

Universidad Nacional de La Matanza
Escuela de Posgrado

**TESIS DE
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

“El estilo defensivo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una revisión bibliográfica.”

Autor: *Lic. Joaquín Gratch.*

Director: *Dr. Humberto L. Persano.*

Buenos Aires, *Septiembre 2016*



**Universidad Nacional
de La Matanza
Escuela de Posgrado**

**TESIS DE
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

“El estilo defensivo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una revisión bibliográfica.”

Autor: Lic. Joaquín Gratch

Director: Dr. Humberto L. Persano

INDICE

Contenido

1. INTRODUCCION.....	3
1.1 Introducción.....	3
1.2 Antecedentes y Justificación.....	4
1.2.1 Estado de la cuestión.....	4
1.2.2 Relevancia y propositos.....	5
1.3 Resumen.....	7
2. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	11
2.1 Historia.....	11
2.2 Los trastornos de la conducta alimentaria segun el DSM 5.....	12
2.3 La descripción del CIE-10.....	18
2.4 Otros Manuales Diagnósticos: PDM y OPD-2.....	23
2.4.1 PDM.....	23
2.4.2 OPD 2.....	29
2.5 Características Generales.....	31
3. LOS MECANISMOS DE DEFENSA.....	41
3.1 La defensa y el Psicoanálisis.....	41
3.2 Un breve recorrido por la obra Freudiana y el concepto de mecanismos de defensa.....	43
3.3 La importancia de Vencer las Resistencias.....	45
3.4 Características Generales.....	46
3.5 La jerarquía de los mecanismos de defensa.....	50
4. DESARROLLO.....	55
4.1 Introducción.....	55
4.2 Artículos Teóricos.....	56
4.3 Revisiones Bibliográficas.....	61
4.4 Artículos Clínicos.....	64
4.5 Artículos Empíricos Experimentales.....	69
CONCLUSIONES.....	85

CAPITULO 1: INTRODUCCION.

1. INTRODUCCION.

1.1 Introducción.

El presente trabajo aborda la temática de los trastornos de la conducta alimentaria. Los mismos tienen una altísima tasa de prevalencia y tienen, también, una gran tasa de mortalidad asociada a la misma. Esto lleva a que surja la necesidad de investigar científicamente sobre los mismos. El psicoanálisis suele ser atacado injustamente por su falta de evidencias en cuanto al tratamiento. Recordemos que cada vez más se puede observar trabajos científicos que hablan de tratamientos basados en la evidencia en las jornadas científicas. Es por todo esto que se hace necesario que el psicoanálisis continúe su profundización a través de papers científicos.

A lo largo de la presente investigación, se intentará profundizar, desde una óptica psicoanalítica, sobre aspectos vinculados a los trastornos de la conducta alimentaria. El estudio se propone indagar el conocimiento actual que existe sobre los estilos defensivos que se asocian a los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello, se revisará la literatura teórico conceptual y de investigación empírica para poder, así, llegar a un análisis y síntesis de la información disponible actualmente.

Se busca profundizar específicamente sobre los estilos defensivos ya que se considera que la defensa es uno de los conceptos principales en la teoría freudiana y es en donde el psicoanalista pondrá el foco a la hora del trabajo clínico.

De esta manera es que la intención del trabajo está dada por investigar el estado de conocimiento actual sobre las relaciones de dependencia existentes entre los trastornos de la conducta alimentaria y los estilos defensivos implementados. A su vez, se intentará investigar las diferencias significativas planteadas entre los diferentes trastornos de la conducta alimentaria.

Para terminar, esperamos que la presente investigación permita abrir nuevos interrogantes para continuar profundizando el conocimiento a través de nuevas investigaciones.

1.2 Antecedentes y Justificación.

1.2.1 Estado de la cuestión.

Si bien no encontramos revisiones anteriores que versaran específicamente sobre el mismo tema, sí creemos que funcionan como antecedentes directos de nuestro trabajo una serie de investigaciones en donde se realizan revisiones bibliográficas de textos tanto empíricos como teóricos apuntando a indagar distintas cuestiones pero siempre vinculadas a los trastornos de la conducta alimentaria. Las siguientes son las que consideramos que se aproximan de forma más directa a nuestra investigación.

Anne Brauhardt, Martina De Zwaan y Anja Hilbert (2014) publican en el *International journal of Eating Disorder* un artículo en donde realizan una revisión bibliográfica sobre los distintos tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos de la conducta alimentaria.

Una revisión bibliográfica similar pero enfocada en cuanto a la vinculación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y los vínculos con los padres u objetos primarios fue llevada a cabo por otros autores (Tetley, A.; Moghaddam, N.; Dawson, D.; Rennoldson, M., 2014).

Samanta Waxman (2009) investiga de modo similar la relación existente entre la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. Otros estudios (Zachrisson, H.; Skarderud, F., 2010) y (O'Shaughnessy, R.; Dallos, R., 2009) profundizan sobre el vínculo de dependencia que existe entre dichos trastornos y los distintos tipos de apego.

Queda claro, entonces, que existen una serie de estudios que se aproximan de modo indirecto a nuestra investigación pero es importante resaltar que no hemos logrado encontrar ningún estudio que realice una revisión bibliográfica buscando establecer las

relaciones existentes entre los trastornos de la conducta alimentaria y los mecanismos de defensa o estilos defensivos.

1.2.2 Relevancia y propósitos.

La importancia de nuestro estudio es, entre otras cosas, directamente proporcional a la preocupación que resulta necesaria luego de la investigación sobre la altísima frecuencia y peligrosidad que tienen los trastornos de la conducta alimentaria. Comencemos por detallar que la anorexia nerviosa afecta al 0,9 % de las mujeres (Smink, F.R., Van Hoeken, D., y Hoek, H.W. 2012) y tiene la tasa más alta de mortalidad de todos los trastornos psicológicos. (Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., y Nielsen, S. 2011.).

Otro estudio que menciona la peligrosidad que tienen estas patologías nos informa que los trastornos de la conducta alimentaria presentan la tasa más alta de riesgo de muerte ya que cerca del 20% de los pacientes mueren en un lapso de veinte años de evolución (Kachele, H. Kordy, H.; Richard, M. et al.).

La frecuencia de dichas patologías aparece como algo a resaltar en todas las investigaciones sobre el tema. Por ejemplo, es importante mencionar que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en el tercer lugar de la lista de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a adolescentes mujeres (Fisher, M. et al, 1995).

Encima, recordemos que los trastornos de la conductas alimentaria, como ya hemos visto, tienen una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como ser los trastornos de la serie ansiosa, distintos tipos de depresión (Tasca, G.A. et al., in press), el abuso de sustancias (Harrop, E.N. y Marlatt, G.A. 2010) y las complicaciones médicas (Mitchell, J.E. y Crow, S.J. 2006). Este hecho, desde ya, complica mucho más el panorama y nos lleva a la necesidad de profundizar mucho más nuestro conocimiento sobre ellas.

Las estadísticas sobre estas enfermedades en nuestro país se encuentran poco estudiadas, pero Diana Pasqualini y sus colaboradores en el Hospital "Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Pasqualini y cols., 2007) nos informan que los

trastornos de la conducta alimentaria figuran entre las primeras causas de consulta tanto en el área psicológica como en el área clínica de los servicios de hebiatría.

Los conceptos de mecanismos de defensa y estilo defensivo han sido siempre centrales para poder comprender el desarrollo del yo (Freud, A. 1963) y de la psicopatología psicoanalítica en general (Fenichel, O. 1945; Kernberg, O. 1975; Vaillant, G.E. 1971). El interés en los conceptos de defensa ha estado presente desde el inicio del pensamiento psicoanalítico (Lopez, R. 2005) y ha sostenido su vigencia con el correr del tiempo, hecho que puede ser comprobado fácilmente por una serie de estudios que intentan investigar las relaciones de dependencia que existen entre ciertos trastornos específicos y su modo defensivo particular (Kernberg, O. 1975; Lichtenberg, J. y Slap, J. 1973; Ogden, T. 1979; Robbins, M. 1976; Kohut, H. 1971; Stolorow, R. y Lachmann, F. 1980).

Debido a todo esto es que nuestra investigación se justifica por la importancia y la necesidad de llevar a cabo estos estudios que nos permitan profundizar nuestro conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria y teniendo como foco principal un aspecto clave para el psicoanálisis como ser la defensa o estilo defensivo particular a estos padecimientos, ya que la misma perpetua el padecimiento y cambia a través del tratamiento psicoterapéutico (Freud, S. 1925).

Como hemos mencionado en el estado de la cuestión, no contamos con investigaciones bibliográficas que estudien y aúnen la información actual sobre las relaciones de dependencia existentes entre los trastornos de la conducta alimentaria y los mecanismos de defensa implementados.

De este modo, los propósitos de la presente investigación están dados por el hecho de que nos permitirá analizar y sintetizar el material publicado sobre nuestro tema de interés para poder darles a los profesionales información fiable que les permita tomar decisiones más acertadas para conducir una psicoterapia.

1.3 Resumen.

El presente trabajo busca investigar cual es el estado de conocimiento actual sobre las relaciones de dependencia existentes entre los trastornos de la conducta alimentaria y los estilos defensivos implementados.

Para ello se revisó tanto la literatura teórico conceptual como las investigaciones empíricas que se aproximan al fenómeno de nuestro interés. La búsqueda se realizó a través de una serie de buscadores específicos como ser la biblioteca de A.P.A. (Asociación Psicoanalítica Argentina), la agencia mundial de suscripciones científicas EBSCO, la biblioteca virtual LILACS, la biblioteca estadounidense virtual especializada en temas médicos PUBMED, en la base de datos de la biblioteca de la Society for Psychotherapy research (SPR) y Google académico; a su vez, hemos consultado a referentes en el tema.

La intención es la de poder indagar sobre cuál es el estilo defensivo característico de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y más específicamente que diferencias existen, si es que las hay, entre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

CAPITULO 2: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

2. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

2.1 Historia.

La palabra anorexia deriva del griego y significa falta de apetito. Hipócrates y Galeno se refirieron a esta patología con el nombre de Asitia o Inedia.

En 1689 Richard Morton publica un caso probable de anorexia por depresión melancólica del cual dijo: "parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía un frío descomunal".

En 1774 Djerine en Francia se refiere a esta como un caso de patología mental. Naudeau, en 1789, la relaciona con la histeria, y Pinnel, en 1798, la clasifica como una neurosis de la función digestiva.

Tiempo después, en 1873, Lasegue en Francia observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad "Anorexia Nerviosa", otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer.

En 1965, Bruch habla de una experiencia distorsionada del cuerpo, y Crisp en 1967 se refiere a ella como una fobia al peso. Finalmente Russell, en 1970, la menciona como un miedo patológico a subir de peso.

Estos fueron los antecedentes que derivaron en la definición y caracterización que nos brinda hoy el DSM 5.

La palabra bulimia también deriva del griego, bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey.

Los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes. En el siglo X, Aurelianus describió al 'hambre mórbido' como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado. En estos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries. Estos signos, característicos de la Bulimia Nerviosa, son consecuencias médicas del vómito auto-inducido.

El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética.

La bulimia fue originariamente concebida como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita. A comienzos del siglo XIX los diccionarios médicos describieron a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito.

Tiempo después la enfermedad fue aceptada como un desorden neurótico. En 1979 la bulimia fue minuciosamente descrita por un médico estadounidense llamado Gerald Russell (Russell, G., 1979).

2.2 Los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM 5.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales más utilizado es el conocido DSM, cuya última versión es la número 5. Dicho manual refiere sobre los trastornos de la conducta alimentaria que son alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal. Describe ocho subtipos, los cuales son: la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, el Trastorno por atracón (binge eating disorder), la Pica, el Trastorno de rumiación (rumination disorder), el Trastorno de consumo restrictivo o evitativo de la comida (avoidant/restrictive food intake disorder), Otros trastornos alimentarios especificados (other specified feeding or eating disorder) y el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE).

En la actualización que se dio entre el DSM IV (1994) y el DSM 5 (2013) podemos observar una serie de diferencias, en donde la primera que resalta a la vista es el paso de tres categorías diagnósticas (Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastorno de la conducta Alimentaria No Especificado) a los ocho subtipos mencionados previamente. La inclusión de la categoría de trastorno por atracón (binge eating disorder) como una categoría diagnóstica propia es tal vez uno de los cambios más relevantes junto con la inclusión de los trastornos de pica y rumiación dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, y ya no en los "trastornos de la infancia y adolescencia" como sucedía previamente. Los otros dos cambios que resultan necesarios de ser resaltados son el hecho de que la amenorrea deja de ser un criterio diagnóstico en la anorexia nerviosa y el cambio en la frecuencia de episodios bulímicos (de dos a la semana en los últimos tres meses a un episodio semanal en los pasados tres meses) necesarios para su categorización como bulimia nerviosa.

Los criterios de clasificación de la **anorexia nerviosa** para el DSM 5 (2013) son:

- A. Una restricción persistente de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física.
- B. Un intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o bien una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.
- C. Una alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación, o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

En cambio, los criterios de clasificación para la **bulimia nerviosa** son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos un episodio a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los criterios de clasificación para el **trastorno por atracón** (binge eating disorder) son:

- A. Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracones de comida se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
 - Comer, en un período discreto de tiempo (por ejemplo, dentro de un período de 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de gente puede comer durante un período de tiempo similar y bajo circunstancias similares.
 - Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto se está comiendo).

B. El episodio de atracón se asocia a tres o más de los siguientes:

- Comer mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Ingerir grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento.
- Comer solo por sentirse avergonzado por lo mucho que uno está comiendo.
- Sensación de disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después del atracón.

C. Hay una marcada aflicción con respecto a los atracones.

D. Los atracones de comida se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

E. Los atracones de comida no se asocian con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas, como en la bulimia nerviosa y no aparecen exclusivamente en el transcurso de la bulimia nerviosa, anorexia nerviosa o métodos para compensar por comer en exceso, como el vómito autoinducido.

Nota: Trastorno por Atracón es menos común pero mucho más grave que comer en exceso. Trastorno por atracón se asocia con un malestar más subjetivo con respecto a la conducta alimentaria, y por lo general otros problemas psicológicos concurrentes.

En cuanto al trastorno de **pica** los criterios de clasificación son:

- A.** Una ingesta persistente de sustancias no nutritivas durante un período de al menos un mes.
- B.** El consumo de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo.
- C.** La conducta alimentaria no forma parte de una práctica culturalmente apoyada o socialmente normativa.

D. Si se produce en presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del espectro autista), o durante una condición médica (por ejemplo, embarazo), es lo suficientemente grave como para merecer una atención clínica independiente.

El trastorno de **rumiación** (rumination disorder) requiere de los siguientes criterios de clasificación:

A. Repetida regurgitación de alimentos por un período de al menos un mes de alimentos. Regurgitados puede ser re-masticado, re-ingestión, o escupir.

B. La regurgitación repetida no es debido a una condición de la medicación (por ejemplo, enfermedad gastrointestinal).

C. El comportamiento no se produce exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón o el trastorno por evitación Ingesta de Alimentos / restrictivo.

D. Si se produce en presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del desarrollo intelectual), es lo suficientemente grave como para merecer una atención clínica independiente.

En cambio el **trastorno de consumo restrictivo o evitativo de la comida** (avoidant/restrictive food intake disorder) requiere de los siguientes criterios de clasificación:

A. Una perturbación Alimentaria o de comida tal como se manifiesta por el fracaso persistente para satisfacer las necesidades nutricionales y / o de energía apropiados asociados con una (o más) de los siguientes:

- Pérdida significativa de peso (o el fracaso para alcanzar el esperado aumento de peso o falta de crecimiento en los niños).
- Deficiencia nutricional significativa
- La dependencia de la alimentación enteral o suplementos nutricionales orales

• Marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial

B. El comportamiento no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o asociada a una práctica culturalmente sancionada

C. El comportamiento no se produce exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay evidencia de una alteración en la forma en la que uno experimenta el peso o la forma corporal

D. La perturbación de comer no se atribuye a una condición médica, ni es mejor explicado por otro trastorno de salud mental. Cuando es sí ocurre en la presencia de otra enfermedad / trastorno, el comportamiento excede a lo que se asocia por lo general, y requiere la atención clínica adicional.

De acuerdo con los criterios del DSM-5 (2013), para ser diagnosticado en el apartado **otros trastornos alimentarios especificados** (other specified feeding or eating disorder), una persona debe presentar una alimentación y comportamientos que causan angustia y deterioro clínicamente significativo en áreas de funcionamiento, pero no debe cumplir todos los criterios para cualquiera de los otros trastornos de la alimentación.

Los siguientes son algunos de los ejemplos que propone el manual sobre esta última categoría:

- ✓ Anorexia nerviosa atípica: aun con significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad.
- ✓ Bulimia nerviosa sub-umbral (de baja frecuencia o limitada duración): episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.
- ✓ Trastorno por atracón sub-umbral: episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.
- ✓ Trastorno purgativo: conductas purgativas recurrentes para influir en peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones. El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso o hay un intenso temor a ganar peso o llegar a estar obeso.

- ✓ Síndrome de ingesta nocturna (Night Eating Syndrome): episodios recurrentes de ingesta nocturna, en forma de ingesta tras despertarse de noche, o excesivo consumo de alimentos tras la cena. Hay conciencia y recuerdo de la ingesta. Se trata de un trastorno no explicado mejor por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales. Suele asociarse a malestar y afectación en el funcionamiento del paciente. Tampoco se enmarca en el trastorno por atracón, otros trastornos mentales o abuso/dependencia de sustancias, ni en otras enfermedades médicas o efectos de medicamentos.

En cuanto al **trastorno de la conducta alimentaria no especificado**, cabe decir que se encuadran todas aquellas personas que tienen sintomatología asociada a trastornos alimenticios pero que no logran encuadrar dentro de ninguno de los trastornos descritos previamente.

2.3 La descripción del CIE-10.

El manual diagnóstico CIE-10 es la última revisión del manual propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El mismo ubica a los trastornos de la conducta alimentaria dentro del Capítulo número V5, es decir dentro de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, y más específicamente dentro de los Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (F50-59). Describe ocho subtipos, los cuales son: **Anorexia nerviosa** (F50.0), **Anorexia nerviosa atípica** (F50.1), **Bulimia nerviosa** (F50.2), **Bulimia nerviosa Atípica** (F50.3), **Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas** (F50.4), **Vómitos en otras alteraciones psicológicas** (F50.5), **Otros trastornos de la conducta alimentaria** (F50.8) y el **Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación** (F50.9).

