

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

ANOREXIA

Epoca II, Volumen VIII - 2º/3er. trimestre 1997

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **30/31** Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen VIII - Nº 30/31 - 2º/3er. trimestre 1997

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 2.000 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
CAMBIOS CONDUCTUALES, EMOCIONALES, COGNITIVOS Y FISIOLÓGICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA	5
María José Pubill	
PSICOPATOLOGIAS DE LA LIBERTAD (II): LA ANOREXIA O LA RESTRICCIÓN DE LA CORPORALIDAD	19
Manuel Villegas i Besora	
TERAPIA FAMILIAR Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	93
Maurizio Viaro	
¿COMO SE ENCUENTRAN LAS ANOREXICAS TRATADAS POR MARA PALAZZOLI Y SU EQUIPO DESDE EL 1971 AL 1987?	111
Matteo Selvini, Mara Palazzoli, Giulia Allegra, Renza Babando, Pino Basile, Laura Bedarida, Anna Gogliani, Aurelio Mancini, Danilo Panico, Emanuela Pasin, Teresa Serra	
ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARON, ALEXITIMIA E HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.	131
Alberto Espina	
ANOREXIA Y SANTIDAD EN SANTA CATALINA DE SIENA	153
Mario Antonio Reda	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1997
para España 5.000 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

La anorexia nervosa es un trastorno psicopatológico relativamente «joven». Nos referimos a que su identificación y diferenciación como tal es bastante reciente, razón por la cual la confusión en torno a su etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento es todavía muy notable, como denotan las oscilaciones en los criterios DSM de unas ediciones a otras. Si a esto unimos el incremento en sus tasas de detección y el alarmismo, justificado en la mayoría de los casos, que despiertan sus síntomas, se comprenderá el interés por la profundización en su conocimiento.

El artículo de María José Pubill, que abre esta monografía, tiene por objeto revisar los cambios conductuales, emocionales cognitivos y fisiológicos que acompañan a la anorexia al fin de precisar su contribución a la comprensión integrada de su sintomatología y contribuir con ello a un mayor esclarecimiento de la compleja constelación que configura el síndrome anoréxico.

Aunque la anorexia se considera una patología seria y grave, con un índice relativamente elevado de mortalidad, con frecuencia se la banaliza como una enfermedad de las bailarinas, gimnastas y modelos y se la minimiza como un trastorno evolutivo de las chicas en edad puberal. Ciertamente es que muchas chicas pasan breves períodos de comportamiento para-anoréxico, obsesionadas por la dieta, los regímenes hipocalóricos, el control del peso y el mantenimiento de la línea, coherentemente con la transformación que experimentan sus cuerpos adolescentes y en consonancia con la publicidad y la moda de los «cuerpos Danone». Pero la anorexia no es el resultado del entrecruzamiento de dos discursos superficiales -uno social, el de los cuerpos esbeltos, y otro individual, el de la dieta y el control del peso-, sino mucho más profundos. De hecho, se podría hablar, en anoréxicas restrictivas inveteradas, de la utilización de la patología en pro de la construcción de su identidad. La naturaleza del discurso de estas pacientes que durante años han mantenido una lucha acérrima con sus cuerpos a fin de configurar una identidad personal en torno a la restricción de la ingesta es el objeto del trabajo de Manuel Villegas, basado en el análisis textual de documentos autobiográficos de anoréxicas restrictivas inveteradas.

Una de las primeras figuras de la clínica psiquiátrica, al lado de nombres como el de H. Bruch, en llamar la atención sobre la anorexia ya en los años sesenta fue Mara Selvini Palazzoli, quien fue pionera igualmente en introducir el abordaje familiar en el tratamiento de la anorexia. En la introducción a la edición americana de su libro publicada el 1978 indicaba Mara Selvini que «después de diez años de duro trabajo se estaba llegando a la convicción de hallarse a los inicios de una tarea muy prometedora que implicará a generaciones de investigadores». Han pasado los años y estos esfuerzos han visto sus frutos: el artículo

de Matteo Selvini y su equipo de colaboradores revisa los resultados obtenidos hasta ahora. Este estudio constituye un auténtico estudio longitudinal que merece destacarse por su valor clínico y metodológico. Complementa esta investigación un artículo de Maurizio Viaro que tiene el interés de explicar claramente los presupuestos de cada una de las diferentes etapas por las que atravesó el equipo de Milán hasta nuestros días y a la vez señalar un cierto retorno a los orígenes, pues si el libro de Mara Selvini sobre la anorexia mental en los años 60 y setenta llevaba como subtítulo «de la terapia individual a la terapia familiar», el artículo que ahora comentamos reintroduce la indicación de la terapia individual como complementaria y, en muchas ocasiones, particularmente indicada para el tratamiento de casos de anorexia en los que la edad o las condiciones familiares no permite otra cosa, a la vez que le concede un estatus de derecho propio.

Alberto Espina nos presenta un caso de anorexia nerviosa en un varón, realmente interesante dada la escasez de trabajos clínicos relativos a la anorexia masculina. Añade a este interés el enfoque ericksoniano utilizado en el tratamiento.

Cierra la monografía un trabajo de Mario Reda sobre la anorexia protagonizada por Santa Catalina de Siena, para dar testimonio de cómo esta práctica ascética puede encontrar su contexto de significación tanto en contextos medievales como modernos o postmodernos.

Antes de acabar este comentario editorial nos parece justo y necesario dedicar desde estas páginas un sentido homenaje a un gran psicoterapeuta recientemente desaparecido, Viktor Frankl, el cual falleció en Viena el 2 de setiembre pasado. Pocos deben ser los psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas que, al igual que muchos otros profanos en el campo de la psicología, no hayan leído con admiración sus escritos en algún momento de sus vidas, llevados por la necesidad de *búsqueda de sentido* que movía al propio autor. Se podrá estar de acuerdo o no con las tesis de fondo religioso que inspiraban su concepción y su praxis de la psicoterapia, pero Viktor Frankl continuará siendo un referente imprescindible para muchos seres humanos mientras continúen existiendo las situaciones de dolor y naufragio humano tan desoladoras como las que hicieron posibles las que vivió Viktor Frankl en los campos de concentración nazis, de donde tomó precisamente inspiración su obra posterior a la segunda guerra mundial. La naturaleza del sentido de la existencia humana se hace especialmente evidente en las situaciones que nos llevan al límite de lo absurdo, pero es tal vez ahí donde los recursos del alma humana aparecen en toda su grandiosidad. Viktor Frankl lo experimentó en su propia carne y nos lo mostró con toda lucidez. Su obra y su pensamiento brillan desde ahora en el firmamento de los maestros que han aportado algún rayo de luz a la comprensión de la insondables complejidad del alma humana.

CAMBIOS CONDUCTUALES, EMOCIONALES, COGNITIVOS Y FISIOLÓGICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

María José Pubill, Master Terapia Cognitivo-Social
Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona
Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona

In this article different changes of behavioral, emotional, cognitive and physiological symptoms are considered in an integrative view on the basis of their hierarchical organisation.

Key words: anorexia, cognition, emotion, behavior, physiology.

MULTIDIMENSIONALIDAD DE LAS MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS DEL TRASTORNO ANORÉXICO

La definición de anorexia lleva consigo asociada la falta de apetito, como consecuencia de una negativa a comer por parte de quien sufre el trastorno. A este respecto existe prácticamente un consenso universal (Toro, 1996). Pero este consenso se ramifica interminablemente a la hora de señalar las asociaciones sintomatológicas concomitantes, de modo que no resulta fácil delimitar si son éstas características específicas o compartidas con otros síndromes más genéricos y en qué medida se integran y organizan las unas con las otras.

En este artículo nos limitaremos a señalar los cambios conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos que tienen lugar en el transcurso de la anorexia a fin de facilitar una visión más compleja del fenómeno y a sugerir una visión integral de tales fenómenos.

1.- Cambios conductuales

En relación a los cambios conductuales asociados al trastorno anoréxico existen puntos de controversia en cuanto a *su interpretación* y a las *relaciones* que pueden establecerse entre la diversidad de aspectos de la sintomatología concomitante.

Dentro del **comportamiento de ingesta**, existe un acuerdo fundamental respecto a la descripción de los síntomas característicos de la anorexia. Sin embargo, la duda aparece al abordar el *por qué* de la negación de las anoréxicas a comer. Crisp (1967b, 1980) apunta una **fobia al cuerpo** que se traspassa a la comida, convirtiéndose de este modo en un objeto fóbico, lo que les hace sentir culpables, si alguna vez se extralimitan en la comida. De hecho, si sufren algún ataque bulímico, después se sienten acosadas por sentimientos de ansiedad, disforia, culpa e ideas de suicidio (Toro, 1987). Otra interpretación diferente relativa a la *causa* por la que no comen, la han dado Garfinkel & Garner (1982), para quienes las anoréxicas interpretan la restricción de la comida como signo de autodisciplina, aunque, según Chinchilla (1994), siempre estén pensando en ella.

1. CAMBIOS CONDUCTUALES

- 01.- Instauración lenta del cuadro clínico
- 02.- Inicio: anorexia voluntaria para adelgazar (Chinchilla, 1994; Garfinkel & Garner, 1982)

1.1.- *Comportamiento de ingesta:*

- 03.- Rechazo a comer una cantidad normal de alimento (600/800 calorías/día) (Toro, 1987)
- 04.- Predilección por alimentos de alto contenido proteico y bajos en carbohidratos (Toro, 1987)
- 05.- Racionalización de la negación a comer a través de:
 - a) uso de sus conocimientos nutricionales
 - b) racionalización de sus miedos (salud) (Sibley & Blinder, 1988)
- 06.- Rigidez en sus hábitos alimenticio para controlar su peso (Garfinkel & Garner, 1982)
- 07.- Preferencia por comer a solas (no comer o comer poco) (Chinchilla, 1994)
- 08.- Episodios bulímicos clandestinos:
 - a) con vómitos
 - b) sin vómitos
- 09.- Estreñimiento (Garfinkel & Garner, 1982)
- 10.- Uso de laxantes o enemas (Garfinkel & Garner, 1982)
- 11.- Uso de diurético para disminuir peso
- 12.- Uso de anfetaminas u otras píldoras para disminuir el hambre o tener más resistencia (Garfinkel & Garner, 1982)
- 13.- Preocupación por que los demás coman (Chinchilla, 1994)
- 14.- Preparar comidas para los demás (Chinchilla, 1994)
- 15.- Les gusta mirar los escaparates de comidas
- 16.- Coleccionar dietas y libros de cocina (Toro, 1987; Sibley & Blinder, 1988)
- 17.- Realizan rituales obsesivos con la comida (desmenuzan la comida, la esparcen por el plato) (Toro, 1987)

...

1.2.- Hiperactividad

- 18.- Actividad física superior a la normal
- 19.- Dedicación excesiva al estudio
- 20.- Alteración del sueño

1.3.- Conducta social

- 21.- Retraimiento social
- 22.- Inestabilidad de los intercambios sociales (Toro, 1987)
- 23.- Sensación de no ser comprendidas
- 24.- Evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación
- 25.- Susceptibilidad
- 26.- Ocultación de sus problemas con la comida
- 27.- Poca búsqueda de personas nuevas (Chinchilla, 1994)
- 28.- Contactos en la actividad laboral por su ambición

1.4.- Conducta Sexual

- 30.- Falta de interés
- 31.- Evitación (poca actividad) (Toro, 1987)
- 32.- Poca satisfacción (Toro, 1987)
- 33.- Poco placer en referencia a su cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982)

Como se ve, en este punto las cosas no están muy definidas y, sin duda, interviene la hipótesis teórica de base de cada autor, a la hora de enlazar los diferentes síntomas con los conceptos. En relación al tema de la **hiperactividad** se discute la relación entre actividad física e ingesta. Si bien para algunos (Epling & col., 1983; Routtenberg & Kuznesov, 1967) el ejercicio contribuye a disminuir el nivel de ingesta, siempre y cuando se realice de forma progresiva, para otros (Meyer & col., 1957) ocurre lo contrario. Para Crisp (1967a, 1980), la hiperactividad es fruto del ayuno. Sin embargo, Bruch (1973) pone el énfasis en sentido contrario. El ayuno tiene una de sus causas en la hiperactividad. Toro (1987) con Garfinkel & Garner (1982), sugiere dos mecanismos en el aumento de la actividad física de la anoréxica: ideas en referencia a su cuerpo y la quema de calorías. A esto, Garfinkel & Garner añaden la posibilidad de que se la considere como una prueba más de *autodisciplina*. Por otra parte, pese a que existen resultados contradictorios sobre el tema, numerosos estudios parecen sugerir que el factor hiperactividad empeora el pronóstico de evolución clínica. En este punto difieren Halmi & Falk (1981 a y b) y Falk & col. (1985) según los cuales este índice no se confirma.

Es también conocida la **falta de interés por la sexualidad y la evitación de encuentros con el sexo opuesto**. Ello se da durante el período de ayuno, pero continúa después de que se haya restaurado el peso. De hecho, sienten poco placer con su cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982). Crisp (1970, 1980) cree que la *fobia al peso* se relaciona con la evitación de la maduración psicosexual y con poder controlar los problemas del mundo externo. Bruch (1973) atribuye la falta de placer

en dicha actividad a un defecto en reconocer y actuar espontáneamente en una variedad de procesos internos (*basic ego-deficits*). Selvini-Palazzoli (1974) señala que se da una sobre-simplificación en el proceso: la anoréxica quiere ser una adulta autónoma, rechazando aquellos aspectos que pertenecen al cuerpo femenino que para ella comportan un significativo potencial de problemas **-paranoia intrapsíquica-**. Como se ha comentado, en la práctica sexual se da poca actividad y normalmente, no satisfactoria (Toro, 1987). Parece ser que las anoréxicas son significativamente más negativas en relación al aspecto o apariencia sexual y femenina de su propio cuerpo, a la evaluación de sus sentimientos sexuales y a su interés o actividad sexual que las no anoréxicas (Leon & col., 1985). Lo curioso, es que las anoréxicas, si bien aceptan que serían muy atractivas para el otro sexo si ganaran peso, se niegan a hacerlo. De hecho, su aspecto inmaduro les permite evitar muchas experiencias propias del crecimiento como la sexualidad (Toro, 1987). Yellowlees (1985) afirma que el 40% de un grupo de 15 anoréxicas/bulímicas y vomitadoras sufrían de deseos de vomitar durante sus actividades sexuales, asociadas a un sentimiento de repulsión -cosa que no ocurría en las no bulímicas-, dándose además el hecho de que un tercio de esas anoréxicas/bulímicas habían tenido experiencias sexuales aversivas en su infancia a cargo de adultos o de niños mayores, lo que no se daba tampoco en ninguna de las no bulímicas. Pero el tema, como se ve, no está claro y pocos son los trabajos que tienden a no confundir más las cosas.

2. - Cambios emocionales

A la hora de hablar de los cambios emocionales que aparecen en el trastorno anoréxico, surge el tema del diagnóstico diferencial psicopatológico, ya que las descripciones sintomatológicas nos derivan constantemente hacia parámetros identificativos de otros trastornos psicopatológicos clásicos.

Así, p.e., según apunta Toro (1987), la **ansiedad** es el factor emocional que construye el curso de la anorexia nervosa, multiplicándose con la cronificación del trastorno de alimentación el número de agentes ansiógenos (sobrepeso, imagen corporal, amenaza de descontrol, baja autoestima, presión familiar, conflictos interpersonales, temor a enfermar y morir, percepción de ser diferente y «rara»,...). Normalmente, se ha tendido a ver esta ansiedad como fruto del trastorno. Es lo que se llama **ansiedad fóbica** que se cimenta en la fobia al peso. En el proceso de implantación de la ansiedad y su progresiva generalización cognitiva a diferentes aspectos, los criterios estéticos socioculturales en voga intervienen directamente en una autoevaluación negativa del cuerpo, que a su vez influye en un control del peso, de la alimentación y de las situaciones y personas asociadas a esos dos factores. El resultado no es otro que la cerrazón de las diversas posibilidades de construir una nueva realidad cognitiva partiendo de experiencias nuevas y, por tanto, la rigidez, el aislamiento y el sufrimiento emocional. Sin embargo, últimamente, ciertos

estudios han indicado la posible etiología endógena de la ansiedad anoréxica. Hablaríamos, entonces de **crisis de ansiedad**, sobre las que Piran & col. (1985) han informado que, en un estudio realizado en un grupo de 47 anoréxicas, aplicando los criterios del DSM-III para trastornos afectivos y de ansiedad, la tasa de crisis de ansiedad era altísima y se extendía a toda la vida. Toro (1987) ante esta perspectiva, afirma que debido a la probable endogeneidad de este trastorno -el de crisis de ansiedad- la situación se complica y se inclina por el momento a recalcar el alto porcentaje en **fobias sociales**, antes de precipitarse y enraizar dos psicopatologías en un tronco común sin más base que unos pocos estudios.

2.- CAMBIOS EMOCIONALES

2.1.- *Trastornos de ansiedad* (Toro, 1987)

- 34.- Ansiedad fóbica (fobia al peso)
- 35.- Crisis de ansiedad (Piran & col., 1985; Toro, 1987)

2.2.- *Fenómenos obsesivos y compulsivos*

- 36.- Pensamientos reiterados y constantes
- 37.- Compulsión en su comportamiento en torno a la comida y peso (ritos)

2.3.- *Trastornos afectivos*

- 38.- Sintomatología depresiva (tristeza, reducción de interés, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio)

Los **fenómenos obsesivos y compulsivos**, también aparecen en el trastorno anoréxico como forma explícita de sintomatología. Así, los pensamientos de la anoréxica, reiterados y constantes, tienen un carácter *intrusivo*, pensamientos que, si bien la paciente quisiera suprimir, ya que le provocan un gran nivel de ansiedad al ser coherentes con sus valores, no le resultan especialmente extraños. En cuanto a los comportamientos que la anoréxica realiza respecto a la comida y al peso, se asemejan a compulsiones, debido a la rigidez con que los lleva a cabo, como si fueran verdaderos ritos contra el diablo, aunque estos comportamientos puedan ser fruto de la inanición.

Por último, los **trastornos afectivos** son considerados a su vez ejes fundamentales en el nivel emocional de la anorexia nervosa. De hecho, estas pacientes suelen manifestar una sintomatología depresiva clara (tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio...). Por tanto, si bien su presencia no deja lugar a la duda, el interrogante surge sobre si la sintomatología es fruto de la pérdida de peso o si el proceso se da a la inversa. En pro de descifrar este enigma se han realizado estudios de seguimiento, biológicos y familiares. Los resultados son contradictorios y llevan a plantearse si se da o no una relación significativa entre la pérdida de peso y la sintomatología definitiva.

3.- Cambios Cognitivos

En el trastorno anoréxico, los cambios cognitivos aparecen en diversos aspectos de forma muy notoria. Ahora bien, si tenemos en cuenta la personalidad premórbida de las muchachas que sufren anorexia nervosa, cabría preguntarse si no serán fruto de una acentuación de ciertos rasgos ya preexistentes.

Si nos centramos en las distorsiones de tipo cognitivo, Vandereycken & Meerman (1984) señalan como uno de los problemas centrales de las pacientes anoréxicas, la **negación**. Meyer (1961) sugiere que en este trastorno se da una tríada de negaciones: la negación del hambre, de la delgadez y de la fatiga. Ello parece ligado a que el objetivo de la delgadez es egosintónico (Garfinkel & Garner, 1982), siendo algo que no se desea cambiar (por tanto, no desea ayuda tampoco), y a lo que no se puede dar ninguna explicación. Tales pacientes no se perciben como anormales y afirman no tener ninguna enfermedad.

De hecho, ciertos autores psicodinámicos (Vandereycken & Meerman, 1984) relacionan los mecanismos de negación con la falta de responsabilidad afectiva, es decir, estas personas tienen la capacidad de reaccionar emocionalmente, pero utilizan la negación como mecanismo de defensa ante ciertas fantasías.

Bruch (1973, 1978), al igual que Otte, Basler y Schwoon (1978) y Garner y Bemis (1982) indica que las anoréxicas parecen haberse parado en la fase del pensamiento preconceptual o concreto (Piaget), caracterizado por el egocentrismo y por el pensamiento mágico. Por otra parte, se baraja la hipótesis de que algunos defectos cognitivos sean efecto del ayuno por sí mismo, como, por ejemplo, la reducción de la conciencia, centrada esta última en la rumiación sobre la comida y el peso.

Nemiah (1972) sugiere que en las pacientes anoréxicas se dan las características comunes de la «alexitimia» rasgo típico en las enfermedades psicósomáticas, es decir, una dificultad para describir emociones en palabras y para reconocer las experiencias que acompañan a los cambios corporales (negación).

Otro factor importante es una preocupación por lo bueno y lo malo que, según Meyer & Weinroth (1957), predomina en todas sus actividades. Ello ocurre en todas las áreas que requieren autocontrol (comer versus no comer, ejercicio versus no ejercicio, estudio versus recreación), evidenciándose aún más en la sexualidad (abstinencia versus promiscuidad) e incluso en la autoestima (todo bueno versus todo malo) (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990).

En referencia a la autoestima, Bemis (1978) señala un déficit en los autoconceptos, sobre todo en dos de sus componentes: *autoestima* (relacionada con la auto-atribución de valía) y *autoconocimiento* (se define como la habilidad de identificar y responder de forma adecuada a experiencias internas). De hecho, este autor señala que las modificaciones en la autoestima deben dirigirse a la tendencia, que tienen estas pacientes, a construir su autovalía según estándares idealizados o por comparación con los otros; mientras que, en el autoconocimiento se refieren a

la confusión respecto a las creencias erróneas acerca de sus sentimientos o sensaciones corporales que correlacionan con creencias de aceptación, justificación, legitimidad, aprobación.

3.- CAMBIOS COGNITIVOS

3.1.- *Distorsiones cognitivas*

- 39.- Negación (Vandereycken, 1984) del hambre, la delgadez y la fatiga (Meyer, 1961)
- 40.- Preocupación por lo bueno y malo (Meyer & Winroth, 1957) en todas las áreas de autocontrol
- 41.- Pensamientos erróneos (Garner & Bemis, 1982):
 - a) abstracciones selectivas
 - b) generalizaciones excesivas
 - c) magnificación
 - d) razonamiento dicotómico
 - e) personalización o autoreferencias
 - f) pensamientos supersticiosos
- 42.- Suposiciones subyacentes (Garner, 1986) («el cuerpo sirve para probar mi autovalía»)
- 43.- Déficit en la autoestima y el autoconocimiento (Bemis, 1978)
- 44.- Locus of control más interno (Strober, 1982)
- 45.- Se ven a si mismas como carentes de control (Huon y Brown, 1984)
- 46.- Poca valoración de su imagen personal (Huon y Brown, 1984)
- 47.- Críticas a su ingesta (Huon y Brown, 1984)

3.2.- *Alteraciones de la imagen corporal*

- 48.- Sobrevaloración de sus dimensiones corporales (Bruch, 1962)
- 49.- Dimensiones delirantes (Bruch, 1962; Toro, 1987)
- 50.- Evitación de las proporciones normales del cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982)
- 51.- Peso límite para sentirse segura

3.3.- *Alteraciones interoceptivas*

- 52.- Experiencias distorsionadas del tiempo (Vandereycken & Meerman, 1984)
- 53.- Sensación alterada de hambre y de saciedad (Vandereycken & Meerman, 1984)
- 54.- Alteración de la percepción del gusto y de la repleción gástrica (Garfinkel & Garner, 1982)
- 55.- Actúan como si no percibieran los estímulos interoceptivos (Garfinkel & Garner, 1982)

3.4.- *Estrategia falsa de resolución de problemas*

- 56.- Sensación de ineficacia (Otte, Basler & Schwoon, 1978)
- 57.- Incompetencia social (Otte, Basler & Schwoon, 1978)
- 58.- Sentimiento de ansiedad y náusea (Otte, Basler & Shwoon, 1978)
- 59.- Comportamiento central anoréxico (Otte, Basler & Schwoon, 1978)

...

3.5.- Actitudes anoréxicas

- 60.- Miedo a la obesidad
- 61.- Miedo a la pérdida de control
- 62.- Tozudez (Chinchilla, 1994; Garner & Garfinkel, 1982)
- 63.- Caprichosas (Chinchilla, 1994)
- 65.- Educadamente frías con el médico (Selvini- Palazzoli, 1988)
- 66.- Pedantes e hipercríticas
- 67.- Presunción estética o intelectual
- 68.- Culpabilización de los padres (Golberg Anorectic Attitude Scale, 1980)
- 69.- Esfuerzo por alcanzar metas (Golberg Anorectic Attitude Scale, 1980)

Toro (1987) señala dentro de las alteraciones cognitivas experimentadas por la anoréxica, aquellas que hacen referencia a la imagen corporal. De hecho, Bruch (1962) define la anorexia nervosa como «**un trastorno perceptivo y conceptual de la imagen del cuerpo**», asociándola con un fuerte sentimiento de autodesprecio por su cuerpo. De hecho, este trastorno es central en muchos casos de anoréxicas, donde la paciente casi caquéctica, niega su delgadez, sobrevalorando sus dimensiones y llegando a una percepción tan poco objetiva, que se ha hablado de «dimensiones delirantes» (Bruch, 1962), relacionándolo con trastornos perceptivos propios del proceso psicótico (Toro, 1987).

