

# La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria

**Alberto Espina Eizaguirre**

*Coordinador de la Unidad de Salud Mental  
Infanto-Juvenil de Torremolinos (Málaga)*

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen un origen multideterminado en el que los aspectos sociales (moda de la delgadez unida al éxito), familiares (la dificultad de autonomización, alteraciones de la comunicación, antecedentes familiares de trastornos afectivos), psicológicos (baja autoestima, trastornos de personalidad y trastornos afectivos) y las alteraciones biológicas unidas a la conducta alimentaria inadecuada (desnutrición, conductas purgativas), interactúan produciendo y manteniendo el trastorno. Entre los factores familiares que juegan algún papel en los TCA, analizamos los estilos de crianza parentales y la figura del padre como tercero que favorece la separación de la díada madre-hija permitiendo el desarrollo de esta última como sujeto independiente.

## Summary

### *The figure of the father in eating disorders*

Eating disorders have multifaceted origins, in that social (the fashion for slimness connected with success), familial (the difficulty of attaining independence, changes in methods of communication, family history of emotional instability), psychological aspects (low self-esteem, personality problems leading to emotional instability), and biological changes linked with inadequate nutritional regulation (malnutrition and obsessive dietary behaviour) interact to produce and maintain them. Among the factors playing a role in the occurrence of eating disorders, we can analyse the styles of upbringing and the figure of the father as a further element that accelerates the separation of the mother-daughter relationship, allowing the development of this last factor as an independent subject.

## **Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria**

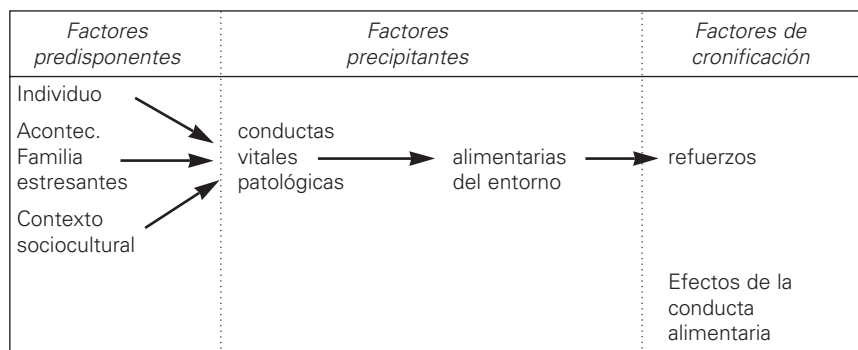
Shwart et al. (1985) proponen un modelo psicosocial de adaptación en el que se relacionan los diferentes contextos con la construcción de la personalidad y la mutua influencia entre estos y la persona. Por un lado los valores y normas de una cultura dada influyen en la familia, la cual desarrolla sus modelos e ideales sobre la base de los valores culturales. La familia influye en el desarrollo del sujeto el cual tendrá unos valores e ideales, una vulnerabilidad psicológica específica dependiendo de las influencias del ambiente y una vulnerabilidad biológica determinada por factores hereditarios, congénitos y del desarrollo. Sobre el sujeto también influyen el grupo de pares (amigos, compañeros de estudio y trabajo) con sus modelos e ideales. El contexto sociocultural, la familia, el grupo de pares y el individuo son interdependientes y junto con las experiencias de vida van a determinar que un sujeto desarrolle una personalidad adaptativa o no. El sujeto, con su personalidad ya conformada, interactuará a su vez con el contexto e influirá y será influido por éste en una relación circular. En la adolescencia se juega el tránsito a la adultez y para ello, las jóvenes necesitan ser reconocidas, ser valoradas y admitidas por los demás, pero sabiendo lo que la sociedad actual valora y potencia la imagen y con dificultades para que un adulto valore su persona más allá de la imagen, las niñas pueden tener serios problemas para sentirse reconocidas y aceptadas y, aunque suene redundante, reconocerse y aceptarse; es cuando se focalizan los esfuerzos en la apariencia física tratando de ganar así el reconocimiento.