Cabe destacar que el manual ubica de modo diferenciado los siguientes trastornos: trastornos de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2), Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3), la Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0) y la Pica de la infancia (F98.3). A su vez, se destacan dos grandes grupos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa, los cuales

van a ser, junto al Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), los trastornos de interés para la presente investigación.

La CIE-10(1992) define a la **Anorexia Nerviosa** (F50.0) de la siguiente manera:

"Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa."

Las pautas que establece para el diagnóstico son las siguientes, las cuales deben estar presentes todas ellas:

Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet¹ de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período decrecimiento.

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.

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.

Trastorno endocrino 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.

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 produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

En cuanto a la **anorexia nerviosa atípica** (F50.1), la CIE-10 (1992) plantea:

"Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe de utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida".

En cuanto a la **Bulimia nerviosa** (F50.2):

"Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende

a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso".

En relación a las pautas para el diagnóstico, cabe destacar que deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye: Bulimia sin especificar y la Hiperorexia nerviosa.

En cuanto a la **bulimia nerviosa atípica** (F50.3), la CIE-10 (1992) plantea:

"Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Incluye: Bulimia con peso normal."

Sobre la **Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas** (F50.4), la CIE-10 (1992) refiere:

"Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso".

Incluye la Hiperfagia psicógena.

Excluye la Polifagia sin especificación (R62.2) y la Obesidad (E66.-).

En cuanto a los **vómitos en otras alteración psicológicas** (F50.5), plantea que:

"Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes".

Incluye los Vómitos psicógenos y la Hiperémesis gravídica psicógena.

Excluye las Náuseas y vómitos sin especificación (R11).

En cuanto **a otros trastornos de la conducta alimentaria** (F50.8), el manual incluye la disminución psicógena del apetito y la pica de origen orgánico en adultos.

El último trastorno que codifica dicho manual en relación a los trastornos de la conducta alimentaria es el **trastorno de la conducta alimentaria sin especificación** (F50.9). En este trastorno se agrupan todas aquellas personas que tienen sintomatología asociada a los trastornos descritos pero que no logran encuadrar del todo dentro de ninguno.

2.4 Otros Manuales Diagnósticos: PDM y OPD-2.

Los manuales diagnósticos mencionados hasta ahora (DSM 5 y CIE 10) son sin duda los manuales de base para pensar cualquier diagnóstico psiquiátrico, pero existen otros manuales que vale la pena destacar ya que nos permiten una visión más compleja y profunda de los mecanismos psicodinámicos. Recordemos que la clasificación que proviene del DSM y la CIE intentará deslindar entidades de acuerdo a los fenómenos sintomáticos y, en cambio, el psicoanálisis se interesará por los mecanismos psicodinámicos subyacentes.

Los manuales diagnósticos a los que se hace referencia son el PDM (Manual Diagnóstico Psicodinámico por sus siglas en inglés) y el OPD2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado por sus siglas en inglés, y en su segunda versión). Ambos buscan complementar al DSM y no reemplazarlo. Resultan de interés para el presente trabajo ya que, tanto el PDM como el OPD2, se interesan, como he mencionado previamente, por los mecanismos psíquicos subyacentes, entre los cuales se destacan la idea de estructura y de mecanismos de defensa, ya que es una de las variables intervinientes en la presente investigación.

2.4.1 PDM.

El Manual Diagnóstico Psicodinámico surge de un esfuerzo colaborativo de la Asociación Psicoanalítica Americana (APA), la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), la División 39 de la Asociación Psicológica Americana, la Academia Americana de

Psicoanálisis y Psiquiatría Dinámica y el Comité Nacional de Miembros de Psicoanálisis en Trabajo Clínico Social. Los Presidentes de cada organización integraron un Cuerpo Directivo (Steering Committee) quienes recomendaron miembros para ser parte de los grupos de trabajo. Al frente del Grupo de Trabajo del PDM estuvieron el Dr. Stanley Greenspan (Chair) Nancy McWilliams (Associate Chair) y Robert Wallerstein (Associate Chair). El Grupo de Trabajo estuvo compuesto por más de 40 destacados profesionales del psicoanálisis, la psiquiatría y disciplinas afines del campo de la Salud Mental.

La Lic. Laura Borensztein de Weinstein, en su informe sobre el PDM titulado "El manual de diagnóstico psicodinámico (PDM) y su utilización clínica" (Borensztein de Weinstein, 2008) plantea que el manual se basa en diferentes modelos de producción de subjetividad provenientes de varias disciplinas pero que siempre apunta a una concepción dinámica que incluye tanto al paciente como al analista, dando por resultado un especial énfasis en la personalidad del paciente, su funcionamiento mental, sus patrones sintomáticos y en la relación entre el paciente y el terapeuta a través de conceptos como el de transferencia y alianza de trabajo.

En el mismo sentido Guillermo Lancelle (2008) resalta que el aporte esencial del PDM está dado por la posibilidad de una comprensión de la complejidad psicológica del sujeto humano.

La intención de ir más allá de la simple clasificación a través de separar complejos sintomáticos y apuntar a los mecanismos psicodinámicos viene asociado directamente a los gérmenes mismos del psicoanálisis. Recordemos que Freud, ya desde sus inicios en el pensamiento psicoanalítico, apuntaba a evidenciar los mecanismos psicodinámicos que distinguían a sus distintas neurosis (actuales o de defensa en un principio, o narcisistas, traumáticos o de destino más entrado en su obra) y no se quedaba con la única preocupación de separar en base a la sintomatología.

El Dr. Héctor Ferrari, quien fue el único hispano parlante que participo del grupo de trabajo en la producción del PDM, plantea sobre el mismo (2008, p.8): «[...], trata de entender la naturaleza funcional del trastorno, con lo cual eventualmente pueda facilitar una mayor comprensión de los factores etiológicos. Una comprensión funcional y etiológica

más integral podrá proveer una base más amplia para el diagnóstico y el tratamiento. ». La presente investigación apunta, justamente, a permitir una mayor comprensión en relación a los mecanismos psicodinámicos que se encuentran asociados a los trastornos de la conducta alimentaria; es por eso que resulta importante hacer mención a otros manuales diagnósticos como el PDM o el OPD2. En el mismo sentido, y en el mismo texto, el Dr. Ferrari, plantea (2008, p.8):

Se citan trabajos (Fonagy 2005, p.765) en los cuales se demuestra que: cuando los terapeutas aplican tratamientos manualizados hacia grupos seleccionados de síntomas sin dirigirse a la complejidad de la persona que experimenta los síntomas y sin atender la relación terapéutica que sostiene el tratamiento, los resultados son de corta duración y grado de remisión muy alto. Por el contrario, las investigaciones orientadas a los procesos terapéuticos conceptualizados en los modelos psicodinámicos de la mente (que consideran la alianza de trabajo, los fenómenos de la transferencia y las condiciones del encuadre terapéutico, entre otras) tienen más poder de predicción que cualquier consideración diagnóstica basada solamente en síntomas.

En cuanto a la estructura interna del manual, el PDM distingue 3 ejes. El primero es el denominado eje P y hace referencia a los trastornos y patrones de la personalidad. El segundo es el eje M y apunta a detallar el funcionamiento mental del individuo en cuestión. Por último se encuentra el eje S, el cual estudia la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos.

Ricardo Bernardi (2010, p. 197) informa sobre el eje P que:

En forma similar al DSM-5, estos trastornos no son presentados como listas de síntomas sino como descripciones clínicas configurando un prototipo, pero agrega en cada uno el diagnóstico de las pautas constitucionales y de maduración que lo determinan, las tensiones y preocupaciones centrales del paciente, los afectos principales, las creencias patogénicas centrales acerca del self y del otro, y los subtipos principales del trastorno.

A su vez, Ferrari (2008, p.10) plantea:

" «Los conflictos psicológicos están a menudo enlazados con temas de la personalidad. Una fuerte tradición psicoanalítica habla de su prolongada dedicación a la cuestión de la personalidad y su estructura. *Comprender individualmente a la persona y su desarrollo puede ser más importante para su tratamiento que comprender o enfocar síntomas aislados.*»"

El eje M el cual, como hemos visto previamente, hace referencia al funcionamiento mental, intenta describir dicho funcionamiento a través de nueve dimensiones. Las mismas son: 1) Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje; 2) Capacidad para las relaciones (incluyendo profundidad, amplitud y consistencia); 3) Cualidad de la experiencia interna; 4) Experiencia afectiva, expresión y comunicación; 5) Patrones y capacidades defensivas; 6) Capacidad para formar representaciones internas; 7) Capacidad para la diferenciación e integración; 8) Capacidad de auto observación (mentalización); y 9) Capacidad para construir y usar estándares internos e ideales (sentido de moralidad). En función de la evaluación del funcionamiento mental, se buscará especificar dicho funcionamiento dentro de los siguientes ocho niveles: 1) Capacidades mentales óptimas, apropiadas a la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase; 2) Capacidades mentales razonablemente apropiadas para la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase; 3) Capacidades mentales apropiadas para la edad con conflictos específicos para esa fase o para desafíos transitorios del desarrollo; 4) Restricciones leves y falta de flexibilidad; 5) Restricciones y alteraciones moderadas en el funcionamiento mental; 6) Restricciones y alteraciones mayores en el funcionamiento mental; 7) Defectos en la integración y alteración de las representaciones del self y de los objetos; 8) Defectos mayores en las funciones mentales básicas.

El eje M es de especial interés para la presente investigación ya que dentro del mismo se encuentra una de las variables estudiadas en este trabajo, es decir los mecanismos de defensa.

El eje S hace referencia a las pautas sintomáticas subjetivas y apunta a describir la forma particular en la que el paciente atraviesa la situación.

Este último eje es en donde se describen las clasificaciones sintomáticas distribuidas en las siguientes categorías:

S 301- Trastornos Adaptativos

S 302-Trastornos de Angustia

S 302.1 Trastorno por Stress Postra

S 302.2 Fobias

S 302.3 Trastornos Obsesivo Compulsivo

S 303- Trastornos Disociativos

S 304- Trastornos Afectivos

S 304.1 Trastornos Depresivos

S 304.2 Trastornos Bipolares

S 305- Trastornos por Somatización

S 306- Trastornos Alimenticios

S 307- Trastornos Psicógenos del Sueño (dormir)

S 308- Trastornos de la Identidad Sexual y Género

S 308.1 Trastornos sexuales

S 308.2 Parafilias

S 308.3 Trastornos de Identidad Sexual

S 309- Trastornos Facticios

S 310- Trastornos del Control de Impulsos

S 311- Trastornos por Abuso y Adicción de Sustancias

S 312- Trastornos Psicóticos

S 313- Trastornos Mentales Basados en Condiciones Médicas Generales.

El que resulta de interés para la presente investigación es el S306, denominado Trastornos alimenticios. En el mismo se realiza una descripción en donde se resalta la idea de que lo esencial en estos trastornos es que la autoestima está directamente vinculada con la forma del cuerpo y el peso del mismo. Se hace referencia, también, al hecho de que la Anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa del peso debido a un excesivo control en la ingesta de alimentos, el cual muchas veces se ve acompañado de conductas purgativas, debido a un intenso temor a de volverse obeso. Cabe destacar que hace, también, referencia a la idea de distorsión de la imagen corporal. A la Bulimia nerviosa la caracteriza por el ciclo típico de atracón seguido por una conducta purgativa para sacarse de encima las calorías no deseadas y así evitar la ganancia de peso.

Cabe mencionar que la clasificación que utiliza el PDM es la misma que utiliza el DSM IV y la que se estudiará en la presente investigación. Es de suponer que con la inminente salida de la segunda versión del PDM se hará referencia a la última versión del DSM.

En cuanto a la experiencia interna de los trastornos de la conducta alimentaria, el PDM describe alteraciones en los estados afectivos, cognitivos, somáticos y de relación. En relación a los estados afectivos dice que puede incluir síntomas depresivos como ser ánimo deprimido, un apartamiento del mundo social, baja autoestima y disminución de la libido. A su vez menciona síntomas de la serie ansiosa como ser ansiedad social o síntomas obsesivos compulsivos en relación a la comida. En cuanto a los rasgos cognitivos, menciona que se pueden incluir los siguientes: una preocupación por no ser amado y el consiguiente desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar dicha preocupación, y el deseo de mantenerse como un infante a quien deben cuidar. En cuanto a los estados somáticos, el PDM, menciona la sensación de entumecimiento en vinculación a la

posibilidad de sentirse lleno o vacío en relación a los alimentos. Finalmente, en cuanto a las rasgos de relación, menciona que los sujetos se caracterizan por tener problemas en cuanto al control y perfeccionismo, problemas que suelen venir desde sus familias de origen.

2.4.2 OPD 2.

El otro manual diagnóstico que se considera relevante para ser mencionado en la presente investigación es el denominado Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado surgido en Alemania. Dicho nombre surge de que justamente su intención está dada porque apunta a operacionalizar los constructos de la psicopatología psicoanalítica, es decir que intenta *bajar* los conceptos teóricos a términos empíricos observacionales. Es por esto que dicho manual comienza con una cita de Goethe que dice: "Lo especial siempre está sujeto a lo general; lo general siempre tendrá que remitirse a lo especial".

La primera versión de este manual salió a la luz en 1996 y la segunda versión surge en el 2006. Cabe destacar que los índices de confiabilidad y validez de este manual son similares o superiores a los del DSM (Bernardi, 2010; Ávila y Sutil, 2009).

El OPD-2 hace especial hincapié en investigar la estructura y funcionamiento mental del individuo. La idea de estructura que maneja este manual es detallada por Ávila y Sutil (2009) de la siguiente manera: "<<El OPD pretende alcanzar un concepto de la estructura psíquica común, entendida como resultado de un proceso evolutivo que consiste en la manera peculiar en que el self integra su relación consigo mismo y con los demás. Se trata de una estructura subyacente organizador cuyos patrones se muestran en la acción interpersonal, a lo largo por lo menos de los dos últimos años>>".

El OPD-2 cuenta con cinco ejes diagnósticos. Los mismos son:

Eje 1: Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento. En este eje se busca describir la perspectiva del paciente sobre su padecer y sus expectativas de ayuda. Bernardi (2010) refiere sobre este eje que permitirá al entrevistador establecer la relación inicial con el paciente, ubicándose en el punto en que el paciente está en cuanto a la comprensión de

sus problemas u evaluando los factores favorables o desfavorables para el trabajo terapéutico futuro.

Eje 2: Relaciones interpersonales. Apunta a identificar patrones relaciones funcionales y disfuncionales, es decir a las siguientes cuatro perspectivas: el modo en que el paciente se vivencia a sí mismo, el modo en que vivencia a los otros, como los otros lo vivencias a él y como los otros se vivencias a sí mismos en sus relaciones con el paciente.

Eje 3: Conflicto. El manual apunta a evaluar siete patrones conflictivos básicos en cuatro niveles que van desde ausente a muy significativo. Los patrones conflictivos son: 1) conflicto de individuación vs dependencia; 2) sumisión vs control; 3) deseo de protección vs autosuficiencia; 4) autovaloración; 5) conflicto de culpa; 6) conflicto edípico; 7) conflicto de identidad vs disonancia.

Eje 4: Estructura. Este eje es tal vez uno de los más importantes para el OPD-2 ya que el diagnóstico de la estructura es uno de los pilares del mismo y es una de las razones principales por las cuales se hace relevante la mención de dicho manual en la presente investigación. El manual diferencia cuatro niveles de integración en relación a la estructura en función de cómo se relaciona el self con los objetos tomando cuatro funciones básicas. Las mismas son: 1) percepción del self y de los objetos; 2) regulación y manejo del self y de la relación con el otro; 3) comunicación emocional interna y con los otros; 4) capacidad de vínculo con objetos internos y con objetos externos. En función de cómo sea el funcionamiento de estas dimensiones es que se evaluará la pertenencia a alguno de los cuatro niveles de integración. Los mismos son: 1) Buena integración; 2) integración moderada; 3) baja integración; 4) nivel de desintegración.

Eje 5: Diagnostico sindrómico. Para el mismo, el OPD-2 recurre al listado y descripción de la CIE-10.

Cabe destacar que el Eje 4, es decir el de la estructura, resulta fundamental para la presente investigación ya que es aquí donde se debe tomar en cuenta los mecanismos de defensa implementados, junto a otras variables específicas, para valorar el tipo de estructura psíquica con la que cuenta el sujeto. El objetivo fundamental de dicha valoración será,

según las palabras de Ávila Espada y Rodríguez Sutil (2009), "asesorar la elección de la psicoterapia o sus estrategias, adecuadas a las posibilidades o limitaciones estructurales de los pacientes y a los propósitos de la terapia". Es decir que resulta fundamental a la hora de pensar la clínica y de evaluar sus resultados.

Para terminar, resulta interesante citar como describe Bernardi (2010, p.194) la interrelación que permiten los ejes:

El eje 1 alerta sobre el sufrimiento del paciente, cuyo comportamiento en la entrevista y el relato de sus vínculos se pone de manifiesto en el eje 2. Este pone de manifiesto las dificultades actuales de relación. A partir de esto se inicia el intento de comprender sus dificultades subyacentes en dos direcciones. En primer lugar se explora en qué medida los problemas del paciente son consecuencia de sus conflictos inconscientes en el marco de un funcionamiento estable de sus funciones psíquicas (eje 3). Estos conflictos nos muestran lo precipitado de las situaciones del desarrollo que no pudieron ser superadas y que se repiten actualmente. Al mismo tiempo se investiga la posibilidad de fallas estructurales en estas funciones (capacidad de mentalización, regulación de la afectividad, comunicación con objetos internos y externos, y vínculos de apego) y se busca determinar la severidad de estas fallas (eje 4). Esto nos alerta sobre los recursos disponibles para un cambio. Cuando estas dificultades son marcadas los conflictos, como dije, serán múltiples y variables y los patrones relacionales del eje 2 también serán inconsistentes y frágiles y los dramas del paciente aparecen desestabilizados por las carencias de la estructura que los sostiene, la cual debe entonces colocarse como foco de tratamiento. El paso siguiente es volver a reconsiderar a los ejes en sentido inverso, yendo ahora desde la profundidad a la superficie, o sea, de la estructura al conflicto, a las relaciones y, por último, al eje 1 y al eje 5, sindromático, para, entonces, en posesión de estas distintas perspectivas establecer con el paciente el tipo de ayuda que lo puede beneficiar.