En estas muchachas se da una evitación de las proporciones normales del cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990). El individuo establece un peso límite para si mismo, al cual hace referencia el *margen de salvación* o peso límite que está por debajo del peso mínimo para una normal producción hormonal o maduración biológica. Este peso se sigue religiosamente, aunque su elección ha sido realizada de una forma bastante arbitraria.

De todas formas, se ha de señalar que la alteración perceptiva corporal no es exclusiva de la anorexia, ya que puede hallarse en obesas y adolescentes (Leon, 1983), en accidentes con desfiguraciones físicas (Damlouji, 1985), en mujeres embarazadas, en bailarinas y en gimnastas (Vandereycken y Meermann, 1985), y en mujeres de la población general (Caspers, 1979).

De hecho, si bien la mera observación clínica permite ver estas **distorsiones perceptivas**, otras veces aquello que se halla no son las primeras sino **evaluaciones distorsionadas**, fruto de las cuales son las reacciones ansiosas (Garner & Garfinkel, 1980). Ambas se centran principalmente en las zonas de los muslos, abdomen, caderas y nalgas (zonas diferenciadas sexualmente, con más volumen en las féminas). De todas formas, en casos de extrema delgadez esta errónea percepción o evaluación puede servir para mitigar el miedo a la muerte.

De todos modos, según Vandereycken & Meermann (1984), el grado de alteración de la imagen corporal es un predictor del curso de la enfermedad. Las pacientes con una pronunciada alteración aparecen con más intervenciones terapéu-

ticas en el pasado, ganan menos peso, son más inmaduras psicosexualmente y tienen más fuertes tendencias a negar la enfermedad, cosa que parece guardar estrecha relación con la tendencia a negar su delgadez.

En cuanto a las **alteraciones interoceptivas**, Vandereycken & Meerman (1984) afirman que las anoréxicas tienen enormes dificultades para obtener exacta información sobre sus condiciones internas y comunicarlas. Ello se relaciona con experiencias distorsionadas del tiempo, como una sensación alterada del hambre y de la saciedad, la percepción del gusto y de la repleción gástrica (Garfinkel & Garner, 1982).

De hecho, si bien actúan **como si** esos estímulos no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo, ello se debe, parece ser, a una auténtica confusión interoceptiva. *«Se expresa como una gran desconfianza en que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin control consciente; de ahí la constante atención que le dedican. Algunas anoréxicas llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido. Este control y esta hipervigilancia son más evidentes en relación al alimento»* (Garfinkel y Garner, 1982, p. 149).

Así, *«estos hallazgos apoyan la hipótesis de que las pacientes con anorexia nervosa tienen unas experiencias interoceptivas alteradas y específicamente perciben de un modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar menos influida por su estado interno que por sus expectativas cognitivas relacionadas con la ingestión de alimentos. Por consiguiente, pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos o pueden contar con unos factores cognitivos mediadores de la ingesta suficientemente prominentes para prevalecer sobre los mecanismos reguladores internos»*.

Respecto a las **estrategias de resolución de problemas**, Otte, Basles & Schonoon (1978) han desarrollado un modelo de proceso donde se divide el comportamiento sintomatológico anoréxico en dos niveles comportamentales (C) y dos experienciales (E):

E1: **Sensación de ineficacia**, por ejemplo, una autoimagen o autoverbalización de incompetencia, dependencia, falta de control, sentimientos superfluos.

C1: **Incompetencia Social**, p. ej., manifestaciones de inseguridad, comportamiento dependiente, falta de manejo del conflicto, excesiva o falta de agresividad en el comportamiento social.

E2: Sentimientos de **ansiedad y náusea** acompañando a pensamientos/sensaciones de estar llena y **preocupación mental por la comida**.

C2: **Comportamiento central anoréxico** (rechazo de la comida, reducción y manipulación del peso, hiperactividad).

Este ciclo se ve en la situación familiar de las pacientes, donde si bien el

refuerzo de contingencias no es sistemático, ni para la conducta dependiente de la paciente, ni para el comportamiento de autoseguridad, ni de asertividad, sino al contrario, estos comportamientos son castigados asistemáticamente, situación no del todo diferente a la neurosis experimental (*learned helplessness*, p.e.). Por otra parte, el ciclo E1-C1 es válido para experiencias y situaciones que se presentan al irse de casa, anulación de una cita en relaciones heterosexuales, etc, donde dan pie al ciclo E2-C2 sintomatológico. Vandereycken & Meermann (1984) teniendo en cuenta este ciclo proponen las técnicas de reducción de la ansiedad y asertividad como estrategias terapéuticas a seguir.

Schroder (1977) da una explicación de carácter más social donde convergen el período preciso del ciclo evolutivo de la anoréxica -la adolescencia-, la presión social hacia la perfección de la imagen física y la errónea estrategia para resolver el conflicto. Así, destaca el período en concreto lleno de inestabilidad física, ansiedad e inseguridad sumado con la importancia para la autoestima del atractivo físico y a la falta de control de los cambios corporales -cosa que produce un sentimiento de indefensión- en esta época de la vida desembocan en una estrategia de **autocontrol** a través de la reducción de la alimentación, lo que lleva a controlar los impulsos sexuales que se «espiritualizan», a la vez que se retarda la maduración física.

Por último, si nos referimos a las **actitudes anoréxicas**, los estudios se centran en trabajos más descriptivos que interpretativos. Así se habla de dos principales miedos estrechamente relacionados con su comportamiento y actitudes, que son *el miedo a la obesidad y a la pérdida de control*. El miedo a la obesidad se alimenta por el terror de ver su imagen gorda, lo que le lleva a una intensa preocupación por la comida (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990).

Al ser descritas actitudinalmente, lo más normal es encontrar ciertas coincidencias que se resumirían diciendo que son muy tozudas y obstinadas, y si desean algo lo suelen realizar de forma desconsiderada e insensata o caprichosa. Esto encuentra sus canales más amplios de expresión en su comportamiento de ingesta, donde reina el tema de los alimentos, el horario y el lugar (Chinchilla, 1994), sin tener en cuenta las normas más elementales de convivencia.

Se muestran educadamente frías, controladas en la relación con el médico, a quien han sido conducidas por los familiares a la fuerza (Selvini-Palazzoli, 1988). Con la expresión triste, ojos lánguidos, abiertos y con actitud rígida.

Suelen ser pedantes e hipercríticas, con gran presunción estética o intelectual que demuestran de una forma extravagante y contradictoria con su tendencia al aislamiento.

Dos estudios realizados con las escalas «*Eating Attitudes Test*» de Garner & Garfinkel (1979) y la *Golberg Anorectic Attitudes Scale* (1980) reafirmaron lo ya comentado tanto en este punto como en los anteriores.

1.4.- Aspectos médicos y fisiológicos

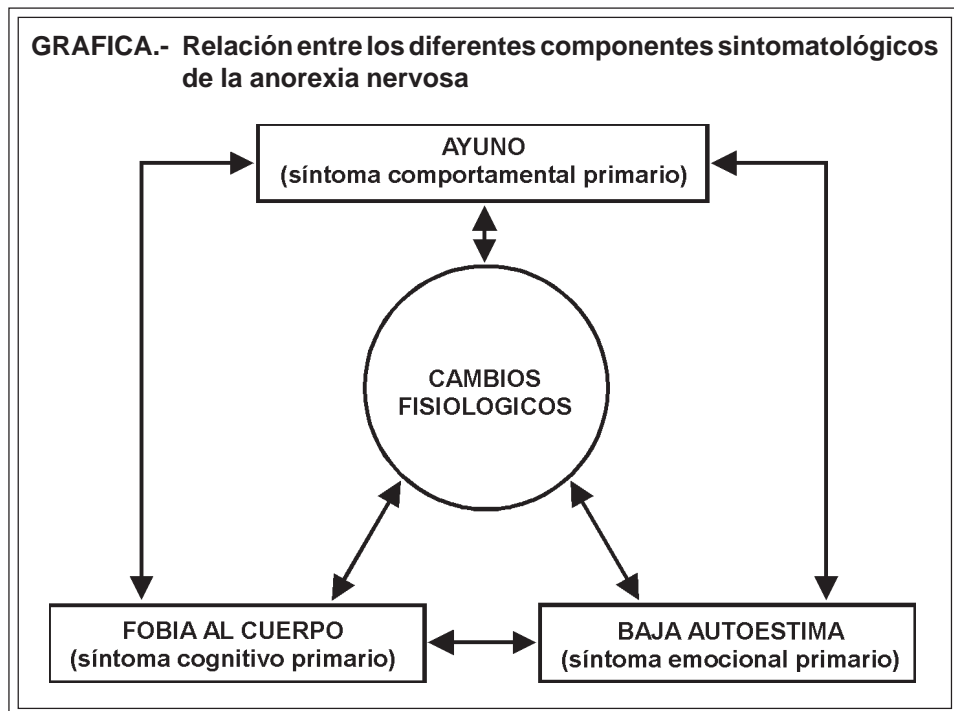
La amenorrea, según todos los especialistas en la materia, es un síntoma invariable, mientras que la constipación es bastante común en los informes, junto con hipotensión, hipotermia, sequedad en la piel y presencia de lanugo, bradicardia y edemas. En los signos se pueden indicar complicaciones médicas aquellos como la hipotermia o la bradicardia, p. e. De todas formas, los cambios que se producen en el proceso biológico del trastorno anoréxico son similares a los descritos en otras formas de desnutrición (Mitchell, 1986; Toro, 1987) - las diferencias que se dan son por la mayor ingesta proteínica que se da en la anorexia.

4.- Aspectos Médicos y fisiológicos	
	<i>Síntomas</i>
70.- Amenorrea	
71.- Constipación	
72.- Hinchazón	
73.- Dolores abdominales	
74.- Intolerancia al frío	
75.- Letargo	
76.- Exceso de energía	
	<i>Signos</i>
77.- Hipotensión	
78.- Hipotermia	
79.- Piel seca	
80.- Bradicardia	
81.- Lanugo	
82.- Edema	

HACIA UNA VISION INTEGRADA

Después de recorrer este panorama básicamente descriptivo, se plantea la conveniencia de buscar un ordenamiento jerarquizado de factores y empezar a enlazarlos entre ellos, a fin de evitar la visión confusa que en este momento pudiera derivarse del cuadro anoréxico. Si la anorexia debe ser descrita a través de los síntomas, lo primero que se deberá intentar será distinguir entre síntomas primarios o definitorios y secundarios, es decir cuáles de las características que la acompañan son atribuibles **exclusivamente** a los efectos de la inanición y cuales son un rasgo de la personalidad anoréxica (Herscovici & Bay, 1990). De esta forma, se podrá definir mejor a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de este trastorno y qué es lo que lo diferencia de otros trastornos que presentan aspectos coincidentes en sintomatología. Para ello, proponemos un modelo gráfico de integración (ver gráfica), donde a cada nivel comportamental, emocional y cognitivo corresponden

las características primarias al trastorno sus interrelaciones y las asociaciones secundarias concomitantes. En este modelo el **ayuno**, la negativa voluntaria a comer se señala como síntoma comportamental primario con conductas asociadas secundarias como la anormalidad del comportamiento de ingesta, el control del peso y la evitación del contacto interpersonal y sexual. Este componente comportamental influye a su vez y es influido por la **fobia al peso** (síntoma primario cognitivo) que determina un pensamiento obsesivo en relación al binomio comida/peso con efectos secundarios concomitantes como la distorsión perceptiva y la formación de pensamientos erróneos. Finalmente la **baja autoestima** interactúa como síntoma primario emocional dando lugar a un estado de ánimo depresivo, así como a manifestaciones ansiosas y obsesivas. La relación entre estos cambios es de influencia mútua o retroalimentación. Todos ellos inciden en la alteración de los mecanismos reguladores del control de la ingesta y son influidos por ellos, dando lugar a sucesivos **cambios fisiológicos**, como la amenorrea, derivados de los cambios glucoestáticos, hipotalámicos, hipofisarios, digestivos, hepáticos, etc., que alteran los estados de humor, repercuten en la hiperactividad, etc., desplegando el complejo abanico de síntomas concomitantes que hemos considerado anteriormente y que pueden considerarse el resultado de estos factores principales.



En este artículo consideramos de un modo integrado las descripciones de los cambios sintomatológicos que se producen en la anorexia nervosa, a nivel conductual, emocional, cognitivo, y fisiológico en base a la ordenación jerárquica existente entre ellos.

Palabras clave: *anorexia, emoción, cognición, comportamiento, fisiología.*

Referencias bibliográficas:

- BEMIS, K. M. (1978). Current approaches to the ethiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593-617.
- BRUCH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24, 187-194.
- BRUCH, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books
- BRUCH, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- CASPER, R. et al. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66.
- CRISP, A. H. (1967a). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine*, 1, 713-718
- CRISP, A. H. (1967b). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 1-22
- CRISP, A.H. (1970). Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa (weight phobia). *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 1-22
- CRISP, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa: let me be*. London: Academic Press.
- CHINCHILLA, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon
- DAMLOUJI, N. F. & FERGUSON, J.M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 362-363.
- EPLING, W.F. PIERCE, W. D. & STEFAN, L. (1983). A theory of activity based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 27-46.
- FALK, J.R., HALMI, K. A. & TYRON, W. W. (1985). Activity measures in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 26, 811-814
- GARFINKEL, P. E. & GARNER, D. M. (1982). *Anorexia nervosa. A multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel
- GARNER, D.M. (1986). Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa. En K. D. Brownell, & J. P. Foreyt (Eds.). *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- GARNER, D.M. & BEMIS, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and research*, 6, 123-150.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL, M. D. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL, M. D. (1988). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner Mazel.
- GARNER, D.M. & ROSEN, L. W. (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En A. S. Bellasck, M. Hersen & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- GOLBERG ANORECTIC ATTITUDE SCALE. In S. C. Goldberg, K. A. Halmi, E. D. Eckert, R.C. Casper, J. M. Davis & M. Roper (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15, 239-251.
- HALMI, K. A. & FALK, J. R. (1981a). Pretreatment and posttreatment discrimination of outcome in anorexia nervosa. In C. Perris (Ed). *Third Congress of Biological Psychiatry*. New York: Elsevier North Holland Inc.

- HALMI, K. A. & FALK, J. R. (1981b). Common physiologic changes in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 16-27.
- HERSCOVICI, C. R. & BAY, L. (1990). *Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona: Paidós.
- HUON, G. & BROWN, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.
- LEON, G. R. (1983). *Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa and bulimia*. Lexington: Lewis.
- LEON, G. R. & COL. (1985). Sexual body image and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 245-258.
- MEYER, J. E. (1961). The anorexia nervosa syndrome. Catamnestic research. *Archive Psychiatry Nervenkratz*, 202, 31-59.
- MEYER, B. C. & WEINROTH, L. A. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 19, 389-398.
- MITCHELL, J. E. (1986). Anorexia nervosa: Medical and physiological aspects. En K. D. Brownell & J.P. Foreyt (eds.), *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- NEMIAH, J. (1972). The psychosomatic nature of anorexia nervosa. Discussion. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 7, 316-321.
- OTTE, H. L. BASLER, H. D. & SCHWOON, D. R. (1978). Identity formation and fear of success in college men and women. *Journal of Youth Adolescence*, 7, 49-62.
- PIRAN, N. & COL. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- ROUTTENBERG, A. & KUZNESOV, A. W. (1967). Self-starvation of rats living activity wheels on a restricted feeding schedule. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 64, 234-238.
- SCHRODER, G. (1977). *Veheltenhamtherapie bei Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen und Hinweise aus der Praxis*. Munchen: Pfeiffer.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1974). *Self starvation*. London: Chaucer.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1988). L'anorexia mentale in una prospettiva sistemica. *Psicoobiettivo*, 2, 26-37.
- SIBLEY, D.C. & BLINDER, B.J. (1988). Anorexia nervosa. En B.J. Blinder, B. F. Chatin & R. S. Goldstein (Eds.). *The eating disorders*. New York: PMA.
- STROBER, M. (1982). Locus of control, psychopathology and weight gain in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 97-105.
- TORO, J. & VILARDELL, J. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- VANDEREYCKEN, W. & MEERMAN, R. (1985). *Anorexia Nervosa*. Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- YELLOWLEES, A. J. (1985). Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 146, 648-652.

PSICOPATOLOGIAS DE LA LIBERTAD (II): LA ANOREXIA O LA RESTRICCIÓN DE LA CORPORALIDAD

Manuel Villegas i Besora

Facultat de Psicologia

Universitat de Barcelona

Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035 - Barcelona

In this article anorexia is considered as a restriction of corporality. This point of view is illustrated using textual analysis of different texts of anorexic patients from different times and social strata. Finally the nature of this anorexic discourse is evaluated in the context of the present social and cultural conditions.

Key words: anorexia, discourse, textual analysis, existential analysis, corporality.

0. INTRODUCCION

Estar en el mundo implica necesariamente el cumplimiento de estas tres condiciones: ser un cuerpo, ocupar un espacio y durar un tiempo. Estas tres condiciones que caracterizan a cualquier ser animado o inanimado corresponden en el ser humano a tres categorías existenciales precisas: corporalidad, espacialidad y temporalidad. Lo que diferencia, en cambio, al ser humano de los otros seres es la conciencia de estas condiciones. Así para el hombre el espacio no es sólo un territorio para la satisfacción de sus necesidades vitales de supervivencia y procreación, sino el ámbito de su expansión tanto física como simbólica. El tiempo no se reduce a la sucesión de los meteoros diarios o estacionales, sino que se convierte en el ámbito de proyección de la propia existencia sobre el horizonte de la muerte. Finalmente el cuerpo no queda reducido a un organismo sujeto y objeto de intercambios físico-químicos con el entorno, sino que se convierte en la sede de la autonomía individual y de la alteridad social.

Estas tres condiciones o categorías existenciales son las que posibilitan y delimitan, simultáneamente, nuestra existencia. Constituyen en definitiva sus

determinantes fácticos, a la vez que hacen posible la existencia humana como proyecto de ser-en-el-mundo. La conciencia de los límites y de las posibilidades derivantes de las categorías existenciales de temporalidad, espacialidad y corporalidad introduce un principio de ruptura en el ser, una cuña dialéctica entre el ser y el querer ser, que le arranca del determinismo natural y le condena a la libertad. El ser humano se halla en la situación de tener que autoderterminarse, de decidir libremente “*ser o no ser*” aquello que es por naturaleza. Esta cuña ontológica crea una profunda escisión en el interior del ser humano de modo que lo sitúa en una posición de existir, de estar (sistere) fuera de sí (ex), que es el requisito básico de la trascendencia, pero también de la locura. Ésta es la razón por la que, siguiendo a Henry Ey (1976), hemos llamado a las neurosis patologías de la libertad. Toca, en efecto, a la libertad elegir entre formas integradas o disociadas de estar en el mundo. Del resultado de esta elección depende el curso de nuestra existencia.

Examinamos en un artículo precedente, el primero de una serie sobre “*psicopatologías de la libertad*”, la agorafobia como una restricción, es decir, como una inhibición de la libertad respecto al espacio (Villegas, 1995), en la que la dificultad de enfrentar los espacios abiertos simboliza la dificultad de autoexpansión del propio sujeto. Ilustrábamos con la ayuda de tres casos clínicos la experiencia agorafóbica como un conflicto de la libertad, entendida como autonomía, frente a la relación amorosa o de apego, entendida como dependencia. La superación de este conflicto, característico del “*Mitwelt*” -el mundo de los otros- requería la resolución de importantes dilemas morales y existenciales. En el presente artículo, el segundo de la serie, abordaremos la anorexia como una restricción de la corporalidad, un conflicto característico del “*Eigenwelt*” -el mundo propio-, consistente en la negación del propio yo corporal frente la afirmación de un yo etéreo o espiritual. La construcción de un yo descarnado y asexuado que no pueda ser deseado ni poseído por nadie más. Un intento fáustico de autoposesión absoluta en el que se invierte el pacto diabólico de intercambio del alma por el cuerpo, en su contrario el del cuerpo por el alma.

1. LA RESTRICCIÓN DE LA CORPORALIDAD

Los seres humanos, como los demás seres, ex-sistimos (“estamos ahí”), en primer lugar, en tanto que cuerpos. Ocupamos un espacio y nos desarrollamos en el tiempo gracias a nuestro cuerpo, cuya disolución lleva necesariamente a la muerte. La negación absoluta del cuerpo implica consecuentemente la negación de toda existencia. Ésta se da de forma radical en el suicidio, pero existen formas ideológicas de negación del cuerpo, a veces de origen filosófico, religioso o místico, que mantienen el cuerpo en vida mientras lo niegan, lo desprecian o lo destruyen. En la Edad Media, por ejemplo, Catalina de Siena predicaba el odio contra el cuerpo:

“Cuanto más el alma está poseída por el amor de Dios, tanto más siente un odio santo por la parte sensitiva, por la propia sensualidad... ¡Oh hijos

míos, mantened siempre este odio hacia vosotros mismos!... Maldición, sí dos veces maldición, al alma que no tiene este odio”.

La anorexia, como tendremos ocasión de ver, participa, de alguna manera, de estas ideologías y en ocasiones lleva al suicidio por autoinanición, con el agravante de no encontrar ninguna razón trascendente que al menos, imaginariamente, sea capaz de compensar con la palma del martirio tamaño sacrificio. Es una elección libre y estúpida, fruto del resentimiento contra el propio cuerpo y lo que significa socialmente.

“Este cuerpo mío, que sirve para aguantar la cabeza, pero que no le pertenece, de la cual está más bien separado, ese cuerpo que he querido delgado, pero que desde hace tiempo oculto, que no visto sino cubro, me traiciona cuando atrae las miradas de los demás”. (De Clerq, 1995).

El cuerpo, en efecto, no es un simple amasijo de carne y huesos. Esto lo son también los animales, los cuales no tienen los terribles complejos narcisísticos que atormentan a los humanos. El cuerpo es, ante todo, apariencia. Los demás nos conocen por nuestra corporalidad, o más bien por la imagen o apariencia de nuestra corporalidad; de ahí la importancia que adquiere nuestro cuerpo como re-presentación de nosotros mismos. De este modo el cuerpo se convierte en un objeto simbólico: puede serlo del grado de ascetismo alcanzado, de la riqueza y abundancia en que vivimos, de la esbeltez o de la musculosidad que hemos conseguido. Durante siglos este aspecto simbólico había sido depositado en los vestidos o abalorios que adornaban el cuerpo: signos de riqueza, de nobleza o de poder en los mantos, los ornamentos y las joyas, de pobreza o de santidad en los hábitos, los cilicios o los cordones que se ceñían al cinto. Este valor simbólico había sido incluso representado por pinturas o tatuajes sobre el propio cuerpo, pero no por variables corporales como la delgadez o la gordura. La delgadez había llegado a ser como mucho distintivo de un grupo de santones y ascetas del desierto o la gordura símbolo de cortesanas ociosas y de mandarines o burgueses opulentos. Pero nunca antes, como ahora, de una forma endémica, las medidas del cuerpo habían constituido la carta de presentación del ser humano en sociedad. Los griegos, es cierto, habían plasmado su idea del hombre como “medida de todas las cosas” en esculturas canónicas, pero éstas no eran un retrato de la realidad, sino una “copia” de una “idea preexistente”. En este sentido no eran un “modelo” a imitar sino a conocer.

La sustitución, en cambio, propia de nuestra época, de los signos externos al cuerpo por características del propio cuerpo, como la delgadez o la musculación, ha supuesto su transformación en símbolo o significante, subvirtiendo su significado natural. Para las mujeres de hoy la delgadez no es el único objetivo corporal y social que deben conseguir. El cuerpo tiene que ser también sano, musculoso, liso, inodoro, depilado, sometido a dietas (pseudo)científicas, dispuesto a mostrarse en cualquier momento. Un cuerpo sexy, si se quiere, pero poco erótico, en definitiva. Las modelos de nuestra época no son la plasmación en la piedra de una idea

platónica, sino modelos a imitar para ser exitosos y aceptados socialmente. El cuerpo se convierte en un objeto de alienación. Deja de ser el “yo natural”, como lo llamaba Merleau-Ponty (1945), dotado de intencionalidad y poder de significación, para pasar a ser objeto de peso y medida. “Tanto (menos) pesas, tanto (más) vales”.

Otra condición inenajenable del cuerpo es la sexualidad. Nuestros cuerpos están marcados sexualmente. Somos seres sexuados, mujeres u hombres inexorablemente. El ser humano ha convertido esta condición fáctica natural en otro elemento de alienación. Por su capacidad de conciencia el ser humano es el único que se encuentra en situación de poder escoger su sexualidad. No sólo a nivel de selección genética, sino de tendencia trans-, hetero-, u homosexual. La sexualidad ha adquirido un valor simbólico que va más allá de su dimensión funcional, que correspondería al organismo. Ser hombre o mujer implica una serie de valores y expectativas sociales a las que resulta prácticamente imposible substraerse de modo que se convierte en otra fuente de facticidad, ésta vez de carácter social. En el proceso dialéctico por llegar a decidir ser o no ser hombre o mujer es posible entrar en conflicto con la propia naturaleza. El campo de batalla se traslada al propio cuerpo. Ellen West, citada por Binswanger (1945), lo expresaba de este modo:

“En todos los aspectos soy sensata y tengo claridad de ideas, sólo en éste estoy totalmente loca y me estoy arruinando en mi lucha contra la naturaleza. La fatalidad me ha querido gorda y fuerte, pero yo me quiero estilizada y delgada... Créame Dios, pero créame diferente...”