Woodside et al. (1993) plantean que dificultades en los niveles psicológico, biológico, social y familiar favorecen una baja autoestima, adquiriendo la apariencia física un valor desmedido, por lo que se inicia la lucha contra el peso imponiéndose una dieta restrictiva que consigue elevar la autoestima al adecuarse al ideal de delgadez imperante en nuestra sociedad. El adelgazamiento puede reducir la efectividad, con la consiguiente disminución de la autoestima, y nuevos problemas en los niveles antes citados. Otro camino para mantener el peso "ideal" es comer compulsivamente a base de atracones y evacuar la comida mediante el vómito o el uso de laxantes desarrollándose la anorexia purgativa y la bulimia nerviosa que llevan a su vez a un empeoramiento bio-psico-social al incrementar los problemas iniciales y crear nuevos debidos a alteraciones biológicas desencadenadas por el vómito. De manera que, una vez más, los factores biológicos, psicológicos y sociales configuran un contexto en el que aparecen y se mantienen los trastornos alimentarios.

Entre los antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) encontramos aspectos individuales, familiares y culturales. El grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, íntimamente vinculado al desarrollo de la identidad, adquiere una

importancia capital para el sujeto. Si este proceso no se da en la familia de una forma adecuada, los hijos estarán a merced de la opinión ajena y la falla de su propia autoestima, unida a la presión social, hará que la apariencia cobre una importancia desmedida. El estudio de estos factores ha llevado a entender los TCA como multideterminados por influencias de estos tres ámbitos (Garfinkel y Garner, 1982). (Ver figura 1).

FIGURA 1.  
FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
(Garfinkel y Garner, 1982) (modificado).



En resumen, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se deben a una conjunción de factores biológicos, psicológicos y sociales. A **nivel biológico** destacan las alteraciones que se producen en el organismo debido a la desnutrición y las conductas purgativas. A **nivel psicológico**, la baja autoestima, la deficiente autoimagen, la depresión y los trastornos de la personalidad previa suelen ser una constante. A **nivel social**, la moda de la delgadez unida al éxito, favorece que personas con baja autoestima sean más vulnerables a padecer trastornos de la conducta alimentaria al intentar adecuarse al modelo vendido por los medios de comunicación. A **nivel familiar** se ha destacado la dificultad de autonomización de sus miembros y las alteraciones de la comunicación, como variables que pueden favorecer la aparición de TCA en personas susceptibles. Sobre estas bases, los acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos..), pueden desencadenar el inicio del trastorno, que podrá ser mantenido por los factores antes citados. (Garfinkel y Garner, 1982; Hsu, 1983; Vandereycken y Meerman, 1984; Toro y Villardell, 1987; Ploog & Pirke, 1987; Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Seguidamente vamos a centrarnos en algunos aspectos de las familias y su relación con los TCA.

## Familia y trastornos de la conducta alimentaria

Desde el psicoanálisis se describieron los conflictos intrapsíquicos que podrían estar en la base del TCA, para centrarse posteriormente en la díada madre-hija. La falta de un vínculo adecuado con la madre dificultaría el desarrollo de un sólido sentido del yo, base sobre la que edificar una identidad propia e independiente que le facilitara el proceso de individuación y autonomización (Bruch, 1973). El TCA sería, en parte, la manifestación de esa dificultad de separación.

Posteriormente y desde el modelo sistémico se amplía el foco de atención a las relaciones de toda la familia, proponiendo que la estructura y dinámica familiar puede jugar un papel básico en la aparición y mantenimiento del TCA.

Ya desde los años 50 numerosos terapeutas familiares han señalado la relación existente entre las disfunciones conyugales y la aparición de patologías psíquicas en los hijos (Lidz, et al. 1958; Bowen, 1960). La insatisfacción marital puede llevar a que los padres busquen una compensación afectiva en sus hijos y esto provoca saltos transgeneracionales en los que los padres involucran a sus hijos en sus conflictos. Haley (1967) define el “triángulo perverso” al conceptualizar estos saltos transgeneracionales que dificultan el óptimo desarrollo del hijo, inhibiendo la rebeldía propia de la adolescencia e impidiendo su individuación, favoreciendo el surgimiento de trastornos, entre ellos los trastornos alimentarios. Minuchin (1974) lo llamaría “tríada rígida”.