2.5 Características Generales.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5, 2013) refiere que las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a

mantener un peso corporal mínimo normal, en un intenso miedo a ganar peso y en una clara alteración de la percepción de la forma del cuerpo. Detalla también, que es común que las pacientes sufran de amenorrea.

El mismo manual (DSM 5, 2013) afirma, también, que las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la suba de peso. Al igual que en la anorexia nerviosa, la autoevaluación de los individuos con estos trastornos se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Las personas que padecen de bulimia nerviosa, suelen sentirse sumamente avergonzados de su conducta y, por lo tanto, intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan, generalmente, a escondidas. Los mismos pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Estas conductas pueden o no haberse planeado con anterioridad pero se caracterizan por una sensación de descontrol y por una rápida ingesta de alimentos. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (DSM 5, 2013).

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima hecho que genera una circularidad complicada ya que, tras el atracón y la conducta compensatoria, la autoestima se ve aún más dañada.

Hasta aquí hemos realizado tan solo una descripción fenomenológica de los trastornos. Ya es hora de profundizar un poco más en las cuestiones que subyacen y complejizan a estos fenómenos.

Al respecto Humberto Persano afirma (2005, p.675-676):

Los trastornos de la conducta alimentaria son fenómenos muy complejos, cuya raíz de naturaleza psíquica es indudable y suelen ser la manifestación, a través de una vía común expresiva, de diversos y múltiples conflictos que llevan a una persona a tratar de resolverlos a través de conductas patológicas. Cuando entramos en contacto con pacientes que padecen este tipo de trastornos nos encontramos que en la superficie psíquica confluyen conflictos entre los deseos por la satisfacción anhelada frente a los ideales estéticos, que dependen en gran medida de los patrones estéticos transmitidos por el marco cultural contextual, y la satisfacción lograda frente a la imagen del propio cuerpo, que es percibida como muy alejada de aquella tan deseada. Esta tensión psíquica implica un conflicto entre instancias: el ideal del yo, sede de los ideales estéticos y éticos del sujeto que se transmiten entre generaciones por vía identificatoria, y el yo, instancia de la organización psíquica que le permite al sujeto maniobrar con los deseos, las posibilidades de la realidad y su propia historia. Por lo tanto, la tensión entre los ideales constituye uno de los conflictos centrales en esta patología y la ubica, entonces, en torno a las problemáticas típicas de las estructuras narcisísticas.

El autor (Persano, 2005) agrega que los pacientes aquejados de presentar trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por evidenciar síntomas a través de alteraciones de la conducta de alimentación, pero el cuadro también se acompaña de una severa perturbación de la imagen, inconsciente y consciente, del propio cuerpo. Son cuadros observados en la clínica de la adolescencia y de la juventud temprana y reflejan un padecimiento casi específico del género femenino. Aunque suelen evidenciarse en la adolescencia, su origen hunde sus raíces durante el proceso de metamorfosis del cuerpo acaecido en la pubertad.

Persano (2005) plantea la hipótesis de que las pacientes cuando fueron niñas no han sido objeto de amor de su madre. Considera que el *infant* ha carecido de un espejo que refleje una imagen positiva de sí mismo y que posibilite, entonces, el desarrollo de un narcisismo trófico y una adecuada regulación de la autoestima. El autor opina que esto se debe, a veces, a que el *infant* se transforma en una imagen idealizada por la madre, con lo

cual cualquier modificación que lo aleje del deseo de la madre lo sume en un estado de soledad por la ausencia del interés de la misma sobre ella. A su vez, menciona un caso de características más complicadas, en donde el *infant* ni siquiera se ha transformado en un objeto de interés auténtico de la madre, sino que ha devenido en una criatura que solo hay que alimentar para su desarrollo pero a la cual no se le brinda una adecuada libidinización de su yo.

El rechazo, y no solo alimentario, es un intento defensivo para alejar el dolor psíquico percibido frente a la frustración experimentada por no poder alcanzar el ideal estético anhelado, tal como se observa en las pacientes anoréxicas o frente a la frustración sufrida en pacientes bulímicas por no poder controlar las tentaciones ante la comida, lo cual implica una afrenta a los ideales éticos de control omnipotente.

Cuando los padres están más preocupados o fascinados con la imagen estética de sus hijos que con lo que los propios niños son, esta situación se transforma, para los propios niños, en un conflicto que resulta ser el origen de una profunda escisión entre las representaciones del cuerpo estético ideal y el cuerpo real. Este divorcio entre las imágenes del propio cuerpo tiende a profundizarse con el transcurso del proceso adolescente hasta llegar a clivarse como un rasgo constitutivo de la personalidad del sujeto, el cual comenzará a comportarse como si la imagen de su cuerpo estuviera totalmente desligada del mismo.

Si los ideales estéticos de los padres son de naturaleza tiránica sobreviene el colapso psíquico de la joven púber y se desencadenan los trastornos en forma ostensible, pero ahora a través de la patología adolescente (Laufer, M.; Laufer, E., 1984).

Cuando Persano (2005) hace referencia a la hipótesis de que el *infant* no ha sido adecuadamente libidinizado, se hace necesario pensar en André Green (1980) quien describe el concepto denominado como "madre muerta", en donde hace referencia a aquellas situaciones en donde la madre se encuentra atravesando un proceso de duelo, y por lo tanto, se encuentra desprovista de la capacidad de libidinizar a su hijo. Este sería el caso descrito previamente en donde el *infant* no puede ser erotizado, libidinizado por su madre y cae entonces en una sensación de vacío muy profunda. Cabe aclarar que el duelo no necesariamente se relaciona con una pérdida real sino que también puede ser una pérdida

simbólica, inclusive puede pasar que él bebe ya no represente la ilusión anhelada por la madre y, por lo tanto, él bebe se transforme en un objeto de cuidado pero no de auténtico amor.

Green (1980) afirma que los niños que han padecido de una madre con el síndrome de la madre muerta suelen sufrir de lo que se denomina depresión blanca o anaclítica en donde existe una constante ausencia estructurante de la regulación de la vida anímica. El autor agrega que, en la clínica del vacío mental producto de los mecanismos descriptos, se observa una conducta defensiva de desinversión y rechazo tanto del mundo representacional como del mundo de los afectos. Este rechazo, también denominado "no entry", es característico de las pacientes anoréxicas (Williams, G., 1997).

Sydney Blatt (2001) también afirma que la depresión anaclítica suele presentarse en trastornos de la conducta alimentaria, y agrega que estas pacientes sin la presencia del otro se sienten vacías, no se sienten amadas y caen en estados de profunda desesperación. Para resolver esta sensación de vacío, intentan llenarse comiendo compulsivamente pero, obviamente, este es un intento fallido que solo dará por resultado el caer en un círculo vicioso difícil del cual es muy difícil de salir, ya que intenta comer para calmar su sensación de vacío pero no lo logra y se siente peor aún.

Cabe destacar que las depresiones caracterológicas de las cuales venimos hablando no responden bien a los psicofármacos antidepresivos, ya que los síntomas están clivados en la estructura misma de la personalidad (Persano 2005).

Persano (2005, p. 686):

Este tipo de características depresivas se observan frecuentemente en los casos de anorexia mental y refuerzan la hipótesis de la desinversión defensiva y las severas perturbaciones en los procesos de simbolización que dan lugar a la instauración de una depresión esencial, que se manifiesta en la clínica como sentimientos de vacío, aburrimiento y se acompaña de letargo y alexitimia.

Cabe destacar, entonces, que la regulación de la autoestima, generalmente está severamente comprometida, y es muy frecuente encontrar depresiones caracterológicas

asociadas a este proceso. Las amenazas e intentos de suicidio son frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, ya que sienten tanto intensas como constantes sensaciones de vacío y futilidad.

La sensación subjetiva de descontrol es una manifestación prototípica en los trastornos de la conducta alimentaria y se encuentra ligada a severas perturbaciones en la constitución de la identidad, hecho que se vincula estrechamente con los fenómenos descritos por Otto Kernberg (1984), en los sujetos con organizaciones limítrofes de la personalidad, como difusión de la identidad.

Las perturbaciones para mantener un adecuado control de los impulsos son muy frecuentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, y en algunos de ellos se asocian con fenómenos severos de impulsividad múltiple tales como el consumo de drogas y alcohol o como el despliegue de conductas agresivas, conductas sexuales de naturaleza impulsiva, irritabilidad y descontrol impulsivo en las relaciones interpersonales, y obviamente, también las amenazas e intentos de suicidio. (Persano, 2005)

Philippe Jeammet (1993) plantea que más allá del carácter repetitivo y estereotipado del síntoma, los trastornos de las conductas alimentarias revelan una dinámica específica de las relaciones y de las investiduras, y agrega que <<existe una estrecha analogía que existe entre la relación que la anoréxica mantiene con el alimento, con su imagen corporal y con sus investiduras de objeto>>. (Jeammet, P., p.30). Postura que coincide plenamente con los autores que se vienen mencionando previamente.

Jeammet (1993, p.31) vuelve a hablar sobre ello cuando afirma:

Debe existir una analogía entre la relación que estos pacientes mantienen con el alimento y su propio cuerpo y sus relaciones de objeto, así como sus modalidades de investidura en general. La práctica de las relaciones mantenidas con ella, sobre todo las psicoterapéuticas, lo confirma.

La relación con la alimentación es así, el prototipo del conjunto de las relaciones. Están hechas de una lucha activa contra un deseo de apropiarse de aquello que les falta, un deseo de llenarse sin restricción, deseo contra el cual los anoréxicos luchan por medio de la

conducta opuesta de privación de aquello que, de hecho, más desean, como los subrayáramos precedentemente.

Para finalizar, es interesante destacar la observación que realiza Paulina Kernberg (1984, 1987) sobre el fenómeno que se da cuando estas pacientes se miran al espejo ya que la autora considera que el espejo representa la imagen de la madre y el niño se relaciona con él, tal como se relaciona con su propia madre, el espejo es un equivalente de ella. Recordemos que estas pacientes viven pendientes del espejo, buscan infructuosamente la aprobación del mismo y este siempre les devuelve una mirada desagradable, desaprobadora.

CAPITULO 3: LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

3. LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

3.1 La defensa y el Psicoanálisis.

La idea de defensa fue puesta en un lugar destacado desde el inicio del pensamiento psicoanalítico propuesto por Freud. Cabe destacar que el padre del psicoanálisis denomina histeria de defensa a aquel padecimiento tan frecuente en aquella época y que hasta entonces era in-entendido desde otro lugar. Los estudios sobre la histeria (Freud, 1893-1895) ya ponen en aquel lugar de protagonismo a la defensa, lugar que seguirá siendo tan importante a lo largo de su obra, tanto en escritos fundamentales como "las neuropsicosis de defensa" (1894) y "las nuevas puntualizaciones sobre los mecanismos de defensa" (1896) como en textos mucho más adentrados en el tiempo como ser "pulsiones y destinos de pulsión" (1915) o "inhibición, síntoma y angustia" (1925). El concepto de defensa y el estudio de los mecanismos de defensa fue desde sus inicios, y hasta el día de hoy, un tema clave para el psicoanálisis ya que dicho concepto puede ser pensado como un elemento fundamental que nos permite entender el funcionamiento psíquico en su comprensión metapsicológica y dinámica.

Laplanche y Pontalis (1996), también remarcan la importancia que le da Freud a la noción de defensa ya que consideran que es uno de los puntos fundamentales que lo separan de otros puntos de vista contemporáneos a él en cuanto a cómo entender la etiología de la histeria. En relación al concepto de defensa, los autores lo definen, en su famoso diccionario, de la siguiente manera:

"Conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico. En la medida en que el yo se constituye como la instancia que encarna esta constancia y que busca mantenerla, puede ser descrito como <<lo que está en juego>> y el agente de estas operaciones.

La defensa, de un modo general, afecta a la excitación interna (pulsión) y electivamente a las representaciones que aquella comporta, en una determinada situación capaz de desencadenar esta excitación en la medida en que es incompatible con dicho equilibrio y, por lo tanto, displacentero para el yo. Los afectos displacenteros, motivos o señales de la defensa, pueden ser también el objeto de esta.

El proceso defensivo se especifica en mecanismos de defensa más o menos integrados al yo.

La defensa, marcada e infiltrada por aquello sobre lo que en definitiva actúa (la pulsión), adquiere a menudo un carácter compulsivo y actúa, al menos parcialmente, en forma inconsciente."

Es importante también citar como definen Laplanche y Pontalis (2007) el concepto de mecanismos de defensa:

"Diferentes tipos de operaciones en las cuales puede especificarse la defensa. Los mecanismos preponderantes varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo, etc."

Como ya hemos mencionado en repetidas ocasiones y como se ve en la definición recién expuesta, Freud tuvo desde los inicios del pensamiento psicoanalítico, la intención de poder describir mecanismos de defensa específicos según el tipo de patología. Esto mismo lo podemos observar en sus escritos sobre la histeria, en sus neuropsicosis de defensa y en las nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa, pero también cabe resaltar lo que plantea en sus escritos metapsicológicos de 1915, en donde plantea que los mecanismos de defensa sirven para designar el conjunto del proceso defensivo característico de una determinada neurosis. Lo mismo sucede en "inhibición, síntoma y angustia" (1926), en donde plantea la necesidad de "establecer una íntima conexión entre formas particulares de defensa y determinadas afecciones".

3.2 Un breve recorrido por la obra Freudiana y el concepto de mecanismos de defensa.

Como ya hemos mencionado en repetidas ocasiones, el concepto de defensa viene desde los inicios del pensamiento psicoanalítico pero cabe intentar realizar un breve recorrido por algunos textos fundamentales en donde se hace referencia este concepto.

Es clave destacar que la idea de defensa viene claramente de la mano del concepto de conflicto y esto se observa desde sus primeros escritos en donde planteaba la nosología psicopatológica en términos de neurosis actuales o neuropsicosis de defensa. En las primeras no podíamos observar un conflicto intrapsíquico y por lo tanto no eran de profundo interés para el psicoanálisis, en cambio, las neuropsicosis de defensa vienen íntimamente relacionadas con el concepto de conflicto y con su consiguiente implementación de defensa para equilibrar el aparato psíquico. Así es como comienza la primera intención de explicitar los mecanismos de defensa implementados en cada cuadro psicopatológico. Hecho que Rosa López resalta en su texto sobre los mecanismos de defensa de la siguiente manera: "La idea de defensa se convierte en el fundamento a partir del cual construir la clínica diferencial, lo que se comprueba al notar como Freud hace depender la elección del tipo clínico de las defensas que el sujeto se haya dado frente a la representación insoportable... Lo que determina la elección de la neurosis es el tipo de defensa: la histeria, por represión; la neurosis obsesiva, por otras modalidades de defensa (anulación, regresión, aislamiento, formación reactiva". Mecanismos de defensa que separan la representación del afecto, el cual podrá tomar distintos caminos; por ejemplo, la histeria ira íntimamente ligada con la conversión somática como podremos observar en la Epicrisis del caso Lucy R. (1895), la neurosis obsesiva con desplazamiento como podemos ver en el Análisis de un caso de neurosis obsesiva (1909), la fobia implicará, como vemos en Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909), que la libido quede libre en calidad de angustia como primer paso y que luego puede devenir en una histeria de angustia o en una fobia si es que se deposita en un objeto fobígeno.

Otro dato importante a resaltar es que la defensa, como hemos dichos, surge a partir de un conflicto pero que es, para Freud, aquello que genera el conflicto aún no ha sido

explicitado. El padre del psicoanálisis responde este interrogante a partir de plantear que siempre es lo sexual aquello que es rechazado por el psiquismo. Sexualidad que será en primera instancia pensada como algo traumático y real, pero que tras su famosa carta a Fliess en donde plantea que "ya no creo en mi neurótica", será abandonada dicha teoría de la seducción para abrir un nuevo capítulo en pensamiento psicoanalítico, pues ya no importa tanto lo acontecido realmente sino que lo fantaseado cuenta con el mismo valor traumático que lo real, por así decirlo.

En el apartado G de los "Estudios sobre la Histeria" surge la idea de defensa como una resistencia, hecho fundamental ya que, como veremos luego, uno de los últimos objetivos planteados por Freud para la psicoterapia, es justamente vencer las resistencias. La resistencia es planteada en este texto como <<la energía de repulsa que ejerció la defensa en el momento en que genero el síntoma, aunque ahora actuando en la cura misma>>, según lo que plantea Rosa López (2005, p.124).

Anna Freud será tal vez una de las principales autoras que profundiza sobre los mecanismos de defensa y es ella quien plantea que "la tarea fundamental del analista del Yo consiste en reconocer los mecanismos de defensa para después restaurar lo hurtado por la represión, resituar lo desplazado, reunir lo fragmentado por el aislamiento, restablecer las conexiones interrumpidas y de esta forma ir desde el análisis del Yo al análisis del Ello" (López, R. 2005).

Lacan pensará al psicoanálisis de modo muy distinto al que lo pensó Anna Freud pero sin embargo, también le dio una importancia fundamental a la defensa ya que planteaba que la defensa no modifica la pulsión sino al sujeto mismo; y como bien plantea Rosa López al analizar la posición de Lacan sobre la defensa (2005, p.124): <<Las defensas son necesarias para soportar lo real, pero son también aquello que enferma y de lo que hay que curarse. Se trata de saber hacer con lo real otra cosa que no esté basada en el absoluto desconocimiento del deseo>>.

Tal vez una de las primeras menciones del concepto se pueda rastrear en el "Manuscrito H" (1895) en donde el autor escribe lo siguiente:

"La paranoia crónica, en su forma clásica, es efectivamente un modo patológico de la defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera, supuesto que posea la predisposición psíquica particular para ello" (Freud, 1895: 116).