En este artículo defenderemos la tesis de que la anorexia es el síntoma que traduce por excelencia el conflicto de la corporalidad enajenada. Una corporalidad que el sujeto no puede hacer suya y que intenta dominar, negándola. Ya en la filosofía neoplatónica -y San Pablo se hace eco de ello en su epístolas- el cuerpo podía ser considerado como “sarx” -carne- o “soma” -organismo-. “Sarx” la carne, era la sede de las pasiones e impulsos, de la gula y la lujuria, y por tanto de la incontinencia y el descontrol. Era citada junto al demonio y al mundo como uno de los tres enemigos del alma. Castigar el cuerpo con ayunos y la abstinencia ha sido una forma, tomada al pie de la letra por místicos y ascetas de todas las religiones, de intentar hacer efectiva la negación del cuerpo, considerado como “delito” (Toro, 1996).

El disgusto de las anoréxicas respecto a su cuerpo desde los primeros signos de sexuación (menstruación, vello púbico, pechos, nalgas, grasa) es un reflejo de la obsesión por el control de la corporalidad, entendida como carnalidad. “*Me avergüenzo de sentirme entrada en carnes*, escribe en su diario una paciente citada por Giannini (1993), *me avergüenzo de mis pechos que vuelven a ser tales y que hasta hace dos meses casi no existían*”. El cuerpo sexuado es repugnante, debe ser sometido para borrar todo aquello que evoca la sexualidad, comentan Raimbault y Eliacheff (1989) a propósito de las anoréxicas de hoy. La anorexia en este contexto se convierte en un modo de eliminar la sexualidad: “*mantenerse delgada como un*

junco, adoptando un aspecto andrógino, como lo describe una anoréxica (Aimée Liu, 1979) es un modo para evitar el sexo". O como dice Sara, una paciente de Levenkron (1982) el terror a engordar "está relacionado con el intento de dejar de ser una tentación para los hombres". En la cosmovisión anoréxica la experiencia de la corporalidad se describe como la vivencia de un impulso enajenante que debe ser controlado a través de una firme y rígida voluntad de dominio.

"Innumerables veces, a través de los años, había perdido el control del cuerpo y de la voluntad, las conexiones vitales en el sentido de mi yo emergente. Ni siquiera era inmune al énfasis social puesto en el cuerpo de la mujer. En aquel tiempo estaba de moda un aspecto andrógino de niño todavía no desarrollado; por ejemplo: las caderas rectas y nada de grasa: Un rechazo total de la forma femenina normal. Buscando mi identidad me sentía extremadamente vulnerable respecto a este sistema de valores. Así cuando llegó la pubertad y la adolescencia, período crítico en la formación de la identidad, empecé a buscar el sentido de mí misma en el cuerpo y en control del mismo. El cuerpo era, después de todo, la primera identidad que tenía" (Bills, 1995).

La mujer es particularmente sensible a esta vivencia porque la corporalidad la convierte en objeto del deseo ajeno y sentirse objeto de deseo implica un serio riesgo de ser desposeída de sí misma.

"Ahora he llegado a entender claramente el sentido de la elección que hice en aquel entonces. Mi cuerpo, mi femineidad y mi sexualidad se convertían en mis enemigos, porque si no fuera por ellos no se hubieran producido aquellos actos obscenos sexuales (referencia a abusos sexuales en la infancia de la paciente); no habría sido presa de otros que usaran mi cuerpo, que lo usaran para satisfacer sus necesidades egoístas. El sentido de culpa porque mi cuerpo se había excitado sexualmente con actos tan inaceptables era tremendo. Estaba convencida de purgar mis pecados y de purificarme cuando sentía una tremenda tensión en el estómago porque no comía o aumentaba los ejercicios de gimnasia... No quería crecer y convertirme en un ser humano sexuado. Había demasiado terror ligado a esta idea. Un cuerpo que se desarrolla, la sexualidad, el sentido de culpa, la vergüenza, la impotencia y el sentirme sin control eran todos una única y misma cosa, y yo no quería nada de esto" (Bills, 1995).

"De mi madre había heredado un modelo femenino basado en la seducción. Me había enseñado que así se puede obtener todo. Muy a pesar mío he asimilado de ella este tipo de comportamiento, pero al contrario de mi madre no consigo defenderme de las consecuencias negativas de este comportamiento y, en consecuencia, me ofrezco a mi prójimo para obtener cualquier tipo de gratificación; me vuelvo prisionera del otro; no experimento ningún placer en la relación; si llego a sentir un sentimiento

auténtico la conciencia de haber seducido al otro para usarlo me hunde en la culpa más absoluta. A continuación para salvar al otro de mí anulo mis necesidades". (De Clerq, 1990).

En este contexto la anorexia se presenta como la solución: a través de la restricción de los alimentos la anoréxica intenta controlar su corporalidad; dejando de comer reduce al máximo los riesgos de la carnalidad. El ayuno voluntario con sus efectos de emaciación sobre el cuerpo la sustrae al deseo de los demás y le otorga, al mismo tiempo, la fantasía del dominio sobre sí misma.

"Mirando hacia atrás me maravillo de lo fuerte que es la psique. Se me retiró la regla incluso antes de empezar a perder peso... Un día volviendo a casa desde el colegio experimenté una forma de caminar más decidida y sentí una gran calma en mi interior. Había encontrado un modo para reconquistar mi inocencia. Esto implicaba ser determinada en todo lo que hiciera o pensara... Empecé a retirarme de la gente y de los sentimientos, porque creía que podría seguir mejor mi camino sin estas interferencias. Me volví extremadamente controlada en todos los sectores de la vida, especialmente en los relacionados con la comida y la gimnasia. Con este nuevo estilo de vida empecé a perder peso y a desafiar a la pubertad. A medida que se iban los kilos empezaba a sentirme más pura dentro de mí. No tenía amigos, pero la obsesión por la forma del cuerpo, la pérdida de peso y la gimnasia enmascaraban mi necesidad de amistad. En lugar de sentirme como una marginada, que no merece amigos, mi obsesión me permitía sentir que era yo la que les rechazaba a ellos. No tenía necesidad de nadie y, en efecto, era mejor que todos, porque al no comer, me volvía pura" (Bills, 1995).

"La pérdida de peso tiene un sentido distinto que el de la esbeltez. El más evidente es la delgadez: las anoréxicas no pretenden ser esbeltas, sino delgadas, hasta el punto de parecer descarnadas. Una anoréxica puede declarar ante amigos y familiares que lo que quiere es ser esbelta. Puesta a dar razones puede responder cosas como 'para vestirme bien, salir con chicos y pasármelo bien'. Estas afirmaciones generalmente aceptadas constituyen el texto manifiesto; pero el texto oculto o discurso sería bastante diferente: Quiero adelgazar porque la carne me desagrada. La anoréxica percibe la carne, la carne femenina, como impuesta por el mundo exterior y, en los casos extremos como algo degenerado, sucio y desagradable". (McLeod, 1982).

La anorexia, de este modo, viene a reactualizar aquella lucha entre Don Carnal y Doña Cuaresma donde, contrariamente a lo que sucede en el Libro del Buen Amor del Arcipreste de Hita, Don Carnal es derrotado definitivamente por Doña Cuaresma. La anorexia, escribe Susan Bordo (1993), "no es una posición filosófica: es un estado trastornado. Y sin embargo, estas mujeres demuestran con frecuencia saber

elaborar de forma totalmente consciente un esquema extremadamente articulado de imágenes y asociaciones que constituyen casi un sistema metafísico. Tal esquema se hace eco de los planteamientos tanto agustinianos como platónicos... Así como San Agustín habla de dos voluntades en su interior 'una al servicio de la carne, la otra al servicio del espíritu, que hieren el alma', así las anoréxicas hablan de una lucha espiritual, de una batalla entre el bien y el mal, entre la mente, la voluntad, y el apetito, o sea el cuerpo. Como escribía Ellen West (1945): 'Me siento sin poder hacer nada ante dos fuerzas hostiles que se destruyen mutuamente'.'

Bruch (1974, 1978) consideraba esta sensación de lucha interna por el control o el dominio del cuerpo y sus necesidades como una característica de todos los trastornos de la alimentación. Las anoréxicas restrictivas se aproximan a la consecución de un dominio casi total del cuerpo y sus necesidades, mientras las bulímicas tienen la sensación de no ser dueñas de sus cuerpos ni de sus apetitos, de vivirlos como una fuerza externa invasora. En esta batalla la delgadez representa un triunfo de la voluntad sobre el cuerpo y el cuerpo delgado (es decir el no-cuerpo) se asocia *"a la pureza absoluta, a la hiperespiritualidad y a la trascendencia de la carne. Mi alma parecía crecer a medida que mi cuerpo se sujetaba; me sentía como uno de aquellos primeros cristianos que ayunaban bajo el sol del desierto. Me sentía invulnerable, limpia y fuerte, como los huesos que dibujaban mi silueta"* (Woods, 1981).

Esta concepción de la anorexia no es el resultado de una elaboración puramente teórica, sino del análisis minucioso del discurso de pacientes anoréxicas que han tenido el valor de dirigir una mirada introspectiva a su experiencia y sobre cuyo testimonio se va a basar nuestro trabajo en las páginas que siguen. No es nuestra pretensión elevar a conclusión definitiva los resultados obtenidos con una metodología cualitativa -la del análisis textual- a partir de unos pocos testimonios escritos sobre la experiencia anoréxica. Creemos sin embargo que este tipo de análisis nos va a permitir establecer algunas constantes discursivas que caracterizan el discurso anoréxico y que nos ayudan a determinar el eje sobre el cual se construye la anorexia como forma de estar en el mundo, a saber: **la restricción de la corporalidad**.

Anoréxicas y bulímicas se mueven por el mismo objetivo: perder peso o adelgazar; pero con métodos distintos y motivaciones divergentes. Las anoréxicas usan el control interno de su organismo con el ayuno, condicionan los jugos gástricos y las contracciones del estómago a no responder a estímulos internos ni externos, llegando a modificar el circuito hipotalámico de regulación del hambre. Su motivación es la de espiritualizar el cuerpo, negando su dimensión carnal. No intentan agrandar a los demás, sino todo lo contrario, mantenerse al margen para no ser desposeídas de su propio yo. En un vano intento de evitar la mirada enajenadora del otro consiguen no ser objeto de deseo sexual.

"Porque yo necesitaba estar más delgada, pero no para estar más guapa, porque evidentemente yo he asumido delante de los tíos que soy un

desquicio. Me vestía mal, muy mal, porque lo que no soportaba era lo que me habían dicho a los trece años: que si el color, que si las tetas, que si los pellizcos... Esto no lo soportaba y entonces lo eliminé cuando eliminé la regla. Se me volvió el pecho a la mitad de lo que tenía... Todo esto lo solucioné... Entonces me trataban como una persona asexual." (Carmen)

Son miradas y observadas por los ojos inquietos de los demás como objeto de horror y espanto. Renegando de su corporalidad han renunciado a su humanidad; pero esto no las perturba, al contrario, las conforta y confirma: son seres casi espirituales, han alcanzado un plano superior. Para ellas el trastorno alimentario es absolutamente egosintónico.

"Yo a mi cuerpo no le tenía ningún tipo ni de cariño, ni de respeto, ni de nada. Él tenía que cumplir una obligación que era adelgazar y punto." (Carmen).

"Desprecio el comportamiento de los demás. Es vulgar comer, hacer el amor, desear. Cada vez que engordo un poquito siento un profundo desprecio por las personas que comen, hacen el amor, ríen. Todo lo que me rodea es obsceno y desagradable" (De Clerq, 1990).

"Gente vulgar mi familia, preocupada sólo por la comida... Sólo se preocupaban de comer y comer, especialmente mi padre... Un auténtico bellaco (mi padre) que tenía a las mujeres sólo para explotarlas y gozar de ellas... Juré solemnemente que algún día llegaría a ser alguien... También algún día haría una cosa grandiosa y todos se enterarían de quien era yo... Ahora sabía lo que tenía que hacer: para empezar, adelgazar... Y la certeza de que era superior a las demás, inmaculada y segura de no caer en la vulgaridad de un contacto masculino". (citado por Mara Selvini, 1989).

Las bulímicas, en cambio, intentan adelgazar, controlar el peso, conservar la línea sin dejar de comer. Al contrario se dan unos grandes atracones, cuyos efectos dietéticos intentan luego controlar a través de distintas estrategias: vómitos provocados, laxantes, regímenes y dietas, períodos de ayuno, seguidos de visitas compulsivas a la nevera o a la bollería de la esquina. Esta forma de control de la corporalidad a través de manipulaciones externas al organismo no consigue más que alterar la regulación espontánea del sistema homeostático del hambre. Como consecuencia el descontrol no hace más que aumentar el trastorno alimentario: los altibajos hiper- e hipocalóricos provocan sensaciones compulsivas de hambre que no consiguen ser frenadas ni reguladas por más dietas que se inventen. Su motivación, en el polo opuesto de las anoréxicas, es agradar a los demás, gustar físicamente, complacer sexualmente, aunque para ello tengan que arruinarse la vida en una lucha absurda contra cien gramos de más o de menos. Para ellas la base de su aceptación y autoestima no se halla en sí mismas sino en el juicio de los demás,

y este juicio tiene que ver con el cuerpo, con un cuerpo que es para los demás:

“No me importa saber si lo hace con todas las chicas que lleva a su casa, lo importante es que lo haga también conmigo... Para él mi gordura no es una barrera... Me considera una mujer y yo con él me siento algo muy distinto a una insensible bola de grasa. Me toca por todas partes y no tengo tiempo de avergonzarme de mis redondeces. Palpa, aprieta, muerde. Sus manos no paran de explorar en cada pliegue de mi cuerpo. Se hunden en mi abundancia y como por encanto mis odiadas redondeces dejan de ser el tormento de siempre y se convierten en un nido suave para sus caricias... Aunque no me volviera a querer, aunque desapareciera de mi vida será la primera persona que me habrá hecho capaz de suscitar en los otros algo distinto a la conmiseración, el asco o la ironía... Además, y esto es absolutamente particular, la persona más importante para mí en este momento se comporta como si no le interesase para nada mi dieta, todavía más como si fuese contraria a ella... Y yo no consigo hacerle entender que sólo por su amor estoy intentando llegar a ser una chica normal.” (Schelotto, 1992).

En realidad no es que las bulímicas estén especialmente interesadas por el sexo, como si se tratase de un colectivo de ninfómanas, sino simplemente de hacer cualquier cosa para agradar a los demás, particularmente al compañero. Como dice una de ellas:

“Sinceramente, el deseo de ser penetrada no era muy fuerte en mí, ni me he masturbado nunca. Me parece algo tan lejano; solamente tengo necesidad de ternura... En el fondo no tengo que hacer nada, sólo acoger sus besos y las caricias de sus manos delicadas que me hacen sentir querida... Cualquier cosa que hago, incluso las más inconfesables como intentar adelgazar, las hago por él. El problema es que pienso que ya no sé qué significa hacer algo por mí misma. No consigo concebirme a mí misma sino como a alguien que debe agradar en cada situación” (Giannini, 1993).

Esta necesidad de agradar llevaba a Anna, la paciente bulímica de Göckel (1991), a simular el deseo y el orgasmo con tal de sentirse unida y protegida por los hombres, como su tercer marido, a quien había conocido en una discoteca y con quien había hecho el amor aquella misma noche:

“Buscaba su afecto, sus caricias, calor y protección. Podía acunarme durante horas y horas, y yo tenía la sensación de que me aceptaba totalmente. Sabía satisfacer mis necesidades, a veces parecía conocerme mejor que yo misma. Me viciaba, me preparaba la comida, me llevaba fuera de casa, sexualmente se sentía muy atraído por mí, en definitiva se ocupaba de mí. Tenía la impresión de que se interesaba realmente por mi persona. Me hacía sentir tal como era”.

Es en este contexto de agradar a cualquier precio a los demás cabe inscribir el deseo de la delgadez y la distorsión perceptiva del propio cuerpo, característica de los trastornos alimentarios. Como dice la paciente de Giannini (1993): *“Por ahora me veo todavía abundante, tal vez porque en mi ánimo soy profundamente delgada y es así como me gustaría verme en el espejo”*.

La fantasía de un cuerpo especialmente esbelto como condición para la aceptación y la autoestima (Göckel, 1996) lleva a muchas mujeres a la tortura de las dietas, los ayunos y los vómitos del ciclo bulímico para conseguir un cuerpo que no existe:

“Empecé a culpabilizar el cuerpo de todos mis problemas. Si no fuese tan fea, gorda, muelle y flácida, sería feliz y famosa. Estaba convencida de que un cuerpo, esbelto, diminuto lo arreglaría todo. Medía un metro y ochenta y tres centímetros y pesaba 66 kilos. En las fotos de los anuarios del colegio era más bien delgada y bastante atractiva, pero yo no conseguía verlo. Más que nada en el mundo quería ser exitosa, sensata, sofisticada, excitante, sexy, bella y especial. Quería ser delgada, admirada y amada. En cambio me sentía torpe, tímida, gorda, llena de defectos y extremadamente sola. A los veintitrés años decidí tomar las riendas de la situación y reconstruirme. Barrería todos los sentimientos de inadecuación y de soledad de un escobazo: iba a adelgazar. Con el empeño que caracterizaría a una novicia que hace los votos religiosos me dediqué en cuerpo y alma a un programa de adelgazamiento. Mi razonamiento era patéticamente simplista: si pierdo peso puedo arreglar todas las cosas de mi vida que no funcionan. Cuando adelgace me sentiré bien. Estaré orgullosa de mí y tendré confianza en mí, no seré tímida y torpe. Seré alegre y extrovertida, me gustará a mí misma y a los demás. Seré equilibrada y confiada, capaz de gestionar mis problemas, aun los más graves, con rapidez y exquisitez. Cuando adelgace seré alguien verdaderamente especial; los otros me acogerán y me querrán a su lado. Seré muy feliz... Este tipo de lógica estúpida me llevó a una trampa de doce años llamada anorexia y bulimia. Adelgacé tanto que estuve a las puertas de la muerte; en lugar de construir una vida feliz me estropeé la salud y desencadené un período de depresión y miseria que duró más de diez años. La pérdida de peso, la maravillosa solución de todos mis problemas no había funcionado. Necesité mucho tiempo para admitir que ser delgada no conseguiría nunca hacerme feliz. Me hizo falta todavía mucho más tiempo encontrar lo que en cambio sí podía funcionar”. (Rubel, 1995).

Anoréxicas y bulímicas se mueven como hemos visto sobre un eje común, el del control de la corporalidad, aunque con resultados, motivaciones y métodos contrapuestos. Esto significa que la dimensión de este eje se halla delimitada por polos también opuestos que tienen que ver con el grado mayor o menor de control

efectivo que se es capaz de llevar sobre el cuerpo. Esto da lugar a una distribución de la población afectada por los trastornos alimentarios relacionados con el control de la corporalidad que se corresponde en la práctica con una distribución normal, cuyos extremos vienen ocupados por las anoréxicas restrictivas en un polo y las bulímicas compulsivas en el otro. En el centro se hallan aquellas personas que, aun preocupándose por la dieta y el control del peso, consiguen mantener un cierto equilibrio. Este equilibrio la mayoría de las veces es el resultado de una combinación de actitudes y estrategias que participan de ambos polos en mayor o en menor grado o con predominio de uno sobre el otro, dando origen a una gran variedad de situaciones intermedias que alimentan generosamente las industrias dietéticas.

El siguiente caso puede resultar ilustrativo al respecto. Rosana, paciente de la Italia meridional, de 27 años, licenciada en letras con un expediente académico brillantísimo, que en el momento de la consulta está preparando el doctorado, describe así su situación:

“He venido aquí porque a partir de un cierto punto me he dado cuenta de que soy un poco anoréxica. Aunque no me había dado cuenta en realidad lo sabía desde hace ya muchísimo tiempo. He continuado así durante tiempo y digamos que ha habido momentos en los que me tomaba conciencia de que estaba cayendo por la pendiente de la anorexia. Pero en general se tiende a ignorar ciertas cosas y a decir “no es un problema mío”. Prácticamente he continuado así durante años hasta abril de este año que es cuando he comenzado a sentirme mal físicamente. Había llegado a pesar 46 kilos (1.60 de altura) y me encontraba muy mal físicamente, aunque en realidad hacía ya un par de años que pesaba alrededor de 47/48 kilos, por lo que no se puede decir que haya perdido mucho. Nunca me he llegado a privar completamente de la comida, en el sentido de que no he vomitado nunca ni he hecho un ayuno riguroso. Pero comía muy poco, llevaba una cuenta minuciosa de las calorías, nada de pastelería ni bollería, nada de pasta. Comía sólo aquellas cosas que en mi opinión no me habían de engordar. El problema es que a partir de un determinado momento, aun comiendo entre comillas, en lugar de engordar, adelgazaba. A partir de aquí me he dado cuenta de que no asimilaba la comida y que tenía una serie de problemas a nivel físico: me sentía muy débil, estaba anémica, se me retiró la regla, etc. Mi médico me ha mandado aquí y la doctora me ha abierto los ojos al hacerme ver que soy un poco anoréxica.

Al principio no relacionaba tampoco el problema de la regla con el de la comida. Pensaba que eran dos problemas diferentes. Me sentía distinta de las demás, pensaba que era una de tantas cosas que la vida no me había dado... Las cosas que no me han sido concedidas en la vida son todas aquellas que me hacen sentir distinta a las demás. Cuando era pequeña

probablemente eran las amistades y yo no tenía muchas amistades en general y me sentía muy distinta por esto. No tenía la capacidad de otras personas para enfrentarme a los demás, y por tanto, vivía encerrada en mi caparazón. Probablemente tampoco me ha sido concedido el afecto, ni la comida cuando era más pequeña (mi madre no me compraba nunca ni bollicaos ni helados porque estaba comiendo chucherías todo el día), y más tarde, cuando me he hecho mayor me han sido negadas igualmente todas las cosas normales, como los chicos, el hecho de no poder tener hijos o de no poder casarme...

Antes era más tranquila, aunque ya durante el bachillerato hice alguna dieta, fui a una dietóloga..., pero no lo vivía tan mal, sobre todo porque la mayor parte del tiempo se me iba en los estudios. Después, en cambio, en la universidad, al ser más libre lo he empezado a ver de otra manera. Me veía tan inteligente y exitosa en los estudios que tenía que llegar a ser también muy bella: si destacaba en los estudios tenía que hacerlo también en la vida, para poder llegar a ser de este modo perfecta... He tomado conciencia del hecho de que quiero realizarme con mi actual imagen exterior, que no quiero modificar en absoluto... Me gusta mi imagen exterior; cuando no entro en crisis, me gusta... Entrar en crisis depende aparentemente de las personas que me rodean, pero fundamentalmente depende de mí, de la importancia que le doy al hecho de que los demás no acepten todavía mi manera de ser y depende de las cosas que hago, que tienen que ver con mi realización...

Realizarme responde a una imagen que tengo de mí misma. No me gustaría ser la clásica mujer de carrera que vive sola. Quiero llegar a ser una madre y una mujer; no una mujer, sino una persona. Quiero encontrar un trabajo que me guste, llegar a ser reconocida por lo que hago, no me gustaría quedarme en un rincón oscuro. Pero todo esto sin renunciar a una familia... Mi imagen física está bien ahora tal como está; digamos que podría adaptarse perfectamente al modelo que tengo de mí misma si no cambiase en nada."

Tal como se define a sí misma, Rosana es un "poco anoréxica". En efecto: no lo es del todo ni por el peso ni por las motivaciones, ni por los métodos. Hay ciertamente un deseo de "ser perfecta", pero ya le gusta "su imagen exterior", que no quiere modificar. Se mueve en la ambigüedad de "ser mujer o ser persona", como dice ella; pero no quiere ser "la clásica mujer de carrera que vive sola". Desea ser exitosa "pero sin renunciar a una familia". Nunca se ha llegado a "privar completamente de la comida, en el sentido de que no he vomitado nunca ni he hecho un ayuno riguroso,... aunque ya durante el bachillerato hice alguna dieta...". Sin embargo, ocupa una situación en el espectro de la preocupación por la corporalidad, es un poco anoréxica en la medida en que participa del deseo de control del cuerpo

como elemento de significación simbólica.

Éste es un criterio que permite distinguir claramente la anorexia de otros trastornos centrados sobre el cuerpo como la hipocondría. En la anorexia hay un intento de control de la corporalidad, del cuerpo como “sax”; en la hipocondría el objeto del control no es el cuerpo, sino el organismo, el objetivo de las dietas no es la perfección o la belleza, sino la salud. Por el contrario en los trastornos alimentarios, los intentos de adelgazar, especialmente en la mujer “constituyen un atentado contra la salud y un fracaso en su aceptación de la condición corporal femenina” (Toro, 1996).