Algunos autores (Haley, 1967, 1976; 1980; Minuchin et al., 1975; 1978; Selvini y Viaro, 1987) hacen referencia al conflicto de pareja en los padres de una hija anoréxica y a la implicación de ésta en la relación conyugal. Stierling y Weber (1989) resaltaron la prioridad del grupo familiar respecto al individuo en familias con problemáticas como la anorexia, observaron la lealtad familiar y la no-aceptación de la individuación de sus miembros. Selvini (1974) afirma que en estas familias se da una rigidez de las pautas interaccionales, el mantenimiento de los roles tradicionales familiares y el posible conflicto entre la familia actual y la familia de origen de la muchacha anoréxica.

Selvini y Viario, (1988) describieron a la anorexia como el resultado de un proceso en la historia relacional de la familia. Este proceso se inscribe en un “juego familiar” desarrollado a partir de un conflicto parental en el que la futura anoréxica se implica de dos formas:

Tipo A: La futura anoréxica está muy ligada a la madre hasta que descubre que ésta se vuelca con otro hermano, lo cual provoca que la hija se una al padre en contra de la madre.

Tipo B: La futura anoréxica ha sido la favorita del padre hasta que en la adolescencia no puede mantener esa relación privilegiada, debido a que su relación adquiere los visos de pareja. Las dificultades deri-

vadas de esas relaciones le llevarían a desarrollar el TCA como forma de denuncia y protesta.

El desarrollo de los TCA estaría condicionado, en cierta medida, por ciertas características familiares (la estructura y relaciones familiares, características de los padres, conflicto conyugal...). Aunque para autores como Garfinkel y Garner (1982) no haya una tipología única sino una serie de factores de riesgo que actuarían como factores predisponentes.

Otra línea diferente de entender esta problemática, es la de considerar que el trastorno alimentario tiene como consecuencia el empobrecimiento de las relaciones intrafamiliares o extrafamiliares, así como del distanciamiento entre los padres como pareja o del aumento de ansiedad o depresión en los miembros de la familia. Estas consecuencias surgirían en estas familias debido a la "carga" (Platt, 1985; Fadden et al., 1987) que sufren sus miembros a causa de la enfermedad crónica que padece su hijo. La convivencia con un paciente crónico supone una "carga" al tener que ocuparse del enfermo sin poder esperar reciprocidad y debiendo restringir otras relaciones. (Espina, 1995).

### **Características de los padres**

Se han realizado numerosos estudios sobre las características de los padres de hijas con TCA. Algunos señalan que entre los padres de anoréxicas y bulímicas hay una mayor insatisfacción con su cuerpo y mayor preocupación por las dietas y el peso, así como mayor número de problemas relacionados con el peso (obesidad parental) (Kalucy, Crisp y Harding, 1977; Garfinkel et al., 1980). Los trastornos afectivos son el doble de frecuentes en padres de anoréxicas, encontrándose en diversos estudios una proporción de 2 a 4 veces más frecuente la depresión unipolar en padres de anoréxicas que entre la población normal (Winokur, March y Mendel, 1980).

Varios estudios (Strober, Salkin, Borroughs y Morrell, 1982; Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Todd, 1983; Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens, 1985) encuentran una mayor proporción de alcoholismo entre los padres de las pacientes bulímicas y anoréxicas purgativas, frente a los de anoréxicas restrictivas. En estos estudios también se halló que los padres de anoréxicas purgativas mostraban mayor hostilidad, inmadurez, impulsividad y descontrol; los de restrictivas se caracterizaban por una gran reserva y pasividad y las madres de bulímicas presentaban depresión, hostilidad e insatisfacción emocional junto con problemas intrafamiliares, lo que da lugar a una menor sociabilidad, introversión, sumisión y tensión neurótica.

