

## *Los trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días*

Dr. Bernardo Cano Uría

Asociación para los niños y adolescentes del Perú (ASPANAP)

Servicio de Psiquiatría Infantil

Hospital Nacional Guillermo Almenara I.

### INTRODUCCIÓN

Me preguntaba, ¿Por qué puede ser importante la historia de los trastornos en la conducta alimentaria? y las respuestas surgieron sin mayor esfuerzo, más si priorizamos, las principales razones que fuerzan cada día a conocer más estos extraños comportamientos del hombre diremos que son tres:

- 1) El mayor incremento de casos en adolescentes con anorexia y/o bulimia nerviosa en todo el mundo.
- 2) Aún hay aspectos desconocidos en la etiología, así como en los aspectos biológicos inherentes a los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo la obesidad.
- 3) El manejo terapéutico difícil, por reunir en una sola persona un importante grupo de sintomatología, que se incluyen en la anorexia-bulimia.

Los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en las tres últimas décadas en un importante foco de interés para la investigación básica y clínica. Tal interés ha surgido como una evidente necesidad de prevenir y dar respuesta terapéutica a una problemática que afecta a un sector importante de la población. Por un lado la obesidad reconocida como uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población general, primer problema sanitario en los Estados Unidos (Stuart y Davies, 1972), y por otro lado, los estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas que han demostrado que la anorexia nerviosa tiene una incidencia superior a lo que las estimaciones intuitivas consideraban. Junto a ello, la bulimia nerviosa que en la actualidad supera a la anorexia en prevalencia y que amenaza con un incremento progresivo en la población mundial.

Aún no conocemos todo sobre la patogenia de los trastornos en la conducta alimentaria, prueba de ello es que en el año 1994-1995 ZHANG-HAALAS descubren una hormona proteica llamada LEPTINA (*lepto-delgado*) que incrementa el metabolismo y consumo de grasas por lo tanto vinculada a la obesidad genética y que también tiene una expresión

no del todo conocida en la anorexia nerviosa, así como en el inicio de la pubertad.

Dada la aparición precoz (adolescentes e incluso niños) de la anorexia y Bulimia nerviosa, confiere al manejo terapéutico una mayor dificultad poniendo a prueba la tolerancia, la paciencia, la plasticidad psicoterapéutica, no de un solo médico tratante sino de todo un equipo multidisciplinario, con una dedicación de no pocas horas del día para un solo paciente, en una época en que se deciden futuros académicos, laborales, sociales y sobre todo en un momento en que los cambios propios de la pubertad y adolescencia determinaran un futuro, es necesario considerar los costos que un trastorno como anorexia o bulimia crean a la familia a las instituciones sanitarias o a los seguros de salud que corren con gastos de internamientos prolongados, una batería de exámenes que protocolizadamente hay que repetir a lo largo de varios años de tratamiento y por si fuera poco el costo personal que la joven o el joven afrontará dispendiendo gran parte de su tiempo y su energía psíquica al tema de su alimentación.

Sobre los trastornos del comportamiento alimentario se ha escrito abundantemente en los últimos años y es posible que mucha información exceda los límites de lo real, quedando muchos aspectos, sobre todo históricos, en el campo de lo mítico, sobre ello se dice: «La anorexia es una enfermedad que afecta sobre todo a chicas adolescentes disconformes con su cuerpo, quienes debido a una baja autoestima se sienten poco atractivas y que, por imitar a las modelos delgadas de revistas y televisión, comienzan a rechazar la comida, perdiendo en poco tiempo la apreciación objetiva de su cuerpo e infringiéndose con su conducta daños corporales que obligan a su hospitalización por disturbios que incluso, entre un 10 a un 15%, terminan en la muerte. En este camino anoréxico hay momentos de episodios bulímicos entendibles como desbordes que intentan ser contrarrestados con vómitos forzados, ayunos, abuso de laxantes o anfetaminas». Remarquemos que en toda exposición sobre el tema, el acento en lo referente a la causa recae sobre los actuales modelos de belleza.

Pero para poder depurar la veracidad de determinadas afirmaciones es imprescindible plantearse un pensamiento básico o preliminar «cuando creemos que conocemos todas las respuestas del mundo cambian todas las preguntas». Apliquemos este método entonces, el de las preguntas, al resumen anterior para ver qué obtenemos.

Si la anorexia es una enfermedad causada por los actuales modelos de belleza surgen inmediatamente algunos interrogantes. Primero: ¿Por qué existen referencias a ella que datan del siglo XI y se halla descrita sistemáticamente desde el siglo XVII? Segundo: ¿Por qué afecta también a los varones, cuyos modelos actuales de belleza se destacan por su musculatura y no por la delgadez? Tercero: ¿Por qué una anoréxica "verdadera" no se parece en nada a las modelos de revistas y televisión y sí tiene mucha similitud con los sobrevivientes de los campos de exterminio nazi?. Podríamos intentar una respuesta: tal vez se esté considerando anorexia a cuadros que no lo son, como también se pueda calificar de anorexia y bulimia personajes célebres de la historia sin que tampoco lo hayan sido.

Mucho de la información que sobre anorexia y bulimia llega a través de los ordenadores proviene muchas veces de desentendidos en algunas de las tres dimensiones que hoy se aceptan, corresponden a la etiología de estos trastornos: biológico, psicológico y socio-cultural.

