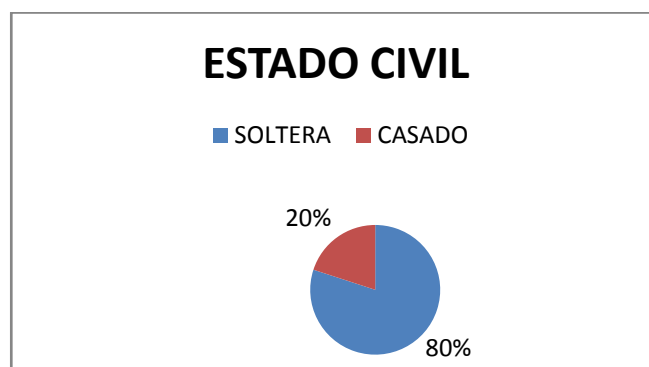


Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Sexo: La anorexia nerviosa se manifiesta ligada al sexo femenino de una manera rotunda, hay unanimidad en todas las historias clínicas al considerar que el 100% son mujeres. En el cuadro 1 se recogen aquellos estudios, donde queda manifiesta la preponderancia del sexo femenino en esta patología. Se considera que en esta predisposición intervienen más los factores socioculturales que los de índole biológica.

Gráfico 3: Estado civil de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa



Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia

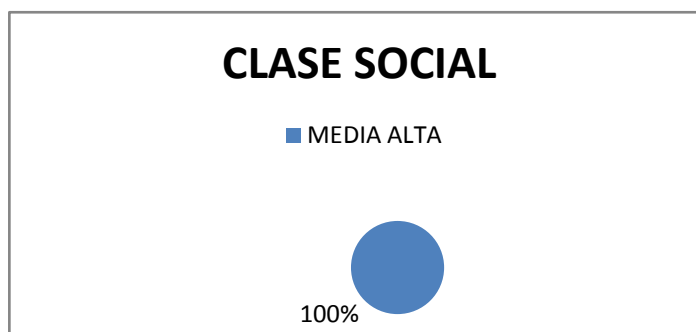
nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Estado Civil: Aunque se trate de la mujer, no se suele crear en todas las edades. La anorexia se crea en la adolescencia o entre los 13 y 30 años. En la

adolescencia se crea por su susceptibilidad; a partir de los 22 años, lo que la suele crear son las obsesiones, depresiones o problemas familiares.

Gráfico 4: Clase Social de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

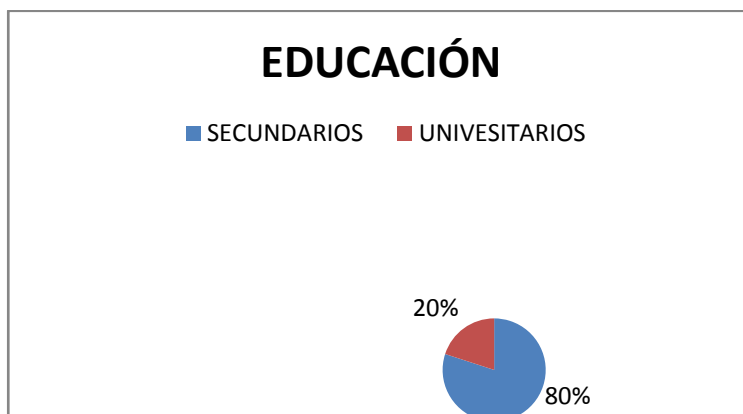


Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Clases Social: Desde los primeros trabajos, clínicos o epidemiológicos, se manifiesta de forma explícita que la anorexia nerviosa se presenta con mayor frecuencia en unos estratos socioculturales concretos: altos y medio altos. En este caso, el 100% de las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa son de clase media alta. En los primeros trabajos de los años setenta se destaca que es superior la incidencia de este trastorno en las escuelas de mayor nivel social. Más tarde se observó que si bien hasta 1975 el 70.6% de las pacientes anoréxicas pertenecían a las clases, altas a partir de esa fecha se reducían al 52%. Se considera que los cambios de distribución de la enfermedad hay que atribuirlo a las actitudes de los adolescentes, independientemente de la clase social, hacia la comida, la sexualidad, la imagen corporal y el peso. El nivel de exigencia y la disponibilidad de alimentos son similares entre los miembros de diferentes clases.