2. VIAJE AL INTERIOR DE LA ANOREXIA: EL DISCURSO ANOREXICO

En este artículo nos interesa identificar fundamentalmente los constructos discursivos que caracterizan la anorexia, los elementos ideológicos que tiene en común aquellas pacientes que han conseguido mantenerse, al menos durante algunos años, enrocadas en una postura de rechazo total de la corporalidad, utilizando predominantemente para ello métodos de control interno, como el ayuno o las dietas rigurosas y, sólo secundariamente, el vómito y los laxantes. Algunas de ellas han muerto en el empeño, otras con el paso del tiempo se han estabilizado evolucionando hacia la bulimia, otras han encontrado una dieta de supervivencia, llegando a estar sólo “parcialmente curadas”, otras se han curado completamente o casi; a la mayoría de éstas debemos los testimonios publicados sobre la experiencia anoréxica (Bills (1995), De Clerq (1990), Göckel (1991, 1994) Memmo (1997), Mac Leod (1982), Rubel (1995), Schelotto (1992), etc.

Para nuestro viaje al interior de la anorexia utilizaremos textos de varias anoréxicas mayormente restrictivas. Tal vez el análisis de sus textos y el intento de comprensión empática de sus experiencias nos ayuden a comprender la esencia del discurso anoréxico y, a la vez, las condiciones de su superación. El objetivo de centrarnos preferentemente sobre el discurso de las anoréxicas restrictivas obedece a la hipótesis de que si conseguimos describir de forma claramente diferenciada los extremos ideológicos de uno de los polos de construcción del continuo anorexia-bulimia nos será más fácil posteriormente describir de forma opositiva los extremos de su contrario. En un intento de captar las invariantes fenomenológicas de la vivencia anoréxica, en la tradición iniciada por Hilde Bruch (1974, 1978) e inspirada en el análisis existencial, nos serviremos de tres textos autobiográficos correspondientes a cada uno de los tres tercios del siglo XX, con influencias históricas, sociales y culturales claramente diferenciadas en cada caso. Empezaremos esta selección con un texto que se ha convertido en un clásico, el caso Ellen West, sobre el que publicamos hace ya algunos años un extenso estudio (Villegas, 1988), que reproducimos ahora actualizado.

2.1. REBELDE SIN CAUSA: EL CASO ELLEN WEST

Ellen West es el seudónimo de una paciente que fue admitida el 14 de enero de un año indeterminado del primer cuarto del siglo XX en la clínica Bellevue de Kreuzlingen, de la que L. Binswanger era superintendente, y que murió después de tomar una dosis letal de veneno en la noche del 2 al 3 de abril del mismo año a la edad de 33 años. Ningún dato que nos permita su identificación histórica nos es ofrecido por Binswanger (1945), a cuyo relato se referirán en adelante nuestras citas. Sin embargo es uno de los casos de la psiquiatría que ha sido descrito con más detalle y que ha merecido más comentarios (Laing, 1982; Minuchin, 1984; Rogers, 1977).

El diagnóstico de su patología fue muy controvertido ya en vida de la paciente y lo ha continuado siendo, aún después de muerta, por diversos autores. A los 25 años se le diagnosticó síndrome basoweide y fue visitada por varios neurólogos. A los 31 estuvo ingresada en un sanatorio para tratar su metabolismo. A los 29 sufrió un aborto, el cual fue seguido por irregularidades menstruales y la paralización del ciclo (amenorrea). Durante este período las relaciones sexuales se vieron interrumpidas por espacio de tres años. Tres ginecólogos consultados durante este tiempo manifestaron opiniones diversas, a veces contradictorias, respecto a la posibilidad de un nuevo embarazo.

En relación a su salud mental los diagnósticos fueron todavía más encontrados. Un primer analista diagnosticó histeria. El segundo afirmó que la paciente padecía neurosis obsesiva grave con oscilaciones maníaco-depresivas. El propio Kraepelin le diagnosticó una simple melancolía. El médico de cabecera halló únicamente psicastenia. Finalmente, tanto Binswanger como Bleuler llegaron a la conclusión que se trataba de un caso de esquizofrenia progresiva (*schizophrenia simplex*). Un tercer psiquiatra habló de “constitución psicopática de desarrollo progresivo”. Los tres convinieron en “que no se trataba de un caso de neurosis obsesiva ni de psicosis maníaco-depresiva y que no es posible ningún tratamiento de eficacia segura”.

¿Cuál era la sintomatología que daba origen a este revuelo de diagnósticos y contra-diagnósticos, de idas y venidas a tantos médicos y sanatorios? Algo que en nuestros días es conocido con el nombre de “trastorno de la conducta alimenticia”. Todos los síntomas esenciales relativos a la *anorexia* (DSM-III, 307.10) se hallan presentes en este caso:

- **“miedo intenso a la obesidad”**

“Algo en mí se rebela contra la idea de idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de desarrollar unos mofletes rojos, de convertirme en mujer sencilla y robusta, como corresponde a mi verdadera naturaleza” (p. 313).

- **“pérdida significativa de peso”**

(la curva ponderal que podemos trazar a partir de los documentos es la siguiente: 72kgs. (28 años), 47 (31 años), 42 (32 años), 46/47 (33 años).

- **“rechazo a mantener el peso corporal dentro de los límites normales”**

“Estoy arruinándome en mi lucha contra mi naturaleza. La fatalidad me

quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada” (p. 319).
- **“y amenorrea en las mujeres”** (desde los 29 años en Ellen West, p. 300).

La pérdida de peso la conseguía Ellen West a pesar de su “apetito voraz” con provocación de vómitos, utilización de laxantes (60/70 laxantes vegetales diarios; libras de tomates y hasta 20 naranjas por día) e intenso ejercicio físico (excursiones de hasta 25 millas diarias).

Como sintomatología asociada se aprecia “un descontrol sobre el intento de restricción voluntaria en la ingesta de alimentos”, (*bulimia*, según DSMIII, anorexia tipo compulsivo/purgativo, según DSM IV 307.1):

“Tiemblo de pies a cabeza, el afán de comerlo todo lucha dentro de mí una furiosa batalla contra la resolución de no comerlo, hasta que por fin pego un salto y mando retirar todo lo que queda para no incurrir en el riesgo de comérmelo después de todo”, (p. 320), así como conductas peculiares en relación a las comidas: copiar recetas de cocina, esconder parte de la comida en el bolso (p. 301).

Hasta aquí lo que Laing (1982) llama “la mirada diagnóstica”, que con toda probabilidad no hizo más que reforzar la sintomatología de Ellen West, depauperando hasta tal punto su existencia que al final ya sólo vivía para sus síntomas:

“Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes”. (p. 302).

Esta obsesión, causa de frecuentes inculpaciones y autorecriminaciones, la llevó finalmente al suicidio después de cuatro intentos fallidos y provocaciones directas al homicidio -llegó a ofrecer 50.000 francos suizos a un labrador para que la matara de un balazo y a pedir a su esposo que le diera muerte (p. 312).

La aparatosidad de la sintomatología de Ellen West es tan grande que el propio Binswanger (1945) se lamentaba de no haber dispuesto en aquel tiempo de los tratamientos de choque, aunque reconocía que esto solamente hubiera retrasado el desenlace final.

En el caso de Ellen West, en efecto, no asistimos solamente a una sintomatología crítica de una adolescente anoréxica, sino a una crisis personal arrastrada durante trece años, donde el síntoma va ocupando progresivamente el lugar de las otras metas de la vida:

“Como un único criterio de acción era averiguar si una cosa me engordaba o me enflaquecía, pronto perdieron todas las cosas su significado” (p. 310).

“Lo que antes constituía para mí un placer, es ahora una tarea, algo intrínsecamente insensato, ideado para ayudar a pasar las horas. Lo que antes me parecía una meta en la vida, toda la cultura, todo el esfuerzo, todas las realizaciones son ahora oscuras, abrumadoras pesadillas que me aterrorizan” (p. 311).

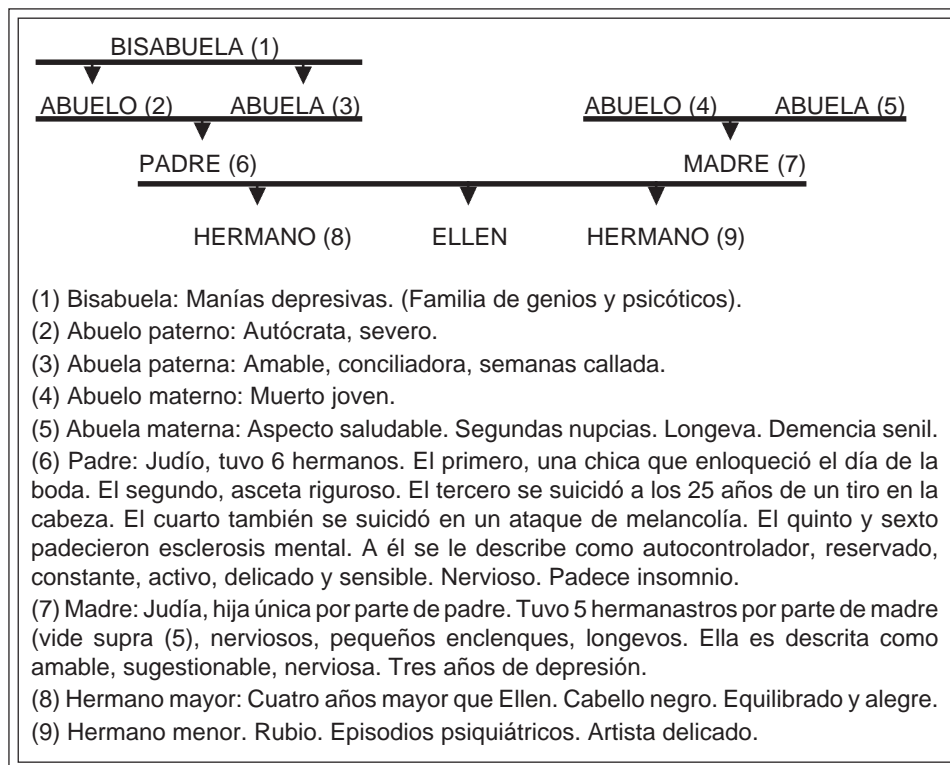
2.1.1. Aproximación biográfica

Empezaremos por describir esquemáticamente todo lo que conocemos de la personalidad histórica que se oculta bajo el nombre de Ellen West, extrayéndolo del material disperso que nos ofrece Binswanger.

Un informe médico de la clínica Bellevue nos la describe como “una mujer de altura media, adecuadamente alimentada (?), con tendencia a hábitos pícnicos y de arquitectura corporal masculinoide. Sin embargo no hay señales de caracteres masculinos pronunciados... Forma facial oval y lisa. La glándula tiroides no es palpable... Falta de menstruación por varios años. El examen neurológico no muestra nada notable” (p. 316).

No conocemos con exactitud la fecha de su nacimiento. Por referencias indirectas del texto deducimos que nacería a finales de julio de un año indeterminado del último cuarto del siglo XIX. Tampoco se nos dice nada en concreto sobre su nacionalidad: sabemos que no es suiza, pero se deduce que debió nacer en ultramar (Norteamérica?) de familia judía. Era la segunda de tres hermanos. Dado su árbol genealógico aparece descrito de forma muy confusa en el texto, hemos optado por representarlo gráficamente (Cuadro 1).

CUADRO 1: ÁRBOL GENEALÓGICO DE ELLEN WEST



El curso biográfico de Ellen West es particularmente oscuro respecto a los 10 primeros años de su vida. A pesar de haber seguido dos tratamientos psicoanalíticos, estamos, como nota Binswanger, “completamente a oscuras respecto a su infancia”. De sus primeros años sabemos “que era una niña vivaracha, pero tozuda, y que siguió la escuela en su patria de origen hasta que la familia se trasladó a Europa”. Aquí siguió los estudios en un colegio femenino: “era buena estudiante, le gustaba ir al colegio y era muy ambiciosa”, lloraba si no conseguía el primer puesto en la clase y no dejaba de asistir a la escuela ni que estuviera enferma. Sus asignaturas favoritas eran el alemán y la historia (p. 290).

Hasta sus 16 años “sus juegos eran de muchacho; prefería llevar pantalón” y todavía se chupaba el pulgar. A partir de esta edad se volvió más femenina, aunque en una poesía del año siguiente expresaba su ardiente deseo de ser chico “*porque así podría ser soldado, no temer ningún enemigo y morir gozosamente blandiendo la espada*” (p. 290). Se considera llamada a realizar alguna misión especial; lee mucho, se ocupa intensamente de los problemas sociales, siente profundamente el contraste entre su propia situación social y la de las “masas” y traza planes para mejorar la condición de los pobres. A esta edad, de diecisiete años, a consecuencia de haber leído *Niels Lyne* de J. P. Jacobsen, pasa al ateísmo total, abandonando su profunda religiosidad.

A partir de los 18 años disponemos, aunque fragmentariamente, de documentos autobiográficos a partir de los cuales hemos reconstruido lo poco que sabemos de su historia. Una mirada atenta a ésta nos descubre una existencia humana en su complejidad más allá de la sintomatología. Esta mirada global nos permite descubrir puntos de inflexión en esta existencia que marcan el paso hacia un punto sin retorno. La representación sintética de la vida de Ellen West describe una línea de proyección que apunta fuerte en la adolescencia y juventud, pero que va replegándose estérilmente sobre sí misma a medida que pasan los años hasta su autodestrucción.

La primera observación que salta a la vista en el caso de Ellen West es que la sintomatología anoréxica, aunque presente desde los 20 años, no ocupa el centro de su existencia hasta el penúltimo año de su vida en que aparece por primera vez la angustia y acude al psicoanálisis:

“En otoño de 19.. (al comenzar mis treinta y dos años) sentí la angustia por primera vez. Solamente una angustia muy indefinida y débil; en realidad apenas si era más que un atisbo de que me encontraba en las redes de un poder misterioso que amenazaba destruir mi vida. Sentí que todo mi desarrollo interior se paraba; que se cegaba totalmente el manantial de vida y expansión, porque se había apoderado de mi alma una sola idea: y esa idea era algo indeciblemente ridículo. Mi razón se rebela contra ella y yo empleé a fondo toda mi fuerza de voluntad para arrojarla de mi espíritu. En vano. Demasiado tarde: ya no podía librarme de ella, y yo anhelaba la liberación y la redención que obraría en mí algún sistema

curativo. Así me presenté al psicoanálisis”. (p. 310).

Hasta estas fechas Ellen West había desarrollado muchas actividades: estudios secundarios (*Matura* para Economía política -a la que no se presentó-, examen de ingreso en Magisterio, Cursos Mesendieck, clases y conferencias en la Universidad); trabajo (biblioteca y guardería infantiles, agencia de Bienestar Social desde los 18 años hasta los 31 años); deportes (equitación, gimnasia, excursiones y marchas); viajes (tres travesías transoceánicas entre los 19 años y los 25, un viaje a París y una larga estancia en Sicilia); había experimentado una vida sentimental intensa (de la que se conocen al menos tres amores importantes: un forastero romántico, un estudiante de la universidad y el primo con quien finalmente se casó a los 28 años, aparte de las alusiones a un “joven Apolo” y de una aventura amorosa desagradable con el profesor de equitación).

Otra observación que se impone a la vista de la cronología es la posible (co)incidencia yatrogénica entre el agravamiento de la enfermedad y la psiquiatrización de la sintomatología. En efecto, sus problemas con la comida fueron considerados inicialmente como disfunciones metabólicas (tiroides) y tratados como tales desde los 23 años hasta los 32, año en que se agrava su estado e intervienen masivamente la psiquiatría y el psicoanálisis. Sin pretender establecer una relación de causa efecto, se observa que el síntoma adquiere un carácter obsesivo dominante e incluso cambia de foco -del miedo a engordar, al impulso incontrolable por comer-, coincidiendo con la sesión diaria de tratamiento. Nada impide pensar, en efecto, que el centramiento en el síntoma pueda reforzarlo.

“Cuando abro los ojos por la mañana, allí surge ante mí mi gran tragedia. Incluso antes de estar totalmente despierta ya estoy pensando en comer. Asocio todas las comidas con sensaciones de terror y de agitación. Todas las horas entre comidas me acosa el pensamiento: ¿Cuándo volveré a sentir hambre? ¿No me gustaría incluso comer algo ahora mismo?... Y así sucesivamente una y mil veces, en formas muy variadas pero siempre con el mismo contenido. No es de extrañar que ya no pueda tener contento. Sólo conozco el terror y la tristeza, la ausencia de placer y la falta de valor” (p. 311).

2.1.2. Formación y fracaso de un proyecto

El proyecto existencial de Ellen West se puede analizar detalladamente siguiendo la evolución de su ideal: un ideal que pronto experimentará la escisión entre dos mundos, el propio (*Eigenwelt*) y el ajeno (*Mitwelt*), por incompatibilidades mutuas. Esta lucha entre los dos mundos ideales enfrentados y su propia realidad la llevarán a la autodestrucción final.

Empecemos primero por describir la representación que Ellen West hace idealmente de sí misma (**Eidos**). Ella es, ante todo una mujer *revolucionaria*:

“No soy una muñeca. Soy un ser humano con sangre roja y una mujer con

corazón trepidante. No puedo respirar en esta atmósfera de cobardía e hipocresía; quiero hacer algo más y acercarme más a mi ideal, a mi magnífico ideal... ¡Libertad! ¡Revolución!” (p. 295).

“No, no hablo en camelo. No hablo de la liberación del alma, hablo de la liberación real, tangible del pueblo de las cadenas de sus opresores. ¿Tendré que decirlo todavía más claro? Quiero un gran revolución, un alzamiento en masa que se extienda por todo el mundo y derribe todo el orden social” (p. 296).

Estas ambiciones implican para Ellen un cierto grado de masculinización o al menos de androginia, lo que le lleva a desear en sus poesías ser un chico para poder ser soldado, no temer a ningún enemigo y morir gozosamente blandiendo la espada (p. 290). Esa imagen revolucionaria no es vivida inicialmente en contradicción con el amor, ni le impide ser absolutamente femenina y sentirse dispuesta a compartir la vida con un hombre:

“¡Oh, si viniese él ahora!... Él debe ser alto y fuerte y tener un alma tan pura y tan inmaculada como la luz de la mañana. Él no debe jugar con la vida ni soñar en ella, sino vivirla en toda la plenitud de su seriedad y de su placer. Debe ser capaz de ser feliz, de quererme a mí y a mis hijos y saber disfrutar con la luz del sol y con el trabajo. Entonces yo le daría todo mi amor y toda mi fuerza” (p. 293).

Su inspiración ideológica es el nihilismo ruso (Bakunin, Pisarev y el dramaturgo escandinavo Jacobsen), que exige el desprendimiento de las riquezas y el compartir la vida con los más pobres, junto a la ruptura del orden establecido:

“¡La nota predominante a nuestro alrededor y bajo nuestra mirada es una voz tan profunda de desgracias ilimitadas! Ahí están danzando en esta sala de fiestas... y a la puerta una pobre mujer muriéndose de hambre. ¡De hambre! No le llega un pedazo de pan de la mesa de la abundancia. ¿Has visto cómo el elegante “gentleman” acompaña su conversación aplastando despacio entre sus manos un apetitoso bollo? Y fuera, tiritando de frío, una mujer pide a gritos un mendrugo reseco... ¿ Y para qué cavilo sobre esto? ¿No hago yo lo mismo?... (p. 292).

“¿Estás preconizando que hagamos concesiones? ¡Yo no las haré! Tú te das cuenta de que el orden social existente está podrido, podrido hasta sus raíces, sucio y ruín; pero tú no haces nada para volcarlo. No tenemos derecho a cerrar los oídos a los gritos de miseria ni a pasar de largo con los ojos cerrados junto a las víctimas de nuestro sistema” (p. 295).

“Quisiera abandonar mi hogar y a mis padres como un nihilista ruso, para vivir entre los más pobres de los pobres y hacer propaganda en favor de la gran causa” (p. 296).

Justamente sus amores auténticos tienen que ver con esa imagen revolucionaria. El primer amor romántico y el del estudiante universitario responden a una

fantasía (tal vez posibilidad) de vivir una vida distinta, alternativa a la hipocresía de la vida burguesa. Este ideal era el que le impedía convertirse en la mujer de su primo Karl con el que finalmente se desposó y a quien escribía en una carta poco antes del desenlace final:

“En aquel tiempo tú eras la vida que yo estaba dispuesta a aceptar a cambio de mi ideal (el novio universitario). Pero era una resolución forzada, tomada artificialmente, sin haber madurado por dentro. Por eso no dio resultado. Por eso empecé a mandarle de nuevo paquetes y a mostrarme tan opuesta a ti” (p. 303).

La visión que tiene ella del mundo circundante (Mitwelt) configura, sin embargo, su **Antieidos**. Ellen West pertenece a una clase social burguesa en la que se refuerza una imagen de mujer elegante y frágil, como su cuñada (p. 314), interesada únicamente por los asuntos familiares y mundanos, ajena a cualquier preocupación social:

“Tengo 21 años y se supone que debo callar o sonreír estólidamente como una muñeca” (p. 295).

El padre le impone un marido de acuerdo con su clase social, exigiéndole una separación temporal del estudiante universitario y se espera de ella que sea una esposa y madre “comme il faut”:

“únicamente me convertiré en tu verdadera mujer cuando renuncie finalmente al ideal de mi vida. Y esto se me hace tan difícil que hoy día estoy desesperada como hace unas semanas. ¡Pobre..., tenerte que estar decepcionando continuamente!” (p. 303).

Del conflicto entre estas dos imágenes contradictorias y su facticidad corporal y social surge una lucha entre el destino y la libertad que adquiere tintes de tragedia. En esta lucha Ellen West cede a las presiones del medio, renunciando a su libertad:

“¡Qué lástima esta mi joven vida, y qué pecado desperdiciar mi salud mental! ¿Para qué me dio la naturaleza salud y ambición? Seguramente no para ahogarla y encadenarla, ni dejarla languidecer entre las cadenas de la vida rutinaria, sino para servir a la miserable humanidad. Las cadenas de hierro de la vida vulgar: las cadenas del convencionalismo, de la propiedad y del confort, de la gratitud y la consideración, y las cadenas del amor, las más fuertes de todas. Sí, éstas son las que me tienen presa, las que me impiden mi vuelo caudal, mi completa entrega al mundo del sacrificio y la lucha por la que suspira toda el alma. ¡Oh, Dios, el terror me está volviendo loca, un terror que es casi una certeza! La conciencia de que en último término lo voy a perder todo: todo el valor, toda mi rebeldía, todo impulso de eficiencia; y que estas cadenas que constituyen mi pequeño mundo me van a hacer floja, floja y miedosa y mezquina como ellas mismas” (p. 295).

Así continúa en su diario, escribe Binswanger (1945), aireando el odio que

siente contra el lujo y la buena vida que le rodea y lamentando su cobardía y su debilidad, al no ser capaz de superar los obstáculos y sobreponerse a las circunstancias, y al dejarse ablandar, tan joven “*por la fealdad y el aire viciado de la rutina diaria*” (p. 297). La primavera la vuelve melancólica. No puede gozar del despertar de la primavera; sólo siente lo hondo que ha bajado no sólo de sus altos ideales de antes, sino de lo que era ella en realidad. Antes “se abría ante ella” el mundo y ella quería conquistarlo; sus sentimientos y sensaciones eran “fuertes y vigorosos”, amaba y odiaba “con toda su alma”. Ahora contemporiza; ella que se hubiera reído a mandíbula batiente si alguien le hubiera profetizado semejante porvenir; con cada año “*ha ido perdiendo un poco de su antigua fuerza*” (p. 297).

Hay en este abandono progresivo de sus ideales auténticos un fracaso en la realización histórica de sus proyectos y una renuncia a asumir su propia responsabilidad. En efecto, sus ansias de transformar el mundo de una manera radical se concretan en la creación de una biblioteca infantil (p. 295) y en el trabajo en guarderías y agencias sociales. Nada que sea comparable a la Revolución de Octubre. El trabajo viene a ocupar en su vida no un lugar de transformación de la realidad, sino el de “adormidera” de las inquietudes.

“¿Qué seríamos sin el trabajo... El trabajo es el opio contra el sufrimiento y el dolor” (p. 291).

“En momentos así pega un salto: feliz de ti si hay una llamada para ti, y ponte a trabajar con ambas manos hasta que desaparezcan las sombras de la noche. ¡Oh trabajo, tú eres sin duda la bendición de nuestras vidas...! Ahoga en el trabajo las voces de protesta. Llena tu vida con deberes. No pensaré tanto: no será el manicomio mi último domicilio” (p. 292).