Una investigación sobre la historia de trastornos en la conducta alimentaria como anorexia y bulimia nos llevan hasta el siglo I y la primera descripción histórica en el siglo IX. En la Medicina Prehistórica, en donde sólo el 1 % de las enfermedades alcanzan descripción real dado que se basa en los hallazgos de restos fosilizados o momias resulta imposible hallar vestigios de estos trastornos, más, en forma indirecta hay interesantes muestras del comportamiento humano y si bien no son los relacionados a la alimentación propiamente dicha sí a algunos objetos de veneración, un ejemplo de ello son las famosas «venus» que muestran una forma de pensamiento colectivo y propio de una determinada época cual es, el culto a la mujer globulosa, esteatopílica, u obesa, es decir en diferentes culturas de Europa, Japón y América y en una misma Era como la paleolítica. *No puede rechazarse, empero, que la voz, "Venus" ha hecho fortuna aun cuando en el caso de las llamadas Venus paleolíticas no quiera significar un dechado de perfecciones físicas, de acuerdo con los cánones que nos ha impuesto nuestro entorno y la civilización en la que estamos integrados.*

Por otro lado la aparición del cristianismo hace 2000 años produjo un cambio en la forma iconográfica de veneración en el mundo con la aparición de dioses más bien flacos y santos abstinentes desplazando a los

dioses romanos globulosos y fornidos como Baco y Hércules.

*Dioses y modas marcan los cambios*

***"¿Es la anorexia un fenómeno de la posmodernidad?"***

*Anorexia en años pasados*

En el Paleolítico, 40 mil años antes de Cristo, tener sobrepeso no era tan mal visto, es más, las deidades «gordas» de este periodo son frecuentes en donde, lo más aproximado a la representación morfológica de la mujer es expresado a través de las «venus» que son vestigios arqueológicos con formas globulosas y esteatopílicas.

La investigación llevada a cabo por diversos autores nos indica que la anorexia es una enfermedad ancestral y que durante milenios tuvo distintas connotaciones, entre éstas la religiosidad y el misticismo. El doctor Rafael Gómez-Cuevas, médico endocrinólogo de la Universidad Complutense de Madrid, nos lleva a la prehistoria en su libro "Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Pequeñas Perversiones" <sup>(1)</sup>. : Casi todas estas "divinidades" tienen una cabeza redonda y pequeña, miembros muy cortos y una gran barriga, algunas con prominentes senos. Así se puede observar en la Venus de Willendoorf, la de Lausell, la de Lespugue (todas europeas), y la de Mataumoto, en Japón, son figuras cuya característica principal es la obesidad, *"donde —de alguna manera— se daba culto al exceso de grasa, como significando una representación de vida, de fecundidad, para indicar que el exceso adiposo era en cierta forma como una señal 'divina' de salud y de longevidad, de grasa como signo de belleza, no —representación de una moda, sino como necesidad de supervivencia."*

*Es el Cristianismo y su influencia en la civilización occidental lo que determina el cambio en los patrones y estereotipos con dioses flacos y santas anoréxicas y la condena a la «gula» que se sanciona como uno de los siete pecados capitales, y dos representantes en el santoral católico: Santa Liberata y Santa Catalina de Siena entre otras cuya biografías de "anoréxicas" son más bien míticas.*

La asociación de trastorno en la conducta alimentaria con sintomatología depresiva (melancolía) es uno de los aportes destacados de Fried así como la pérdida del "apetito" sexual.

Entre las más famosas víctimas de la anorexia en el siglo XIX Y XX figuran la escritora inglesa Virginia Woolf, y Simone Weill ambas vinculadas a la creatividad literaria y filosófica.

En la obra de la autora inglesa Virginia Woolf (1882,1941) el tiempo está representado con la metáfora de *las olas*. Pero, además de figura literaria, la escritora también utilizó la imagen para describir el

estado de ánimo que la atenazó todos los días de su vida. "La sensación-afirmaba- de que la primera hora de cada mañana es algo tan dulce y calmo como el suave golpe de una ola, unida al presentimiento casi permanente de que algo horroroso está siempre a punto de ocurrir." A esta forma de melancolía ella la llamó "vicio absurdo". Cuando esta cotidiana sacudida del alma alcanzó su mayor intensidad, dejó de ser su fuente de inspiración y se convirtió en la condena que la condujo al suicidio, una mañana a finales de marzo. Además de ficción, Virginia Woolf escribió algunos notables ensayos acerca de las condiciones de vida de la mujer en la sociedad actual. Este es el caso de *Tres Guineas* (Lumen), libro que acaba de aparecer en Chile.

La filósofa francesa Simone Weil quien, en 1943, se dejó morir de hambre a los 34 años de edad y de quien Simone de Beauvoir cuenta en sus Memorias sobre su breve encuentro con Simone Weil, reprochándose a sí misma la terquedad que le impidió sacar provecho de él. Para entonces, ambas cursaban en La Sorbonne las mismas materias, y a Simone de Beauvoir le intrigaba la fama de inteligente de Simone Weil, que deambulaba siempre ataviada con una extraña vestimenta y siempre llevando en un bolsillo del abrigo libros y en el otro un ejemplar de *L'Humanité*. Un día Simone de Beauvoir logró acercarse a ella, Simone Weil dijo en tono corriente que una sola cosa contaba para ella en la Tierra: la revolución que daría de comer a todo el mundo. Simone de Beauvoir, de manera no menos peyorativa, respondió que para ella el problema no era la felicidad de los hombres, sino el sentido que daban a su existencia. Simone Weil la miró a los ojos y le dijo: «Se ve que usted nunca ha pasado hambre». Simone Weil murió de tuberculosis a los treinta y cuatro años en un sanatorio de las afueras de Londres, donde pasó los últimos días de su vida solitaria y anónima. Era agosto de 1943, y Simone Weil, a pesar de los esfuerzos de los médicos por tratarla, no quiso cooperar y se negó a ser alimentada. Pero no se trataba de un caso más de anorexia nerviosa, o mejor dicho: no se trataba «solamente» de eso. Incluso cuando era niña Simone Weil no podía comer con facilidad, se preocupaba demasiado por aquellos que no habían comido o no habían podido a causa de su situación económica.