Selvini et al. (1999) encontraron, en un estudio realizado a lo largo de varios años, que los padres de hijas con un TCA negaban el sufrimiento o carencias tenidas durante la infancia en sus propias familias de origen, idealizando a sus padres, al mismo tiempo que se idealizaban a sí mismos no reconociendo, ni en los padres ni en sí mismos, las fragilidades o carencias. La mayoría de ellos evitaban dialogar con sus esposas, eran diligentes en su trabajo, valorando su trabajo y su tiempo libre sobremanera, en el que no había espacio para su esposa. Emocional y físicamente se mostraban distantes con sus hijos. Estos rasgos, según los autores, están determinados por factores culturales que potencian el machismo, la no manifestación de sentimientos, la competencia, el trabajo duro, el no hablar de relaciones, etc. A ello se añadiría una infancia en la que han sido poco atendidos emocionalmente al favorecerse la responsabilidad precozmente.

Esta sociedad condiciona a la mujer a someterse a las necesidades del cónyuge y en general de los familiares, mientras que a los hombres los condiciona a privilegiar su trabajo exterior subordinando a la esposa e hijos a sus exigencias. Podemos pensar que el sometimiento de la mujer es económico pero en la muestra utilizada por Selvini la mayoría de las mujeres trabajan, de manera que podemos considerar que el sometimiento es emocional, la carga emotiva que experimentan las mujeres en la familia es claramente superior al de sus maridos. Estas mujeres sobrestiman la tarea de responder a las exigencias afectivas del cónyuge y de los hijos. Tienen problemas para hallar interlocutores igualitarios, tanto dentro de la familia como en el exterior, por lo que están centradas en la relación marital dependiendo del apoyo empático del marido limitado por las características de los hombres de esta generación. Son incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, quejumbrosas y nunca son capaces de ser escuchadas con consideración. Son “sacrificadas”, se hacen cargo de las tareas de otros pero son incapaces de hacer algo agradable para sí mismas, de disfrutar o divertirse. Tienen también dificultades para pedir ayuda, les cuesta la introspección, de modo que apenas pueden captar el estado de ánimo ajeno. Selvini también las denomina “encajadoras de humillaciones” ya que estas suscitan en ellas más rabia que depresión, rabia que no fue expresada (infancia), sino que fue tragada dando lugar al desarrollo de una tensión encubierta que deja percibir una solapada agresión pero que no está esclarecida ni siquiera ahora con sus interlocutores actuales.

Selvini et al (1999) encuentra que entre las parejas de padres de pacientes con trastornos de la alimentación una excesiva adecuación de las esposas a las necesidades del marido. El marido encuentra en su esposa la disponibilidad afectiva de la que ha carecido en su infancia y la mujer la valorización de la que también careció al satisfacer las necesidades del marido y ocuparse de la casa. Pero el equilibrio que mantienen es rígido y les impide adaptarse a las exigencias de las dificultades existenciales así como al nacimiento de los hijos, poniendo

en marcha un proceso de escalada sutilmente conflictivo de recíproca insatisfacción.

Todo esto lo asocian los autores a la aparición del TCA, pero no tienen en cuenta que sus descripciones pueden ser válidas para familias sin TCA, pues son características generacionales de la sociedad occidental. Espina, Ochoa de Alda y Ortego (2003) hallaron un peor ajuste diádico en padres con una hija con TCA. Al controlar la ansiedad y depresión, se mantenía la baja satisfacción, cohesión y ajuste total en las madres de las TCA frente a las controles. Pero el peor ajuste podía deberse a la carga e influir negativamente en sus hijas, lo cual se convertiría en un proceso circular de mutua influencia. Nos parece importante incidir en el ajuste diádico en el tratamiento de los TCA, pero sin incrementar el estrés de las familias culpabilizándoles de su mala relación de pareja como causa del TCA de su hija.

### **Estilos de crianza**

Sights y Richards (1984) encontraron que los padres del grupo de bulímicas, en comparación con el grupo control, eran más exigentes y hacían comparaciones entre los hermanos de forma evidente. Así mismo había más tensión entre padres e hijos. Los padres habían tenido una estrecha relación con sus hijas en su infancia, pero durante la adolescencia se fueron distanciando. Este deterioro en la relación no se observa en el grupo control. Humphrey y Stern (1988), basándose en la teoría de las relaciones objetales, proponen que las familias en las que aparecen trastornos de la alimentación experimentan fallos a la hora de proporcionar un ambiente parental contenedor. Estos autores creen que estos fallos son transmitidos de una generación a otra.

Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988), compararon bulímicas con controles en los tipos de vinculación parental y hallaron que en los controles existía un mayor porcentaje de vínculo óptimo (43%) frente al 5,4% de las bulímicas. Concluyen que los síntomas bulímicos estarían disfrazando un desarrollo del ego deficitario relacionado con una pobre empatía parental más que con un problema básico de autocontrol.

Rhodes y Kroger (1992) comparan la percepción de las pautas de crianza entre adolescentes con trastornos alimentarios y un grupo control libre de síntomas. Concluyen que el control sin afecto maternal, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad, infantilización y la falta de calidez emocional, se asocia en mayor medida que la paterna con los trastornos alimentarios. Además, encuentran que las pacientes puntúan alto en ansiedad de separación, bajo en separación saludable, alto en ansiedad a ser “engullido” y alto en negación de la independencia. Es decir, aparece

un modelo en el que cuando se mueven lejos sienten ansiedad de separación, pero cuando están cerca temen ser engullidos.

Vandereycken (1994), en un estudio sobre el estilo parental y los trastornos de alimentación, señala que las pacientes perciben a sus madres con un patrón de vinculación óptima, y a sus padres con un vínculo ausente o débil.

Según Selvini et al. (1999) en las familias con trastornos alimentarios se encuentran dificultades para proporcionar un ambiente nutriente que de calma, que regule la tensión con empatía y que facilite por tanto la afirmación de identidades separadas. En este ambiente, padres e hijos por igual estarían “hambrientos” de cuidados nutrientes, es decir, de calor emocional, de ternura y del genuino e incondicional afecto entre sí. Este déficit está compuesto por la deficiente capacidad de regular y tolerar la tensión y los estados afectivos negativos. Para Gedo y Goldberg (1973) las familias de anoréxicas y bulímicas serían incapaces de modular la frustración, ansiedad, las intrusiones dolorosas del medio o la sobreestimulación, tanto de fuentes externas como internas, lo que interfiere en el funcionamiento global. Según Bruch (1973), en la anorexia existe una especial y temprana relación madre-hija en la que hay una falta de respuesta de la madre a las necesidades de la niña.

En un estudio Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Martínez de Apellániz y Alemán (2001) hallaron que los padres de hijas con un TCA tenían dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones (alexitimia), lo cual podía ser un rasgo y jugar un papel en el origen de los TCA, o un estado debido a la carga que supone el trastorno. Posteriormente, Espina (2003) halló que la alexitimia de los padres de hijas con TCA estaba vinculada a la ansiedad, depresión y neuroticismo. Esto puede deberse a la carga pero, de ser un rasgo de personalidad, influiría en sus estilos de crianza, no pudiendo ayudar a sus hijas a procesar adecuadamente las emociones, lo cual es muy frecuente en los TCA.

De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita y Maggini (2003), en un estudio sobre pautas de crianza, alexitimia y trastornos de la imagen corporal en los TCA, concluían que los trastornos de la imagen corporal podían ser conceptualizados como un déficit en el desarrollo del Self como consecuencia de las dificultades de los padres para ayudar a sus hijos a procesar las emociones.

Pero esta forma disfuncional de parentalidad o distorsión perceptual, o ambas, puede ser un epifenómeno de la atmósfera negativa en las familias con trastornos alimentarios. Las relaciones conflictivas entre padre e hijos puede ser a la vez causa y consecuencia del TCA.



## Proceso de individuación e identidad

Mahler (1968, 1975) describía el desarrollo humano como un proceso en el que, a partir de una fase autista en el que el bebé estaba centrado en sí mismo, pasaba a establecerse una relación simbiótica con la madre, para después irse desarrollando un proceso de separación-individuación progresivo en el que el niño acaba por ser autónomo y diferenciado de la madre.

En algunos casos madre-hija mantienen una relación excesivamente estrecha, no dándose un proceso adecuado de separación-individuación. En esta situación las necesidades afectivas de la madre se cubren con su hija y ella es la depositaria de las ansiedades y carencias de su madre. Generalmente se trata de madres que perdieron a su madre en la infancia o que no tuvieron un vínculo adecuado con su madre e intentan darles a su hija lo que no tuvieron, al mismo tiempo que se lo dan a ellas mismas.