3.3 La importancia de Vencer las Resistencias.

Cabe destacar, también, que Freud siempre ha pensado al psicoanálisis como un método de investigación, un método psicoterapéutico y como un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas. (Laplanche y Pontalis, 1996). La defensa, como hemos visto, ocupa un lugar central dentro del psicoanálisis como conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas al pensar a la misma como lugar distintivo en cuanto a la conformación de las distintas psicopatologías, hecho que se puede observar, como ya lo hemos hecho, desde sus primeros escritos cuando piensa "sus" neuropsicosis de defensa. Ahora, el concepto de defensa es de importancia fundamental desde la visión del psicoanálisis como un método psicoterapéutico ya que, si hacemos un recuento de los distintos momentos en donde Freud piensa en que cuestión radica el punto clave en relación al cambio psíquico fundamental que dará como resultado "la cura", pues veremos que tenemos tres instancias fundamentales. La primera se encuentra dada bajo el reinado de la primera tópica, y mucho más próximo al concepto de catarsis, pues el objetivo terapéutico era el de hacer conciente lo inconsciente. En el segundo momento, ya nos encontramos en la segunda tópica, más precisamente en la conferencia 31 titulada "La descomposición de la personalidad psíquica" brindada en el año 1932 y es allí donde Freud plantea como un nuevo objetivo terapéutico "(...) fortalecer al yo, hacerlo más independiente del superyó, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello. Donde Ello era, Yo debo advenir." (Freud, 1932). En cuanto al tercer momento mencionado como un nuevo giro en relación a los objetivos terapéuticos, cabe destacar el texto "Análisis terminable e interminable" del año 1937 en donde Freud plantea la lucha contra las resistencias como punto determinante en cuanto a modo de dirigir la cura. Juan Cosentino (1987) lo plantea en su libro "Las resistencias en la práctica freudiana" del siguiente modo: En el capítulo III de "Más allá del principio del placer"

aparece una precisa referencia que permite interrogar los tres momentos de la dirección de la cura en Freud. Vale decir preguntarse por los soportes conceptuales de dichas direcciones.

Hasta el epílogo del historial de "Dora" el psicoanálisis era sobre todo un arte de interpretación: "colegir, reunir y comunicar en el momento oportuno lo inconsciente oculto para el enfermo".

"Pero como así no se solucionaba la tarea terapéutica" el centro de gravedad recayó en el cierre del inconsciente: el acento se desplazó de la *talking cure* a la resistencia de transferencia. La meta propuesta, aun el devenir-consciente de lo inconsciente descubriendo las resistencias y moviendo al analizante a que las resignase, tampoco podía alcanzarse. El amor de transferencia, recalcitrante e indócil, no cedía, postergando la respuesta sobre el "origen" de ese fenómeno de resistencia.

A pesar de los empeños del médico por restringir el campo de la neurosis de transferencia, "por obtener el máximo recuerdo y admitir la máxima repetición", la articulación conceptual de la compulsión a la repetición que Freud realiza en este tercer momento, señala un tope para la rememoración y anticipa un resto para la dirección de la cura: lo que no puede ser dicho. Por ello, para hallar más inteligible esta compulsión a la repetición es preciso ante todo librarse de un error, "a saber, que en la lucha contra las resistencias uno se enfrenta contra la resistencia de lo inconsciente". Es claro, entonces como estudiar el concepto de defensa, tiene una importancia fundamental bajo cualquier lógica psicoanalítica.

3.4 Características Generales.

Según Perry y Kardos (1993, p.283), los mecanismos de defensa son "mecanismos en gran parte inconscientes que permiten a los individuos reducir la disonancia cognitiva y minimizar los cambios repentinos en los entornos interno y externo alterando cómo se perciben estos acontecimientos"

Las defensas inician su desarrollo a edad muy temprana y permanecen relativamente estables a lo largo de toda la vida. Comienzan precozmente como conductas defensivas y luego devienen mecanismos psicológicos defensivos. Cabe destacar que dichos mecanismos son constitucionales pero el grupo de defensas que cada individuo utilizará para enfrentar los conflictos se encuentra determinado por la interacción con la función parental desplegada por los mismos (Persano, H.L.; Piccolo, Y.; Persano de Vaquero, S. 2006).

Lichtemberg y Slap (1971) lo plantean de la siguiente manera: "La organización defensiva es una subestructura del complejo entramado de la organización mental que persiste a lo largo de toda la vida y que está determinada por la articulación entre las diversas instancias psíquicas".

George Vaillant (1992) realiza un planteo similar al expresar que los mecanismos de defensa son recursos constitucionales, universales y discretos que devienen propios para cada individuo.

Cabe resaltar que sumado a las características de constitucionalidad, universalidad, discreción e individualidad, los mecanismos de defensa tienen una cualidad dinámica. Esto quiere decir que van a ir variando en distintos momentos de la vida, predominando algunos en algunas etapas y otros en otras etapas diferentes, y según las posibilidades con las que cuente el individuo en el momento en que las necesite para afrontar los peligros, tanto del mundo interno como del mundo externo y según la intensidad del conflicto o amenaza.

Sobre la constitucionalidad de los mecanismos de defensa, Persano y sus colaboradores (2006, p.8) plantean que <<"está justificada en la universalidad de los mismos, y estas ideas están en las mismas raíces de la metapsicológica psicoanalítica, ya que hasta el propio Freud planteó operaciones defensivas universales, como lo es la misma represión. Sin embargo, no todos los individuos utilizan mecanismos de defensa idénticos, sino que estos varían entre las diferentes configuraciones estructurales del aparato psíquico>>".

Vaillant (1992) plantea que los mecanismos de defensa funcionan con una modalidad similar a la del sistema inmunológico, y están constitucionalmente determinados, pero en el ámbito psíquico están sostenidos en las capacidades y recursos que dispone el Yo para afrontar las amenazas y peligros que despiertan los instintos y los estímulos del mundo externo real.

Recordemos que la defensa se pone en funcionamiento frente a las amenazas del incremento de tensión interna provocadas por la emergencia pulsional, o por aquellas que surjan frente al incremento de los estímulos del mundo externo real.

En relación a los peligros para el yo, Freud plantea lo siguiente: "Si se obliga al yo a admitir su debilidad, estalla en angustia: angustia realista en relación con el mundo externo, angustia moral concerniente al superyó y angustia neurótica en lo que atañe a las pasiones del ello" (S. Freud, 1923, p. 78).

En términos de Anna Freud, las defensas del yo son silenciosas e invisibles (1936, p. 8) pero si se ven desde el punto de vista del desarrollo, las defensas de los individuos revelan la historia personal del desarrollo del yo, es decir, las historias de vida de dominar o sucumbir a sus pasiones, necesidades, deseos e impulsos (1963, p. 21; Sandler y A. Freud, 1985).

Si conocemos la manera en que un determinado paciente trata de defenderse en contra del surgimiento de sus impulsos pulsionales, es decir, cuál es la naturaleza de sus resistencias habituales del yo. Podemos hacernos una idea de su probable actitud hacia sus afectos poco gratos (A. Freud, 1963. p. 32).

Como plantea Persano y sus colaboradores (2006, p.5):

Cada individuo cuenta con la posibilidad de utilizar un número significativo de mecanismos de defensa; sin embargo, existe una tendencia a utilizar predominantemente un patrón determinado en detrimento de otros. Esta particularidad de su funcionamiento está relacionada con el nivel de organización psíquica y su funcionalidad habitual. En general los sujetos con estructuras psíquicas más integradas utilizan patrones de funcionamiento defensivo de nivel jerárquico superior y poseen una significativa plasticidad para su uso. En

cambio, aquellos sujetos con estructuraciones psíquicas perturbadas o con manifestaciones psicopatológicas más severas, tienden a funcionar con organizaciones defensivas de niveles más arcaicos y un espectro más restringido de mecanismos de defensa.

En la misma investigación realizada por Persano, H.; Piccolo, Y.; y Persano de Vaquero, S. (2006) se concluye, entre otras cosas, que las estrategias defensivas que el niño utiliza están doblemente determinadas, tanto por la reacción a las cualidades afectivas del vínculo objetal junto con el tipo de patrón de apego desarrollado por los padres y por el propio niño, como por los consecuentes procesos identificatorios desarrollados en ese propio vínculo. Según las propias palabras de los investigadores (2006, p.8): " Postulamos que son las interacciones vinculares las que finalmente determinan el patrón del nivel de configuración de estrategias defensivas que el sujeto utiliza en sus modalidades habituales para tramitar el conflicto psíquico. Esta modalidad no solo denota la relación de la organización defensiva con la propia estructuración psíquica, sino también el vínculo intersubjetivo en la estructuración psíquica."

Los mecanismos defensivos pueden ser agrupados entre sí, de hecho funcionan en forma asociada y tienen un nivel de organización jerárquica determinado por el propio nivel de organización psíquica alcanzado por el sujeto (Perry, C. 1991)

La categorización jerárquica de defensas implica el nivel de funcionamiento de aparato psíquico y por lo tanto es un estigma que permite reconocer la modalidad funcional del mismo.

Anna Freud (1936) realizó un listado con los mecanismos de defensa que ella planteo continuando con el legado de su padre. George Vaillant (1986) y Christopher Perry (1991), luego, definieron diferentes categorías y niveles de los mecanismos de defensa para adultos y fue Paulina Kernberg (1994) la que categorizó y agrupó los mecanismos de defensa en los niños.

3.5 La jerarquía de los mecanismos de defensa.

Los mecanismos de defensa puntuados por Freud son los siguientes: La Represión, la Regresión, la Formación Reactiva, el Aislamiento, la Anulación, la Introyección, la Proyección, la Vuelta contra sí mismo, la Transformación en lo contrario, y la Sublimación.

George Vaillant (1977) describió los mecanismo de defensa en cuatro niveles que van en un continuo desde el nivel de defensas patológicas hasta el nivel de las defensas maduras. La jerarquía se basa en el nivel de distorsión de la realidad. En el primer nivel se encuentran los mecanismos de defensa más patológicos, es decir las defensas psicóticas. Estas son la negación psicótica, la proyección alucinatoria, la escisión y la distorsión de la realidad. En el siguiente nivel, es decir, en el de las defensas inmaduras, nos encontramos con la fantasía esquizoide, la proyección, el acting out, la idealización, la somatización, la identificación proyectiva y la conducta pasivo agresiva. En cuanto al tercer nivel, el de los mecanismos neuróticos, incluyen el desplazamiento, la represión, la formación reactiva, el aislamiento, la racionalización, la intelectualización, la disociación, la hipocondrías, la regresión y la anulación. Finalmente, en el cuarto nivel, las defensas denominadas maduras, la supresión, la identificación, la introyección, el humor, la sublimación, la anticipación y el altruismo.

De forma similar, Bond y sus colaboradores (1983) desarrollaron un cuestionario de estilos defensivos (DSQ-88) en donde diferencian cuatro niveles jerárquicos. El primero de ellos es el denominado Desadaptativo o de Acción, en donde se encuentran los mecanismos defensivos de conducta pasivo agresiva, proyección psicótica, regresión, inhibición, identificación proyectiva, acting out, somatización, desinvestidura o retirada, fantasía autista, el rechazo de ayuda y queja, consumo y anulación. El siguiente es el nivel de la Distorsión de las Imágenes, en donde se ubican la omnipotencia, la devaluación, la negación, la escisión, la idealización primitiva, el aislamiento y la proyección no delirante. El tercer nivel se denomina Auto sacrificio y consta de los mecanismos defensivos de pseudo altruismo, formación reactiva y negación neurótica. El cuarto y último nivel es el denominado Adaptativo y obviamente hace referencia a los mecanismos defensivos más maduros como ser la sublimación, la afiliación, la anticipación, el humor y la supresión.

Cabe resaltar que, a diferencia de Freud, Vaillant y especialmente Bond (1986) ven a las defensas también, en parte, como mecanismos conscientes.

CAPITULO 4: DESARROLLO.

4. DESARROLLO.

4.1 Introducción.

A lo largo de la presente investigación se ha revisado tanto la literatura teórico conceptual como las investigaciones empíricas que se aproximan al fenómeno de nuestro interés. La búsqueda se realizó a través de una serie de buscadores específicos como ser la biblioteca de A.P.A. (Asociación Psicoanalítica Argentina), la agencia mundial de suscripciones científicas EBSCO, la biblioteca virtual LILACS, la biblioteca estadounidense virtual especializada en temas médicos PUBMED, en la base de datos de la biblioteca de la Society for Psychotherapy research (SPR) y Google académico; a su vez, hemos consultado a referentes en el tema.

Producto de dicha búsqueda, se han obtenido 37 artículos científicos que resultan de interés. Los mismos nos permiten obtener información sobre lo que la ciencia sabe hoy al respecto de los estilos defensivos en los trastornos de la conducta alimentaria. Los artículos cubren un periodo extenso de producción científica ya que el primero de los papers data de 1981 y el último de ellos de 2015, dándonos, así, información sobre 34 años de producción científica.

La clasificación que surge de la búsqueda bibliográfica y el consiguiente meta análisis es la de dividir los artículos en cuatro grupos: artículos teóricos (6), revisiones bibliográficas (5), artículos clínicos (7) y artículos empíricos experimentales (19).

Es importante resaltar el hecho de que todo recorte implica cierta violencia ya que necesariamente se está dejando de lado material, pero resulta indispensable para acotar un desarrollo que puede ser infinito entre tanta bibliografía existente desde todos los tiempos. De todos modos, se considera haber incluido, ex profeso, autorías significativas locales, latinoamericanas, francesas y norteamericanas.

4.2 Artículos Teóricos.

Se han encontrados seis artículos teóricos que se ajustan a la búsqueda realizada. Pensando en términos cronológicos, el primero de ellos fue publicado en el año 1993 por Phillippe Jeammet y lleva el nombre de "El abordaje psicoanalítico de los trastornos de las conductas alimentarias". Este texto nos lleva a pensar sobre distintas cuestiones vinculadas al abordaje psicoanalítico de dichos trastornos, haciendo especial foco en las particularidades del funcionamiento mental y en las modalidades de regulación narcisista y objetal, ya que considera que estos trastornos implican una dinámica específica de las relaciones y de las investiduras.

Las relaciones de objeto que establecen estas pacientes se caracterizan, según Jeammet, por la masividad del compromiso narcisista, la mala diferenciación sujeto objeto y por las defensas arcaicas.

El autor plantea una analogía entre las conductas relacionales y las conductas alimentarias, es decir que considera que existe una relación directa entre las vinculaciones que establecen los sujetos con la alimentación y con sus relaciones de objeto y sus modalidades de investidura.

Cabe mencionar, también, que el autor considera que estas pacientes establecen un ordenamiento defensivo perverso ya que van a intentar modificar su propio sentimiento de dependencia con sus objetos primarios en un comportamiento de dominio en donde ellas controlen a los objetos en pos de conseguir un reaseguro narcisista.

En cuanto a las defensas, como se ha mencionado previamente, explícitamente menciona a las defensas arcaicas como defensas prototípicas de estas pacientes, y aunque no hace referencia directa a ninguna en especial, cabe hacer una inferencia conjetural y afirmar que el concepto de anorexia mental puede ser entendido como desinvestidura.

El segundo artículo teórico fue escrito por Brusset en el año 1996 y se denomina "Anorexia Mental y Toxicomanía". A lo largo del mismo, el autor, realiza una interesante interrelación entre las toxicomanías y los trastornos de la conducta alimentaria. Considera

que las anorexias mentales (concepto que encuadra tanto a la anorexia nerviosa como a la bulimia nerviosa) tienen varios puntos en común, en diversos grados, con las toxicomanías.

Excede al presente trabajo mencionar específicamente todos las similitudes y diferencias con las toxicomanías pero cabe destacar que el autor plantea que el acto alimentario es fantaseado por el sujeto de forma equivalente a la toma de un tóxico, motivo que lleva al mismo a temer por una posible alienación y dependencia. Este es el motivo por el cual considera a la apetencia y a la dependencia como peligros que llevan a una investidura narcisística o a una desinvestidura.

Según las propias palabras de Brusset (1996, p. 198):

La posición anoréxica se caracteriza por el rechazo de satisfacciones, que quedan corrientemente sobreinvertidas pero temidas como si comportaran el riesgo de toxicomanía. El apetito es percibido como apetencia toxicomaniaca, el acto alimenticio como propiciando la dependencia, la alienación, la humillación o la pérdida de la autoestima, y también la pérdida de sí, lo que significa un cuerpo gordo, relleno, inerte.

Cabe destacar que, para el autor, la disposición adictiva común tanto a las anorexias mentales como a las toxicomanías no debe remitirse simplemente a la fijación oral sino que debe ser pensada desde la noción de carencia en las regulaciones narcisistas y de las investiduras secundarias. Es decir, que existen fallas en las regulaciones narcisistas.

En cuanto a los mecanismos de defensa, el autor sugiere que los más característicos de dichas patologías serían los arcaicos, es decir los de clivaje principalmente y los de denegación, proyección, identificación proyectiva, anulación, aislamiento, acting out y desinvestidura.

Dos años después, es decir en 1998, Rubén Zukerfeld realiza una revisión metapsicológica de los trastornos de la conducta alimentaria desde la óptica de "su" tercera tópica. Esta concepción teórica sostiene la existencia de una escisión fundante en donde existen huellas mnémicas activables pero sin ligazón a representación alguna. Esta idea implica las nociones de heterogeneidad del inconsciente y las de coexistencia ya que el inconsciente escindido no anula al inconsciente reprimido sino que coexisten y complejizan

el funcionamiento del aparato psíquico. De este modo es que, el autor, plantea la coexistencia de dos estructurales universales: la estructura edípica conflictiva y la estructura narcisista nirvánica.

El autor considera, a su vez, fundamental pensar a los trastornos de la conducta alimentaria a través de dos ejes: la vivencia de descontrol y la búsqueda de delgadez.

En relación a este último eje, es decir la búsqueda de delgadez, el autor, diferencia tres tipos de delgadez: la estética, la ética y la ontológica. La delgadez estética puede ser sintetizada al expresar que, según las cánones culturales occidentales, lo delgado es hermoso y lo gordo feo. Esto implica, necesariamente, dificultades para conectar la interioridad de la imagen corporal con su forma, y por lo tanto, intereses contradictorios. En cambio la delgadez ética se puede resumir en el hecho de que delgado es bueno y gordo es malo, hecho que implica someterse a un ideal del yo tanático frente al cual la interioridad queda relegada. Estas dos nociones de delgadez, plantea el autor, deben ser pensadas desde el modelo histérico de la estructura edípica conflictiva. En cambio la delgadez ontológica implica una condición subjetiva de existencia, en donde lo más importante es ser lo más delgado posible, llegando al punto de desmentir las señales de interioridad del cuerpo. Esta delgadez es la única que, según Zukerfeld, debe vincularse a la anorexia nerviosa y su condición psicopatológica de vacío, y debe ser pensada desde la estructura narcisista nirvanica ya que no implica conflicto sino pura obediencia al poder del Yo Ideal.