La escritora suiza Isabelle Eberhardt, y las hermanas Bronte, Emily y Charlotte, quienes inmortalizaron obras como *Cumbres borrascosas* y *Jane Eyre*. Sobre ellas, la autora española escribe:

*"Emily no se enamoró nunca, vivía encerrada en su mundo imaginario y todo parece indicar que era anoréxica. No comía nada y, como muchas de las pacientes de ese tipo, era muy inteligente, autoexigente, inflexible y extrema. Sin llegar a un grado de patología, se diría que también Charlotte bordeó durante toda su*

*vida la anorexia; a los catorce años, sus amigas la veían consumida, como seca. Tenía problemas con la comida, a menudo se negaba a comer carne y siempre fue diminuta y delgadísima. Además, estaba obsesionada con su aspecto físico, como suelen estarlo estas enfermas; Charlotte era más bien fea, pero ella se consideraba repulsiva".*

Ya más corrido el siglo XX, muchos se preguntan si Wallis Simpson o Coco Chanel fueron anoréxicas. Respecto a este tópico sólo quedó consignada la frase de la primera: *"Nunca se es demasiado rica ni demasiado delgada"*.

Sabemos de otras probables anoréxicas de estirpe similar, no condicionadas por cuestiones místicas o religiosas, más modernas, como Juliette Giéco, cantante francesa de los años 40-50 y musa de toda una generación de existencialistas.

Como vemos, mujeres todas consistentes intelectualmente, con inquietudes trascendentales y no cultivadoras de su físico. ¿Tal vez rechazadoras a priori del mismo y por ello precisamente excesivamente cultivadoras del espíritu o del intelecto? Según la concepción actual de la enfermedad, ésta podría ser una interpretación. Otra anoréxica purgativa célebre (tal vez bulímica o bulimaréxica) ésta más reciente, fallecida en condiciones trágicas, fue la princesa Diana de Gales. Sin embargo, ésta podría considerarse más encuadrada en la concepción actual del trastorno, en el sentido de un excesivo culto al cuerpo perfecto. Un rasgo común a todas ellas es la presencia de antecedentes personales altamente conflictivos.

La lista de mujeres anoréxicas y bulímicas es grande, y por supuesto hay muchas ricas y famosas que padecen este mal, aun cuando una proporción importante de ellas se niega a reconocerlo. Ahí está el caso de la princesa Victoria de Suecia, que aunque desmiente públicamente haber contraído ese padecimiento, se enfrenta a las evidencias que su propio cuerpo muestra. Victoria Adams, de las Spice Girls, es señalada por los especialistas como un caso obvio. La célebre cantante de voz angelical Karen Carpenter, cuya anorexia ayudó a iniciar el debate en Estados Unidos sobre el padecimiento, murió al negarse a comer.

Febrero 4, 1983 -DOWNEY, Calif. (AP) — Una autopsia arrojó poca luz en la repentina muerte a la edad de 32 años de la ganadora del premio Grammy, Karen Carpenter o como la recuerdan sus sorprendidos amigos la «extraordinaria cantante» cuya fresca y romántica voz cautivó a los oyentes alrededor del mundo. Carpenter aparentemente sufrió un fallo cardíaco en la casa de sus padres en Downey esta mañana y fue declarada muerta a las 9:51 a.m. Sus amigos dijeron que pensaban que ella había ganado una larga batalla contra anorexia nerviosa.

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas:

- *La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.*
- *El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria*
- *La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.*

Los trabajos de Hilde Bruch en 1973, haciendo hincapié en la distorsión de la imagen corporal de Russell (1970, 1977), concertando las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas y últimamente de autores entre los que destacan Garfinkel y Garner (1982), han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la anorexia nerviosa como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

### **LA BULIMIA NERVIOSA**

La Bulimia es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico, tal vez por su evolución natural menos dramática, tal vez por la menor relevancia personal de sus afectadas y también porque su ocultación ha sido siempre más fácil. Las primeras referencias médicas datan de **1708**, y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en los últimos 10 años. Sin embargo, las conductas de purga, y la ingesta alimentaria abusiva y descontrolada se conoce bien desde tiempos remotos. Sabido es que en la civilización romana se utilizaba el vómito y otras formas de purga como forma de vaciar el contenido gástrico para continuar la ingesta masiva y descontrolada de alimentos. Este patrón ha continuado en muchos ámbitos cuyos partícipes, a lo largo de la Historia han podido acceder a él (conviene no olvidar que, todavía, en muchos lugares del mundo, comer es un privilegio). Hoy día también se establece que la Bulimia tiene una entidad propia, diferenciada, con unos claros criterios diagnósticos, establecidos, al igual que para la anorexia nerviosa. En los manuales DSM IV y CIE 10.

Habrà hoy en día algún factor que protege a las adolescentes andinas, de hacer trastornos en la conducta alimentaria?