Deja sus decisiones más importantes en manos de los demás, sin atreverse a asumir las riendas de su propia existencia. En realidad tiene miedo de estar sola, no se aleja ni un momento de sus padres (p. 292), le acompaña su nodriza a todas partes e incluso su marido se interna con ella en el sanatorio. Se fía más del criterio ajeno que del suyo propio: la propia sintomatología anoréxica se inicia a propósito del comentario de las amigas sobre unos kilos de más (p. 294). Su dependencia del mundo circundante es cada día mayor: “Aunque de pequeña prescindía en absoluto de la opinión de los demás, ahora está totalmente pendiente de lo que piensan los otros sobre su aspecto y su obesidad” observa Binswanger (1945, p. 317) el 22 de enero del último año de su vida. Ellen West transforma su ideal de cambiar el mundo (Mitwelt) por el de cambiar su propia naturaleza (Umwelt), sacrificando su cuerpo en aras de aquél:

“Algo en mí se rebela contra la idea de ponerme gorda, de ponerme sana, de desarrollar unos mofletes rojos, de convertirme en mujer sencilla y robusta, como corresponde a mi verdadera naturaleza” (p. 313).

“En todos los puntos soy sensata y tengo claridad de ideas; sólo en este estoy loca; estoy arruinándome en mi lucha contra mi naturaleza. La

fatalidad me quiso obesa y fuerte, pero yo quiero ser estilizada y delicada”
(p. 319).

Su existencia ideal sólo es posible idealmente y no encuentra puntos de anclaje en la realidad. Ellen West no acepta la facticidad y por eso quiere huir de este mundo. La muerte no es para ella el límite de la vida que posibilita el despliegue de la existencia, sino el fin que la niega.

“La muerte es la mayor felicidad en la vida, si no la única. Sin la esperanza del fin la vida sería intolerable. Lo único que me consuela un poco es la certeza de que tarde o temprano vendrá la muerte” (p. 295).

Ellen West pasa del deseo romántico de morir joven por alguna causa digna y gloriosa - *“los favoritos de los dioses mueren jóvenes”* (p. 320) - a considerar indecorosa su vida e indigna de ser vivida:

“La vida se ha convertido para mí en un campo de concentración, y yo ansío la muerte con el mismo ardor con que el pobre soldado cautivo en Siberia ansía regresar a su patria... ¡Karl, si me quieres, dame la muerte!
(p. 312).

Esta negación de la propia existencia se polariza en el cuerpo con el que se halla fundida:

“Mi yo interior está tan íntimamente fusionado con mi cuerpo, que ambos forman una unidad, constituyendo juntos mi “yo”, mi “yo individual”, nervioso ilógico” (p. 294).

y se transforma en una lucha absurda por comer y des-comer:

“Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes” (p. 302).

lo que hace que se detenga “todo desarrollo interior y toda vida real (302). Su ideal revolucionario -”antiguos planes e ilusiones que nunca llegaron a realizarse” (p. 291)- se han transformado en una “idea fija”, primero, la de no engordar (p. 291), para ser substituida después por “el ideal de ser delgada, de carecer de cuerpo” (p. 303). Esta idea se va a convertir en el tema dominante de su existencia. Así se lo hace saber a su marido durante una de las largas caminatas que emprenden juntos:

“De pronto, con una fuerza elemental, le salió como una explosión la confesión de que sólo vivía para adelgazar, que toda su actividad la subordinaba a este fin y que esta idea había adquirido sobre ella un poder terrible” (p. 301).

Este tema ya no le abandonará y, a partir de los 32 años, ocupará prácticamente todo el espacio existencial:

“Como mi único criterio de acción era averiguar si una cosa me engordaba o me enflaquecía -escribe Ellen West-, pronto perdieron las cosas su significado intrínseco” (p. 310). Esta es una óptima definición de “tema”: un “criterio de acción”. Cuando en una vida existe un solo y único criterio de acción entonces podemos decir que esta existencia está tematizada y una existencia tematizada es

una existencia alienada:

“Yo quería averiguar los impulsos desconocidos que eran más fuertes que mi razón y me forzaban a organizar toda mi vida de acuerdo con una pauta que me daban hecha. El objetivo de esta pauta era adelgazar” (p. 310).

¿De dónde surgía esta pauta o criterio de acción (tema)? Ellen West quería averiguarlo y por esa razón se sometió al psicoanálisis por dos veces consecutivas. En la primera ocasión Ellen creyó “encontrar luz, pero no salud” (p. 302). En la segunda, “decepción” (p. 310):

“Cuando intento analizar todo eso no saco nada en limpio, sino cualquier teorización, cualquier elucubración. Pero entretanto yo sólo siento la inquietud y el terror. Todo esto son cuadros fantásticos; tengo que estrujarme el cerebro para elaborarlos. Sería fácil analizar así a cualquier otro. En cambio, yo tengo que pasar miles de horas espantosas” (p. 307).

“Es inútil que venga el análisis a decirme que eso es precisamente lo que yo quiero, ese terror, esa tensión. Parece una observación brillante, pero no alivia en nada la tortura de mi corazón... Es fácil decir: todo está claro... Pero ¿dónde, dónde realmente está la equivocación? Porque yo me siento infinitamente desgraciada y me parece una tontería decirme que eso es precisamente lo que quiero: ser desgraciada. Estas son palabras, palabras, palabras... y, entretanto, estoy sufriendo como nadie dejaría sufrir a un animal”. (p. 308).

¿Dónde está realmente la equivocación? Intentando dar respuesta a esta pregunta, Binswanger (1945) sitúa el error de Ellen West en su rebelión contra el propio destino. En el historial de muchos casos de esquizofrenia -escribe Binswanger- existe una rebelión deliberada y obstinada contra la forma en que la persona ha sido “lanzada a la existencia”, contra una forma particular del destino humano. (Una de las habituales es contra el sexo en las mujeres). En estos casos la existencia pretende ser distinta de lo que es y puede ser, con lo que va contra su estructura, intentando romper sus moldes, a la vez que se aferra desesperadamente a su propio ser. Pero esta estructura no puede romperse y menos destruirse sin reafirmarla una y mil veces, aunque de una forma anormal.

Si la persona queda fijada a esta forma inauténtica de existencia, a esta afirmación negativa de sí misma, pierde la elasticidad necesaria para acomodarse a la situación interna y externa. Ello sucede porque el vacío existencial que se produce es ocupado inexorablemente por el Mitwelt. El Mitwelt no responde a la idiosincrasia de una persona, sino al standard común a las otras personas extrañas y, como tal, le es ajeno, pero termina por poseerla. El sentimiento de vergüenza, por ejemplo, no es otra cosa que el desplazamiento del centro de gravedad de nuestra existencia desde el propio juicio al de los demás, experimentado como algo incuestionable.

Con ello el Yo se convierte en un estado de cosas sometido a la apreciación de

los demás, en otras palabras queda objetivado. Como resultado pasa a ocupar el primer plano el elemento que más se presta a la objetivación, *el cuerpo*. El cuerpo por su dimensión pública y observable se convierte, de este modo, en el elemento de controversia entre el mundo propio y el ajeno.

Eso es así, efectivamente, en el caso de Ellen West, la cual en su intento desesperado por ser distinta de lo que es, llega a pedir al Creador “*que la cree por segunda vez, pero un poco mejorada*” (p. 299), y como ello no sucede, termina por eliminar “*la manzana de la discordia*”, su propio cuerpo, dándose muerte de forma calculada y fría, después de haberse puesto en paz consigo misma y su apetito.

Lo que hubo de tan fatalmente equivocado en la vida de Ellen West no es otra cosa, para Rogers (1977), que la alienación de su experiencia. En el caso de Ellen West este proceso llegó a sus últimas consecuencias. En algunos de los momentos más significativos de su existencia, continúa Rogers, “le hicieron creer que su propia vivencia no tenía valor ninguno, que era falsa, equivocada e insensata, algo muy distinto de lo que debería sentir: “Ya no le quedaba modo alguno de saber lo que ella misma sentía o cuál era su opinión. Este es el estado más solitario de todos, aquél en el que la persona se separa casi por completo del propio organismo autónomo”.

Difícilmente se le puede negar la razón a Rogers en cuanto dice; pero su planteamiento no va mucho más allá de una comprensión empática, posiblemente insuficiente por sí misma para desarticular el entramado de la problemática de Ellen West. Escribe Rogers (1977) que ella hubiera podido ir descubriendo poco a poco que: “podía vivenciar... al mismo tiempo deseo de ser hombre y mujer, al mismo tiempo deseo de ser una esposa gordinflona, robusta y sumisa y deseo de ser una reformadora social, esbelta, brillante y combativa” .

No era éste, sin embargo, el deseo de Ellen West, quien distinguía entre voluntad (de engordar) y deseo (de adelgazar). Ella describía este conflicto como “*una lucha entre el deber y el deseo en el sentido kantiano*” (p. 304). Voluntad y deseo eran pues intrínsecamente incompatibles y no podían experimentarse “al mismo tiempo”, en contra de lo que supone Rogers. La solución que Ellen quería para sí misma, en cambio, debería haber sido mucho más mágica. Una sustancia que alimentara y no engordara:

“Si existiese una sustancia que contuviese alimento en la máxima concentración y que me permitiese mantenerme delgada, entonces me alegraría muchísimo seguir viviendo” (p. 319).

Sin embargo, cualquiera que haya seguido atentamente el desarrollo de la experiencia de Ellen West hasta este momento estará de acuerdo en que esta sustancia habría producido el mismo resultado que los otros tratamientos, a saber, ninguno. Ella había temido que al engordar disgustaría a su novio anterior (el estudiante) y, en todo caso, identificaba la delgadez con un tipo más distinguido e intelectual y la gordura con un tipo de judío burgués. Cuando se enteró por el dictamen del ginecólogo que no lograría sus aspiraciones como mujer -como

madre- a pesar de renunciar al más alto tipo de intelectualidad (informa el primer psicoanalista) “entonces decidió vivir para su *idea* sin inhiciones y empezó a tomar grandes dosis diarias de laxantes” (p. 314).

Con todo los laxantes no conseguirían liberarla del hambre, sino al contrario producían en ella un apetito “voraz” y este círculo vicioso entre el comer y descomer provocaba en ella una vertiginosa sensación de vacío. ¿Cuál es el sentido de este sentimiento -se pregunta Ellen West- de “la horrible sensación de insatisfacción que se apodera de mí después de cada comida?”:

“Los días en que no me atormenta el hambre salta de nuevo a primer plano el terror a engordar. Entonces me atormentan dos cosas: primera, el hambre; segunda, el miedo a ponerme gruesa. No veo manera de soltarme este nudo corredizo... Sensación horrible de vacío. Miedo horrible a esta sensación. No tengo nada con que calmar este sentimiento” (p. 306).

La explicación analítica al sentimiento de vacío que recoge Ellen es la siguiente:

“al comer intento satisfacer dos cosas: el hambre y el amor. El hambre se satisface, pero el amor, no: ahí queda abierto y sin llenar el gran vacío” (p. 307).

¿Por qué, sin embargo, las explicaciones psicoanalíticas no convencen a Ellen West?. La respuesta puede encontrarse en sus propias palabras:

“Tal vez encontrase mi liberación si pudiera resolver ese jeroglífico: el de la relación entre el comer y anhelar. La conexión erótico-anal es puramente teórica. Se me hace completamente incomprensible. El único trabajo que hago es puramente mental. Nada cambia en lo más profundo de mi ser; el tormento continúa igual” (p. 306).

A partir de su segundo psicoanálisis, una nueva preocupación viene a añadirse a las anteriores. En efecto, cree ahora que su verdadera neurosis obsesiva no es el miedo a engordar, sino el constante afán de alimento. Un ejemplo evidente de cómo una interpretación incorrecta puede añadir leña al fuego:

“El placer de la comida -escribe bajo la influencia evidente del segundo analista- tiene que haber sido el placer primario. El miedo a engordar me servía de freno. Ahora que veo el placer de comer como la verdadera idea obsesiva, ha saltado sobre mí como una bestia salvaje. Me persigue constantemente y me está empujando a la desesperación” (p. 306).

“De todos modos ha cambiado el paisaje. Hace sólo un año esperaba con ilusión el hambre y luego comía con apetito. Los laxantes que tomaba diariamente se encargaban de que no engordase. Por supuesto, yo también elegía los alimentos con ese fin, evitando todo lo que pudiera engordar, pero en todo caso comía a gusto y gozaba de los productos permitidos. Ahora, a pesar de mi hambre, cada comida es un tormento, acompañado constantemente por sentimientos de angustia. Estos ya no me abandonan”

jamás. Los siento como algo físico, como una garra en mi corazón” (p. 306).

Es evidente que cuanto más se intenta explicar el mundo de Ellen con argumentos ajenos a su experiencia tanto más extraño se le vuelve a ella misma:

“No me comprendo en absoluto. Es terrible no entenderse una a sí misma. Me enfrento conmigo misma como una persona extraña” (p. 308).

Cualquier intento de “explicación”, si no quiere verse destinado al fracaso y generar la incompreensión, deber partir necesariamente de la representación explícita que la misma persona hace de su mundo. Tal representación remite a la matriz discursiva o genotexto que se halla a la base de los textos en que se expresa (Villegas 1992). El cuadro (2) siguiente intenta representar de modo sintético la macroestructura del discurso de Ellen West. Éste se organiza de forma opositiva como un enfrentamiento o una escisión entre dos mundos, el mundo propio (Eigenwelt) y el mundo ajeno o social (Mitwelt), una imagen clara de lo que Laing (1960) denominó un “Yo dividido”: (Véase Cuadro 2 en pág. sig.)

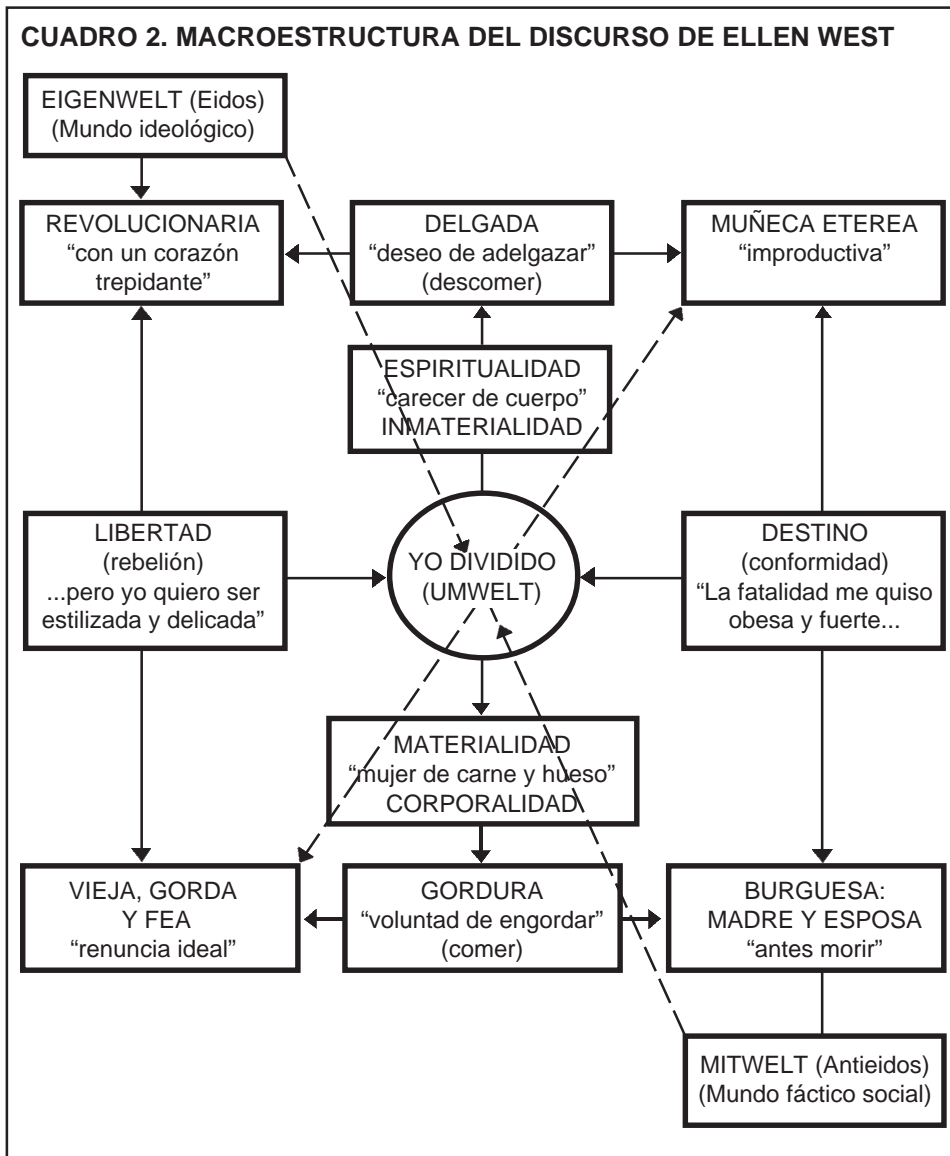
2.1.3. Comentario a la macroestructura

Como puede observarse en la macroestructura (Cuadro 2) el núcleo discursivo de Ellen West gira alrededor de un yo dividido por el determinismo del *Umwelt*. Un yo que, como dice Ellen West, “está tan íntimamente fusionado con mi cuerpo que ambos forman una unidad” (294), por no decir una identidad. Esta fusión provoca la confrontación de los opuestos espiritualidad-inmaterialidad vs. materialidad-corporalidad, dando origen a una experiencia disociada que se rebela contra la aceptación de la fatalidad de la naturaleza que la quiso “fuerte y robusta”, para escoger el objetivo de la delgadez radical -“carecer de cuerpo”-, que la ha de aproximar al sueño de la revolución nihilista. Este sueño pertenece a la percepción ideal que ella tiene de sí misma (Eigenwelt), pero entra en franca oposición con “el mundo circundante (Mitwelt) que quiere hacer imposible la consecución de mi ideal”.

La naturaleza de este conflicto, que adquiere las características dramáticas de “una lucha entre el deber (la voluntad de engordar) y el deseo (de adelgazar) en el sentido kantiano” se expresa en las alternancias entre el comer y el descomer (vómitos, laxantes, ejercicio físico), típicas de la anorexia purgativa en que desemboca su patología anoréxica pocos meses antes del fatal desenlace. Paradójicamente el resultado de esta lucha es un mayor centramiento sobre el cuerpo que quiere anular: “Mis pensamientos están fijos exclusivamente en mi cuerpo, mi comida, mis laxantes” (p.302).

Entre las exigencias del Eigenwelt y del Mitwelt existe, sin embargo, no sólo una oposición, sino una contradicción lógica. En efecto, su ideal de “carecer de cuerpo” es coherente con su nihilismo ideológico, pero lo es igualmente con el de ser una “muñeca etérea y elegante”, como corresponde a una jovencita de clase

CUADRO 2. MACROESTRUCTURA DEL DISCURSO DE ELLEN WEST



burguesa. Los burgueses son descritos por ella dándose repugnantes hartones de comida, imagen que le produce un asco visceral. De modo que rehuye la materialidad/gordura para desarrollar una espiritualidad/delgadez, que, paradójicamente, la pone más cerca de ser una odiable “muñeca” burguesa, que una “mujer de carne y hueso y de corazón trepidante”, capaz de llevar a cabo una gran revolución. Intentando ser revolucionaria acaba siendo simplemente rebelde con el mundo y disconforme consigo misma. La lucha para cambiar la realidad pasa toda por su

cuerpo y desemboca en una lucha estéril por adelgazar, por comer y descomer. Esta misma espiritualidad etérea e incorpórea le impide ser la mujer, madre y esposa que quisiera, pero no desea ser, porque termina por no saber quién es, ni qué es en realidad.

Ellen West tenía clara conciencia de haber cometido un error, el de haber confundido su “*ideal con una ficción*” (p. 303). Esta ficción era la delgadez. La delgadez era el punto de encuentro que le permitía ser idealmente espiritual (revolucionaria) y ser aceptada socialmente (muñeca etérea); no podía verse a sí misma en ninguno de los mundos si no era bajo el prisma de la delgadez. Pero ese ideal le imposibilitaba ser realmente ella misma: una mujer de carne y hueso, activa, esposa y madre.

Para ser delgada no debe comer o debe eliminar todo lo que come no porque el alimento tenga un valor simbólico como piensa el analista (comida-> embarazo-> gordura, “*grossesse*”), sino puramente instrumental, al servicio de su ideal de carecer de cuerpo que se contrapone a la realidad de serlo. Ahí radica el error de las interpretaciones que hacen sus analistas al confundir los actos instrumentales con actos simbólicos.

Los actos instrumentales, sin embargo, no se sostienen, al menos originalmente, por ellos mismos. Esta es la razón por la que suelen fallar, a la larga, muchos de los tratamientos puramente sintomáticos. Una conducta instrumental como el comer y el laxarse tienen un valor funcional y no puede alterarse en sí misma, sino en función de la finalidad a la que sirve.

Ahora bien, esta finalidad suele ser más compleja de lo que parece a primera vista. Podría decirse, en efecto, que la finalidad es ser delgada y que, por tanto, consiguiendo simplemente serlo o dejando de pretender ser *tan* delgada -corriéndose un poco de los extremos hacia el centro en la dimensión delgadez/gordura- o contentándose con un peso normal en relación con la edad, la talla y la constitución, la persona olvidaría su obsesión. Sin embargo, eso no sucede las más de las veces y en su lugar se instaura una angustia creciente. La angustia se basa en el temor a engordar: mientras puede controlar este temor alternando las comidas con los laxantes, la amenaza no es mortal:

“Hace sólo un año esperaba con ilusión el hambre y luego comía con apetito. Los laxantes que tomaba diariamente se encargaban de que no engordase” (p. 306).

En realidad los intentos de suicidio no aparecieron hasta que se invirtió el orden de los temores y pasó a ocupar el primer plano el horror al impulso bulímico. Lo que rechaza Ellen West no es el alimento, sino la materialidad, aunque no tiene otro campo de batalla que una corporalidad escindida entre las dimensiones gordura/delgadez. Como no puede ser en realidad **inmaterial** intenta al menos ser máximamente delgada, hasta carecer de cuerpo.

El rechazo de la gordura por parte de Ellen West es un rechazo de la

materialidad, en tanto que la materialidad señala siempre unos límites y ella aspira a lo absoluto “*aut Caesar, aut nihil*” (p. 290). La caricatura típica del burgués gordo, embutido en su frac, fumando un puro -que Ellen West reproduce (p. 315)- lo identifica con los intereses materiales y materialistas. En contraste, la mujer burguesa, “muñeca” improductiva, se presenta como etérea y sutil, apuntando, a través de su aspecto angelical a una trascendencia del orden material, del que vive, sin embargo, descaradamente. Este es el modelo externo que quiere reproducir Ellen West cuando descubre a los 20 años su femineidad y es influenciada por sus amigas de porte distinguido. Pero lo vive con la mala conciencia que le produce su identificación revolucionaria. En este sentido Ellen West pertenece a aquel grupo de mujeres anoréxicas (Antígona, Catalina de Siena, Sissi, Simone Weil) que Raimbault y Eliacheff (1989) han denominado “las indomables” y que se caracterizan por una búsqueda obstinada de la verdad y un rechazo absoluto a cualquier clase de acomodo. Pero a diferencia de ellas Ellen West carece de una causa concreta por la que luchar y se pierde en la esterilidad de la batalla cotidiana por un cuerpo casi etéreo, puesto que, como cualquier muchacha burguesa sabe, este aspecto grácil y vaporoso es pura “ficción” de trascendencia, ya que en realidad no es más que la manifestación de un elitismo social, producto de mucho dinero gastado en el cultivo del cuerpo para servir mejor de reclamo y aumentar hasta lo posible el disfrute de las posesiones materiales.

Ellen West, sin embargo, quiere ser delgada porque le repugna la materia y, en este sentido, llega a ser auténticamente anoréxica sin dejar de ser burguesa. En realidad su deseo sería “carecer de cuerpo”. De modo que rechazando la *corporalidad* (atributos corporales, sexo, gordura, etc.) rechaza propiamente la *corporeidad* (ser cuerpo). ¿Qué conseguiría si imaginariamente pudiera llegar a existir careciendo de cuerpo?: la superación de los límites e, incluso, de las necesidades y a la vez la posibilidad de derribar el mundo burgués que odia. La realización perfecta del nihilismo:

“Aún no se ha producido la única mejoría real, la que debe nacer de dentro. Aún no he alcanzado el nirvana en el sentido figurativo -de extinción del apetito, del odio, de las manías... El apetito de realizar mi ideal; mi odio contra el mundo circundante que quiere hacer imposible la consecución de mi ideal; mi manía que radica en mi empeño de considerar este ideal como algo que vale la pena” (p. 304).

Ahora bien, dado que entre espíritu y materia no existe un término medio, el problema que plantea Ellen West es insoluble: la presencia entre los humanos, la posibilidad de intercambio y acción se basan en la corporalidad. Ellen West no acepta la facticidad, los límites reales que posibilitan la acción y la existencia humanas y, en consecuencia, todos los intentos por cambiar el mundo y cambiarse a sí misma son un fracaso. El error radica en identificar materialidad y corporalidad y contraponerlos necesariamente a la espiritualidad. Inmaterialidad y corporalidad

son intrínseca y ontológicamente contradictorios; no pueden, pues, darse simultáneamente. Corporalidad, en cambio, no es incompatible con espiritualidad, puesto que ésta no es sinónimo necesario de inmaterialidad. En efecto, todas las religiones han contemplado, desde siempre, las más diversas formas de espiritualidad del cuerpo. Está claro que Ellen West no podía aceptarse a sí misma sin un elevado grado de espiritualidad -de ello nos hablan sus poesías e ideales- aunque fuera una espiritualidad laica. La contraposición espíritu/cuerpo se ha dado sobre todo en mujeres a lo largo de la historia, produciendo el fenómeno que Bell (1985) ha denominado “santa anorexia” (véase también Reda, 1997, en este mismo número).