En relación al eje de la vivencia de descontrol, cabe mencionar que el autor está haciendo referencia al fenómeno característico de la bulimia y al temor típico de la anorexia. Zukerfeld plantea que es importante diferenciar los dos modos de funcionamiento vinculados a las dos estructuras coexistentes del aparato psíquico ya mencionadas. En relación a la estructura edípica conflictiva, menciona que los afectos se procesan de diversas formas en el vínculo intersubjetivo. El primero de ellos, la eulexitimia, implica una expresión adecuada y comprensible del afecto; la dislexitimia, en cambio, implica una expresión distorsionada del afecto a través de los mecanismos de desplazamiento, la conversión y el acting, ya que pone en escena los fenómenos reprimidos a través de dichos mecanismos; y la alexitimia en donde hay puesta en acto de algo que no se puede

representar. Por otro lado, según el modo de funcionamiento de la estructura narcisista nirvánica, es decir desde la idea del inconsciente escindido, plantea el autor, que hay que pensar en descargas que no se corresponden con representaciones mentales y por lo tanto no tienen valor comunicacional pero si pueden ser investidas secundariamente. Debido a todo esto es que, Zukerfeld, considera que se encuentra asociado, este modo, a la noción de acto en donde se da una descarga motriz sin actividad fantasmática subyacente.

A modo de conclusión podemos afirmar que Rubén Zukerfeld considera que en los trastornos de la conducta alimentaria nos encontramos frente a mecanismos defensivos del tipo pasaje al acto ya que considera que, tanto la anorexia como la bulimia, no implican conflicto sino que deben ser pensados desde la estructura narcisista nirvanica.

El siguiente artículo es el de Marilyn Lawrence denominado "Body, Mother, Mind". El artículo parte del dato de que los trastornos de la conducta alimentaria son mucho más frecuentes en mujeres que en hombre (10 a 1) y, es desde ahí que, surge la pregunta de si, tal vez, hay algo de la feminidad que bajo ciertas condiciones predispone a la anorexia nerviosa. La autora describe dos teorías contemporáneas sobre la etiología posible en la Anorexia Nerviosa, ambas tienen en común que se trata de intrusiones o invasiones de diferentes estilos. Básicamente se trata de la idea de que las anoréxicas han sido traumatizadas por abusos sexuales o, la otra teoría, que el infante ha recibido proyecciones de parte de la madre, quien no pudo metabolizar las proyecciones del niño y, por lo tanto este se las debe ver con sus propias ansiedades reintroyectadas y con las proyecciones maternas. Ambas teorías tienen como punto en común que han sido sujetos a intrusiones físicas y/o psíquicas. Esto da por resultado que en la mente del paciente existe este objeto intrusivo. La autora plantea, entonces, que la defensa que utilizan las pacientes son las denominadas "No-Entry".

Gianna Williams (1977) fue la primera en hablar de dichas defensas. Estas apuntan a la idea de que el paciente intenta defenderse de este objeto intrusivo al no permitir su entrada. La negación y la proyección son parte de estas defensas que utilizan las pacientes para negarnos el contacto con su mundo psíquico (y protegerse de una posible intrusión) y a la vez proyectar sus ansiedades de forma masiva en el terapeuta, siendo ellas las intrusivas.

Negación que también puede ser vista al borrar las barreras que separan a la paciente y al terapeuta o a la madre.

El ante ultimo artículo teórico es "A Historical Overview of the Psychodynamic Contributions to the Understanding of Eating disorders" de Luigi Caparrotta y Kamran Ghaffari (2006). Este, tiene como objetivo el brindar una perspectiva histórica del desarrollo de las distintas teorías psicodinámicas en cuanto a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello, divide su recorrido en tres instancias: las primeras contribuciones, las contribuciones de las relaciones objetales y las contribuciones de la psicología del self. Al respecto de las primeras, los autores, realizan un breve recorrido que comienza, obviamente, con las ideas de Freud pero que continua con las de Anna Freud, Fenichel y otros, destacando el hecho de que, en esencia, lo que importa es que los autores psicoanalíticos primitivos vinculan la anorexia nerviosa con la melancolía, como una fijación a la etapa oral sádica y a una resistencia al crecimiento. La evitación sexual es entendida como una defensa a la fantasía inconsciente de embarazo oral.

En cuanto a las contribuciones de la escuela inglesa y de la teoría de las relaciones objetales, Klein planteaba que los niños con dificultades en la alimentación negaban la agresión destructiva contra su objeto primario, es decir su madre. Desde esta perspectiva es que varios psicoanalistas ingleses llegaron a especular que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen grandes dificultades para separarse de sus madres debido a su envidia inconsciente excesiva. Razón por la cual buscan defenderse de sus ataques envidiosos destructivos y entonces necesitan, en la fantasía, poseer, controlar o convertirse en la madre ellos mismos (Farrell, 1995). Winnicott planteó la falla en el holding familiar y destacó, en una viñeta clínica, como una joven que padecía anorexia lograba escindir al equipo de trabajo.

Otras contribuciones de clínicos psicoanalíticos pertenecientes a las mismas escuelas especializados en trastornos de la conducta alimentaria dignas de resaltar son las de Selvini Palazzoli (1974 -1963-), quien continuo con las ideas previas y focalizó aún más la cuestión en el vínculo madre hija y sus interacciones. Consideró que las madres, con su sobreprotección y su inhabilidad para diferenciarse del niño, llevan a que este último

termine introyectando un objeto malo y que, por lo tanto, el yo quede indefenso a este objeto malo. Durante la pubertad, se sucede una escisión del yo y su consecuente represión del objeto materno malo introyectado; y las de Bruch (1973), quien también resaltó la importancia de la negación como mecanismo defensivo contra la sensación de ineficacia y vulnerabilidad contra la enfermedad.

En cuanto a las contribuciones de la psicología del Self, Mahler, Blatt, Maesterson, Sours, Sugarman, Patton entre otros focalizan la cuestión en las fallas primarias en la representación de los objetos y en la separación del individuo, con su subyacente déficit empático maternal que llevan a una pobre cohesión del self y a un déficit severo en la función simbólica. En cuanto a los mecanismos defensivos, ponen el foco, también, en la escisión como mecanismo fundamental.

El sexto y último artículo teórico es el escrito y publicado por Yael Adira Kadish en el año 2013 denominado "Investigating Defensive Organisations and Psychic Retreats in Anorexia". Investigación en la que la autora busca sintetizar e interrelacionar los conceptos de Anorexia Nerviosa, organizaciones patológicas y defensas y fenómenos de tipo autistas. Kadish considera que la anorexia puede ser entendida como una particular forma autista de retirada psíquica. Esta es definida por Mitrani (1992), Nissen (2008) y Tustin (1981) como una maniobra defensiva en donde existe una retirada a una parte primitiva del self que ha sido dañada debido a traumas infantiles. La autora, siguiendo el pensamiento Kleiniano y compartiendo criterios con Steiner (1993) considera la hipótesis de que frente a grandes ansiedades, la primer línea defensiva es la escisión, y en caso de que esta falle, la retirada psíquica es la maniobra defensiva necesaria para proteger al yo. Las defensas del tipo No-Entry, informa la investigadora, hacen referencia a maniobras defensivas similares a las de la encapsulación o retirada psíquica.

4.3 Revisiones Bibliográficas.

Se han encontrados cinco revisiones bibliográficas que se ajustan a la búsqueda realizada. Pensando en términos cronológicos, la primera de ellas data de 1988 y es el artículo de C. Phillip Wilson denominado "The Psychoanalytic Treatment of Anorexia

Nervosa and Bulimia”. En el mismo, el autor realiza una extensa revisión bibliográfica de la literatura psicoanalítica para, así, explorar distintos aspectos vinculados a los trastornos de la conducta alimentaria. Busca indagar y profundizar sobre cuestiones etiológicas y terapéuticas. La anorexia, según el autor, es un complejo sintomático neurótico que acontece en distintos tipos de desordenes caracterológicos (histeria, obsesivos, borderline y hasta psicosis), pero en todos ellos subyace una escisión del yo con aéreas relativamente intactas que permiten la transferencia. Destaca la utilización de defensas primitivas, hecho que sostiene desde citar múltiples trabajos (Thoma, 1967; Sperling, 1978; Wilson C.P. y otros, 1983; Selvini Palazzoli, 1978; Fenichel, 1954; Waller y otros, 1940; Wilson, C.P. y otros, 1985). Considera la amplia utilización entonces de la escisión y de la identificación proyectiva tanto en la anorexia como en la bulimia. A su vez diferencia ambas patologías en cuanto a la utilización de mecanismos defensivos distintos. Considera que los pacientes bulímicos tienden a utilizar los mecanismos defensivos de acting out, racionalización, negación, desinvestidura y mentira más intensamente que las pacientes restrictivas; y estas últimas tienen como defensas típicas la negación y la escisión, la creencia en la magia, los sentimientos de omnipotencia, la necesidad de control, el desplazamiento y la proyección, la ambivalencia, y el masoquismo perfeccionismo.

La segunda revisión bibliográfica fue publicada en el 2007 en Chile. Su autora es Francisca Daiber Vuillemin y su investigación se denomina "Relación Madre-Hija en Anorexia desde una Comprensión Psicodinámica"; Allí expone como se desarrolla el vínculo madre-hija en las relaciones tempranas, que tipo de vínculo se despliega, la importancia del cuidado materno y las características de personalidad tanto de la madre como de la hija que dan lugar a esta particular relación y explican el origen de la anorexia. La autora plantea que el propio vínculo madre-hija sería lo anoréxico, la relación como respuesta a una fusión, a un cuerpo único entre la madre y la hija, a un acaparamiento de la madre y a una incapacidad de la niña por separarse. En cuanto a la temática que compete a nuestra propia investigación, la autora cita a Dorr (1997) para informarnos que: "... al irrumpir la pubertad con la sexualización del cuerpo el conflicto de dependencia y agresión con la madre alcanzaría un nivel tan alto que el yo débil no sería capaz de reprimir ni sublimar. Se produciría entonces una disociación entre un yo central que quiere continuar

con la relación de dependencia pero sin sexo y un yo corporal, que da cuenta de la suma de los apetitos que es negado y destruido a través del ayuno". En el mismo sentido, nos informa a través de una referencia a Masterson (1977, en Ardiles, 1983) y a Malher (1984), que "... estas pacientes utilizan mecanismos defensivos primitivos y muestran límites yoicos y examen de realidad débiles; sus conflictos giran alrededor del temor a la pérdida del sí mismo o del objeto, sentimientos de vacío y dificultades con la autonomía personal".

La tercera revisión bibliográfica la llevó a cabo Tassaya Ruangsri en el año 2009 con su artículo denominado "Why Food?: An Exploration of the Psychodynamics of the Use of Food in Eating Disordered Clients and the Implication for Treatment" y se trata de una revisión bibliográfica en donde la investigadora indaga sobre el vínculo que establecen los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con la comida. Para ello, se utilizó, como herramienta de búsqueda, la base de datos PsychINFO. La autora sugiere que los trastornos de la conducta alimentaria son consecuencia de una serie de fallas en el desarrollo temprano del individuo y que el rol que ocupa la comida en este tipo de patologías fue descrito por tres corrientes psicoanalíticas distintas: la teoría de las pulsiones, la teoría de las relaciones de objeto y la teoría de la psicología del self. En cuanto a los mecanismos de defensa utilizados, plantea, la autora, que la negación y la escisión son prototípicos de las pacientes anoréxicas. Negación de las necesidades humanas, psicológicas y fisiológicas. Escisión que la paciente ha llevado a cabo y que, a través de la comida, intenta restaurar y, así, mantener un self cohesionado. La Escisión es el mecanismo de defensa preponderante en las pacientes bulímicas según el análisis llevado a cabo por la investigadora.

La cuarta investigación de este tipo se encuentra en el artículo científico "Anorexia Nervosa Meaning to Patients: A Qualitative Synthesis" de los autores Cybele Ribeiro Espindola y Sergio Luis Blay y es del año 2009. Este artículo consta de una revisión bibliográfica junto a su consiguiente análisis en busca de entender el significado de la anorexia nerviosa desde la perspectiva del paciente. Para ello se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica, luego el análisis crítico de los papers y finalmente una meta síntesis de los mismos. Veinticuatro artículos resultaron óptimos tras pasar todos los criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores. De esta investigación se desprende que los

mecanismos de defensa que utilizan las pacientes anoréxicas son mecanismos heterogéneos aunque agregan que comparten la opinión de *Gothelf y otros* al postular que los adolescentes con Anorexia Nerviosa utilizan mecanismos maduros en comparación con otros trastornos psiquiátricos pero inmaduros en comparación con sujetos normales. Es decir que los autores consideran que usan mecanismos muy variados que van desde los maduros a los inmaduros dependiendo del caso y que justamente esta variedad habla de lo variada que es la patología.

Finalmente, el quinto y último artículo científico de este tipo es "Resistance to Treatment and Change in Anorexia Nervosa: A Clinical Overview", cuyos autores son Giovanni Abbate-Daga, Federico Amianto, Nadia Delsedime, Carlotta De-Bacco y Secondo Fassino (2013). Los investigadores llevaron a cabo una revisión bibliográfica de artículos publicados en PubMed y PsychINFO entre 1990 y 2013 que traten el tema de la resistencia al tratamiento en Anorexia Nerviosa. Los artículos seleccionados luego fueron agrupados en cuatro áreas temáticas: negación de la enfermedad, motivación al cambio, relación terapéutica y, por último, factores de mantenimiento y resultados del tratamiento. Los resultados que resultan de interés para la presente investigación nos informan de que la negación es uno de los mecanismos de defensa preponderantes en la anorexia nerviosa. Negación cual mecanismo de defensa desadaptativo que protege al individuo de la ansiedad, de la depresión y de las emociones y afectos negativos.

4.4 Artículos Clínicos.

Se han encontrados siete artículos clínicos que se ajustan a la búsqueda realizada. Siguiendo con la lógica cronológica, el primero de ellos data de 1981 y es el escrito por Alan Sugarman and Donald Quinlan denominado "Anorexia Nervosa as a Defense Against Anaclitic Depression". Artículo clínico en donde los autores exploran las dimensiones cognitivas, de las relaciones de objeto y del contexto familiar en la anorexia nerviosa en pos de obtener un modelo explicativo heurístico y superador en cuanto a la etiología de la patología en relación a los modelos psicoanalíticos meramente psicosexuales. Para estas pacientes, plantean los investigadores, estar a solas es intolerable debido a la angustiada

sensación de vacío que sienten cuando no están junto a otras personas. Esto sucede debido a que no logran la evocación del objeto en la ausencia, razón por la cual estar a solas es equivalente a sentir un vacío interno producto de la falla en la internalización materna. La comida se convierte así en un objeto externo que intenta rellenar aquel vacío. En función de todo esto, los autores sugieren que muchísimas veces la anorexia nerviosa, y sus síntomas, sirven como modo de defensa frente a una depresión anaclítica subyacente. Comida que intentará rellenar el vacío y rechazo alimentario que puede ser comprendido como un intento de reducir los sentimientos de dependencia de objetos de amor que se encuentran ausentes. En cuanto a los estilos defensivos, los autores plantean que estas pacientes suelen utilizar defensas de tipo maniacas para protegerse de la depresión anaclítica subyacente.

El segundo artículo clínico encontrado es "Projective Identification and Eating Disorders on a College Campus" (Patricia Romney y Margaret Goli, 1991) y explora el fenómeno de los trastornos de la conducta alimentaria dentro de un campus escolar femenino. Para ello, piensa al grupo de todas las mujeres que conviven en el campus como un gran conjunto. Las investigadoras relatan que existía un fenómeno que les causaba gran impresión y curiosidad en dicho campus, era muy frecuente que las estudiantes "normales" se muestren excesivamente preocupadas por aquellas que padecían trastornos de la conducta alimentaria. Hecho que no sucedía con otras patologías o problemáticas. Debido a esto es que se preguntaron cuál era la explicación a este fenómeno. Las investigadoras sugieren que, tal vez, la explicación este dada por el hecho de que las estudiantes normales utilizaban el mecanismo de la identificación proyectiva para "poner" en las estudiantes anoréxicas o bulímicas algo que le sucedía al grupo entero. Estas últimas expresaban, entonces, el descontento de las mujeres jóvenes por las imposibles demandas sociales en cuanto a su imagen y el rol que deben ocupar. Entienden que el grupo entero desea ser bellas y flacas al punto tal de negar sus necesidades y deseos en busca de una supuesta independencia, éxito y autocontrol, aspectos simbólicamente puestos en la delgadez. Desde la óptica que proponen las investigadoras, el grupo como un todo, se puede observar que la vida de este campus está compuesta por una Gestalt de psiques individuales que conforman, todas juntas, una nueva psique grupal. Es decir que este grupo piensa, siente y se comporta, por momentos, como un todo que tiene como ideal la delgadez con sus características

asociadas por el grupo: éxito, autocontrol e independencia. Las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, niegan sus deseos y necesidades en busca de estos ideales mencionados y el grupo de las estudiantes "normales" utilizan la identificación proyectiva para negar en ellas dichos ideales y problemáticas poniéndolas todas en las mujeres anoréxicas y bulímicas. Las autoras nos recuerdan también que una de las principales funciones de la proyección es fortalecer la negación. Esta idea refuerza el hecho de que el mecanismo de defensa, según ellas, primordial en este tipo de patologías es la negación y luego la identificación proyectiva en el grupo en general.

En el mismo año se publica el artículo de Susan Sands "Bulimia, Dissociation and Empathy: A Self-Psychological View". En el mismo, la autora plantea que considera fundamental ver a la sintomatología bulímica como un componente conductual de una parte disociada del self, el self bulímico, con sus propias necesidades, sentimientos y percepciones. Susan Sands entiende a los trastornos de la conducta alimentaria como desordenes del self. Esto quiere decir que se desarrollan debido a complicaciones crónicas en la relación empática entre el niño y su cuidador. Las necesidades narcisísticas del niño, al igual que sus afectos, no logran ser respondidos de forma empática dando por consecuencia que estas necesidades y afectos sean reprimidos o escindidos de la estructura del self. Esto conlleva a que se desarrolle un self con déficits en la integración, estabilidad y autorregulación. Luego, en algún momento del desarrollo, el sujeto inventará un sistema restitutivo en donde los patrones del trastorno de la conducta alimentaria serán utilizados como objetos del self. Es decir que, a través de la comida, el sujeto intentará evitar nuevas frustraciones y desilusiones. La comida es vista como algo confiable mientras que las personas no. Las necesidades y afectos primitivos que han sido escindidos de la conciencia para luego devenir en la patología alimentaria son vividos subjetivamente como el Self Bulímico. Es por esto que, la autora, plantea que los síntomas bulímicos son el componente conductual de una parte del self que ha sido disociada y que tiene sus propias necesidades, sentimientos, percepciones y conductas. La autora plantea entonces que, según su experiencia, todos los pacientes bulímicos experimentan subjetivamente escisiones internas en mayor o menor medida.