Recorriendo descripciones bibliográficas sobre aspectos antropológicos del niño andino en el Perú fue imprescindible registrar algunas observaciones sobre la niñez en los andes y los datos que José María Arguedas nos ha dejado sobre los factores que modelan la conducta, son interesantes, ya que los vínculos y relaciones madre-hijo/a se inician desde antes de la concepción, al ocuparse del niño nacido y criado en

comunidades de indios monolingües quechuas. Es por ejemplo un aspecto perdurable el animismo que aún hoy existe en algunos pueblos rurales y comunidades como describe Arguedas: «Para los indios de Puquio (Ayacucho), dentro de las montañas está el paraíso de los niños que murieron antes de los catorce años. El encanto donde residen los niños consiste en jardines de las flores más bellas y en toda clase de golosinas, que están a disposición de las criaturas. También oyen música, cantos de pájaros, vuelo de picaflor brillantes. En cambio, los adultos muertos van a la cima de la montaña..... Estas descripciones que hace José M. Arguedas nos aproximan al reconocimiento del vínculo filial en la población andina del país intentando descubrir si estos vínculos y comportamientos hacia el niño resguardan aún a los adolescentes de trastornos reconocidamente aún ciudadanos como la anorexia y bulimia nerviosa.

El niño que nace y crece en un mundo en que la vida humana está relacionada y depende de la vida conciente de las montañas, de las piedras, insectos, ríos, lagos, manantiales, se forma considerando el mundo y su propia existencia de una manera absolutamente diferente que el niño o niña de una ciudad, en que sólo el ser humano está considerado como animado por un solo espíritu si este factor juega algún papel destacado al comparar la presencia de trastornos en la conducta alimentaria es una interrogante necesaria de develar. La conducta del niño o niña en los andes del Perú está también condicionada por la situación que ocupa en la sociedad y por la clase de trabajo a que se dedican sus padres. Ambos factores, el social y económico, son tan importantes como el de la religión.

El niño andino juega a ser grande como si se estuviera entrenando para realizar bien sus ocupaciones de adulto, imita las faenas, crea sus irrigaciones y sembradíos a escala, etc. y a diferencia del niño o niña de la ciudad cuya imaginación es llevada por otros linderos lúdicos como el juego con la «Barbie» (quien muestra una esbeltez próxima a la anorexia) y que demarca el arquetipo de la «perfecta belleza» produciendo una distorsión de la realidad.

José Portugal Catacora en su libro "El niño indígena" hace referencia al tema del nacimiento de una mujercita en los andes describiendo que generalmente se cree que es de buen augurio «mujer casa llena» se repite, y esta expresión significa que el matrimonio será próspero, tendrá buena situación económica, muchas cosas: enseres, animales, terrenos. Aún más, se supone que será estable, no habrá dificultades conyugales, si bien aclara que esta situación no se da en la misma medida, ni está arraigada en todas las zonas, hace referencia también que la presencia de un niño en el hogar, cualquiera que sea el sexo, no es

considerada como carga para los padres. (Portugal Calacora J. *El Indio Indígena Pág. 144*)

En los adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria se han descrito historias que muestran madres que confiesan sus temores de tener una hija, aún antes de la concepción de la misma, pues suponían de antemano que tendrían muchas dificultades. Espontáneamente asociaba (sin darse cuenta de esto) que era muy difícil ser una niña, que siempre había pensado así y había vivido una infancia de temores (Kestemberg y col. 1976 p. 132) "Por lo demás, casi todas las madres de anoréxicas relatan con cierta facilidad, haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han tenido que aprender, no sin haber sufrido. De este modo, han tenido tendencia, de acuerdo con su marido, a asegurar a sus hijos la posibilidad de un desarrollo autónomo que les ponga al abrigo de este sufrimiento que fue el suyo, aun lamentando no haber conseguido establecer una intimidad cálida, a la que habían aspirado de niñas"

Posición depresiva mal elaborada, dependencia profunda de la madre de su propia madre, causa profunda que interfiere en una madre para poder adoptar una posición maternal con la hija (Jammet, 1971)

La madre dominante y controladora es considerada causa o efecto del trastorno alimenticio y como sostiene Kestemberg y col. (1976) "conocemos a los padres de nuestros pacientes precisamente cuando han debido reorganizarse ante la enfermedad de sus hijos" (p.125). También señalan que en la mayoría de los casos se trata de familias a las que se las podría encuadrar en "la normalidad".

Al revisar la literatura sobre el tema del vínculo materno, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre. Sin embargo nos reafirmamos en que solo sería un factor, pero un factor muy importante.

Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas: Kestembreg (1976) describe a las madres como extraordinariamente dadoras, atentas a las necesidades de cada componente de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que están inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades. La madre comunica un ideal de lo femenino como desinteresado y no indulgente con sus deseos. No obstante, tras su solicitud hacia los otros, especialmente hacia su marido,

siente una irritabilidad y resentimiento no expresado, ya que expresar sus sentimientos podría ser auto indulgente. Madres dominantes, controladoras, intrusivas: Likerman (1997); Beattie, (1988); Gianna Williams (1996), basándose en las ideas de Bion sostiene que la madre usa a su hija como continente de sus propias emociones no procesadas (una mezcla de necesidades infantiles y sexuales) y, además, es incapaz de contener las emociones de su hija.

Madres rígidas y con baja autoestima: Diversos autores Bruch (1971); Palazzoli (1978) Bemporad y Ratey (1985); Gordon y col. (1989) ponen de relieve rasgos psicológicos constantes y comunes entre la hija anoréxica y su madre: baja autoestima y rigidez. A menudo está casada con un hombre que es incapaz de darse a sí mismo, al igual que su esposa es incapaz de valorarse a sí misma. El marido, incómodo con la dependencia de las mujeres, suaviza su desconfianza en ellas, devaluándolas y exigiendo lealtad incuestionable y cuidados. Frecuentemente, las demandas del padre se encubren bajo una actitud de auto sacrificio y esfuerzo desmedido. Las necesidades de ambos padres están entonces ocultas tras un aparente atención a los demás (Gordon y col. 1989)

Entre los seres que aportan su naturaleza para formar el patrón vital de las generaciones, la mujer madre constituye el personaje más importante, cuyo estudio es indispensable para el conocimiento del desarrollo humano de los nuevos seres, los niños.