En el caso de Ellen West se da una coincidencia de valores *trascendentales* (aunque no explícitamente religiosos, sino nihilistas) y *estéticos* en la delgadez, que se convierte en la plasmación tangible de su ideal, derivando en una idea enfermiza dominante. La fijación de esta idea no puede atribuirse, no obstante, simplemente a una presión social por dos razones fundamentales: primera, porque ésta es prácticamente uniforme en todas las chicas de su edad y clase social y no todas, evidentemente, desarrollan el síntoma; y, segunda, porque no es el modelo social -muy ambiguo, por otra parte- el que por sí mismo se introyecta en la persona, sino la forma como ésta lo construye o lo integra en su sistema de constructos.

¿Por qué, pues, la espiritualidad como contrapuesta a materialidad adquiere una fuerza tan determinante en el sistema de Ellen West? Justamente, a nuestro entender, porque confunde corporalidad con materialidad y espiritualidad con inmaterialidad. Así intentando huir de los límites de la materialidad huye de su cuerpo: incapaz de mancharse las manos con la revolución prefiere encadenarlas a “*los grilletes de la comodidad*” (p. 295), abandonando todo tipo de acción y degenerando en la improductividad de la mujer burguesa.

Una construcción alternativa de sus constructos supraordenados hubiera implicado hacer compatibles *corporalidad* y *espiritualidad* sustituyendo materialidad por corporalidad: se puede ser gordo y espiritual, pero no se puede ser gordo e inmaterial.

La respuesta a la importancia que podía tener para ella la espiritualidad, podría tener que ver algo, probablemente, con su deseo de elección divina “*los favoritos de los dioses mueren jóvenes*” (p. 320), a través de una muerte prematura. Podría reducirse probablemente, en última instancia, al deseo universal de todo existente de llegar a ser un ser-en-si-para-si, en una imposible autoposesión total y absoluta, para evitar llegar un ser para-los-demás, un objeto de su deseo o de su control.

En cambio de esto Ellen West fue cediendo cada vez más el control de su existencia a los demás, mientras se dedicaba obsesivamente a controlar los alimentos que ingería y los laxantes que había de tomar después. Esta compulsión anuló en ella cualquier otro ámbito de interés e iniciativa.

“Yo quiero ponerme cada vez más delgada, pero no quiero tener que estarme vigilando constantemente y no quiero prescindir de nada; este

choque entre mantener la línea y no querer renunciar a ningún alimento es lo que me está destruyendo” (p. 319).

Su rebelión iba dirigida contra cualquier forma de control, si bien terminó dependiendo totalmente del entorno hasta que se suicidó, último acto de afirmación e independencia.

“Continúo viviendo solamente por un sentido de deber para con mis parientes. Ya la vida no tiene encantos para mí. Dondequiera que mire no encuentro nada que atraiga mi interés. Todo me parece gris y tristón. Como me he enterrado dentro de mí misma y no puedo ya amar, mi existencia es sólo una tortura... Lo que antes me parecía una meta en la vida, toda la cultura, todo el esfuerzo, todas las realizaciones son ahora oscuras, abrumadoras pesadillas que me aterran” (p. 311).

Ellen West quería enfrentarse a su mundo y asumir su responsabilidad. No supo hacerlo y se suicidó. Estaba enredada en el círculo de comer/no comer, que era doblemente incompatible con el mundo propio y con el mundo social. En ambos existía la exigencia de comer y no comer simultáneamente y sólo se hacían compatibles por razones contradictorias: necesita comer como “mujer de carne y hueso” (naturaleza) que era, pero no podía hacerlo porque así se convertía en judía burguesa (clase social). De este modo rechazaba la facticidad natural e histórica. Hubiera podido desclasarse con relativa facilidad, pero no cambiar su naturaleza, por más que se empeñó en ello. La alternativa era no comer con lo que se acercaba a su ideal de trascendencia nihilista (Eigenwelt), pero entonces se parecía cada vez más a una “muñeca”, lo que satisfacía su imagen narcisista, que rechazaba al mismo tiempo ideológicamente.

En su condición social Ellen West tenía una doble salida posible, como revolucionaria o como mujer, madre y esposa burguesa, pero la buscaba en un vano intento de midificación de su condición corporal. Llevar a cabo alguna de las dos alternativas hubiera implicado probablemente una cierta rebaja en sus planteamientos, pero al mismo tiempo hubiera posibilitado la realización de alguno de ellos. La acción y no el cuerpo habrían pasado a ocupar el centro del espacio de proyección existencial. En lugar de ello, como en su tercer sueño, Ellen West “*comió muchos bombones y preparó las maletas*” (p. 318). En resumen el sueño se estructura en tres escenas: en la primera, durante una travesía por el mar, Ellen West se echa al agua por un tragaluz; en la segunda su primer amante (un estudiante) y su marido actual se echan al agua para salvarla e intentan reanimarla con la respiración artificial; en la tercera Ellen come muchos bombones rellenos de crema y prepara sus maletas. Ellen West quiere realmente terminar con su vida, que se le hace insoportable a causa de la lucha con su anorexia/bulimia; sólo puede salvarla la intervención de los hombres que la han amado, el novio estudiante y el marido: ambos lo intentan, pero fracasan: es una reanimación “artificial”. Finalmente decide aceptar las cosas como son: se pone a comer golosamente bombones -renuncia al ideal anoréxico- pero al

precio de hacer las maletas, de emprender el viaje definitivo: la muerte. A destacar, como escribe Binswanger (1945), que la tarde anterior a su muerte “toma crema de chocolate y huevos de Pascua; da un paseo con su marido...; se encuentra de un humor positivamente jovial; parece haberse disipado hasta el último vestigio de tormenta.”

Si comparamos los textos de los diversos sueños (Cuadro 3) que antecedieron a su suicidio encontramos en todos ellos los mismos temas discursivos: el problema de la anorexia/bulimia centrado en las relaciones con la comida y el preanuncio de su muerte: “*Me alegro de comer de todo antes del fin; me comí un gran trozo de pastel de moka*” escribe resumiendo su primer sueño (p. 317). Finalmente toma “personalmente las riendas de su vida” (p. 321). Se suicida después de ponerse en paz con su glotonería. Esta es la alternativa que Ellen escogió antes de volverse “*vieja, gorda y fea*” (p.294).

CUADRO 3 Los sueños de Ellen West

Sueño 1:	“Soñé algo maravilloso: había estallado la guerra. Yo tenía que ir al frente. Me despido de todo el mundo con la gozosa esperanza de morir pronto. Me alegro de poder comer de todo antes del fin; me comí un gran pastel de moca.”
Sueño 2:	“Soñé que era la esposa de un pintor que no puede vender sus cuadros. Tenía que trabajar cosiendo o algo parecido, pero no podía porque me sentía mal; pasábamos hambre. Le pido que coja un revólver y nos mate a los dos. ‘Tú eres demasiado cobarde para disparar; los otros dos pintores se dispararon también’.”
Sueño 3:	Sueña que en un crucero transoceánico saltó al agua por un tragaluz. Su primer novio (el estudiante) y su marido intentaron hacerle la respiración artificial. Ella comió muchos bombones e hizo sus maletas.
Sueño 4:	Pide goulash, dice que está famélica, pero sólo quiere un trozo pequeño. Se queja a su antigua niñera de que la gente le está atormentando mucho. Quiere prenderse fuego en el bosque.

2. 3. ENTRE LOS PUCHEROS NO ANDA DIOS: EL CASO MARA

El segundo testimonio que transcribimos -publicado originalmente en 1963- relata de forma autobiográfica las experiencias de una anoréxica en relación con su entorno familiar y social en el contexto de la Italia de los años cuarenta y cincuenta. La infancia y adolescencia de la paciente transcurren en el marco de la segunda guerra mundial y de la inmediata posguerra, cuyas resonancias se hacen visibles en el texto, a través de múltiples referencias. Corresponde pues al segundo tercio del

siglo XX.

Se trata de una pequeña autobiografía, escrita por una paciente anoréxica, incluida en el libro repetidamente citado de Mara Selvini (1989), que ocupa un total de 18 páginas escritas en letra menuda. Nos hemos referido a él ya anteriormente en otras ocasiones (Villegas 1992), pero aquí nos extenderemos más específicamente en su consideración. Tiene la ventaja de reproducir con todo detalle, fruto evidentemente de una conciencia posterior, los antecedentes familiares, caracteriales y experienciales que precedieron remota e inmediatamente a la eclosión del síntoma. Asistimos de este modo a la génesis de un trastorno que para la mayoría continúa siendo misterioso e incomprensible. Se trata evidentemente en este caso, como en los demás que sometemos a la consideración del lector, de un caso particular, idiosincrásico, pero que contiene en esencia los elementos comunes cuyo su análisis y el de los demás nos ayudará a hallar en la base de la anorexia nerviosa.

Hemos titulado este texto con una expresión tomada de Teresa de Avila, “entre los pucheros anda Dios”, mediante la cual la santa quería advertir a sus novicias del peligro de buscar a Dios a través de grandes proezas o hazañas ascéticas o místicas, por la resonancia que encuentra en los textos de nuestra anoréxica: “Una mujer siempre en casa, entre los fogones y los *pucheros*... sin una voluntad propia, sin ninguna meta personal. Una mujer que engorda y nada más”. En nuestro caso la expresión de la santa es corregida por la anoréxica y convertida en su contraria mediante una negación: “entre los pucheros **no** anda Dios”.

Por razones obvias -el texto está escrito en primera persona- la paciente no es designada nunca con su nombre propio. Nosotros la denominaremos Mara en clara alusión a la autora del libro (Selvini, 1991), donde aparece publicado el texto completo. Mara inicia su autobiografía con el relato de una infancia en el que se combinan los pasajes idílicos con los trágicos. Se trata evidentemente, como en toda autobiografía, de una reconstrucción autojustificativa de los propios orígenes, donde se fragua una imagen de sí misma entre victimal y heroica. Una historia fabulada que evoca fácilmente cuentos de hadas, brujas, madrastras y hermanastras perversas y princesas encantadas o condenadas a hacer de cenicientas. Reproducimos, a continuación, el texto sintetizando los pasajes narrativos o descriptivos, pero dejando, en la medida de lo posible, la expresión de pensamientos, sentimientos e intracciones en su integridad. Los números que aparecen entre corchetes al lado de determinadas palabras remiten a los epígrafes numerados de la macroestructura que aparecen en el cuadro 4. El texto empieza así:

Si intento recordar mi primera infancia me veo en el jardín de una villa en los alrededores de (aquí el nombre de una gran ciudad) mirando absorta [9] más allá del seto del jardín a otra niña que está jugando con una magnífica muñeca rubia. Me veo allí petrificada con un deseo inmenso de cogerla en mis brazos para acunarla: ‘nina-nana, oohh, oohh’... De repente me despierta de mis sueños [9] la voz de mi madre:

- 'Mírala donde se había metido la bastarda...'

y me siento apoderar del miedo...

- '¿Cuándo piensas lavarte ¡so guarra!?' añade mi hermana, que asoma por la puerta toda arreglada y bien peinada, hecha toda una mujercita.

- 'Por tu culpa llegamos siempre tarde al colegio y luego yo tengo que aguantar los gritos de la monja'...y de un tirón me metía bajo el grifo para lavarme las manos y la cara con el agua fría...

- 'Vigíla bien a esta mona..., iros con cuidado...' insistía mi madre desde la puerta de casa cuando salíamos hacia el colegio.

- 'Y cuida de que se coma toda la sopa en el colegio'.

Y yo, llena de rencor,... sentía el impulso de echarme a correr por la calle, de escapar o de hacerle cualquier cosa a mi hermana para que mi madre la tuviera que reñir”.

Una vez ya en el colegio -que describe como un viejo convento de monjas de hábito oscuro y niñas mayores que ella-:

“Yo me quedaba a un lado, silenciosa, porque era la más pequeña, indigna de estar con las demás y participar en sus juegos, aceptada por pura compasión de las monjas, puesto que no tenía edad para entrar en aquel colegio. Me pasaba el rato soñando [9] con la muñeca rubia o fantaseando [9] por los reinos infinitos de la fantasía [9]...

- '¡Venga, come!', me decía mi hermana, lanzándome una mirada fulgurante y yo en una reacción brusca de rebelión [8], hundiendo la cuchara en el plato tiraba toda la sopa... De repente todas las miradas se dirigían horrorizadas hacia mí, mientras yo permanecía impávida, casi sin respirar, insensible al calor de la sopa que se escurría desde la cintura y por las rodillas hacia las piernas... Y luego venía el castigo:

- 'Te quedarás sin teatro'...

Me sentía tan poquita cosa que me cerraba en mí misma y no respondía nada...

- 'Ven aquí, abróchate el abrigo que nos vamos a casa... Ya verás cómo se lo cuento todo a mamá', decía mi hermana alzando la mano en tono amenazador. Y mis ojos la seguían llena de miedo y de odio [7] hacia ella... Al llegar a la puerta de la casa, empezaba a bajar la mirada y entraba silenciosa. Pero al poco rato ya se oía la voz de mi madre que preguntaba: ¿Y hoy qué ha hecho? Y mi hermana se lo explicaba todo. Sentía todo el peso de la mirada de mi madre... y la voz de mi padre que asomándose por la puerta del estudio decía:

- 'Así que la sopa, eh?... La tira en lugar de comérsela la bruja. Mírala bien, si son cuatro huesos y poco más. Tírala al tranvía a esta carroña. Vaya fardo que has traído al mundo'. Y sus brazos se alzaban con una furia incontenible. - 'Vete, vete a dibujar a tu cuarto', intervenía mi madre. Y

cuando desaparecía él me caían encima cuatro bofetones. La criada en el dintel de la puerta me miraba cariñosa:

- 'Déjela estar, señora. Su marido siempre ha dicho lo mismo, ya desde que nació... estaba furibundo, tan fuera de sí que no podía ni trabajar: ¡qué delgada [6], qué monstruito... y encima niña, todas mujeres, malditas mujeres!... y golpeaba las puertas como un loco... Ya se sabe, señora, no todos nacen santos... Esta pobre criatura nos ha hecho pasar las noches en blanco con sus berridos y el señor ingeniero repitiendo siempre la misma frase: Tírala al tranvía... Paciencia, señora, ya lo dice el proverbio: 'en los rizos, caprichos' y ésta los tiene en abundancia. Mírela! decía mientras pasaba su mano afectuosa por mi pelo ensortijado. 'Cuando sea mayor verá qué señorita estará hecha!...

- 'Sí, pero mientras tanto, decía mi madre, nos hará volver locos a todos...' Yo me quedaba confusa escuchándolo todo... Persistía en mí una vaga sensación de ser ajena a todo aquel ambiente... Había algo que se rebelaba [8] en mí a todo cuanto querían de mí, porque lo sentía como demasiado alejado de mí... Cada vez que me rebelaba [8] a sus órdenes se despertaba en lo más profundo de mi ser el eco de aquellas palabras: Tírala al tranvía... Y aquella frase, esculpida en lo más íntimo me causaba una especie de alivio. Por tanto a ellos no les importo nada, así que puedo hacer lo que más me plazca... Aquella frase lo excusaba todo...

En mi casa raramente era objeto de aprobación. Un día me había acercado al estudio de mi padre, lleno de misterio para mí. Sentado en su escritorio mi padre me vio, sonrió y me llamó:

- 'Ven aquí delgaducha [6], veamos si has crecido. Me acerqué vacilante. A ver! levántate la falda. Obedecí con un cierto grado de desazón. Me venía a la mente la frase de la monja: "Las niñas que se levantan las faldas van al infierno. Ah!, ahora sí que has engordado [5] un poco el culito, dijo dándome una palmadita en la pantorrilla. 'Ven, toma unos caramelos'. Me acerqué avergonzada y contenta, cogí los caramelos y salí al jardín. Pero no me los comí. 'Mi padre y yo iremos al infierno', pensé."

Con el inicio de la guerra en 1940 mi padre nos hizo trasladar a otra ciudad, donde tenía una casa. Fue un período feliz para mí, inconsciente de la angustia que oprimía a miles de almas. Para mí la guerra sólo tenía el sabor de una aventura que elevaría sobre el pedestal de la gloria [10] una infinidad de individuos, que de otra manera habrían parmenecido en la sombra para siempre. Cuando pasaba por delante del cuartel vecino a casa me detenía para admirar los rostros de los soldados que se asomaban a la ventana. Entonces me venía a la mente una frase de mi maestra: 'En la vida cada uno debe tener un objetivo'[2]. Aquellos soldados eran felices, habían encontrado su objetivo [2]. Me recreaba imaginando [9]

sus aventuras, situaciones dramáticas que terminaban en actos heroicos [10]. Y todo el mundo inclinándose ante su fiera mirada... Si llegaba a ver a alguna madre llorando por la llamada de su hijos a las armas la consideraba mezquina y vulgar [1]. Ella no sabía. También yo algún día habría hecho algo grande [10] y todos terminarían por saber quién era yo. Pasaba horas y horas en el jardín de la casa meditando estas fantasías [9] y eran éstos los únicos momentos en que no me sentía sola entre extraños. Éste era mi mundo. Fuera, una familia hostil, que recriminaba constantemente mis caprichos. Cuanto más se negaban mis caprichos, tanto más me obstinaba en obtenerlos, pataleaba, chillaba y el objeto deseado adquiría a mis ojos una nueva luz, convirtiéndose en algo absolutamente necesario. Y llegó el primer día de colegio. Tenía sólo 5 años... Todo el mundo me miraba... Sólo la maestra me dirigió amablemente la palabra diciendo: - 'Pero Dios mío, tan pequeña. ¿Por qué te han mandado a la escuela siendo tan pequeña todavía?'

La timidez que me oprimía la garganta me impidió responder. En mi interior me sentí consolada. Tenía una ventaja sobre las demás. Con lo pequeña que era les haría ver a todas que era la mejor. Siempre alejada de los demás..., pero esta vez sabía qué es lo que tenía que hacer. Aunque la más pequeña, sería la mejor. Desde aquel momento estuve atentísima, sin perderme ni una palabra de la maestra. En casa pasaba la mayor parte del tiempo dedicada a los deberes. En poco tiempo, en efecto, conseguí ser la mejor. Y cuando me sentí situada en una esfera superior me di cuenta de que no había hecho más que profundizar el abismo que me separaba de las demás... Alejada de todas, sólo la maestra con su amable complacencia se había convertido en mi dios. Me sentía superior a las otras, cada vez más cercana a un objetivo [2].

La narración continúa con el episodio del día de su Primera Comunión, día especialmente aciago en que todas sus fantasías de protagonismo se van por los suelos, al descubrir a través de los comentarios burlones de una compañera que el vestido que lleva es de segunda mano, había pertenecido a su hermana mayor.

“Un odio [7] profundo hacia ella se apoderó de mi corazón y los ojos se me llenaron de lágrimas. Después recordé que no se debía odiar. Entonces intenté pensar que ofrecería al Señor mi generosidad y me juré que algún día llegaría a ser algo grande [10]... pero quedaba en el fondo de mi alma un profundo malestar, una sorda rebelión [8]. Todo lo que llevaba lo había llevado ya mi hermana... No conseguía pensar en la grandiosidad [10] de la ceremonia..., al tiempo que sentía el remordimiento profundo por no ser tan buena como quería Jesús, por no conseguir ser la heroína [4] pisoteada que lo soporta todo en silencio...”

El incesante avance de la guerra obliga a la familia a trasladarse todavía más

al sur, a un pueblecito de montaña que vive de una economía estrictamente de sustento. Allí toma inmediatamente conciencia de su superioridad respecto a las otras niñas del pueblo.

“Me di cuenta inmediatamente de que las niñas me miraban con un fuerte sentimiento de envidia... En la escuela era clara mi superioridad respecto a las demás. Al poco tiempo me había convertido en su maestra... Por los labios de todos corría el dicho: ‘sabe más que la maestra’. Y yo, orgullosa de esta certeza me atrincheraba detrás de esta fama para hacer frente a los obstáculos que encontraba en mi familia... Pronto se vio que mi hermana destacaba en matemáticas. En este campo era ella quien ayudaba a todos, particularmente a los chicos. Entonces yo descuidé aquella materia, dejándole el campo libre, sin oponer ninguna resistencia, aceptando más bien ser ayudada por ella.

Un gran abismo me separaba igualmente de las demás en los juegos... les explicaba tristes cuentos que me inventaba uno tras otro de modo que apenas narrados ya no sabría volver a explicarlos porque pasaban otros por mi fantasía [9] sobreponiéndose a los primeros...

- ‘¿Dónde has leído estos cuentos?’, me preguntaban admiradas.

- ‘En un libro así de gordo’ respondía separando notablemente los dedos índice y pulgar... Y por mi fantasía [9] pasaban incontables personajes con el corazón henchido de amargura, que caminaban por un mundo sin fin y desconocido buscando una felicidad que les había sido negada. Eran niños y niñas mal vistos por todos, incomprensidos, golpeados y torturados que huían en busca de la fortuna, pasaban por montes y valles, encontraban monstruos y obstáculos de todo tipo, ejecutaban actos heroicos [10] y finalmente volvían gloriosos [10] y todos tenían que inclinarse ante ellos, con humildad y vergüenza por cuanto les habían hecho sufrir anteriormente. Gozaba interiormente de la atención que me prestaban las compañeras, disfrutaba por el entusiasmo que demostraban hacia el heroísmo [10] de mis personajes como si tuviera que ver conmigo. Aquel era todo mi mundo, mi victoria [10].

Entre mi hermana y yo se acentuaba el abismo que nos separaba. Ella iba con el grupo de los ‘mayores’, casi todos chicos. Un grupo compacto y solidario que prefería los juegos ruidosos del balón, que desaparecía del pueblo jugando a misteriosos juegos ‘del escondite’ escogiendo para ello los impenetrables refugios de los pajares o los silos... y siempre con los niños. Yo me mantenía siempre bien lejana, casi consciente de un peligro oculto en el juego, de un pecado feo y prohibido... Sospecha que venía corroborada por las recomendaciones que le hacía mi madre a mi hermana, llenos de misteriosas amenazas... Yo sentía hacia este grupo un profundo asco [7] con la certeza de que era superior a ellas, inmaculada

[6] y segura de no caer en la vulgaridad [1] de un contacto masculino. Pero aunque mi hermana recibía reproches por estas correrías, continuaba siendo el brazo derecho de mi madre. Era el hombre de la casa a quien correspondían los trabajos pesados, mientras que yo tenía que seguirla, pisándole los talones..., me tocaba obedecerla en todo dado que era tan frágil y pequeña. Y si la rebelión [8] me llevaba a obstinarme en no obedecerla recibía un buen bofetón... Y si ella se quejaba a mi madre de que no quería llevarme consigo porque sólo hacía que molestarla, mi madre mi miraba con ojos de quien está delante de una nulidad que no sabe qué hacer con ella y terminaba diciendo:

- 'Déjala estar... si es tan poco cosa que no vale la pena. Ten un poco de paciencia tú que eres mayor y puedes comprender'.

Era peor que una bofetada. Y yo hubiera querido gritar y gritar..., pero al final el único desfogue era llorar y llorar. Y mi hermana se burlaba diciendo:

- 'Mira la llorona, cuando no sabe qué hacer, llora'...

Entonces me refugiaba en un rinconcito con mi casa de muñecas..., que acunaba con desesperada pasión... Éste era uno de mis reinos. Allí reconquistaba mis fuerzas. Había otros momentos donde en casa experimentaba una esperanzadora alegría. Era cuando me ocupaba con amorosa pasión de labores domésticas que requerían gracia y buen gusto, como preparar jarrones de flores, poner la mesa, adornar la casa. Mi madre me dejaba hacer, segura de que esto era cosa mía. Y yo ponía en ello todo mi amor y entusiasmo, haciéndolo todo como en un sueño [9] en el que me imaginaba [9] ser una delicada [6] mujercita, llena de buen gusto. Y todos los elogios [10] eran para mí. Mi hermana en cambio despreciaba estas artes mías de las que se burlaba diciendo:

- 'Flores ¿eh? ¿las comes tú las flores?'

Comer [3] sí, pero inconscientemente sentía que no bastaba. Mis dotes tenían un valor [10] mucho más elevado [6], infinito, más bien, porque no se podían comprar. Y vivir sin ellas era demasiado vulgar [1]. Y cada vez más se abría paso en mi ánimo un desprecio cada vez mayor por los trabajos masculinos así como por las matemáticas, que consideraba asunto de quienes querían hacer dinero y nada más...