En 1998, Eytan Bachar en su paper " The Contributions of Self Psychology to the Treatment of Anorexia and Bulimia" describe y profundiza sobre la visión que tiene la psicología del self sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Comienza destacando la importancia de entender los conceptos de Self y de Objetos del Self y sobre la terapéutica que propone Kohut. Desde esta visión teórica, como ya hemos visto, las defensas ocupan un rol central ya que tienen como función el proteger al vulnerable self de la fragmentación. Las defensas vinculadas a los trastornos de la conducta alimentaria, según el autor, son la idealización y la devaluación. Idealización que se da principalmente debido a la necesidad de desarrollo del self que necesita tener una figura idealizable que puede suministrar la calma, el apuntalamiento y con el que cual individuo se pueda fusionar. Devaluación que, como contrapartida pero con la misma lógica, puede ser entendida como la manifestación defensiva de larga data de necesidades no satisfechas de objetos del self que puedan ser idealizados.

Patricia de las Casas, en el año 2006 presenta un artículo clínico en el congreso Latinoamericano de Psicoanálisis XXVI de la Fepal que cabe ser mencionado. En esta presentación, la autora, articula la propuesta de Phillippe Jeammet con un caso clínico propio denominado "*el caso Clara*". Patricia de las Casas repasa las ideas de Jeammet sobre la bulimia y nos recuerda que, según dicho autor, la relación bulímica tiene como característica fundamental la denominada "*apetencia objetal*", en donde se hace referencia a una permanente búsqueda de un objeto para consumir pero que no logra ser nunca satisfecho ya que se desencadena una angustia/rechazo.

La problemática de base está dada por el fracaso de la interiorización primaria debido a una madre que, por exceso o ausencia, no logró establecer una interiorización que asegure un basamento narcisístico estable. Así es que el sujeto bulímico establece una búsqueda incesante de un objeto que no puede ser interiorizado de forma estable. Objeto primario que debe ser sustituido por un alimento que se intenta asimilar pero que a la vez se rechaza/purga.

Dicho rechazo a la interiorización se evidencia en el rechazo alimentario ya que lo vivencian como un cuerpo extraño de tonalidad persecutoria, razón por la cual terminan

"*optando*" por la purga de dicho objeto amenazante. Ciclo que se da en un continuo entre incorporación que busca llenar/apaciguar un vacío que no se llena/calma y que deviene en una nueva sensación de vacío y que confronta con la incapacidad de asimilación.

Los trastornos de la conducta alimentaria, entonces, implican una lucha continua por el control y el dominio de una intrusión objetal primaria sustituyendo la relación humana por la relación con el alimento.

En relación a las defensas, sugiere que existen fallas en las defensas narcisísticas que obedecen a eventos traumáticos en la primera infancia, dando por resultado mecanismos defensivos de retraimiento y desinvestidura.

En 2009, se publica "Anorexia Nervosa and The Psychotherapy of Absence" de Anthony P. Winston. Allí, el autor busca pensar a la Anorexia Nerviosa desde el concepto de ausencia. Esta última, plantea el autor, surge de una serie de deficiencias en el desarrollo temprano como ser una falta de contención materna que trae como resultado fallas en la introyecciones y la ausencia de un espacio potencial o transicional. Esto lleva a que el niño quede complicado para comprender y manejar sus propios sentimientos y, por lo tanto, no logre desarrollar una sensación de self seguro o a pensar simbólicamente. La idea de ausencia está directamente vinculada con la anorexia ya que esta enfermedad etimológicamente hablando significa "sin apetito". El autor, como muchos otros, afirma que sería mucho más específico pensar a esta patología como la negación del apetito o negación de las necesidades y deseos debido a las fallas en el desarrollo ya mencionadas. El investigador vincula esto con el concepto de "falso self" de Winnicott (1956) en donde toda una gama de sentimientos y deseos no tienen lugar. Para ello, todas estas emociones no pueden ser admitidas en la conciencia, razón por la cual deben ser manejadas de forma defensiva vía escisión, proyección y disociación. "Una de las características centrales de la Anorexia suele ser la negación de un espacio intermedio. Esta sensación de un vacío interno puede resultar en un extensivo uso de la escisión, la proyección y la disociación en pos de reprimir o inclusive aniquilar partes del self" (Hinshelwood 2008). A modo de conclusión, el autor plantea que el concepto de ausencia puede ayudarnos a comprender el mundo interno de la Anorexia Nerviosa. Si la contención maternal en el desarrollo

temprano se encuentra significativamente ausente, esto puede llevar a una escisión y una proyección violenta de una buena parte de las emociones y del self. Estas fantasías de aniquilación de dichas partes proyectadas trae como consecuencia una sensación de ausencia y vacío interno muy profundo

Finalmente, en el año 2013, Gema Quintas Pavia publica "Bulimia Nerviosa, ¿Trastorno o Criterio). Revisión Etiológica de la Bulimia Nerviosa: A Propósito de un Grupo de Apoyo". Allí, la autora, articula la experiencia obtenida a lo largo de un grupo de apoyo para pacientes bulímicos con aspectos teóricos para repensar a esta patología, no como un diagnóstico aislado sino como un síntoma de otros problemas subyacentes. La autora piensa a la Bulimia en interacción con el Trastorno por Estrés Postraumático Simple y Complejo (acumulativo) y con los Trastornos de la Personalidad (principalmente, el límite). La teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad será el puente que utilizará para articular estos diagnósticos, ya que considera que la Bulimia Nerviosa puede ser pensada como un síntoma disociativo producido por un Trastorno por Estrés Postraumático acumulativo en la infancia y a lo largo de la vida del adulto, que se ve reforzado por las características de la personalidad del individuo. Es decir que considera que, muchas veces, la sintomatología bulímica es un síntoma proveniente de una historia de carencias vividas en un ambiente invalidante que han ido transformando los rasgos de su personalidad hasta configurar una personalidad trastornada. La teoría de la disociación estructural de la personalidad está basada en el trabajo de Pierre Janet (1898). El mismo sugiere que una serie de experiencias tempranas traumáticas pueden generar una división o escisión de la personalidad. Esta disociación busca escindir la parte dolorosa y perturbadora de la parte sana o normal de la personalidad.

4.5 Artículos Empíricos Experimentales.

Se han encontrado diecinueve artículos de esta categoría. El primero de ellos es el célebre "Defense Styles in Eating Disorders" de Hans Steiner (1989). Investigación experimental que reunió a 151 personas divididas en grupos: 24 personas conformaban el grupo diagnosticado de Anorexia Restrictiva, 25 de Anorexia Purgativa o Bulímica, 23 de

Bulímicas con peso normal, 29 adolescentes deprimidas, 25 adolescentes normales y 25 adultos normales; estos dos últimos formando el grupo de control. Los grupos difirieron significativamente en tres estilos defensivos. La diferencia más significativa se dio entre el estilo 1 y el estilo 4, es decir entre los más inmaduros y los maduros. En el estilo 1, es decir el estilo defensivo inmaduro, se vio que, como era de suponer, los grupos de control utilizaron muchísimo menos este estilo defensivo; En cambio, el grupo de Bulímicas con peso normal y las adolescentes depresivas fueron las que utilizaron con mayor asiduidad este estilo defensivo. Yendo al polo opuesto, en el estilo 4, es decir a las defensas maduras, se observó que los grupos de control eran quienes utilizaban este estilo defensivo con mayor frecuencia. Quizás sea más claro si utilizamos una lógica del tipo dimensional, en donde en el extremos de los mecanismos defensivos más maduros se encuentran los grupos de control (Adolescentes normales y adultos normales), en los estilos defensivos de tipo 2, es decir de distorsiones de las imágenes, se encuentran las pacientes anoréxicas de ambos subtipos, y en el nivel de las defensas inmaduras se encuentran las pacientes deprimidas y las bulímicas de peso normal, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La investigación agrega que no ha encontrado aspectos significativos que puedan llevarnos a pensar en que la edad o duración de la enfermedad sea una variable que agregue información válida, aunque destacan que es un poco prematuro extraer conclusiones determinantes al respecto.

En el mismo año, se publica "Defense Styles and Parental Bonding in Eating Disordered Women". (Howard Steiger, Julie Van der Feen, Cathy Goldstein, Pierre Leichner, 1989). Investigación experimental que compara a 58 mujeres con trastornos de la conducta alimentaria con 24 mujeres sin trastorno en cuanto a las variables de estilos defensivos y vínculo parental. Los resultados evidencian significativas diferencias entre las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria y las del grupo control pero no muestran diferencias significativas entre los distintos subgrupos de las mujeres con trastorno. Según los investigadores, esto es coherente con la idea de pensar a estos trastornos como un continuo con factores psicológicos y etiológicos similares (Mitchell, Pyle, Hatsukami, Halmi & Eckert, 1986; Vandereycken, 1982). Se observó que el grupo de mujeres con trastornos utilizó defensas primitivas y pocas veces utilizó defensas de tipo maduras.

En 1993, Patrick F. Sullivan, Cynthia M. Bulik, Sarah Hall, Theodore E. Weltzin y Walter H. Kaye publican "Defense Style in Women with Eating Disorders". Allí, los investigadores le administran el DSQ a 66 mujeres hospitalizadas con trastornos de la conducta alimentaria para evaluar si existen estilos defensivos específicos para este grupo de trastornos y para evaluar las posibles diferencias en los estilos defensivos en cada uno de los subdiagnósticos de dichos trastornos (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Bulimia Anorexia). Cabe destacar que los investigadores no presentaron un grupo control como para realizar comparaciones. Los resultados obtenidos, le permitieron concluir a los investigadores que no existe evidencia suficiente como para pensar que hay un estilo defensivo particular para cada subtipo de trastorno de la conducta alimentaria. De todos modos, los investigadores destacan resultados más que interesantes en términos de nuestra presente investigación ya que refieren haber encontrado los siguientes datos que están en desacuerdo con lo que los autores pensaban en primera instancia. Mencionan, entonces, que los estilos defensivos más característicos para todos los trastornos de la conducta alimentaria, según sus resultados, son el altruismo y la supresión, y los menos característicos, son las defensas más primitivas como ser la proyección. Los resultados distan bastante de lo esperado por los investigadores y por la información que surge de otras investigaciones. Los autores plantean ciertas posibles explicaciones para esto, la primera puede estar dada por la muestra utilizada ya que fue relativamente chica y porque se encuentra limitada a pacientes sin grandes perturbaciones según lo que ellos mismos plantean. A su vez, plantean que el DSQ puede no ser un buen instrumento para medir los estilos defensivos, aunque esto último resulta poco probable ya que el DSQ ha sido validado y utilizado en múltiples investigaciones resultando un instrumento válido y confiable.

En el mismo año, Smith et al. publican "Psychological Characteristics and DSM III R Diagnoses at 6-Year Follow-up of Adolescent Anorexia Nervosa". Investigación experimental que tiene como propósito examinar la relación de dependencia entre ciertas características psicológicas y la presencia de desórdenes psiquiátricos en el seguimiento a largo plazo de la Anorexia Nerviosa, para ello se comparó un grupo clínico con un grupo control. Los resultados arrojados nos permiten ver que el grupo de mujeres anoréxicas que

continúan teniendo problemas psiquiátricos a lo largo de los 6 años, utilizan significativamente con mayor frecuencia estilos defensivos inmaduros (estilo 1) tanto al inicio como al final del estudio. Las mujeres con anorexia nerviosa en un inicio pero que no presentan trastornos psiquiátricos tras los 6 años, reportaron estilos defensivos que no diferían significativamente del grupo control. A su vez, se observó que las mujeres que utilizaban defensas maduras (estilo 4) en la presentación, se veían asociadas a pronósticos mejores, dando como resultado la idea de que un buen indicador de pronóstico es la evaluación de la utilización de estilos defensivos. Los investigadores destacan que, a diferencia de lo encontrado por Steiner (1989), con el correr del tiempo se daba, tanto en el grupo de anoréxicas como en el de control, un aumento en la utilización de defensas más maduras. Esto los llevó a pensar que las defensas inmaduras se mantienen pero que, con el correr del tiempo, se pueden adquirir y utilizar algunas defensas más maduras.

Per Johnsson publica en 1993 "Anorexics and Bulimics Compared Vis a Vis Defense, Proximity, and Separation", paper en donde se pregunta si dichas estrategias defensivas son más neuróticas o más primitivas que las de otros pacientes psiquiátricos y las de la gente saludable. Los resultados nos enseñan que las bulímicas manifestaron utilizar significativamente más que el grupo control la defensa inmadura de aislamiento. En cuanto a las anoréxicas, se vio que se diferencian fuertemente de las bulímicas y del grupo control en el hecho de que puntuaron muy alto en sensibilidad y muy bajo en represión. Cabe destacar que la sensibilidad está estrechamente vinculada con la proyección, motivo por el cual podemos afirmar que, según la investigación de Johnsson, este mecanismo de defensa es el predominante para las pacientes anoréxicas.

En el artículo, "Defense Styles in Eating Disorders" (1993), Inez Gitzinger conformó un grupo clínico de 70 pacientes neuróticos internos del Hospital Psicoanalítico de Stuttgart en Alemania (49 mujeres y 21 hombres). Los resultados obtenidos nos informan que las pacientes anoréxicas tienden a utilizar con mayor frecuencia la proyección y en menor medida la introyección, mientras que las bulímicas tienden a utilizar la represión. Esto la lleva a plantear a la autora que las bulímicas suelen defenderse de un modo más interno y las anoréxicas de un modo más externo, según lo que plantea la autora.

El paper "Defense Mechanisms in Severe Adolescent Anorexia Nervosa" de Doron Gothelf, Alan Apter, Gidi Ratzoni, Israel Orbach, Ronit Weizman, Sam Tyano and Cynthia Pfeffer (1995) compara los mecanismos defensivos en adolescentes que padecen anorexia nerviosa y otros trastornos psiquiátricos con adolescentes normales. Los investigadores informan que, todas las defensas se utilizaron significativamente con mayor frecuencia en los pacientes que en el grupo de control. Esto implicaría que los desórdenes psiquiátricos mayores tienen muchas defensas en común, es decir que tienen un aspecto psicopatológico similar. En cuanto a las pacientes anoréxicas en particular, se vio que utilizaron con mayor frecuencia, al igual que el grupo de obsesivos compulsivos y de trastorno límite de la personalidad, la introyección. Detallan los investigadores, entonces, que las anoréxicas utilizaron los mecanismos de regresión, proyección, negación, introyección, represión pero destacan la utilización de la intelectualización en comparación con el grupo de control y la sublimación en comparación con los otros grupos psiquiátricos. Es decir, que la investigación plantea que los dos mecanismos de defensa que se utilizan de forma preponderante, y lo que las diferencia de otros grupos, son la intelectualización y la sublimación.

El año siguiente, en 1996, se publica "Trauma and Dissociative Experiences in Eating Disorders" (Riccardo Dalle Grave, Manuela Oliosi, Patrizia Todisco y Claudia Bartocci), una investigación experimental que reunió a 106 pacientes mujeres que se encontraban hospitalizadas en el servicio de trastornos de la conducta alimentaria en Garda, Italia, de las cuales tenían el diagnóstico de Anorexia Nerviosa (30 del subtipo restrictivo y 22 del purgativo), 24 el de Bulimia de peso normal, 30 del trastorno por atracón para compararlas con un grupo de 20 pacientes esquizofrénicas hospitalizadas en un hospital psiquiátrico en Verona y con un grupo control conformado por 112 adolescentes sin patología psiquiátrica. El estudio tenía como objetivo investigar la presencia de experiencias disociativas en los trastornos de la conducta alimentaria en comparación con las pacientes esquizofrénicas y con las del grupo control, explorar la frecuencia y tipos de trauma en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el fenómeno de disociación y la frecuencia e intensidad de las experiencias de disociación en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Sintetizando, los resultados revelan

que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria reportaron significativamente mayores niveles de experiencias disociativas que las pacientes esquizofrénicas o que las del grupo control. Esto se observó especialmente en las pacientes con Bulimia Nerviosa y con Anorexia del tipo Purgativo. Esto lleva a pensar, según lo que plantean los investigadores, que existe un vínculo directo entre trauma, disociación y síntomas bulímicos, aunque también plantean la posibilidad de que al estar todas las pacientes hospitalizadas, ese sea una variable a tomar en cuenta en cuanto a que pueda tener algo que ver con los resultados obtenidos, ya que estar hospitalizado implica un nivel de estrés que puede ser causal de síntomas disociativos.

En el artículo denominado "The Binge-Purge Cycle as a Means of Dissociation: Somatic Trauma and Somatic Defense in Sexual Abuse and Bulimia" (Diane Swirsky and Valory Mitchell, 1996) vemos como los autores indagan sobre el rol de la disociación en el ciclo purga atracón de 65 mujeres bulímicas. La hipótesis de fondo es que el ciclo de atracón purga es utilizado como disociación en respuesta a afectos dolorosos. Este artículo sugiere la idea de que el ciclo de atracón purga puede ser conceptualizado como una serie de comportamientos que facilitan o mantienen una respuesta disociativa para fragmentar afectos, necesidades y recuerdos.