La maternidad indígena tiene una significación mítica que encierra el complejo espiritual de las relaciones del hombre y la tierra, Ella es para el hombre aymarará, la personificación de la Pachamama, la madre tierra que da vida, a cuanto existe y lo sustenta con los frutos que se gestan sobre su faz. La alimentación del niño nativo, a diferencia de la lactancia que termina muy tardíamente; empieza muy temprano, dígase prematuramente, a los 5 ó 6 meses se les suministra papa sancochada o batida, a veces en caldo de carne, muy temprano el niño desarrolla habilidades para comer solo y no tiene horarios acondicionados por la disponibilidad y comodidad de adaptar el tiempo de la madre a la demanda del niño. De hecho, se ha descrito un tipo especial de familia, con características comunes bien definidas, en la que se daría un ambiente propicio para el desarrollo de un trastorno de la alimentación.

## **OTROS ASPECTOS DE LA DINÁMICA FAMILIAR**

La forma de organización y el funcionamiento de la familia desde el punto de vista interaccional (Minuchin,

1977; Minuchin 1998; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Mitan, 2002) se caracteriza por lo siguiente:

a) *Amalgamamiento*, que significa sobreinvolucración y elevada responsabilidad. Los miembros de la familia están sobre-involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

b) *Sobreprotección*, es decir, crianza excesiva y autonomía restringida. Todos los miembros de la familia muestran recíprocamente un alto grado de solicitud e interés. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

c) *Rigidez*, esto es, tendencia a mantener patrones fijos no funcionales. Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

d) *Evitación de conflicto*, o pobre nivel de resolución de conflicto. Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar el desacuerdo a fin de que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso, para evitar el conflicto el paciente juega un rol central y vital. No es raro observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre sí la atención preocupada de los familiares.

e) *Triangulación*, que se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a los hijos, lo cual da por resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto con la atención enfocada en la enfermedad, de modo que desvía conflictos maritales o familiares (Sluski, 1988).

Otras características que suelen estar presentes son la atmósfera de inseguridad, la aparente falta de conflicto, pero con mala relación entre los padres y una tensión subyacente. El padre puede parecer lejano, sin una relación afectiva con sus hijos y preocupado por las apariencias externas. La madre es aparentemente *tradicional*, que acepta su papel de esposa abnegada y sumisa, pero que muchas veces ha sido frustrada en sus aspiraciones y es víctima de un medio intolerante y muy crítico, así como de un espíritu de autosacrificio.

La familia no tiene por qué ser la causante de una anorexia nerviosa, pero afectada por la enfermedad, la puede y suele mantener, mediatizar y complicar. Los familiares evolucionan y actúan de modo paralelo a cómo evoluciona y actúa la anoréxica.

Tomando como postura de ignorancia que cuestiona, si se describe el panorama individual y familiar psicossomático, las personas y los familiares que llegan a consulta por situaciones psicossomáticas frecuentemente viven como vergonzoso el hecho de que, al no controlar sus emociones, éstas hablen a través de su cuerpo. En la terapia familiar, Minuchin y Palazzoli (cfr. Onnis, 1990) han hablado de cómo la enfermedad psicossomática es una metáfora de la problemática familiar, e incluso de la intrapsíquica individual.

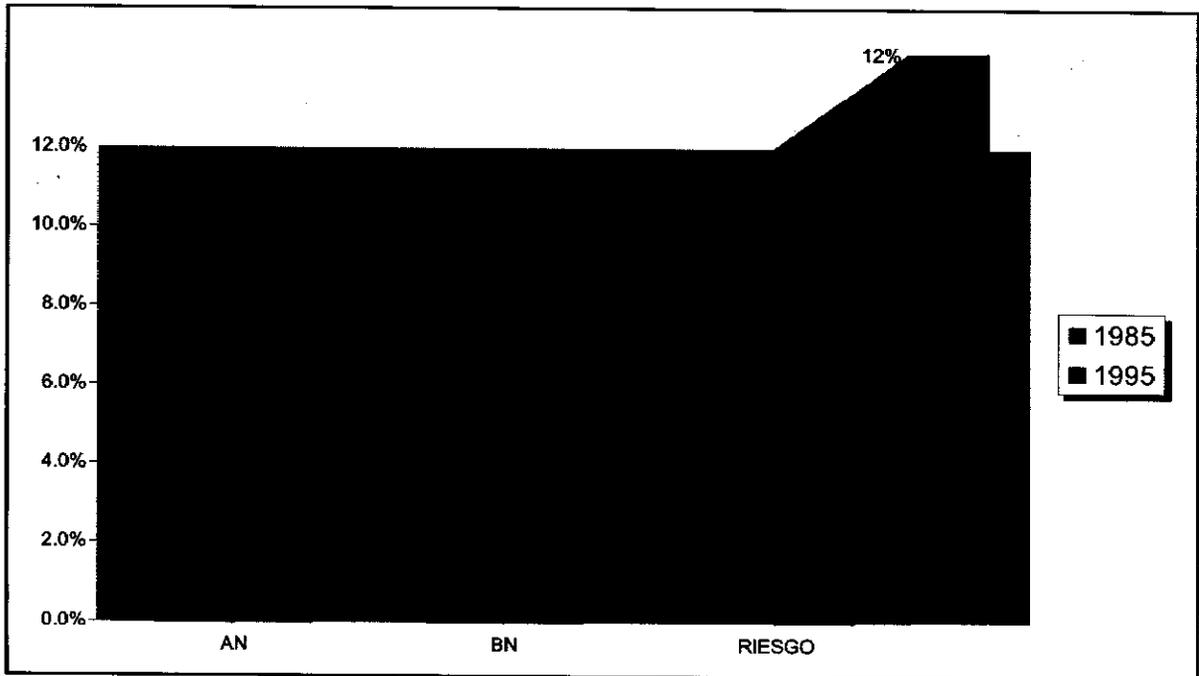
Si se contrastan las explicaciones teóricas con lo que los pacientes refieren de sus vivencias de marginación, dolor y rotulación, los conceptos anteriores se tambalean. Realmente se sabe muy poco de la interacción mente-cuerpo, y ante esa ignorancia quizá sea mejor trabajar desde el punto de vista de lo que estas personas viven, conectando la teoría de manera tentativa y no rotunda. En la medicina y la psicología es frecuente que la ignorancia se cubra con interpretaciones.