Sólo de vez en cuando llegaba alguna carta de papá que continuaba trabajando en la ciudad. Seguía con la boca abierta aquellas descripciones que hacía en sus cartas de la ciudad anegada en sangre... Me imaginaba [9] aquel paisaje de guerra [4] y sobre las ruinas elevaba la imagen de mi padre como un héroe [4] que lucha [4] y se cubre de gloria [4] con el heroísmo [4]. En las breves visitas que nos hacía... intentaba colmarlo con mi afecto, pero me rompía el corazón cuando mi madre le

contaba alguna travesura mía y él contestaba:

- ‘Dejadla estar, ¿no veis que es tan poquita cosa?’... Prefería que estuviera bien lejos, así podía imaginármelo como mejor quisiera y escribirle largas cartas que a él le gustaban tanto con pequeños detalles de mi gentileza y de mi unión espiritual [10] con él: una florecita, mis dibujos... Éste era mi mundo interior y cada vez me recluía más en él, por miedo que los demás lo valorasen [10] poco o se rieran de él... Fuera un mundo extraño que había que evitar a toda costa.

Con el fin de la guerra la familia retoma el camino de la ciudad, pero la antigua casa había sido destruida totalmente. El padre busca un nuevo apartamento. La adaptación a la nueva situación no resulta fácil. La casa está casi vacía hay que empezar de nuevo todo. Mara continúa con su deseo de adornar la casa con flores. El padre se da cuenta y le suelta sin ambages:

- ‘Fuera, fuera, saca todo esto. No ves que estorba. Aquí tengo que poner la máquina de escribir, allí las reglas y la escuadra’.

- ‘Pero si ésta es la mesa del comedor...’, dije yo estupefacta.

- ‘Recuerda que antes que nada esta habitación tiene que ser mi estudio’, respondió mi padre mirándome como se mira a alguien que no sabe de qué va. ‘Si quieres comer [3] es necesario que yo pueda trabajar, ¿no?’.

No contesté. Por la tarde cogí todos los floreros y demás adornos y los metí en una caja de zapatos. Estuve llorando un buen rato: de todos mis sueños [9] no quedaba ni una brizna.

A los pocos días, vuelta al colegio. Esta vez para cursar los estudios de grado medio. Nueva situación de embarazo.

Me aferré a mi hermana que veía inmóvil y segura en aquel ambiente y busqué un asiento a su lado en la clase... Pasaban los días sin llegar a establecer ningún contacto amistoso y cada vez me resultaba más difícil seguir el nivel de la clase... Llegó el día de presentar la primera redacción. Me sentí aligerada. Ahora iba yo a demostrar quién era. Escribí largo y tendido con mi acostumbrada espontaneidad. Al cabo de un tiempo la profesora me devolvió la hoja llena de tachones de color rojo y azul. La puntuación un cuatro y dos frases por todo comentario: ‘demasiado elemental el contenido y muchos errores de gramática’. A mi hermana le había puesto un tres... Delante nuestro se levantó una chica: nueve, dijo... Me estuve mirando con estupor aquella compañera, del pelo recogido detrás la nuca... Me asaltó una envidia profunda. Frente a su viveza me sentí torpe y anorreada. Observé sus brazos delicados, inclinando mi cabeza hacia los míos más bien redonditos. Por primera vez me sentí gorda [5] y pesada, una sensación que me producía asco [7], un peso que me impedía ser lo que aspiraba a ser.

Volví la vista al otro lado, intenté recordar las notas que sacaba en el

pueblo, me parecían ridículas, válidas únicamente al lado de la ignorancia de las campesinas... Mi padre tenía que firmar las notas, sacudió varias veces la cabeza y fue a hablar con la profesora:

- 'Tienen todavía muchas lagunas, no están todavía a la altura de estos estudios superiores'...

Escuché en silencio las palabras de mi padre a la profesora... Miré en el diccionario: lagunas. Por la noche decidí estudiar más que nunca...

Resonaban en mi cerebro las palabras irónicas de mi padre:

- 'lagunas, lagunas. Cuá, cuá cuá... Mira las dos ocas, las dos grandes ocas'.

Y su boca se desgarraba de la risa repitiendo cuá, cuá, cuá, mientras se zampaba un bocado detrás de otro con gula como hacía siempre. No podía más. Dejé el plato sin tocar y me fui a la cama... Me pasé la noche estudiando... El sueño me entorpecía los miembros, pero resistía. Tenía que resistir. Cuando se me cerraban los ojos me aparecía la figura esbelta [6] de la chica del nueve... Tenía que conseguirlo, tenía que ser como ella o más... Tenía que cambiar también el peinado... Se me presentaba delante aquella faz ovalada y fina, si fuese yo así. Pero no, era demasiado gorda [5]... Abrieron unas clases de repaso en la parroquia. Me inscribí con entusiasmo. Encontré profesores estupendos. A poco a poco iba mejorando mis notas. Pero no era suficiente. Quería más. Tenía que conseguir las notas de la primera de la clase. Su figura me estaba siempre presente y constituía una incitación para mí... Me quejaba también de los vestidos de corte campesino. Mi madre no entendía nada:

- 'Pero ¿cómo, tú que no te preocupabas de estas tonterías?'

Y yo continuaba insistiendo.

Gente vulgar [1] mi familia, preocupada sólo por la comida [3]. Comer [3] y nada más. Particularmente mi padre se ponía fuerte en este punto con obstinada decisión:

- 'Lo tenéis todo vosotras. Si hubiéseis pasado el hambre que pasé yo en la otra guerra...'

Ya! había pasado hambre. Gran heroísmo, pensaba yo con un profundo sentimiento de desprecio. Viendo que no había nada que hacer con mi padre me dirigí cada vez más a mi madre. Ella lo entendía mejor. Y de vez en cuando a escondidas me compraba ropa. Pero cuando se trataba de hacerme vestidos empezaban las discusiones que no terminaban nunca:

- 'quiero la cintura más estrecha; estrecha, estrecha', suplicaba yo.

- 'Y si el año próximo has engordado [5], ¿quién se lo pondrá el vestido, con lo que cuesta la ropa?', replicaba mi madre...

El año que viene, el año que viene, cuando estaré más gorda [5]. Pero si estaba hecha una ballena... ¡Maldito dinero! Los odiaba. Qué cosa más

vulgar [1]; vivir sólo por el dinero. Cuántas discusiones en casa por el dinero, peleas, insultos entre mi padre y mi madre... Y mi madre que se ponía a llorar... Mi hermana y yo intentábamos consolarla... Nació en mí un odio [7] sordo contra mi padre... Por la noche cuando estábamos todos en la cama se oían los crujidos de la cama de mis padres... me pasaban imágenes fugaces por la mente de cuando era más pequeña y, estando en la habitación de mis padres, en la oscuridad veía a mi padre girarse de repente hacia mi madre y casi aplastándola ponerse encima, mientras ella gemía penosamente... El odio [7] hacia mi padre no hacía sino aumentar... Un bestia, un bellaco, que tenía a las mujeres para explotarlas y gozar de ellas [3]. De día y de noche. Sólo por un vulgarísimo placer [1]. Una pena infinita por mi madre. Pero igualmente una rabia sorda. Ella se adaptaba. Oh! yo no sería nunca así. Había que rebelarse [8]. Con todas las fuerzas. Además era un pecado. Me lo había dicho la señorita cuando me preparaba para la Confirmación. Un pecado. El más vulgar [1]... Al día siguiente mis padres se hablaban como si no hubiera pasado nada. Yo bajaba la cabeza mientras apretaba los dientes. Ésta era la razón por la cual mi madre se había adaptado por la noche. Para hacer las paces. Para comprarlas. Obsceno mercado. ¡Lejos, me iría lejos! Y me sumergía en los libros con una decisión renovada para no ver nada... La mayoría de las veces las discusiones se originaban inocentemente por mi culpa y cada vez me sentía más culpable. Tenía que irme, no quería que mi madre se sacrificase por mí. Lejos..., odiaba a mi padre. Tenía que estudiar, progresar, llegar a ser del modo que fuera, a cualquier costa distinta de ellos. A cualquier costa...

Mis notas mejoraban constantemente... Las amigas me invitaban a sus casas... pasaba allí la mayor parte del tiempo disponible para estar fuera de casa, con un libro entre las manos, delante de bibliotecas bien surtidas, leyendo novelas románticas en las que triunfaba [10] siempre una heroína pálida [6], mal vista por todos, y que terminaba por llevar a cabo gestas [10] que ponían de relieve ante todo el mundo su inestimable valor espiritual [10]. A veces eran castas historias de amor en las que el ideal masculino era un caballero lleno de cortesía y de inefables delicadezas para la amada... Este era el verdadero amor que respetaba a la mujer por encima de todo... Me alimentaba de estas lecturas y de la serenidad de las casas de mis amigas... La armonía de los objetos y la gentileza de las madres con sus hijas y maridos... Volvía a casa con una amargura cada vez más profunda y todo me parecía cada vez más oscuro y opresor. Mi madre respondía frecuentemente a mis quejas diciendo:

- '¿Pero qué quieres tú. Crees que puedes volar? Tu padre y yo somos así y lo seremos siempre. No nos cambiará ni el Padre Eterno'. Y luego añadía

con un punto de malicia: 'No pienses que es oro todo lo que reluce. Sólo que saben esconder sus vergüenzas. Algunos hombres tienen una gran apariencia, pero si los miras de cerca...' y lanzaba una mirada significativa.

Podía tener razón. Sabía que los padres de una de aquellas amigas mías estaban separados. Pero el mundo que soñaba era bien distinto. Todo porque aquella mujer no lo había sabido hacer. Al hombre hay que vencerlo con la gentileza y la finura. Y yo no era como ellos. Un rebelión [8] intensa me invadía totalmente, me hacía decir palabras hirientes hacia los míos. Respondía mal, daba portazos, me cerraba en la habitación. No, no sería nunca como ellos. Una mujer siempre en casa, **entre los fogones y los pucheros**, que se preocupa solamente de preparar la comida [3] para su marido, lejos de su trabajo, de sus aspiraciones, mezquina, sin una voluntad propia, sin ninguna meta personal. Una mujer que engorda [5] y nada más.

Quería, tenía que ser distinta. Debía hacer algo en la vida. Y estudiaba con total entrega, con voracidad insaciable. Y cada vez aumentaba mi asco [7] cuando en la mesa mi padre comía con voracidad, elogiando exageradamente la comida [3]. 'Comer [3], qué bella satisfacción' y se entretenía en la mesa durante horas. Yo intentaba tragarme rápidamente la comida [3] con un único objetivo [2] y un deseo incontenible: levantarme de la mesa e irme a estudiar...

Por mi mente pululaban cada vez con más brillo los sueños [9] de gloria [4]. Me sentía fuerte... Yo comía mucho entonces. Incluso había engordado [5] y mis padres estaban muy contentos, particularmente mi padre. Era el verano y había invitado una compañera a venir con nosotros al campo. Era muy inteligente. Había sacado tan buenas notas como yo. En el fondo me avergonzaba delante de ella de nuestra modesta casita de campo. Intentaba adecentarla lo mejor que podía, pero mi compañera parecía sentirse cada vez más incómoda. Se apartaba, hablaba poco, comía menos todavía. Yo estaba con ella en silencio. Una día me dijo:

- '¿Tú que has decidido hacer este otoño?'

La verdad es que no lo había pensado hasta aquel momento, embelesada como estaba por el triunfo de los exámenes. Sin esperar respuesta continuó:

- 'Me inscribiré en el liceo vespertino. Mis padres no pueden pagarme la matrícula y tendré que trabajar'.

Me quedé callada, llena de admiración y de envidia.

- 'Yo..., yo haré magisterio' comenté tímidamente.

- '¿Te gusta hacer de maestra?', replicó ella.

- 'No, no precisamente. Luego haré alguna otra cosa.' ¿Una simple

maestra? No, no quería.

- 'Mi hermana hace administrativo, pero a mi no me gusta. Las matemáticas no me gustan.' comenté.

- 'Ya entiendo; entonces por qué no haces el bachillerato de letras y después la universidad para ser profesora?', preguntó ella. Un poco más que maestra, pero me gustaría hacer otra cosa. Pero no sabía muy bien qué. Cruzaban por mi mente imágenes de maestras que desde el anonimato habían alcanzado la gloria [4]... Siempre con los niños, con los maltratados, burlados, mal tolerados... Yo les ayudaría, yo que sabía, sería le mujer fuerte que está a su lado... Mi compañera estaba callada a mi lado. Tal vez perseguía también ella en secreto sus sueños [9].

- 'Lo importante es no quedarse limitada en la mezquindad de la vida. Trabajar por un objetivo' [2], concluyó. Y yo me sentí próxima a ella, como no lo había estado nunca.

Aquella noche en la cena yo también rechacé la comida [3]. Comí muy poco, como ella. Mi madre en un primer momento se mostró sorprendida:

- '¿pero, cómo, si hace unos días que comías como un lobo?. ¿Si incluso te habías engordado!' [5]. Y mirando a mi compañera de reojo, dijo toda enfadada: '¿No te pondrás a imitar a los demás?'

Un odio [7] profundo me subió desde lo más hondo. Para ella bastaba que comiera, que engordara... [5] como ella quería que hiciera yo... De pronto me dio la impresión de que había estado siempre demasiado gorda [5]. Me vi embutida en todos aquellos vestidos, mezquina como una burda [1] campesina. Había que cambiar, a toda costa. Al día siguiente comí todavía menos. Me dieron aceite de ricino. No había nada que hacer. Me sentí sola frente a una lucha [4] tremenda. Pero ahora sabía lo que tenía que hacer: para empezar, adelgazar [6]...

Mi compañera se fue. Mi madre suspiró:

- 'Por fin se ha ido, ahora comerás [3].'

Pero bastaron estas palabras para no comer [3] en absoluto. Cada vez menos.... Empecé a fingir cualquier forma de comer [3]. Retenía la comida [3] en la boca, lo escondía en cualquier parte. Todas mis astucias y recursos se dirigían a este objetivo [2]... Mi madre insistía..., hasta que un día cansada de tantas peleas decidí no sentarme más a la mesa, con la excusa de que me daba asco [7] su presencia comía en mi habitación sola. Lo tiraba todo, me comía sólo la fruta: me habían dicho que no engordaba [5]. Y a medida que adelgazaba [6], me daba la impresión de que me acercaba cada vez más a mi sueño [9]. La figura esbelta [6] de la primera de la clase... sería como ella en la nueva escuela... Lucharía [4], ahora me sentía más libre, más semejante a mis imágenes heroicas.

Algunas personas del pueblo al verme exclamaban:

- 'Pero ¡santo cielo, cómo ha adelgazado! [6]. Y pensar que antes se parecía a su madre'.

Bastaba que lo dijeran para que yo intensificara los esfuerzos por no comer [3]. Mi madre impresionada empezó a llevarme a magos y quiromantes.

- 'Pero, dime ¿por qué no comes?'...

- Si yo como!, respondía.

- 'Y ¿entonces por qué estás tan flaca? Si das miedo'.

- 'Porque yo no soy como vosotras que engordáis [5] por nada. Yo trabajo. Tengo un montón de pensamientos'.

Y ciertamente me perdía con frecuencia en vagas fantasías [9], impresionada por mis propias imaginaciones [9]: gente que sufría por motivos espirituales [10], que se torturaba íntimamente por problemas íntimos, por algún objetivo [2] secreto. No experimentaba el estímulo del hambre. Incluso la fruta que comía me parecía demasiada. Comía demasiado, como mi padre y esto me hacía autodespreciarme... Mi padre sacudiendo la cabeza decía:

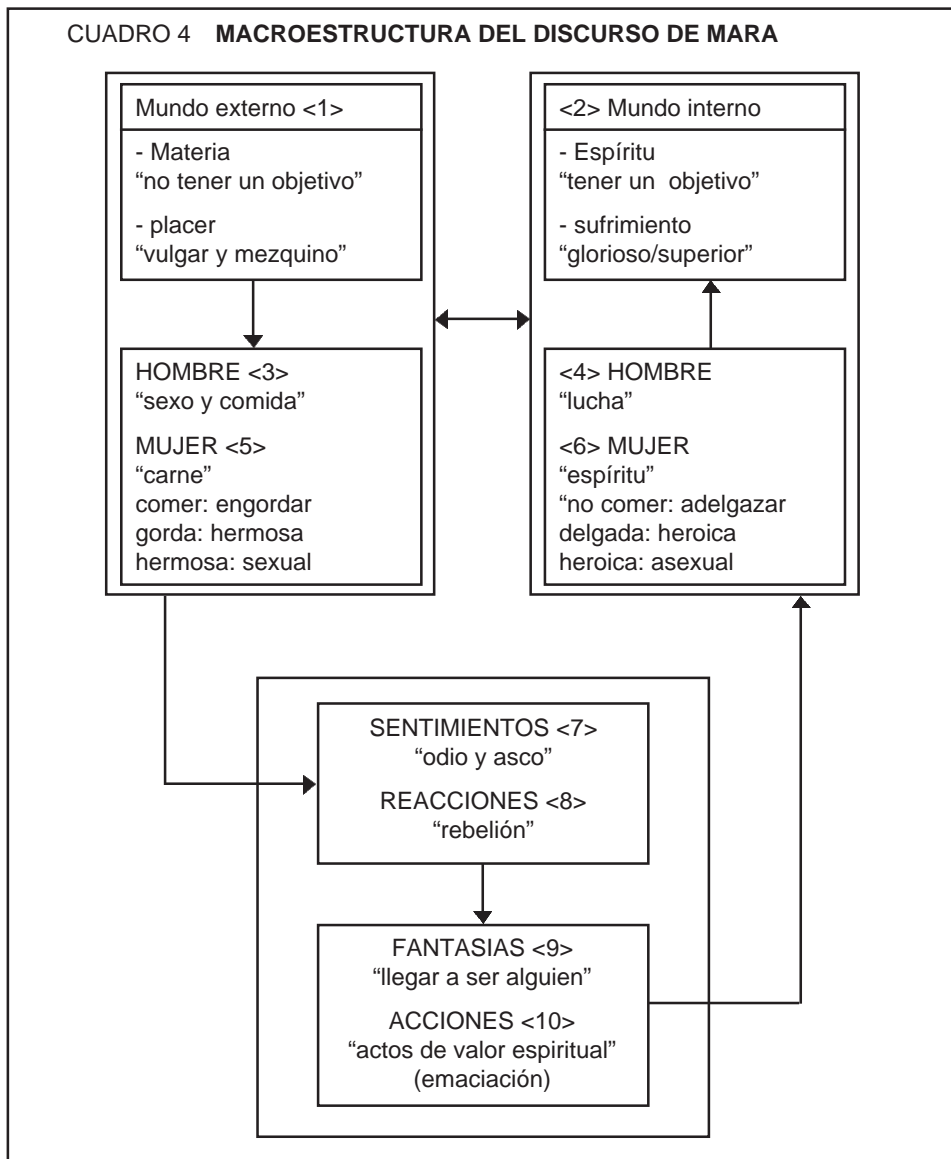
- 'Tan guapa que estabas antes. Pareces una bruja ahora'. Guapita, eh? Te gustan las mujeres gordas [5]. Ya; puedes hacer lo que quieras. Y sé lo que más te gusta'. Me rebelaba [8] íntimamente. Y cada vez estaba más contenta de estar así. Me llevaron a varios médicos. Me daban medicinas; fingía tomármelas. Estaba sana; no se entendía. Comía.

Finalmente un médico me obligó a ingresar en un hospital. Desesperadamente vi el final de todos mis sueños [9]. Estaba a punto de reiniciarse el curso. Chillé, rogué a mi padre que me llevaran a casa. Comería, comería [3]. Sí, sí..., pero en casa. En casa la salvación. Pero me quedé allí con un odio [7] feroz contra todos los míos.

La síntesis discursiva del texto la hemos representado de forma gráfica en el Cuadro 4. Los números hacen referencia a los temas identificados a través del análisis textual.

La macroestructura del texto es fundamentalmente opositiva y se basa en la contraposición maniquea entre el mundo propio interno (Eigenwelt), espiritual y el externo (Mitwelt), material. Este último, el mundo externo o material, se halla caracterizado por la ausencia de objetivos y la búsqueda de placeres o bienes sensibles <1>, mientras que el mundo interno o espiritual viene presidido por un objetivo, que sólo resulta alcanzable mediante el sufrimiento: así la anoréxica con su dominio del cuerpo a través de la abstinencia oral y carnal consigue la gloria, se convierte en un ser superior <2>. Los hombres y las mujeres se contraponen también en virtud de estos dos mundos. Los hombres "materiales" sólo piensan en el sexo y la comida <3>; los "espirituales", en la lucha <4>. Las mujeres "materiales" son sólo un pedazo de carne; comiendo se vuelven gruesas y engordando se hacen apetecibles sexualmente <5>. Las mujeres "espirituales" tienen alma; con el ayuno

CUADRO 4 MACROESTRUCTURA DEL DISCURSO DE MARA



y la abstinencia se vuelven delgadas; adelgazar es una heroicidad que las coloca por encima del deseo sexual <6>. El motor para abandonar el mundo material y dedicarse a la construcción de un mundo espiritual a través de la emaciación hay que buscarlo en los sentimientos profundos de odio <7> que provoca en la anoréxica el mundo de los placeres sensibles, de la comida y el sexo. La reacción a este mundo de placeres vulgares es la rebelión <8>, no querer ser como los demás, sino alguien superior. La fantasía de llegar a ser alguien <9> acompaña siempre a las anoréxicas,

que no encuentran nunca la manera de realizar su sueño; finalmente deciden llevar a cabo un acto heroico de valor espiritual <10> que está al alcance de su mano: adelgazar. A partir de ahí su vida ya sólo da vueltas, paradójicamente, a algo material: el cuerpo y la comida.

La matriz discursiva profunda es el rechazo de la materialidad corporal, y en consecuencia de la femineidad, y la búsqueda de una espiritualidad inmaterial. Esta oposición ideológica se convierte al final en un dilema irresoluble, por no decir una aporía, capaz de absorber todo el proyecto de una vida.

4. UNA SARDINA DEL PUERTO. EL CASO CARMEN

La autora del tercer testimonio es una paciente de 37 años de edad, periodista de profesión, bastante estabilizada en su trastorno anoréxico. Llamemos a la paciente Carmen, en honor a la patrona de marineros y pescadores, dado que ella se presenta a sí misma como “*una sardina del puerto*”. Proviene de una familia humilde, oriunda del sur de España, que se instaló en una barriada obrera de la Barcelona de la posguerra. Por las referencias textuales deducimos que Carmen nació el año 1954. Los primeros síntomas anoréxicos aparecen hacia 1968, por lo que su experiencia se desarrolla en el tercer tercio del siglo XX.

Pare empezar merecen especial atención los antecedentes familiares por las resonancias que encuentran en el texto. La madre, en efecto, era la segunda de siete hermanas y un hermano, el mayor, que

“les dirigió toda la vida y los esquemas sobre la relación, la familia y el trabajo. Porque mi tío era anarquista y ellas eran todas pequeñas y vivían en un barrio obrero y había un ambiente, así de FAI, de CNT. Todas estaban muy dirigidas. Tenían a su hermano por un Dios. Lo que pasa es que lo encarcelaron y fue a la prisión y, en aquellos años, 6 años que pasó en la prisión, se casaron casi todas, porque antes todos los novios que habían tenido eran desechados por el hermano. Esto no significaba que lo criticaran..., que lo pusiesen en cuestión, no. Todas lo adoraban y lo adoran. El hermano está soltero y vive solo con un perro, hace 12 años. A mí, a veces, me hace estremecer porque me identifico con su absoluta soledad. Es incapaz de salir a la calle para no dejar solo al perro. Es toda una historia este señor.

Los padres de la paciente, procedentes del mismo pueblo se casaron ya en Barcelona, no porque tuvieran un flash de enamoramiento sino porque el futuro marido, su padre, se había repartido la futura mujer con su hermano en un lote conjunto donde iban ella y su hermana mayor: “ésa es para ti y ésta para mí”. Desde la mili el futuro marido le había escrito una postal a la futura mujer en la que lacónicamente le decía:

“Tu serás la madre de mis hijos” o “...de mis churumbeles”, o algo así y, entonces, ella se enteró de que esto significaba que lo esperase. Cuando

volvió de la mili se casaron y se fueron a vivir a una casa con otra hermana, que vivía con dos familias, porque no tenían ni dinero, ni casa. Así vivieron hasta que yo hice 9 años... Es difícil de explicar cómo podían caber en un espacio como éste dos familias, una abuela y dos primos que venían a estudiar por la noche. Pero no lo recuerdo mal porque yo, entonces, tenía un cierto prestigio porque se ve que estudiaba mucho o que tenía muy buenas notas... Dicen que tenía dos novios... Yo me consideraba normal y además tenía amigas. Lo cual quiere decir que me consideraba bien a mi misma.

Mi tía era muy femenina. Se ponía tacones y se pintaba y me sacaba a pasear. Mi madre, no. Ni se ponía tacones, ni se pintaba, ni me sacaba a pasear... Pero, con mi tía yo tenía una relación buena.