En el año 2001, Helle Blaase and Ask Elklit en "Psychological Characteristics of Women with Eating Disorders: Permanent or Transient Features?" realizan una descripción y caracterización psicológica de las mujeres danesas no hospitalizadas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y, a su vez, comparan este perfil psicológico con un grupo de mujeres que han sufrido, en el pasado, algún trastorno de la conducta alimentaria y con un grupo de mujeres que nunca han padecido este tipo de trastornos. Las variables psicológicas de interés para los investigadores fueron: estrés percibido, estrategias de afrontamiento, autoestima y estilo defensivo. La investigación arrojó como resultado que las mujeres sufriendo actualmente de trastornos de la conducta alimentaria se diferencian significativamente de las otras en casi todas las variables estudiadas. Ellas percibieron mayores niveles de estrés, mostraron peores estrategias de afrontamiento, mostraron niveles más bajos de autoestima y utilizaron estilos defensivos más inmaduros. A su vez, puntuaron más alto en depresión, ansiedad y en otros síntomas generales. En cuanto a las mujeres que

han sufrido de trastornos de la conducta alimentaria en el pasado, a diferencia de lo esperado por los investigadores, casi no se observaron diferencias con el grupo de control. Enfocándonos específicamente en los resultados de interés para nuestra investigación, cabe destacar que existieron diferencias significativas entre los 3 grupos. Las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria puntuaron significativamente bajo en “humor”, la defensa de tipo madura, en comparación con las mujeres que habían padecido de dichos trastornos, y a su vez, puntuaron más alto en “formación reactiva” (defensa del tipo neurótico), “Fantasía Autista”, “desplazamiento” y “somatización” (todas defensas del tipo inmaduras). La única diferencia significativa entre las mujeres que padecieron en el pasado los trastornos de la conducta alimentaria y el grupo de control, en cuanto a la utilización de defensas separadas es que las primeras utilizaron con mayor frecuencia la “anticipación” y, el otro grupo, utilizó con mayor frecuencia “el humor” y menos “anulación”, “proyección”, “fantasía autista”, “desplazamiento”, y “somatización”. Estos resultados confirman otros estudios similares en donde se plantea que las mujeres que padecen de trastornos de la conducta alimentaria usan significativamente con mayor frecuencia defensas inmaduras que las mujeres sin dichos trastornos (Steiger & Houle, 1991; Schmidt et al., 1993). Por ejemplo, recordemos que Smith et al. (1993) encontró resultados similares en cuanto al hecho de que las mujeres que habían sufrido de trastornos de la conducta alimentaria en el pasado, habían logrado una normalización del uso de sus defensas.

El siguiente artículo encontrado fue "Defence Styles and Other Risk Factors for Eating Disorders among Female Adolescents: A Case Control Study" (Kari Poikolainen, Riitta Kanerva, Mauri Marttunen and Jouko Lonnqvist, 2001). Allí se examinaron los estilos defensivos y otros rasgos psicológicos que puedan servir como pronóstico en cuanto a factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. La muestra estuvo conformada por 57 pacientes mujeres finlandesas con trastornos de la conducta alimentaria según el DSM IIR, 14 con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, 30 de Bulimia Nerviosa y 13 con TANE. Todas las pacientes fueron subdivididas en 2 grupos: restrictivos (17) y bulímicos (40). El grupo control estuvo conformado por 337 mujeres adolescentes. Los investigadores destacan que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria suelen utilizar mecanismos defensivos como ser sublimación, anulación, agresión pasiva, y los

mecanismos defensivos menos utilizados fueron el desplazamiento y la escisión. La explicación que encuentran los investigadores por los sorprendentes resultados (sobre todo de los mecanismos defensivos menos utilizados ya que contradicen la clínica) es que, tal vez, la explicación este dada porque la muestra era limitada y estaba conformada por adolescentes muy jóvenes y, entonces, existe la posibilidad de que aparezcan defensas pseudo maduras que aún esconden a la patología.

Vesna Vidovic, Neven Henigsberg and Vesna Juresa publican en el 2003 el paper "Anxiety and Defense Styles in Eating Disorders" en donde se proponen como objetivo investigar los rasgos de ansiedad y el tipo de defensa utilizado por pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, haciendo especial énfasis en los pacientes diagnosticados con Anorexia Nerviosa. Los resultados del estudio revelan que los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria utilizaron más frecuentemente mecanismos de defensa desadaptativos o del tipo distorsión de las imágenes. Los pacientes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa son los que usaron más significativamente los mecanismos de defensa de distorsión de las imágenes y los pacientes diagnosticados con Anorexia Nerviosa son los que se vieron con mayores correlaciones entre las distorsiones de las imágenes y altos niveles de ansiedad como estado y como rasgo. Los pacientes diagnosticados con Anorexia de tipo restrictiva no mostraron diferencias significativas con el grupo de control en cuanto a la utilización de mecanismos de defensa.

En el 2007 se publica "Narcissism and Narcissistic Defences in the Eating Disorders" (Glen Waller, Jennie Sines, Caroline Meyer, Emma Foster, Anna Skelton). Allí, Los autores diferencian tres conceptos vinculados al narcisismo: el Narcisismo nuclear y dos tipos de defensas de tipo narcisistas. En relación al Narcisismo Nuclear (Core Narcissism) refieren que es la experiencia y expresión de una excesiva autoestima, la cual es desproporcionada con los niveles de habilidad y logro del individuo. A su vez, mencionan que este narcisismo se manifiesta con grandiosidad y exhibicionismo. En cuanto al narcisismo de tipo defensivo, describen dos modalidades muy distintas pero que tienen como punto en común el hecho de servir a la regulación de la autoestima del sujeto. Las dos modalidades que describen son las denominadas "pedagogía venenosa" o "mal vos" (Poisonous pedagogy or Bad You en inglés), y la "personalidad narcisista abusado" o

“pobre yo” (Narcissistically abused personality or Poor me). La primera de ellas hace referencia a aquella defensa en donde el individuo “ve” al otro como equivocado y con la necesidad de ser guiado, criticado, corregido o enseñado. En cambio, la otra modalidad defensiva que describen, la denominada pobre yo o personalidad narcisista abusado, se define por aquellas situaciones en donde el individuo pone las necesidades y deseos de los otros por encima de los propios y, a su vez, se queja por haber sido dejado de lado, maltratado o abusado. Este estudio busca, entonces, determinar las relaciones existentes entre estos tipos de Narcisismo y los trastornos de la conducta alimentaria. Cabe mencionar que los autores utilizan un enfoque transdiagnóstico, sin profundizar las diferencias que pueden resultar entre los distintos subdiagnósticos posibles en los trastornos de la conducta alimentaria. Los resultados nos informan que la defensa de tipo Personalidad Narcisista Abusada o Pobre yo se vio positivamente asociada con las 4 subescalas del EDE-Q (es decir con las siguientes subescalas: restrictivas, preocupaciones sobre la comida, preocupaciones sobre el peso y preocupaciones sobre la forma del cuerpo). Esto quiere decir, según los autores, que este es el elemento del narcisismo que se encuentra más fuertemente asociado con los trastornos de la conducta alimentaria. A su vez, destacan que no se observaron significativas diferencias entre los distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria. Si bien estos mecanismos defensivos no figuran de forma directa en el listado más frecuente, es claro que podemos ubicarlas dentro del estilo defensivo del tipo distorsión de las imágenes ya que tienen como función principal regular la autoestima.

El siguiente artículo encontrado, "Changes in Defensiveness and in Affective Distress Following Inpatient Treatment of Eating Disorders: Rorschach Comprehensive System and Self-Report Measures" (Lily Rothschild, Liza Lacoua, Yohanan Eshel and Daniel Stein, 2008), sugiere que los trastornos de la conducta alimentaria pueden constituir una defensa en contra de los dolores psíquicos y que una estabilización del peso y de las conductas alimenticias patológicas se vería asociado con una reducción en la defensa. Los autores consideran que, si bien no se pudo observar que la estabilización general del trastorno implicaba una reducción en la defensa, la información conseguida sirve de soporte a las ideas de McDougall (1989), Blatt y Schichman (1983) y Blatt y Zuroff's (1992) que

plantean que los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria pueden servir como defensa contra afectos dolorosos.

Por otro lado, Mari Campbell y Glenn Waller en su artículo "Narcissistic Characteristics and Eating Disordered Behaviors" (2010) tienen como objetivo examinar la relación existente entre Narcisismo y las conductas vinculadas a los trastornos de la conducta alimentaria, es decir a los atracones y a las purgas. Estos autores vuelven a indagar sobre los dos elementos vinculados al narcisismo patológico ya descritos (pobre yo o mal vos) (Waller, G. y otros, 2007), elementos defensivos, que como ya hemos planteado, sirven para regular la autoestima pero resultan patológicos cuando son utilizados excesivamente. En esta ocasión, los autores plantean como objetivo del estudio poner a prueba la hipótesis de que los tres elementos vinculados al narcisismo (nuclear y defensas del tipo pobre yo y malo vos) van a verse positivamente asociados a las conductas patológicas de los trastornos de la conducta alimentaria ya mencionados. Los resultados arrojaron que existe una significativa y positiva vinculación entre el narcisismo nuclear y los dos tipos de narcisismo defensivo con aquellas pacientes que realizan ejercicio físico excesivo. Los autores plantean que no aparecieron otras diferencias o resultados significativos. Esto quiere decir, según los autores, que se han encontrado asociaciones positivas en la vinculación entre narcisismo y trastornos de la conducta alimentaria como ellos creían pero que la vinculación que ellos encontraron se ve limitada al hecho de que las pacientes que utilizan el ejercicio físico de forma excesiva son las únicas a las que se les ha encontrado una asociación directa con niveles mayores de narcisismo, tanto en relación al narcisismo nuclear como al defensivo. A su vez destacan que, a nivel dimensional, encontraron que el ejercicio excesivo se encuentra más vinculado con el narcisismo nuclear mientras que el narcisismo defensivo del tipo "pobre yo" se encuentra asociado con las conductas de tipo atracones, uso de laxantes y ejercicio excesivo. Los autores plantean, también, que tal vez el motivo de esto último este dado por el hecho de que estas conductas (atracones, utilización de laxantes y/o ejercitación excesiva) pueden ser las maneras que encuentran las pacientes para evitar la crítica y, a su vez, controlar sus emociones.

En la investigación "Exploring Relationships Over Time Between Psychological Distress, Perceived Stress, Life Events and Inmature Defense Style on Disordered Eating

Pathology" (2013) Phillipa Hay and Sarah Elizabeth Williams investigan la relación existente entre el estrés percibido, el estilo defensivo inmaduro, la depresión, la ansiedad y los eventos traumáticos vividos como factores psicológicos típicos que acompañan a los trastornos de la conducta alimentaria y los síntomas prototípicos de dichos trastornos. Los resultados confirman la hipótesis planteada por los investigadores, es decir que altos niveles de estrés percibido, un estilo defensivo inmaduro y un mayor número de eventos traumáticos acontecidos en la vida se ven todos significativamente asociados con los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria. Más específicamente, sobre el tema que nos compete, nos informan que el estilo defensivo inmaduro se correlaciona significativamente con los trastornos de la conducta alimentaria a lo largo de todo el seguimiento realizado.

M. Habubi, N. Zamani, S. Salehi en "Styles and Defense Mechanisms in People With Depression, Anxiety Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Eating Disorder, Social Phobia Disorder, and Substance Abuse" (2015) evalúan y comparan los mecanismos de defensa y estilos defensivos en sujetos con trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria, fobia social, abuso de sustancias e impulsividad. Los investigadores informan detalladamente los mecanismos y estilos defensivos correspondientes a cada trastorno; en cuanto los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (cabe mencionar que estudiaron únicamente a la anorexia nerviosa) usaron el mecanismo de fantasía autista preponderantemente en el estilo defensivo inmaduro, luego la racionalización en el neurótico y, finalmente, la sublimación en el maduro.

En el mismo año se publica "The Association Between Self-Image and Defence Mechanism in a Group of Adolescent Patients Receiving Psychiatric Treatment". (Batosz Treger, Feliks Matusiak, Maciej W. Pilecki, Monika Rogoz, 2015). El objetivo de dicha investigación es explorar la relación existente entre varias áreas de la autoimagen y los mecanismos de defensa en adolescentes. Cabe destacar que esta investigación resulta de interés para la presente revisión bibliográfica debido a que se entiende que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen conflictos con su autoimagen. Es por ello que el dato que resulta importante es que en relación a la autoimagen, se observó que el

grupo clínico obtuvo, como era de esperar, los indicadores más negativos. A su vez, los investigadores plantean que las autoimágenes positivas se vieron correlacionadas con mecanismos de defensa más maduros y viceversa; y por otro lado, observaron que, en el grupo clínico, se dio una correlación positiva entre el mecanismo de proyección y la autoimagen negativa, es decir que cuanto más fuerte era la proyección, peor era la autoimagen. Este último punto es, tal vez, el más interesante para nuestra investigación ya que de aquí se puede desprender la idea de que la proyección esta directamente asociada con una autoimagen negativa, sobre todo teniendo en cuenta que en este estudio la muestra clínica incluye muchos trastornos pero, como ya hemos mencionado, se puede extender la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria están fuertemente vinculados con una autoimagen negativa.

Resulta interesante también citar el artículo "A Comparison Between Personality Traits and Defense Styles in Teenagers with Avoidant Restrictive Food Intake Disorder and Normal Individuals" de Narges Zamani, Mojtaba Habibi, Nasrin Zamani, Nina Jamshidnejad and Mani B. Monajemi (2015) aunque se trate de un trastorno que no aplica directamente a los trastornos de la conducta alimentaria pero que tiene una evidente relación con ellos, razón por la cual se puede inferir que sus resultados pueden ser pensados como de interés para la presente tesis. En dicha investigación, se busca comparar los mecanismos de defensa y los rasgos de personalidad entre adolescentes con el trastorno restrictivo/evitativo de alimentos (avoidant restrictive food intake disorder ARFID) e individuos normales. El Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) es un diagnóstico que aparece por primera vez en el DSM 5, aunque se pueden buscar sus raíces en él la alimentación selectiva. Las personas con este trastorno restringen su alimentación con el objetivo de ganar un debate u obtener algún beneficio (Zamani & Habibi, 2014) a pesar de que pueden dañar su salud. Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes diagnosticados con ARFID utilizaron con mayor frecuencia los mecanismos defensivos inmaduros y neuróticos en comparación con el grupo control. Más específicamente, los mecanismos de defensa de tipo neurótico fueron los más utilizados por los adolescentes con diagnóstico de ARFID. A su vez, se observó que los adolescentes con dicho trastorno obtuvieron los niveles más bajos en el estilo defensivo maduro.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Tras la lectura y análisis de todos los artículos científicos queda claro que si uno intenta entender la defensa en los trastornos de la conducta alimentaria desde las distintas perspectivas psicoanalíticas debe diferenciar tres enfoques teóricos distintos, aunque todos ellos apuntan a una relación conflictiva con la madre o quien ejerza su función.

La primera de dichas perspectivas teóricas es la de Freud y los primeros autores psicoanalíticos, y se enmarcan dentro de la teoría de las pulsiones. La misma plantea que el rechazo alimentario puede ser entendido como una defensa contra las fantasías sexuales de embarazo vía oral, y el vaivén típico entre el rechazo alimentario, el atracón y la purga evidenciarían la ambivalencia pulsional con la madre.

En cuanto al segundo enfoque teórico, ya estaríamos hablando de la teoría de las relaciones objétales y de su perspectiva de que han existido deprivaciones en el vínculo diádico primitivo madre-bebe. Los autores que sostienen esta teoría sugieren que existe una falla en la metabolización materna de las proyecciones que realiza el niño, obligando a que este último se vea en la obligación de reintroyectar sus ansiedad no metabolizadas y, siendo a su vez, en repetidas ocasiones, el recipiente de las proyecciones maternas. Estas ansiedades maternas proyectadas y las ansiedades del niño reintroyectadas son vividas como un cuerpo extraño o intrusivo. La consecuencia inmediata de todo esto es que el niño internalice un conflicto, ya que por un lado necesita estar en sintonía con su madre pero ello produciría una agresión hacia sí mismo y, a la vez, necesita preservarse tomando distancia de la madre. La defensa posible es, entonces, la escisión. Mecanismo por el cual divide a la madre y a sí mismo en dos aspectos separados, uno bueno y otro malo. Una vez más la comida sería el equivalente simbólico a la madre, razón por la cual la anorexia puede ser pensada como un modo de defenderse de la intrusión y del consiguiente daño psíquico, y la purga como un modo de depurarse del mismo. Por todo esto es que se suele plantear que las anoréxicas logran aniquilar satisfactoriamente el objeto malo internalizado, y las pacientes

bulímicas han fallado y necesitan matar y destruir continuamente este objeto malo internalizado a través de sus purgas.

El tercer y último enfoque teórico posible es el que le pertenece a la psicología del self y comparte varios puntos en común con el enfoque teórico anterior. Según esta teoría, la emergencia del self en la niñez depende de experiencias apropiadas con los objetos del self. Tengamos en cuenta que los niños tienen una representación de su self muy vulnerable y frágil, razón por la cual, al igual que en la teoría de las relaciones de objeto, necesitan de la presencia de otro, generalmente la madre, para funcionar como objetos del self que ayudan a mantener una coherencia y un narcisismo sano. El énfasis, entonces, está dado en mantener la coherencia estructural del self. Recordemos que para Kohut (1971), la capacidad del niño de tolerar la separación/ausencia de la madre, sin que ello implique una descompensación psíquica, depende de la internalización de ciertas funciones y estructuras mentales. Es por ello que las defensas ocupan un rol central ya que tienen como función el proteger al vulnerable self de la fragmentación. En los trastornos de la conducta alimentaria, se piensa que estos pacientes no pueden, debido a su crianza y sus deprivaciones, confiar en los hombres como objetos del self que logren satisfacer las necesidades del self. Es por ello que utilizan a la comida como objetos del self. Los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria son pensados, entonces, como intentos desesperados de librarse del dolor y de suplir funciones de dichos objetos. En el caso de la anorexia, las pacientes logran la satisfacción de las necesidades de los objetos del self a través de la comida, esencialmente a través del reflejo de las experiencias de los objetos del self. Es así que buscan poseer poderes supernaturales a través de lograr, control mediante, no necesitar de la comida. En el caso de la bulimia, en cambio, las pacientes logran la satisfacción a través de la idealización de las experiencias de los objetos del self. La comida es entonces vivida como poseedora de un gran poder, así es que logra calmar, confortar y regular las emociones. En el caso de las pacientes anoréxicas, ellas utilizan el rechazo alimentario para lograr una sensación de control, es un esfuerzo adaptativo de defensa por sus déficits en la autorregulación producto de una madre intrusiva, sobreprotectora. Las pacientes bulímicas, en cambio, se defienden de una sensación de vacío muy profunda producto de una madre poco disponible empáticamente a través de sus atracones y purgas.