## **LA REALIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA I. DE ESSALUD EN LIMA PERÚ**

El cuadro N°1 muestra la prevalencia de TCA en la ciudad de Madrid en 1995 con un notorio incremento en la población con riesgo en adolescentes escolares entre 1985 y 1995 usando como instrumento de medición el E.A.T. ( Garner & Garfunkel) con una población de riesgo del 12.00 % en 1995 y 5% una década atrás, 2.4 % de adolescentes clínicamente bulímicas y 1.3 % con anorexia nerviosa

### Cuadro N° 1

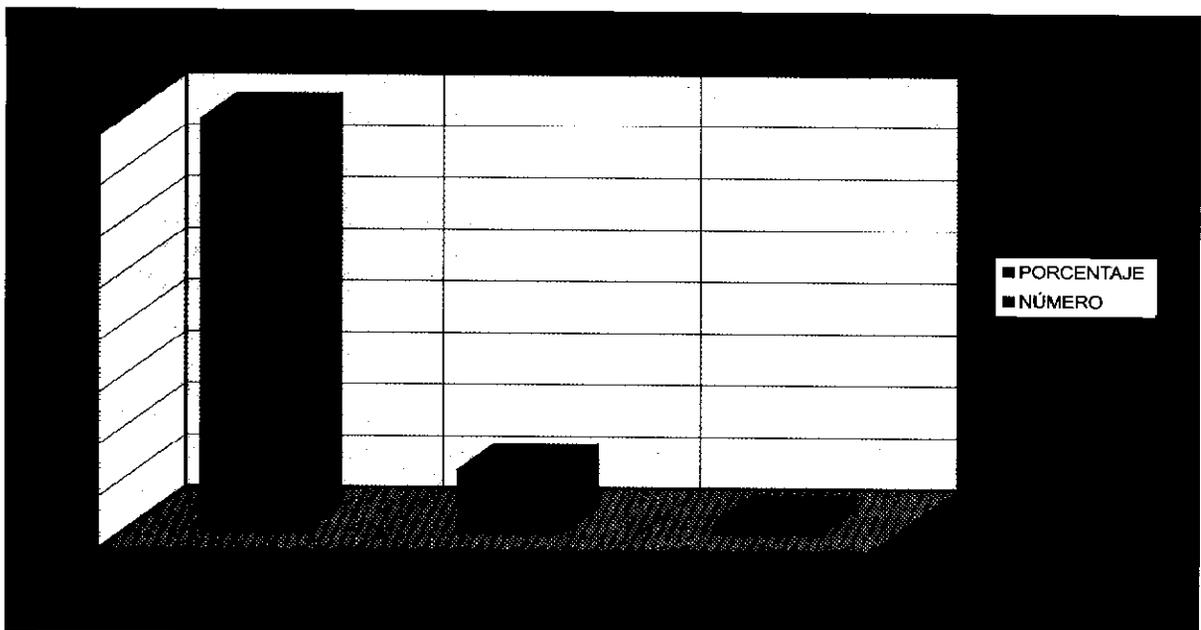
AN, BN, RIESGO, PREVALENCIA POBLACIÓN FEMENINA DE 15 AÑOS , MADRID



En 1998 nuestros hallazgos en dos colegios en la ciudad de Lima muestran una población de riesgo de trastorno de conducta alimentaria usando el E.A.T. (Eating Attitudes Test) de 12.64 % de adolescentes con conductas de riesgo y 2.6 % de casos clínicamente sintomáticos de trastorno en la conducta alimentaria y con una puntuación mayor a 50 en el instrumento de evaluación, similares resultados se encontraron en un colegio del distrito de Barranco, ambos colegios presentan estructuras socioeconómicas distintas