Para romper esa relación fusional hace falta la presencia de un tercero que instaure lo que Lacan (1966) llamaba el “orden simbólico” y el “orden social”. Esta situación triangular enfrenta al sujeto con la realidad de que no es todo para la madre, que tiene límites y debe aceptar la frustración que impone el no ser omnipotente en una relación simbiótica

Desde el psicoanálisis todo esto se asocia a la elaboración del Complejo de Edipo, la cual pasa por la aceptación de que no se puede poseer al primer objeto de amor (la madre), pues pertenece al padre (aceptación de la castración) y de que se debe buscar la pareja fuera de la familia. El padre debe hacerse presente en la relación madre-hijo, rompiendo la fantasía de unión omnipotente (según Lacan, imponer la Ley) y enfrentar al hijo con la castración (separado de la madre debe aceptar sus límites), lo cual le permitirá diferenciarse como sujeto y acceder al mundo simbólico, lejos ya de ese mundo de fantasía omnipotente (imaginario) en el que es todo para y con la madre. Si la madre no permite y/o el padre no quiere, o ambos no pueden, que la palabra del padre cumpla la función de Ley, el niño no puede acceder a la Metáfora Paterna, es decir el padre concebido como autoridad separadora del niño y su madre, con lo cual se ve truncado un proceso de individuación como sujeto.

Una necesidad importante de los hijos es que sus padres puedan empatizar con las necesidades de separación e individuación que mostrarán a lo largo de su desarrollo. Minuchin, Rossman y Baker, (1978), Selvini et al. (1974) han señalado que en las familias con trastornos alimentarios estas señales de independencia son experimentados como peligrosas y amenazantes para la estabilidad y el buen funcionamiento de la familia, lo cual puede favorecer la existencia de relaciones simbióticas de las que la hija no puede salir.

Otro aspecto importante es la construcción de la propia identidad a través de las identificaciones con los padres. Desde el punto de vista psicoanalítico este proceso se desarrolla introyectando, haciendo suyos, aspectos de los padres, para ir conformando su propia identidad, construyendo su manera de ser.

En los TCA solemos encontrar dificultades en el desarrollo de la identidad femenina, es decir, el poder aceptarse como mujer con una identidad de género. Como señala Selvini (1963) muchas veces el adelgazamiento supone combatir un cuerpo de mujer. En la adolescencia el cuerpo, al comenzar el proceso de desarrollo hormonal, empieza a cambiar, se desarrollan los pechos, las caderas, viene la regla, el cuerpo va conformándose de una manera diferente. Si la adolescente no come, hace que ese cuerpo vuelva a un estadio anterior. Adelgaza, primero pierde la regla, luego se le reducen los pechos, las caderas y el cuerpo se transforma en prepúber a nivel biológico y psicológico.

Entre las causas de ese proceso de infantilización podemos hallar experiencias traumáticas de tipo sexual que llevan a temer ser atractiva para potenciales abusadores. También guarda relación con un rechazo hacia ser como su madre, si la hija percibe en ella a una mujer deprimida, obesa y rechazada por su marido. El proceso de separación-individuación del que hemos hablado, también puede estar asociado a esta dificultad de hacerse mujer, diferenciada de la madre.

### **La figura del padre en los TCA**

Todos los niños tienen un deseo profundo y persistente de ligazón emocional con el padre. La necesidad de unión al padre puede encontrar cauces positivos o no, y en los casos en los que la ligazón al padre no se produce, el sentimiento de ausencia perdura y se perpetúa en las nuevas relaciones que los hijos establezcan. Esa necesidad del padre llega a integrarse en los roles de esposo/a padres y, desgraciadamente, se acepta naturalmente en la cultura occidental. Dentro de los sistemas familiares, la cultura, la estructura familiar y la repartición de roles, el padre ocupa un papel periférico y, a su vez, debe ejercer la autoridad.