Los mecanismos defensivos característicos desde esta perspectiva teórica son, entonces, recordemos, la escisión principalmente y sus aliados típicos idealización, devaluación y negación.

Más allá de las perspectivas teóricas desde donde se observen los trastornos de la conducta alimentaria, es claro que de la lectura y análisis de todos los artículos científicos se pueden extraer las siguientes conclusiones.

Dejando de lado las investigaciones "Defense Style in Women with Eating Disorders" y "Defence Styles and Other Risk Factors for Eating Disorders among Female Adolescents: A Case Control Study" que obtienen resultados que sorprenden inclusive a sus propios autores y que se contradicen con todo el resto de las investigaciones, podemos afirmar que los estilos defensivos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria son el estilo inmaduro y/o la distorsión de las imágenes. Cabe mencionar que los autores de las dos investigaciones que contradicen al resto, se han encargado ellos mismos, como hemos visto, de intentar explicar sus sorprendentes resultados.

Existen una serie de puntos que resultan de interés para ser remarcados. Por un lado, se evidencia en casi todas las investigaciones que los mecanismos defensivos de los trastornos de la conducta alimentaria resultan bastante heterogéneos aunque tienen algunos puntos fundamentales en común. Surge de las investigaciones de Cybele Ribeiro Espindola y Sergio Luis Blay (2009), Steiner (1989), Steiger y otros (1989), Smith y otros (1993), Per Johnsson (1993), *Gothelf y otros (1995)*, Helle Blaase and Ask Elklit (2001), y Zamani y otros (2015) el postulado por el que se puede afirmar que los trastornos de la conducta alimentaria utilizan mecanismos defensivos más maduros que otros trastornos psiquiátricos graves pero más inmaduros que los sujetos normales, es decir sin trastorno. Resulta mucho más claro pensar, entonces, en un continuo dimensional que va desde los sujetos sin trastorno psiquiátrico, en el polo defensivo más maduro, hasta los sujetos con trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, bipolaridad, etc.) en el otro, dejando a los trastornos de la conducta alimentaria en el medio de dicho continuo.

En cuanto al estilo defensivo característico de los trastornos de la conducta alimentaria, como hemos dicho, se puede evidenciar que nos encontramos con mecanismos

defensivos sumamente heterogéneos pero prácticamente todas las investigaciones sugieren que se utilizan preponderantemente los estilos defensivos inmaduros, más específicamente los desadaptativos (estilo 1) y/o el estilo de distorsión de las imágenes (estilo 2) según el planteo de Bond. El mecanismo defensivo que aparece con mayor frecuencia en las investigaciones analizadas es claramente la escisión. A su vez se presentan con una altísima frecuencia los mecanismos defensivos de negación, disociación, proyección, identificación proyectiva, idealización y devaluación. Si nos detenemos a analizar este fenómeno en profundidad, cabe destacar que todos estos mecanismos defensivos comparten la misma raíz, motivo por el cual se puede postular que la escisión y sus derivados parecen ser los mecanismos defensivos característicos de dichos trastornos.

En cuanto a la diferenciación entre los subdiagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria, surgen resultados diversos. Por un lado, nos encontramos con los resultados que nos informan Steiger y otros (1989), Mitchell, Pyle, Hatsukami, Halmi y Eckert (1986) y Vandereycken (1982) en donde sugieren que no existirían diferencias significativas entre los mecanismos defensivos utilizados. Aunque por otro lado, Steiner (1989) sugiere que las pacientes anoréxicas utilizan más frecuentemente el estilo de distorsión de las imágenes mientras que las pacientes bulímicas utilizan el estilo defensivo desadaptativo o de acción. Una opinión similar tiene Wilson (1988) cuando sugiere que las pacientes bulímicas tienden a utilizar los mecanismos defensivos de acting out, racionalización, desinvestidura y mentira con mayor frecuencia que las pacientes restrictivas; y que las pacientes anoréxicas tienen como defensas típicas la negación, la escisión, la creencia en la magia, los sentimientos de omnipotencia, la necesidad de control, el desplazamiento, la proyección, la ambivalencia, y el masoquismo perfeccionismo. Una opinión diferente es la que tiene Per Johnsson (1993) cuando sostiene que el mecanismo defensivo más frecuente en la anorexia nerviosa es la proyección y en la bulimia nerviosa el aislamiento.

Otro resultado que resulta de interés para resaltar es si se puede pensar que el tiempo es una variable que conlleva a una modificación de las defensas utilizadas por estas pacientes. Al respecto, Steiner (1989) considera que no es una variable que genere modificaciones aunque aclara que tal vez no cuente con información suficiente para

concluir de forma determinante al respecto. En cambio, Smith y otros (1993), y Helle Blaase and Ask Elklit (2001), sugieren que con el devenir del tiempo se da una modificación en cuanto a la utilización de defensas, sobretodo de las defensas más maduras. Los autores sugieren que las defensas inmaduras resultan mucho más difíciles de ser modificadas.

Debido a todo lo planteado, se considera de suma importancia continuar estudiando los mecanismos defensivos en los trastornos de la conducta alimentaria. Sobre todo se piensa fundamental indagar sobre la población de nuestro país ya que no existen estudios que se aboquen a la misma, y resultaría sumamente interesante ver si los resultados apuntan hacia los mismos horizontes o si nos encontramos con particularidades específicas a nuestra población. A su vez, se considera fundamental continuar indagando sobre la especificidad de los mecanismos defensivos de cada subdiagnóstico y sobre la posible evolución de la defensa teniendo en cuenta la variable tratamiento, es decir que sucede con las defensas utilizadas por pacientes con trastornos de la conducta en un inicio del tratamiento y con el devenir del mismo; hecho que nos permitiría evaluar la evolución de las defensas y, a su vez, evaluar el tratamiento específico al que se han sometido las pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR*.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Ardiles, R. (1983). *Anorexia Nerviosa: Aproximación a una síntesis comprensiva*. Tesis para optar al título de psicólogo. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Association, A. P. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Bachar, E. (1998). The contributions of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 147–165.
- Blatt, S. J., & Schichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187–254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. USA: Basic Books.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5 , OPD-2 y PDM : Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, 74(2), 179–205.

- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological Characteristics of Women with Eating Disorders: Permanent or Transient Features? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 467–478.
- Bond M, Gardner ST, Christian J, Siegel JJ (1983) An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 40:333–338.
- Brauhardt, A., de Zwaan, M., & Hilbert, A. (2014). The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 565–84. <http://doi.org/10.1002/eat.22287>
- Brusset, B. (1996). Anorexia mental y toxicomanía. Psicoanálisis APdeBa. Vol.XVIII (Nº 2), Págs. 189-219
- Campbell, M., & Waller, G. (2010). Narcissistic characteristics and eating-disordered behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 560–564. <http://doi.org/10.1002/eat.20739>
- Caparrotta, L., & Ghaffari, K. (2006). a Historical Overview of the Psychodynamic Contributions To the Understanding of Eating Disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(3), 175–196. <http://doi.org/10.1080/02668730600868807>
- Case, A. a, & Study, C. (2001). Defence Styles and Other Risk Factors, 334, 325–334.
- De las Casas, P. (2006, Octubre). La otra cara de la moneda: El ordenamiento perverso como contraparte del síntoma bulímico. Presentado en Fepal – XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Lima, Perú.
- Delvecchio, E., di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: Dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in Psychology*, 5(OCT), 1–8. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01218>
- Dörr, O. (1997). *Psiquiatría antropológica* (2ºed). Santiago de Chile; Ed. Universitaria, segunda edición.

- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: A qualitative synthesis. *Psychopathology*, 42(2), 69–80. <http://doi.org/10.1159/000203339>
- F., Z., G., P., G., T., N., D., K., R., & H., B. (2011). Relationship of childhood traumatic experiences with attachment style, affect regulation, and eating disorder symptoms. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=70489644>
- Farrell, E.M. (1995). *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. London: Process Press.
- Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13(1), 282. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-282>
- Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. (Routledge, Ed.) (Routledge). London: Routledge.
- Fenichel O. Anorexia. In: The collected papers of Otto Fenichel. New York: Norton, 1954; 2:288-295.
- Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., ... Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 16(6), 420–437. [http://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00069-5](http://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00069-5)
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*. <http://doi.org/10.1521/bumc.69.1.1.62267>
- Freud, A. (1957). Adolescence. In *Writings vol. 5* (pp. 136–166). New York: International Universities Press.

- Gitzinger, I. (1993). Defense Styles in Eating Disorders. In U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers, & J. . Draguns (Eds.), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology* (pp. 404 – 411). New York: Springer-Verlag.
- Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1995). Defense Mechanisms in Severe Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1648–1654. <http://doi.org/10.1097/00004583-199512000-00015>
- Grave, R. D., Oliosi, M., Todisco, P., & Bartocci, C. (1996). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 9(4), 274–281. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1998-01222-006&site=ehost-live&scope=site>
- Habibi, M. (2015). Styles and Defense Mechanisms in People With Depression , Anxiety Disorder , Obsessive Compulsive Disorder , Eating Disorder , Social Phobia Disorder , and Substance Abuse *, 1(1), 34–45.
- Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behav*, 35(5), 392–398. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.016>
- Hay, P., & Williams, S. (2013). Exploring relationships over time between psychological distress, perceived stress, life events and immature defense style on disordered eating pathology. *BMC Psychology*, 1(1), 27. <http://doi.org/10.1186/2050-7283-1-27>
- Hentschel, U. (1993). *The Concept of defense mechanisms in contemporary psychology : theoretical, research, and clinical perspectives*.
- Hinshelwood, R.D. (2008) Repression and splitting: Towards a method of conceptual comparison. *International Journal of Psychoanalysis* 89: 503–21.

- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiarity and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174–179. <http://doi.org/10.1002/eat>
- Jeammet, P. (1993). El abordaje Psicoanalítico de los Trastornos de las Conductas Alimentarias. *Neuropsychiatri de l'enfant et de l'adolescence*. Vol. 41. (Nº5-6). Págs. 189-219
- Johnsson, P. (1993). Anorexics and Bulimics Compared Vis a Vis Defense, Proximity, and Separation. In U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers, & J. G. Draguns (Eds.), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology* (pp. 389 – 403). New York: Springer-Verlag.
- Kachele, H., Kordy, H., Richard, M., & Tr-Eat, R. G. (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy Research*. <http://doi.org/10.1080/713663982>
- Kadish, Y. A. (2012). *Investigating Organisations and Psychic Retreats in Anorexia*. Witwatersrand.
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. In *Amor, culpa y reparacion*. Barcelona: Paidos Iberica.
- Klein, M. (1932). Las relaciones entre neurosis obsesivas y los estadios tempranos del superyó. In *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidos.
- Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 83(Pt 4), 837–50. <http://doi.org/10.1516/GL2F-03HB-26L3-FAM3>

- Lichtenberg, J. D., & Slap, J. W. (1973). Notes on the concept of splitting and the defense mechanism of the splitting of representations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21(4), 772–787.
<http://doi.org/10.1177/000306517302100405>
- Mahler, M., Pine F. & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Mahler, M. (1984). Estudios 2. *Separación individuación*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Masterson, J. (1978) The borderline adolescent: an object relations view. In S. C. Feinstein and P. L. Giovacchini (eds) *Adolescent Psychiatry*, Vol. 6 (Chicago, IL: University of Chicago Press, 344–359)
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.
- Mitchell, J.E., Pyle, R. L., Hatsukami, D., E. y Eckert, E. D. (1986). What are atypical eating disorders? *Psychosomatics*, 27, 21-28.
- Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438–443.
<http://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>
- Mitrani, J.L. (1992). On the survival function of autistic manoeuvres in adult patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:549-59.
- Narduzzi, K. J., & Jackson, T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 699–710.
[http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200006\)56:6<699::AID-JCLP1>3.0.CO;2-K](http://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<699::AID-JCLP1>3.0.CO;2-K)
- Nissen, B. (2008). On the determination of autistoid organisations in non-autistic adults. *International Journal of Psychoanalysis*, 89:261-277.

- O’Shaughnessy, R., & Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(4), 559–574. <http://doi.org/10.1177/1359104509339082>
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60(2), 357–373.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. *Sld.cu*, 1–52. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3_sec1_k.pdf
- PATTON, C. J. (1992). Fear of Abandonment and Binge Eating: A Subliminal Psychodynamic Activation Investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8). Retrieved from http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1992/08000/Fear_of_Abandonment_and_Binge_Eating__A_Subliminal.2.aspx
- Pavía, G. Q. (n.d.). Revisión Etiológica De La Bulimia Nerviosa : a Propósito De Un Grupo De Apoyo Bulimia Nervosa , Disorder or Criteria ? a Review of the Ethology of Bulimia Nervosa Regarding a Helping Group, 3(2013), 1–32.
- Robbins, M. D. (1976). Borderline personality organization: the need for a new theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 831–853. <http://doi.org/10.1177/000306517602400404>
- Romney, P., & Goli, M. (1991). Projective Identification and Eating Disorders on a College Campus. *Journal of College Student Psychotherapy*, 6(1), 53 – 74.
- Rothschild, L., Lacoua, L., Eshel, Y., & Stein, D. (2008). Changes in defensiveness and in affective distress following inpatient treatment of eating disorders: Rorschach comprehensive system and self-report measures. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 356–367. <http://doi.org/10.1080/00223890802107982>

- Ruangsri, T. (2009). Why food?: an exploration of the psychodynamics of the use of food in eating disordered clients and the implications for treatment, (July). Retrieved from <http://aut.researchgateway.ac.nz/handle/10292/753>
- Schmidt, U., Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Psychosocial Factors in the Origins of Bulimia Nervosa. *International Review of Psychiatry*, 5 (1), 51-59
- Selvini Palazzoli, M. (1974 [1963]) *Self-starvation* (Eugene, OR: Chaucer Publishing)
- Selvini Palazzoli M. *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson, 1978:1-296.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, C., Feldman, S. S., Nasserbakht, a, & Steiner, H. (1993). Psychological characteristics and DSM-III-R diagnoses at 6-year follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1237–1245. <http://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00018>
- Sperling M. *Psychosomatic disorders in childhood*. New York: Jason Aronson, 1978: 139-173.
- Steiger, H., Van der Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense Styles and Parental Bonding in Eating Disordered Women. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 131 – 140.
- Steiner, H. (1990). Defense styles in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 141–151. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199003\)9](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199003)9)
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: Pathological Organisations of the Personality in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London: Routledge.

- Sugarman, a, Quinlan, D., & Devenis, L. (1980). Anorexia Nervosa as a Defense Against Anaclitic Depression. *International Journal of Eating Disorders*, 1(1), 44–61. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(198123\)1:1<44::AID-EAT2260010105>3.0.CO;2-4](http://doi.org/10.1002/1098-108X(198123)1:1<44::AID-EAT2260010105>3.0.CO;2-4)
- Sugarman, A. (1991). Bulimia: a displacement from psychological self to body self. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, (pp. 3-33). New York: The Guilford Press
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Hall, S., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1994). Defense style in women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 251–256.
- Susan, S. (1991). Bulimia, Dissociation and Empathy: A Self-Psychological View. In *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 35 – 50). New York: Guilford Press.
- Swirsky, D., & Mitchell, V. (1991). The Binge-Purge Cycle as a Means of Dissociation: Somatic Trauma and Somatic Defense in Sexual Abuse and Bulimia. *Dissociation*, IX, 18–27.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49–59. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>
- Thoma H. *Anorexia nervosa*. New York: International Universities Press, 1967:4-20.
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*. London: Routledge.
- Treger, B., Matus, F., Maciej, W. P., & Ro, M. (2015). The association between self-image and defence mechanisms in a group of adolescent patients receiving psychiatric treatment, 49(4), 747–756.

- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107–118. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750080011003>
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 786–794. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800080072010>
- Vandereycken, W. (1982). Uncommon eating and weight disorders related to amenorrhea, infertility and problematic pregnancy. In: Prill, H.-j & Stauber, M. (eds.), *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Vidović, V., Henigsberg, N., & Juresa, V. (2003). Anxiety and defense styles in eating disorders. *Collegium Antropologicum*, 27 Suppl 1, 125–134.
- Vuillemin, F. D. (2007). Relación Madre-Hija En Anorexia Desde Una Comprensión Psicodinámica. *Ciencias Psicológica*, 1(1), 14. Retrieved from http://www.ucentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20121122/asocfile/20121122103041/01_cienciapsicologica_02.pdf
- Wallerstein, R. S. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM): rationale, conception, and structure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(1), 153–164. <http://doi.org/10.1177/0003065111402330>
- Waller JV, Kaufman MR, Deutsch F. *Anorexia nervosa: A psychosomatic entity*. *Psychosomatic Medicine* 1940; 2:3-16.
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408–425. <http://doi.org/10.1002/erv.952>
- Williams, G. (1997). Reflections on some dynamics of eating disorders: “no entry” defences and foreign bodies. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 78 (Pt 5), 927–941.

- Wilson CP, Hogan CC, Mintz IL. *Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Jason Aronson, 1983: 1985:1-366.
- Wilson, CP, Hogan CC, Mintz IL. Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia. Revised edition with a new chapter by Wilson CP: Psychodynamic and/or psychopharmacologic treatment of bulimic anorexia nervosa. Riverside, NJ: Jason Aronson, 1985:52.
- Wilson, C. P. (1988). Chapter 39 The Psychoanalytic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, (pp. 145–56). New York, NY: Basic Books
- Winnicott, D.W. (1956) On transference. *International Journal of Psychoanalysis* 37: 386–8.
- Winnicott, D.W. (1962). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York, NY: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 47(4), 510–516.
- Winston, A. P. (2009). Anorexia nervosa and the psychotherapy of absence. *British Journal of Psychotherapy*, 25(1), 77–90. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2008.01102.x>
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97–106. <http://doi.org/10.1002/erv.999>
- Zamani N, Habibi M. (2014). compare the influence of both dialectic and cognitive behavior therapies to maintain mothers' mental health whose children with Special needs. Accepted in Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center. [Persian]

- Zamani, N., Habibi, M., Zamani, N., Jamshidnejad, N., & Monajemi, M. B. (2015). A Comparison between Personality Traits and Defense Styles in Teenagers with Avoidant Restrictive Food Intake Disorder and Normal Individuals. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 125–135.
- Zukerfeld, R. (1998). Bulimias, Anorexias y Psicoanálisis Actual. Zona Erógena Vol. 40.