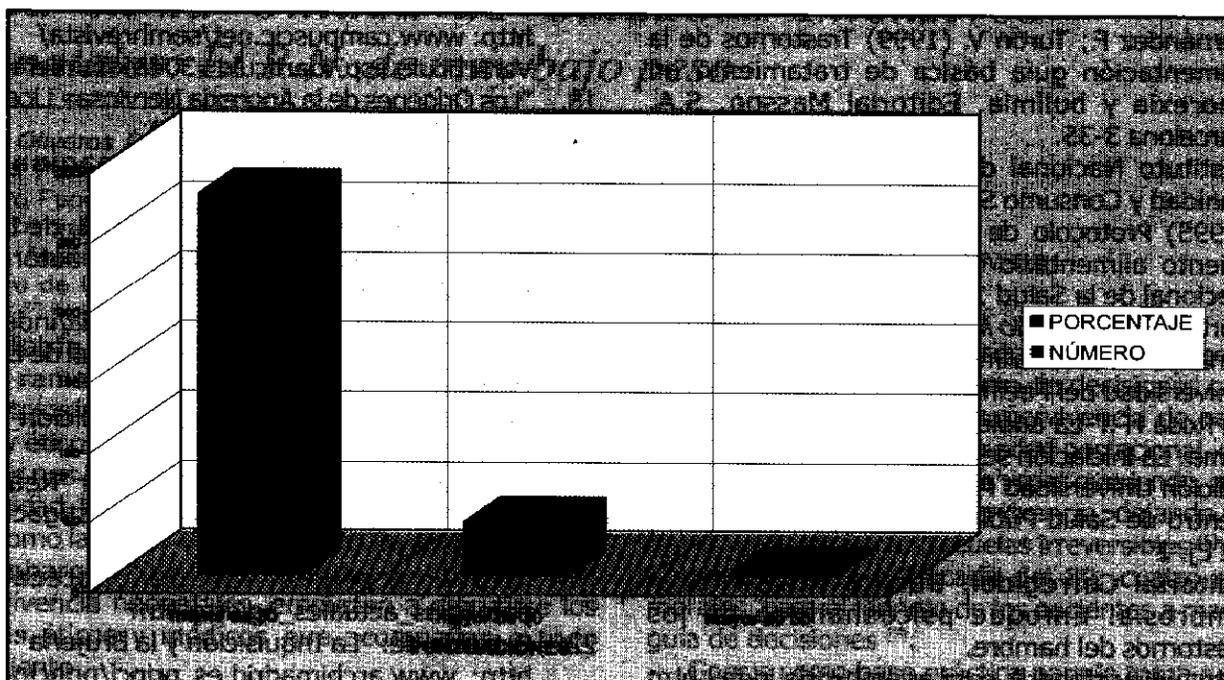
### Cuadro N° 2

HALLAZGOS PORCENTUALES CON EL CUESTIONARIO EAT EN EL COLEGIO DE SURCO LIMA 1998



### Cuadro N° 3

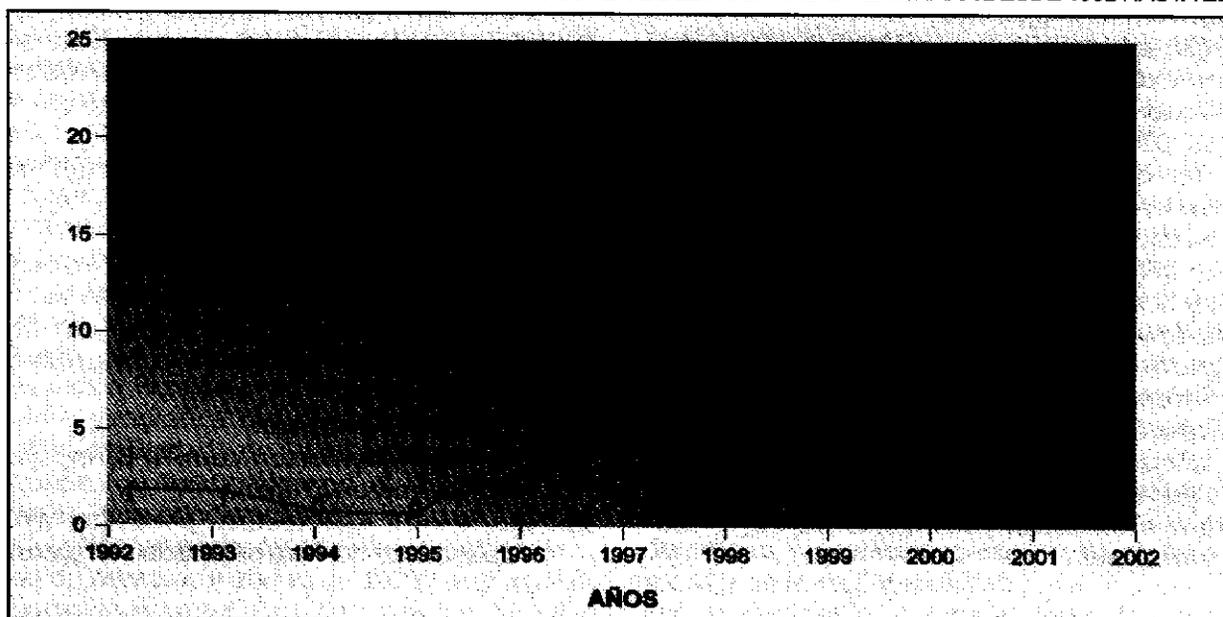
HALLAZGOS PORCENTUALES CON EL CUESTIONARIO EAT EN EL COLEGIO EN BARRANCO LIMA 1998



En los últimos 10 años la prevalencia e incidencia de los trastornos de conducta alimentaria se han incrementado en la atención ambulatoria y de hospitalización en nuestro servicio de psiquiatría infanto juvenil del Hospital G. Almenara en forma desbordante siendo a partir del año 1999 (23 CASOS DE PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA) más notorio el incremento, motivando una alta tasa de internamientos en adolescentes mujeres, registrando en el año 2004 cuatro hospitalizaciones de pacientes varones entre 14 y 17 años con el diagnóstico de ANOREXIA NERVIOSA.