Gráfico 5: Educación de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

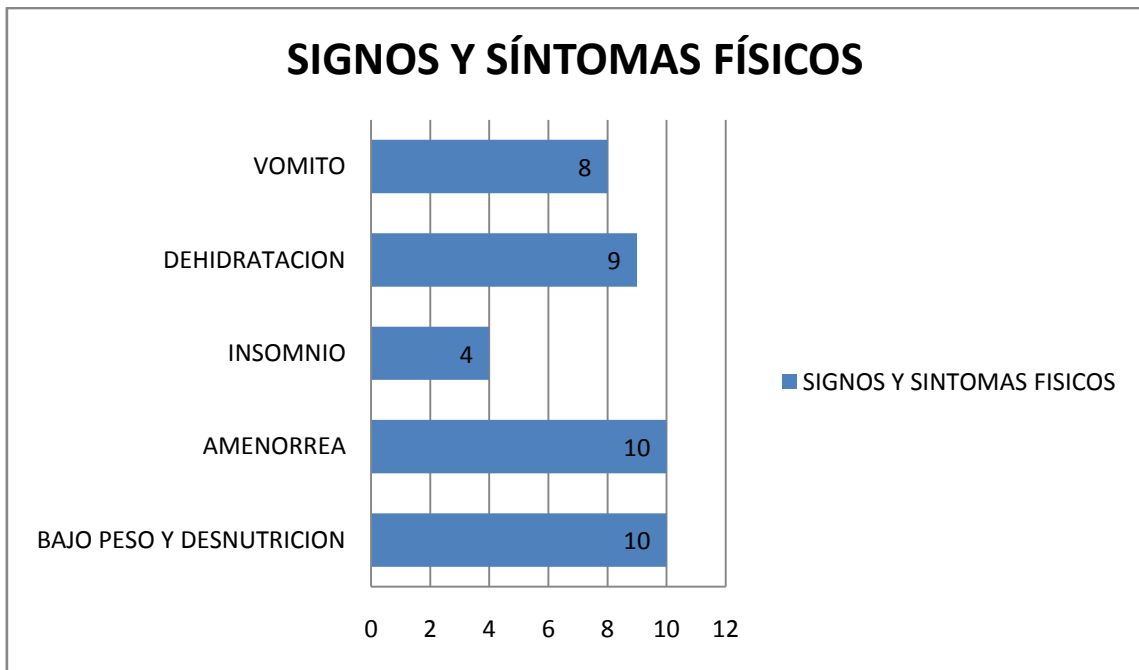


Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Educación: Según los datos obtenidos, el 80% de las pacientes cursan o tiene estudios secundarios y el 20% tiene estudios universitarios. La mayoría de los autores y de forma unánime consideran que las pacientes anoréxicas son muchachas con un buen rendimiento intelectual, que tienen éxito en sus estudios y que por pertenecer a clases medias y altas pueden desarrollar estas capacidades; éstas características unidas a la autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás se interpreta habitualmente como un marco adecuado donde desarrollar el trastorno.

Gráfico 6: Signos y síntomas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa



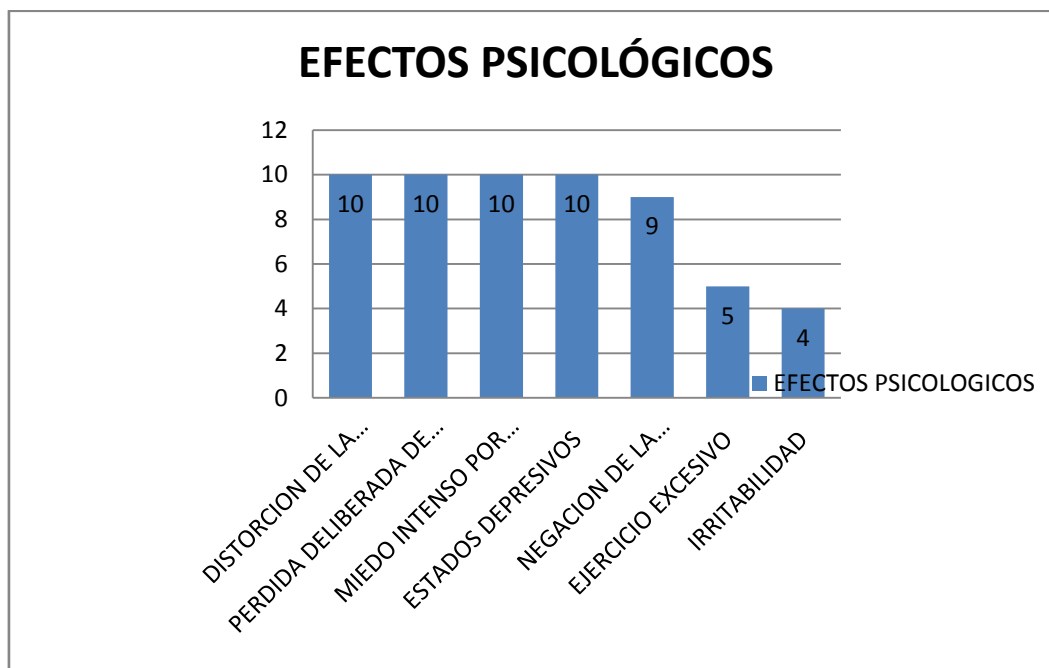
Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Signos y síntomas: mediante las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con “Anorexia nerviosa” del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito, se evidencia que: 8 pacientes presentaron vómito, que representa el 80%; 9 pacientes presentaron deshidratación, que representa el 90%; 4 pacientes presentaron insomnio, que representa el 40%; 10 pacientes presentaron amenorrea, que representa el 100%; 10 pacientes presentaron bajo peso y desnutrición, que representa el 100%.

De lo expuesto, podemos deducir que el 100% de pacientes atendidos presentaron los signos y síntomas típicos de la anorexia nerviosa.

Gráfico 7: Efectos Psicológicos de pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa



Fuente: Historias Clínicas de pacientes diagnosticadas con anorexia

nerviosa

Elaboración: Equipo de Investigación

Efectos Psicológicos: mediante las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito, se evidencia que: 10 pacientes presentaron distorsión de la imagen corporal, que representa el 100%; 10 pacientes presentaron pérdida deliberada de peso causada por el mismo, que representa el 100%; 10 pacientes presentaron miedo intenso por ganar peso, que representa el 100%; 10 pacientes presentaron estados depresivos: 7 representando el 70% “Trastorno depresivo mayor” y 3 representando el 30% “Trastorno bipolar”, lo que representa el 100%; 9 pacientes presentaron negación de la enfermedad, que representa el 90%; 5 pacientes presentaron ejercicio excesivo, que representa el 50%; 4 pacientes presentaron irritabilidad, que representa el 40%.

De lo expuesto, podemos deducir que el 100% de pacientes atendidos presentaron los efectos psicológicos típicos de la anorexia nerviosa.

3.6 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La hipótesis planteada en el presente trabajo investigativo : La Anorexia Nerviosa provoca efectos psicológicos en pacientes jóvenes de 15 a 29 años de edad, atendidos en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” de Quito.

Luego del análisis de datos obtenidos, respecto de los **efectos psicológicos** en pacientes que presentaron “Anorexia nerviosa”, se pudo concluir que: la hipótesis planteada no es del todo verdadera, ya que existe una correlación (prevalencia) entre las causas y los efectos, como es el caso de la ansiedad, y depresión por ejemplo, que se encuentra en el inicio, durante y se mantiene después de presentar el cuadro clínico de la “Anorexia nerviosa”. Dándose a entender que, existe una interacción (constante) entre estos factores, mismos se manifiestan en este síndrome, los mismos que han sido investigados y comprobados en el presente trabajo.