La sociedad no ha tenido ningún problema para adaptarse a esa ausencia del padre y las tendencias culturales, mitos, roles sociales canalizan y favorecen la importancia de la madre y minimizan la relevancia de la figura paterna en el desarrollo y la educación de los hijos. En el caso de las hijas al llegar a la adolescencia, las jóvenes tratan de adecuarse a las normas preestablecidas culturalmente y, de este modo, ganar la aprobación del padre.

Las pacientes adolescentes con TCA plantean que no se sienten nunca a la altura de lo que se espera de ellas y tratan de solucionar

este problema con una apariencia física perfecta. Apoyadas y alentadas por los medios de comunicación, el cuerpo va adquiriendo para ellas el poder de la valía, el éxito y la respuesta a las dificultades de comunicación que han podido tener hasta ese momento.

Muchas adolescentes con TCA dicen no haberse sentido amadas por su padre en toda la vida y en muchas ocasiones haciendo referencia a la nula o fría relación conyugal entre sus padres, se solidarizan con las madres y sienten que no importan a sus padres. Los padres, por su parte, tras su jornada de trabajo, vuelven sin energía, sin ánimo para la familia, con la sensación de que la han realizado su labor y no tienen mucho más que dar a sus hijas. Ellas al ver esa actitud se sienten despreciadas, no amadas.

La ausencia de mensajes afectivos entre una adolescente y su padre, incluso en lo más elemental, lleva a la joven a no saber qué piensa y qué sentimientos tiene su padre hacia ella. Por ello no sabe qué puede hacer para lograr su aprobación. La necesidad del padre insatisfecha puede llevar a la joven a una búsqueda de relaciones no gratificantes, críticas y negativas en pos de encontrar una copia del padre que pueda valorarle.

Los padres ejercen mucha influencia en la actitud que las hijas tengan respecto a la sexualidad, la imagen corporal y los hábitos alimentarios. Para muchos hombres las relaciones sexuales representan el único espacio donde se sienten autorizados a la intimidad, por ello suelen tener dificultades para relacionarse con sus hijas adolescentes, pues no pueden separar lo afectivo de lo sexual, optando por alejarse aunque hubieran tenido una buena relación con ellas cuando eran niñas. Ello es vivido por su hija como abandono y pueden pensar que sus padres no las aceptan como mujeres y que es mejor no crecer. Esta necesidad de padre, unida al propio miedo de la hija a las transformaciones de su cuerpo, compromete su relación con éste e influye negativamente en la percepción de sí misma en su tránsito a la adultez. Todo ello puede llevarle al TCA.

Kestenberg, Kestenberg y Decovert (1976) hablan del movimiento de “maternalización” del padre en los TCA. Por su actitud de oposición en la alimentación, la adolescente empuja a su padre a intervenir, no desde la afirmación autoritaria, sino para atenuar la irritación de la madre en la lucha por imponer reglas y exigencias. El padre pasaría a jugar el rol de la “buena madre” cuando se produce un conflicto, lo cual permite a padre e hija relacionarse sin peligro, lo cual puede favorecer la cronicidad de los síntomas.

Vemos que la figura del padre cumple, en la relación con la hija, varias funciones, entre las que encontramos: a) el ser portador de la Ley que impone la ruptura de la relación simbiótica madre-hija, b) pareja de la madre y copartícipe de su crianza, c) modelo de varón y de identificación con aspectos de su personalidad, d) objeto de vincu-

lación que le puede reafirmar como mujer ante un padre vivido como sexualmente no peligroso que le brinda confianza y valoración.

En los TCA es frecuente encontrar la ausencia del padre en algunas de estas funciones, lo cual dificulta una buena identificación de género en la hija y sienta las bases de la desorientación y baja autoestima que tiene unos efectos muy negativos en la adolescencia, convirtiéndose en elementos favorecedores, entre otros, de la aparición de los TCA y su mantenimiento.