### Cuadro N° 4

PACIENTES NUEVOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA-BULIMIA NERVIOSA) EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL DEL HOSPITAL G. ALMENARA DESDE 1992 HASTA EL 2002



## BIBLIOGRAFÍA

1. Lolas f. (1995), *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos aires.142-143.
2. Fernández F.; Turón V. (1999) Trastornos de la alimentación guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Editorial Masson, S.A. Barcelona 3-35.
3. Instituto Nacional de la Salud Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaria Nacional General (1995) Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario Madrid Editorial Instituto Nacional de la Salud 11:15.
4. Portugal J... *El indio indígena. (144)*.
5. Amat y León C. La alimentación en el Perú, Edición Universidad del Pacífico 1981, Pág. 70.
6. La Rosa H. J. -La adolescencia e iniciación sexual tema. La Iniciación sexual
7. Edición Universidad Peruana Cayetano Heredia-Centro de Salud Pública- 1997. Código. Hq 35 I 12 Ej. 2
8. Editorial Corregidor, Buenos Aires. Portal Ambrosia. Enfoque psicoanalítico de los trastornos del hambre.  
<http://www.sfendrik.com.ar/ambrosia/index.htm>
9. "Anorexia y Bulimia". Buenos Aires, mayo de 1999.  
[http://www.galeon.com/pcauzamo\\_psi010.htm](http://www.galeon.com/pcauzamo_psi010.htm)
10. "Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios".  
[http://www.msc.es/insalud/jovenes/aspectos\\_historicos.htm](http://www.msc.es/insalud/jovenes/aspectos_historicos.htm)
11. "Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Pequeñas perversiones" Capítulo II.  
<http://www.encolombia.com/medicina/libros/trastornos-gomez-cap2.htm>
12. Citado en "Anorexia Nerviosa en la Edad Media".  
[http://www.redmujer.com/cargar\\_salud.asp?nota=nota15](http://www.redmujer.com/cargar_salud.asp?nota=nota15)
13. "Anorexia Mal de brujas y santas», publicado en la sección "Sociedad", diario La Nación de Buenos Aires, 02 de noviembre de 1997.  
Versión online:  
[www.lanacion.com.ar/suples/revista/971102r-133.htm](http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/971102r-133.htm)
14. Universidad de Chile – Facultad de Filosofía.  
<http://www.uchile.cl/facultades/filosofia/publicaciones/cyber/cyber10/nguglielmi.html>
15. The New York Times Review. March 27, 1986  
<http://www.nybooks.com/articles/5168>
16. "Anorexia: Comer nada. Una Perspectiva Psicoanalítica". Publicado por la Asociación Española de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia:  
[http://www.pulso.com/aen/numero72/72\\_colaboraciones1.pdf](http://www.pulso.com/aen/numero72/72_colaboraciones1.pdf)
17. "Homeopatía Clínica, Revista de Formación Médica Continuada. Anorexia Nerviosa – Sociedad Española de Medicina Homeopática.  
<http://www.campusic.net/semhrevista/VerArticulo.asp?idarticulo=304&idnumero=3>
18. "Los Orígenes de la Anorexia Nerviosa» Licenciada Valeria Matzkin (Buenos Aires)  
<http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>
19. Artículo Publicado en el Diario Perfil, de Buenos Aires. Junio de 1998. Citado por la autora en el Portal Ambrosia:  
<http://www.sfendrik.com.ar/ambrosia/index.htm>
20. Revista Noticias – Publicación Semanal de Editorial Perfil (12-9-2000).Buenos Aires.  
[http://www.noticias.uol.com.ar/edicion\\_1290/nota\\_02\\_2.htm](http://www.noticias.uol.com.ar/edicion_1290/nota_02_2.htm)
21. "Patologías Actuales". Publicado por "Reuniones de la Biblioteca" – Red de Investigación en Psicoanálisis.  
[http://www.reunionesdelabiblioteca.com/patologias\\_actuales\\_aguirre.htm](http://www.reunionesdelabiblioteca.com/patologias_actuales_aguirre.htm)
22. Extraído de: "La Inquisición y la Brujería"  
<http://www.archimadrid.es/princip/princip/otros/docum/iglebru/iglebru1.htm>
23. Página Web de Morzine, Francia.  
<http://www.morzine-avoriaz.com>
24. Página web de Juliette Greco.  
<http://perso.wanadoo.fr/juliette.greco/greco.htm>
25. Simone Weil.  
<http://webs.sinectis.com.ar/hgonzal/lit/sweil1.html>
26. "Cuatro años sin la reina de corazones"  
<http://www.el-mundo.es/sociedad/aniversarioDiana/>
27. "San Francisco de Asís: Su Vida"  
[http://www.san-francesco.org/index\\_esp.html](http://www.san-francesco.org/index_esp.html)
28. "San Simeón 'el estilita', un santo fuera de serie"  
<http://www.geocities.com/Colosseum/Bleachers/2953/tierrasanta/estilita221001.htm>
29. "Avicena"  
<http://www.iqb.es/HistoriaMedicina/Personas/Avicena.htm>
30. "About GandhiServe Foundation"  
[http://www.gandhiserve.com/information/about\\_gandhiserve/about\\_gandhiserve.html](http://www.gandhiserve.com/information/about_gandhiserve/about_gandhiserve.html)
31. "El Tiempo Simbólico de Santa Rosa de Lima"  
<http://www.colsantarosa.com.ar/2revista/revista.htm>
32. "Anatomy of Anorexia"  
<http://www.wwnorton.com/NPB/nppsycho/old/medical/anorexia.htm>
33. *ASPANAP* Asociación para los Niños y Adolescentes del Perú publicación en prensa. 2000