Al hablar de factores nos estamos refiriendo a las **causas** y a los **efectos psicológicos** relativas (os) a la “Anorexia nerviosa”, queriendo hacer ver que, si bien el tema del presente trabajo es “Efectos Psicológicos de la Anorexia Nerviosa.....”, en razón del estudio se concluye que: La sintomatología psicopatológica identificada como efecto psicológico a causa de la “Anorexia nerviosa” también es identificada como causa del trastorno alimenticio (Anorexia nerviosa).

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Con la investigación realizada concluimos que, la “Anorexia nerviosa” produce efectos psicológicos que a la vez son causas (dándose el fenómeno de correlación), los cuales fueron evidenciados en jóvenes de 15 a 29 años de edad del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón”. Aclarándose la correlación, en lo que corresponde a la sintomatología similar, encontrada en las causas y los efectos psicológicos, así: ansiedad, depresión,....

- Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes complejos en los que la interacción entre factores ambientales, psicológicos y fisiológicos crean y mantienen el trastorno de la conducta alimentaria.
- Cuanto más precisa sea la comprensión que tengamos de las conexiones de los cambios fisiológicos básicos, los cambios psicológicos y la conducta alimentaria, mejor podremos comprender el trastorno.
- A pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, este tipo de trastorno ha empezado a ser estudiado sistemáticamente mediante métodos científicos, sólo a partir de pocas décadas atrás.
- Los aspectos mencionados anteriormente, para futuras investigaciones son solamente un pequeño aporte a la necesidad inacabable de nuevos estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria, enfocado según nuestro interés a la presencia de efectos psicológicos, (relacionados con Anorexia nerviosa). Aclarándose en el transcurso de la investigación, que en este caso específico relativo a la “Anorexia nerviosa”, la sintomatología correspondiente a las causas es evidenciada también en los efectos.

4.2 RECOMENDACIONES

- Los profesionales de la Salud Mental y las Escuelas de Psicología Clínica realicen investigación acerca de la “Anorexia nerviosa”, con el objetivo de accionar óptimamente en lo que corresponde a la prevención.
- Fomentar el normal desarrollo de las personalidades en la población, especialmente en los y las adolescentes, promocionando la funcionalidad familiar y el crecimiento personal y/o diferenciación.
- Promocionar estilos de vida saludables.

4.3 BIBLIOGRAFIA

- (1) CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992
- (2) MARILYN R. DUKER Y ROGER SLADE, Anorexia Nerviosa y Bulimia; un Tratamiento Integrado, Ed. Limusa Grupo Noriega, 1992, México.
- (3) DSM-IV, Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales, 2000.
- (4) CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992
- (5) KELLER PAUL J, Trastornos Hormonales en Ginecología su diagnostico y tratamiento, Ed. Noche Basilea, 1979, Suiza.
- (6) SULLIVAN PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1073-1074.
- (7) FERNÁNDEZ ROSTELLO EA, Valdés Quintana E, Escotelup JC, et al. Evaluación mediante eco-Doppler cardíaco del síndrome de anorexia nerviosa. Rev Asoc Med Argent 1999; 112(3):22-25.
- (8) LAZARO L, TORO J, CANALDA G, et al. Clinical, psychological and biological variables in a group of 108 adolescent patients with anorexia nervosa. MedClin (Barc) 1996; 107(5):169-174.
- (9) http://www.monografias.com/anorexia-monografias_com.htm
- (10) THE OPRAH WINFREY SHOW, «Girls who don't eat». Harp Productions, Inc.
<http://www.oprah.com/tows/pastshows/tows_past_20011004.jhtml> [En línea] 17 de septiembre de 2007.
- (11) <http://www.anaymia.com/> Sección para padres y educadores. Septiembre 2007.
- (12) ROBERT, E. HALES, M.D, STUART C.YUDOFKY, M.D., JOHN A.TALBOTT, M.D., Tratado de Psiquiatría, 2da Edición. 2000. Pag. 913.
ABRAHAM, S. i LLEWELYN-JONES, D., Anorexia y bulimia desordenes alimentarios, Ed. Alianza, Madrid, 1994
MONRO, M., *Hablemos sobre la anorexia*, Ed. Hispano Europea, Barcelona, 2002.
MORANDÉ, Dr., La Anorexia, Ed. Temas de Hoy, 1999, Madrid