## Bibliografía

- BOWEN. M. (1978). Family therapy in clinical practice. New York. Jason Aronson.
- BRUCH, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within*. New York. Basic Books.
- DE PANFILIS, C., RABBAGLIO, P., ROSSI, C., ZITA, G., y MAGGINI, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology. Sep-Oct; 36(5): 239-46*.
- ESPINA, A. PUMAR, B. GARCÍA, E. y AYERBE, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en al anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar, 27, 5-17*.
- ESPINA, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid. Fundamentos.
- ESPINA, A., ORTEGO, MA., OCHOA DE ALDA, I., ALEMÁN, A. (2001). Alexitimia, Familia y Trastornos Alimentarios. *Anales de Psicología, vol.17(1), 139-149*.
- ESPINA, A., OCHOA DE ALDA, I., y ORTEGO, MA. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review, 11, 349-362*.
- ESPINA, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research, 55(6), 553-560*.
- FADDEN, G., BEBBINGTON, P. y KUIPERS, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient family, *British Journal of Psychiatry, 150, 285-292*.
- GARFINKEL, P.E., MOLDOFSKY, H. y Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry, 37, 1036-1040*
- GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional Perspective*. New York. Brunner/Mazel.
- GEDO, J.E. y GOLDBERG, A. (1973). *Models of the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- HALEY, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. En Zuk. G. Y Boszormenyi-Nagy, I. (Eds). *Family Therapy and Disturbed Families*. Science and Behaviour Books: Palo Alto. California.
- HALEY, J. (1976). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1980). *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill.

- HSU, L. K. G. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- HUDSON, J., POPE, H., JONAS, J. & YURGELUN-TODD, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.
- HUMPHREY, L.L. y STERN, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: a theoretical integration. *Journal of Marital and Family therapy*, 14 (4), 337-350.
- KALUCY, R.S., CRISP, A.H. y HARDING, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.
- KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, F. y DECOBERT, S. (1976). *El hambre y el cuerpo*. Madrid. Espasa. Calpe.
- LACAN, J. (1966). *Ecrits*. Paris. Seuil.
- LIDZ, T., CORNELISON, A. R., TERRY, D. y FLECK, D. (1958). The intrafamilial environment of schizophrenic patient. VI. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 58-66.
- MAHLER, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York. Basic Books.
- MAHLER, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- MINUCHIN, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona. Gedisa.
- MINUCHIN, S., Baker, L., Rosman, B.L., et al. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 10-31.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context*. London: Harvard University Press.
- PIRAN, N., KENEDY, S., GARFINKEL, P. E., y OWENS, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- PLATT, S. (1985). "Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales", *Psychological Medicine*, 15, 382-394.
- PLOOG, D. y PIRKE, K.M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 17, 843-859.
- POLE, R., WALLER, D., STEWART, S., PARKIN y FEIGENBAUM, L. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 601-606.
- RHODES, B. & KROGER, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- SCHWARTZ, DM., THOMPSON MG y JOHNSON, CL. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. En SW Emmett (Ed.) *Anorexia nervosa and bulimia*. New York Brunner/Mazel.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1963). *L'Anoressia mentale*. Milán: feltrinelli.
- SELVINI, M. VIARO, M. (1988). The anorexic process in the family: A six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-48.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, C., SELVINI, M. y SORRENTINO, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós: Barcelona.
- SIGHTS, J.R. y RICHARDS, H.C. (1984). Parents of bulimics women. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-13.
- STIERLING, H. y WEBER, G. (1987) Anorexia nervosa: family dynamics and family therapy. En Beaumont P., Burrows, G. y Casper, C. (eds.), *Handbook of*

- eating disorders. Part 1: anorexia and bulimia nervosa*. Amsterdam: Elsevier.
- STROBER, M., SALKIN, B., BURROUGHS, J. y MORRELL, W. (1982). Validity of the bulimic-restrictor distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-351.
- TORO, J. Y VILARDELL, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca: Barcelona.
- VANDEREYCKEN, W. y MERMAN, R. (1984<sup>b</sup>). Anorexia nervosa: is prevention posible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 191-205.
- VANDEREYCKEN, W., CASTRO, J. y VANDERLINDEN, J. (1991). *Anorexia y Bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Martínez Roca: Barcelona
- WINOKUR, A., MARCH, V. y MENDEL, S.J. (1980). Primary affective disorder in the relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.
- WOODSIDE, D.B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York. Brunner/Mazel.

# **La familia: transmisora de vida y valores**