JODEP TORO ENRIC VILARDEL, Anorexia Nerviosa, Ed. Martínez Roca, S.A 1987, Barcelona.

MERANI, Alberto I., Diccionario de Psicología, Ed. Grijalba S.A., 1979, México.

Webgrafía

<http://www.european-vegetarian.org/evu/english/news/news973/20whueat.gif>

http://www.adolescentexlvida.com.ar/a&b_testimonios16.htm

<http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu23738.htm>

<http://www.lacuarta.cl/sitios/vas/2003/03/23/reportaje4.html>

ANEXOS

“INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN” DE LA CIUDAD DE QUITO.

viernes 31 diciembre 2010

HERMANAS HOSPITALARIAS
del Sagrado Corazón de Jesús

**Benito Menni
Fundador**

Benito Menni brindó su vida entera a la humanidad.
Por ella y por su bien empeñó sus años todos.

- ▶ Historia
- ▶ Estructura Organizativa
- ▶ Servicios
- ▶ Centros
- ▶ Misión y Valores
- ▶ Voluntariado
- ▶ Pastoral Juvenil
- ▶ Publicaciones y Noticias
- ▶ Cooperación internacional
- ▶ Documentos institucionales
- ▶ Investigación

MISION Y VISION



“INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN” DE LA CIUDAD DE QUITO.

- Hospitales Generales
- Daño Cerebral
- Discapacitados Psíquicos
• presenti nello stato: Ecuador;

2 centros encontrados. Página. 1

▶ Ecuador (Sud America)

Clínica Ntra. Sra. de Guadalupe
Avda. 10 de Agosto, nº 29-05.
Casilla 17-07-9502 Quito

- Atención Psiquiátrica Intrahospitalaria
- Plazas: 73

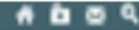
Instituto Psiquiátrico Sgdo. Corazón
Avda. Manuel Córdoba Galarza, Km. 4
Casilla 4647-A. Quito

- Atención Psiquiátrica Intrahospitalaria
- Plazas: 179

salida

Historia | Estructura Organizativa | Servicios | Centros | Misión y Valores | Voluntariado | Pastoral Juvenil | Publicaciones y Noticias | Cooperación internacional | Documentos institucionales | Investigación

Hermandad Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús - Piazza Salerno, 3 - 00161 Roma (Italia) - Tel. +39 06 441 73 81 - Fax +39 441 738 252 - C.F. 80185430586 -
Hermandad Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús - Piazza Salerno, 3 - 00161 Roma (Italia) - Tel. +39 06 441 73 81 - Fax +39 441 738 252 - C.F. 80185430586



HERMANAS HOSPITALARIAS del Sagrado Corazón de Jesús



Búsqueda de Centros

Instituto Psiquiátrico Sgdo. Corazón

Avda. Manuel Córdoba Galarza, Km. 4

Casilla 4647-A, Quito Ecuador (Sud America)

Teléfono: 593 2 49 08 60

Fax: 593 2 49 20 55

• Atención Psiquiátrica intrahospitalaria

Centro de salud mental.

Plazas: 179



- ▶ Historia
- ▶ Estructura Organizativa
- ▶ Servicios
- ▶ Centros
- ▶ Misión y Valores
- ▶ Voluntariado
- ▶ Pastoral Juvenil
- ▶ Publicaciones y Noticias
- ▶ Cooperación Internacional
- ▶ Documentos institucionales
- ▶ Investigación