Mi madre trabajaba allí, haciendo paquetes... No recuerdo ningún tipo de relación... Era la persona que sólo se ocupaba de darme de comer y de vestirme, pero, no recuerdo ningún tipo de relación afectiva, nunca. Yo después he pensado que cómo vivíamos todos... Cada familia tenía una habitación. Yo vivía y dormía con mis padres. Supongo que esto condicionó mucho a mi madre en no hablarme nunca ni de relaciones sexuales, ni en darme un beso, ni en dejar que mi padre me cogiera en brazos. Supongo que estaba muy recelosa de esto de que me cogieran en brazos... No sé, es una cosa que he pensado después porque, ¡vaya!, mi hermano nació allí y yo ni me enteré de que mi madre estaba embarazada, y tenía 7 años. Me enteré el día que nació... Es decir, yo no sé como se lo montaban, pero yo todo lo que sé es esto... Y de esto no se hablaba nunca, ni se tocaba el tema, ni nada... Al contrario, desde pequeña, mi madre me había metido en la cabeza que lo peor que le podía pasar a una chica, es que la dejaran embarazada y que los hombres, en general, lo que querían era engañar a las chicas para dejarlas embarazadas, y, yo tenía bastante pánico a esto, a quedarme embarazada.

A los 9 años, nos fuimos a vivir a otra población... Mis padres y mi tío aquél, que eran hermanos, cogieron una casa. Me acuerdo que cuando llegamos, era todo verde y lleno de campos. A los 10 años, degeneró y se convirtió en una cosa muy deprimente, una ciudad satélite, y, desde entonces yo viví allí hasta los 25. Aquellos años son bastante jodidos para mí. Mi familia me puso a estudiar en una academia...

Los veranos, hasta que tuve 12 años, mi padre nos llevaba a mí y a mi hermano a la playa. Mi madre nunca venía porque decía que era gorda. Y, a partir de los 12 años, un día me dijo que “yo tenía que ir con chicos” y nunca más me llevó, por lo cual me sentí absolutamente abandonada y lo pasé muy mal. Pero no me di cuenta entonces, sino mucho después de esto, de que me dio una bofetada, porque yo me consideraba en una

discriminación con mis primos.

En la escuela tenía compañeras como yo. No sé cómo pensaban pero yo no las consideraba tontas. En cambio a mis primas del barrio y las chicas que estaban en mi calle, las consideraba bobas, porque estaban todo el día con muñecas. Yo las muñecas no las he soportado nunca. Mi madre, cada año, me fabrica una. La vestía y yo, por la noche, ya le había abierto la barriga para ver qué tenían. Las destrozaba y ella siempre decía que yo no la quería, que la despreciaba porque le destrozaba las muñecas. Pero yo nunca las he soportado. No sé por que no las soportado. Desde pequeña, había tenido amigos. Jugaba, pues, a ir con las bicicletas, a fútbol... Todo a lo que jugaban los niños, entonces me parecía mucho más interesante. De pequeña me habían dicho que era tan lista que estudiaría, pero, al llegar a los 10 años, mi madre fue al colegio y le preguntó al profesor que podía hacer yo para empezar a trabajar ya, porque no tenían pelus para que yo estudiase. El profesor le dijo que si hacía el bachiller, no me serviría para nada, que hiciese comercio y que encontraría trabajo de secretaria. Hice comercio y a los 13 años, mi padre me sentó una noche y me dijo que “la vida era trabajar, que él había sufrido mucho por mí, y que el trabajo no había gustado nunca a nadie y que la vida era sufrir y trabajar”. Se ve que yo me lo tragué mucho porque todavía no me lo he sacado de encima. Entonces, me acompañó a un laboratorio en Barcelona con 13 años. Me sacó de un vecino y me dijo que eso se había acabado... Ya me había dicho que había acabado lo de la playa, también. Que me tenía que convertir de golpe en una chica. A todas éstas, a los 12 años me había venido la regla. ¡Uf! Horroso, horroso. No la aguantaba. Yo no soportaba a mi madre. No la soportaba porque tenía la impresión de que tenía la obligación de acabar siendo como ella. Pues, una señora que por gorda no iba a la playa. A mí, lo que me interesaba era ir a nadar e ir en bicicleta. Ella no iba a nadar y, además, por ser mujer me dijeron que ni subiera más en bicicleta. Yo estaba, en realidad, gordita. Y me veía la amenaza. La veía mucho. Me veía condenada. Las mujeres éramos así. Lo veía absolutamente así. Porque además era absoluta. Era muy absoluta... Y bien, cuando me vino la regla lo consideré como una batalla perdida tan fuerte, que no se lo dije a mi madre. Me daba la impresión que de que ella estaba esperando que se lo dijera para decir:

- “Bueno, por fin has caído”.

Yo lo vivía así. No sé si es... Supongo que no es tan cruel, la pobre mujer... Ahora hace un año que le he dejado de tener manía, hace un año o menos. Pero, ahora no veo que tuviera ningún tipo de mala intención. En todo caso, se dieron dos cosas, una que tenía celos, y otra, que tenía miedo. Total que cuando se lo dije, lo de la regla, pues, yo me lo tomé fatal y ella

como si nada... Me hizo otro sermón de esos como si fuese un enfermo: que no podía salir cuando lloviera, que no podía comer helados... ¡uf! Acabé llorando, pero a los 17 años ya me había desaparecido. La eliminé, la eliminé. Yo lo pasaba fatal, fatal... Bueno, yo no sabía que tenía tanta influencia el desagrado o como se diga. No lo sabía. Lo que sé es que cada mes era un suplicio. Tampoco me atrevía a ir afuera nunca, por si tenía la regla... Total que yo la iba teniendo pero se me fue reduciendo de 5 días, a 4, 3, 2, 1, para llegar a 0 a los diecisiete años y, esto, también era nuevo en la familia y me comenzaron a llevar a ginecólogos. También era nuevo en la familia porque se ve que nadie había ido a un ginecólogo. Cuando digo la familia, digo las 7 hermanas de mi madre. El ginecólogo, primero me dio unas pastillas anovulatorias que me hacían daño al hígado y vomitaba cada mañana y las dejé de tomar por ese motivo. A continuación fui a un ginecólogo muy viejo que no me hizo nunca un análisis, nunca. Posteriormente fui a dos o tres e igual, en el momento que dejabas de tomar las pastillas, dejabas de tener la regla y se ha acabado. Y una vez, en el hospital me hicieron una prueba y me dijeron que yo no tenía nada físico que todo era del 'coco' y me hice las primeras radiografías en la hipófisis, en el hipotálamo y todo eso, que me han hecho mil. Bueno, a todo esto, pasaron muchos años, fui de uno al otro, y todos me decían que yo no tenía nada, que si no la tenía era 'porque estás muy delgada', o porque 'te faltan hormonas', pero, en serio, análisis de hormonas sólo me llegaron a hacer en una clínica. De tanto en tanto, me cogía la 'neura' de qué me pasaría, pero, en realidad, la regla yo no la quería para nada, para nada... Claro, porque yo la consideraba como una extrañeza más de mi vida. Ni tenía novio, ni tenía amigos, ni tenía la regla. Y al final un ginecólogo, que es el que me hizo las biopsias, me dijo que no tenía nada, que yo tenía que ir a un psiquiatra y ¡uf!, pues todavía más 'pateada' porque encima toda la familia y además tener que ir a un psiquiatra. Y le dije que por qué un psiquiatra, pero yo misma me pensé que estaba loca y, me dijo que era un señor que yo iría, me sentaría, yo le diría mi problema, se quedaría con mi problema y yo me iría sin el problema. Y me envió a un psiquiatra. Me dio unos antidepresivos. Me desmayé y dejé de tomar los antidepresivos a la semana. Entonces ese señor me dijo que él no era para mí, que fuese a un psicólogo. Fui a un psicólogo a hacer terapia, pero no me fue bien. Me lo tomaba a broma, me divertía. Era como si tuviese un amigo que, en realidad, nunca me explicaba nada de su vida, e iba, pues... Era un chico que estaba haciendo el MIR, se fue a Londres y yo me quedé destrozada, sin amigo y otra vez igual. Aquí yo tenía 22, 23 años.

Toda esta parte de mi vida era inconfesable. No explicaba nada a nadie. Ni a las personas con las que salía. Yo era una persona muy aislada, muy

introvertida. Yo seguía el juego a todos. Escuchaba la vida de todos. Desde entonces, me convertí en consejera. Yo he aconsejado a mucha gente, no me explico cómo. Desde temas sexuales, familiares, personales... He tenido una facilidad para que la gente me explique la vida y, esto me ha servido después trabajando. Bien, es que mínimamente yo no explicaba de mí nada. Lo que pasa es que después me consideraba anulada y he ido abandonando a todos por esta razón. Es decir, por una cosa mía, los iba haciendo responsables a los demás de una incapacidad mía... Quería comunicarme, tenía ganas de decir

- 'pues soy un bicho raro pero no soporto..., no soporto que lo veáis'.

Y esta era mi mal...

Bueno, lo de la regla acabó que me dejé de tomar todas las pastillas del mundo, cuando me dijeron que lo mío era porque estaba sonada, o yo lo entendía así. Comencé a pasar por psicólogos y psicólogos. Hice 5 años de psicoanálisis con un señor, con quien estuve representando durante tres años, tres veces a la semana que era una "sardina del puerto", hasta que ya no me servía a mí, ni para nada y lo dejé estar. Hasta que comencé a pensar que ese señor pensaba que yo me lo creía... que era una sardina. Bueno, lo que pasa es que yo me identifico... El único efecto que yo consideraba que tenía eran los efectos incondicionales. Y la playa era uno. Siempre la encontraba en el mismo sitio. Yo me iba... Muchas temporadas me he ido, por la mañana, allí abajo, y siempre me encontraba la playa. Yo consideraba que me identificaba con aquello. Y bueno, siguiendo ese hilo, me pasé 3 años, hablándole desde el puerto. Este era el psicoanálisis que hacía. Y después lo dejé estar.

Al comenzar a trabajar más fuerte, en Barcelona, empecé a perder 2 kilos o 3, lo típico, de los 14 hasta los 16. Supongo que era normalísimo. Pero yo vi que tenía la posibilidad de ser otra persona, me imaginé, si en vez de ser gordita, pasaba a ser un esqueleto y me dediqué mucho a eso. Igual que me dediqué a lo de la regla, me dediqué a esto. Hay médicos que me han dicho que coincidió. Fui perdiendo peso progresivamente... Porque lo que no me hubiera permitido nunca es que el hecho de adelgazarme, me impidiera trabajar o estudiar, cuando estudiaba. Hasta el límite de tenerme de pie y funcionar, yo iba reduciendo lo que comía, controlando mucho. Y me fui progresivamente adelgazando, pero muy progresivamente. Eso de perder 10 kg en un mes, no lo he hecho jamás. De hecho, yo siempre lo negaba. Mi madre, cada vez se metía más con mi forma de comer, hasta que ha llegado a ser nuestra única relación y, todavía, ella no se desengancha de esto.

Nada más ella meterme la comida por la cara y yo, bueno, ya mucho antes de irme de mi casa, no comía de lo que ella cocinaba, ni me ponía nunca

a la mesa, ni le cogía un trocito de pan, nunca. Si me ponía un almuerzo en el bolso, lo tiraba y lista. Todo me lo controlaba yo. Pero, no tanto porque me quería adelgazar, sino porque tenía la impresión de que mi madre me quería engordar. De hecho, toda la familia decía que un día u otro, acabaría tuberculosa y, constantemente, me llevaban al hospital a ver si ya lo estaba... No estuve nunca ni anémica ni tuberculosa porque yo compraba libros y comía... Comía infinitamente mejor que ahora. Comía mucho lo que decían: carne tales días, pescado tal día, verdura a tal hora... Cosa que no había hecho ni de pequeña. Comía bien, lo que pasa es que yo me lo montaba de tal manera que cada vez me iba adelgazando. Y supongo que por esto, no cogí ninguna anemia. Bueno, constantemente, he estado adelgazando, pero constantemente. Al mínimo al que he llegado, ha sido el año pasado que he llegado a pesar 34 o 35 kilos. Pero, esto no me impidió trabajar... Bueno, después me quedé sin energía pero yo sabía que la energía no venía del alimento... Bueno, yo perdí la energía infinitas veces pero era porque mi vida no servía para nada, para nada. No, por el alimento. Esto lo tengo clarísimo. La premisa ha sido no depender de nadie. Entonces yo sabía que había muchos meses que la única fuerza que tenía, era para estar en la cama pero, no me lo permití nunca.

Ya desde muy jovencita vi que tenía que encontrar un trabajo por que 'la vida era eso' y, entonces, fue cuando me metí en la cabeza encontrar las amigas o los amigos en los trabajos. Me propuse siempre encontrar un trabajo para encontrar amigos o un novio que se me llevara. Yo, enseguida, lo que pensé que encontraría era un gran amor que se me llevaría por la ventana. No sé por qué, pero siempre se me tenía que llevar por la ventana. Bueno, sí que lo sé, porque pensaba que salir por la puerta como lo estaba pasando tan mal, era muy poco... A los 14 ya encontré un trabajo, en una oficina, donde me aburría mucho. Me dedicaba a contar chistes a los que estaban allí y esto... A todo esto, todos los señores que me he ido encontrando en los trabajos, les daba por hacerme pellizcos y por perseguirme y a mí, me daban pánico porque me creía que me quedaría embarazada. Y encima, les iba cogiendo una especie de manía... Entonces, busqué otro trabajo: cambié a tres o cuatro oficinas. En la última que encontré, en el 68, me pasé tres años y medio y allí, aquel año, ya dije que yo no me moriría en una oficina. Cuando entré, tenía 16 y salí cuando tenía tres más. Mientras tanto a los 17 años, fui al Instituto y dije que quería hacer bachillerato. Entonces, me lo tomé muy en serio: salía de casa a las 5 de la mañana y estudiaba por la noche y volvía a la 12. Fui aprobando todos los cursos muy bien e iba cambiando de trabajos... Antes de acabar el 6º de bachillerato y el COU quería saber qué carrera tenía que escoger para no equivocarme. Yo tenía la obsesión de que en mi vida ni me querría

nunca nadie, ni me salvaría nadie y que la vida la tenía que pasar bien, divirtiéndome y trabajando...

A todas éstas, mientras hacía bachiller, me había metido en un partido de izquierdas..., y me detuvieron. Pasé muchísimo miedo. Trabajaba, estudiaba y me dedicaba a hacer política en el Instituto. En el verano... me invitaron a un curso de redacción de una revista que se hacía en el barrio muy 'progre'. Y me lo pasé muy bien. Y, entonces, ya no me lo pensé más, me fui a matricular de Ciencias de la Información...

Y... todo esto iba paralelo a lo de los psiquiatras, al problema de la regla, al problema afectivo... Y mucho problema con mi cuerpo. Vaya, básicamente, a mi cuerpo le he dirigido toda esta orquesta. Porque el punto primero era ser independiente y trabajar. Pero ya no sé qué punto hipotecaba más al otro, si irme adelgazando siempre más o el otro. De esto ya perdí el control hace muchos años. He dejado desde salir de vacaciones, de hacer cosas o de dejar de hacer infinitas cosas porque había el peligro, primero, o de encontrarme con algún 'tío' o de comer más de la cuenta. Mi padre, me dijo una vez, riendo, que ya suponía él que yo tendría novio y me dio mucho asco... Y le cogí mucho asco a todos los hombres porque me lo dijo de una manera, muy así... muy chiriviri.

De hecho, la única vez que decidí tener relaciones sexuales, fue en un viaje que me fui, yo sola, a Escocia... Y el día antes, fui a tirarme las cartas y la señora aquella me dijo que al día siguiente conocería a un señor. Y, bueno, la creí totalmente. Cogí y fui allí y conocí a un chico y aquella misma noche, lo invité a mi residencia. Y al segundo día, le dije que si quería hacer el amor conmigo, que yo no lo había hecho nunca y ya está. Lo hice como aquel que se encuentra ya implicado. Después con los meses, pensé que me había enamorado de él. Le dije que viniese a Barcelona. Vino. Le cogí una manía increíble. Y... él me ha continuado escribiendo. Supongo que no ha entendido nada. Por que ha de reunir muchas cosas un señor para que me guste..., para conectar. Porque, bueno, por el medio he tenido infinidad de enamoramientos constantes.

Normalmente, les escribía mucho... Unas cartas increíbles. O me contestaban diciendo que si hacía la literata. En general, han reaccionado bien. Pero, mi proceso siempre ha sido éste, decirles 'aquí tenéis este pastel', además, de repente, sin que se lo esperasen casi y he ido pasando. Y siempre han acabado igual. Ellos me han hablado muy claramente. Me han dicho que no estaban enamorados de mí...

Con los tíos, cuando estoy en época de trabajo, continúo sin saber cómo encontrarlos. Y sé que cuando me vaya de vacaciones, conectaré con alguno a la mínima. Por que es así, no sé por qué. Mis relaciones sexuales son fatales. Bueno, fatales... He tenido varias con aquella persona y

diferentes con otra que encontré en la India. Con el primero, ahora pienso que era un chico muy inexperto y el otro, era una persona muy solitaria y muy animalesca, muy acostumbrada a tener relaciones de una noche con quien encuentra por ahí. Yo me culpabilicé mucho de no saber hacer maravillas. Pero pensaba que eran fallos técnicos. Y pienso bastante. Pero reconozco que ese señor era un poco... De todas maneras, es curioso pero siempre... tengo una imagen supertierna de ese señor y pienso que no fue nada amable conmigo. Pero quizás es porque me identificaba con su especie de soledad que debe tener. Creo que es una soledad que ¡ostrás! porque tal y como estaba en aquel viaje. Pero, bueno ... Quiero decir, no he tenido ningún tipo más de relación.

Supongo que, en el fondo, yo no quería una relación normal, porque es imposible que haya sido tan burra para no establecer una relación normal. Aunque siempre he pensado que era porque era burra. Porque... bueno, porque desde gente que se ha pensado que yo iba con chicas, que era lesbiana, hasta gente que se ha pensado que era idiota simplemente. Yo estaba de acuerdo con las que pensaban que era idiota porque les decía 'es que yo no sé encontrar gente'. No sé y supongo que es todo en conjunto. Todos estos miedos que yo he tenido siempre que me han hecho que, antes de yo enterarme de que yo no quería una cosa, ya me había despertado. Porque sino no me explico. Es decir, que he tenido una gran incapacidad para tener una relación normal con nadie.

Y la relación que tengo con la gente, pues es ésta. Se va cortando. Siempre se va cortando y se va dejando aparcada. Durante el tiempo que tengo amigas, soy muy amiga. Quiero decir, cuentan mucho conmigo. Pero, yo sé que luego les fallo, desaparezco. Siempre fallo por esto, porque yo siempre pienso que ellas se estarán empezando a hacer la idea de qué especie de vida tan horrorosamente vacía llevo. Y esto no lo soporto porque yo he de ser consecuente. Durante muchos años, he tenido una idea de la dignidad muy estúpida. Y si he de ser consecuente con la dignidad, pues, he de suicidarme o cambiar de país, o encontrar un hombre, pagar y casarme o yo que sé.. Y como todas estas cosas no me atrevo a hacerlas, pues me quedo sola como castigo.

Ahora, considero que tengo amigos pero los necesito cambiar porque llega un momento en que mi vida es demasiado impresentable para mí y, para ellos supongo que también, y esto no lo soporto. Me voy dando cuenta, voy cambiando... Sobre todo ahora, hace un año. Ahora hace un año y poco que he entrado en una fase diferente, porque a todas éstas, yo con mi cuerpo es como si no tuviera. Porque yo necesitaba estar más delgada, pero no para estar más guapa porque evidentemente, yo he asumido delante de los 'tíos' que soy un desquicio. Me vestía muy, muy mal por que lo que no

soportaba era lo que me habían dicho a los 13 años: que si el color, que si las tetas, que si los pellizcos... Esto no lo soportaba y, entonces, lo eliminé, cuando eliminé la regla. Bueno, se me volvió el pecho a la mitad de lo que tenía... Todo esto lo solucioné. Después me vestía como un chico y se ha acabado. Ningún problema. El problema vino después, cuando yo vi que estaba en una trampa. Las pocas veces que yo quería ir a una fiesta o de vacaciones o algo, o a un sitio al que iban el grupo de chicos y chicas con los que salía... Claro, como si pasara dentro de una bola de hielo. Yo iba dentro. Yo iba con el grupo... Entonces, ya lo sufría esto porque sabía que ya les había transmitido el papel de la asexual. Entonces, me trataban como a una persona asexual. Yo era supersensible a esto. Quiero decir, era algo que quería pero era muy sensible a esto. Lo que me hacía sufrir mucho, porque era cerrar la puerta a lo que aún consideraba que me podía salvar, a saber: que alguien se enamorara de mí y se me llevara.

Yo a mi cuerpo yo no le tenía ningún tipo ni de cariño, ni de respeto, ni de nada. Él tenía que cumplir una obligación que era adelgazarse y punto. Muy hitleriana, absolutamente. Y, bueno, después fue un segundo psicoanálisis y así. El segundo lo dejé estar la primavera del año pasado. Yo antes, por una casualidad, fui a una homeópata y a la homeópata le expliqué esto. Me pareció genial porque en una hora todo esto lo entendió y me dijo que tenía que hacer algo físico. Desde entonces, físicamente, he ido cambiando. Una cosa que yo creía que no la soportaría es engordarme... Soporté engordarme. Bueno, soportar... Lo soportaba porque iba viendo que no dejaba de hacer nada de lo que iba empezando. Bueno porque pasé unos meses que perdía la cabeza ¿eh?. Totalmente. Lo que pasa es que ahora ya lo he asumido. En principio era como una fatalidad. Ahora no es una fatalidad porque veo que no me he convertido en una 'bola'. Quiero decir que es como ir cogiendo terreno, pero no es que haya dejado de tener miedo, pánico de engordarme.

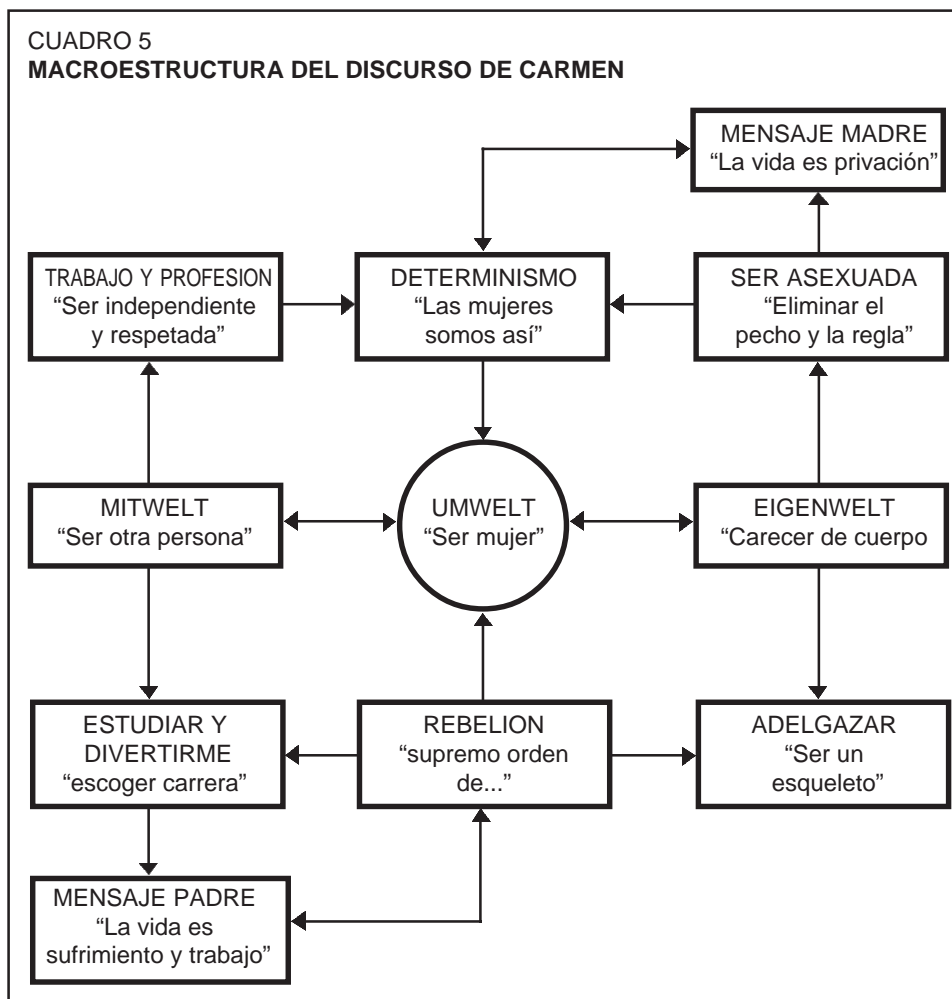
Bueno, pero todo esto ahora no me hipoteca la vida. Y esto me hizo..., me hace sentir más segura. Ahora sí que han perdido importancia los dos kilos que me engordé. Bueno, ahora peso 38 kg. No sé si son 2 o 3... Pero, el hecho es que desde que hago ejercicio se me volvió la carne más fuerte. Entonces comencé a hacer una cosa que hago, que es una especie de teatro-danza... Cosas impensables. Parecen bobadas pero el primer día que entré en aquella sala, me obnubilé. Yo no podía soportar viéndome. Es decir, me consideraba un ser humano dentro de un cuerpo... cero. No lo podía aguantar. No sabía qué hacer. Lo que pasa es que hice un cursillo intensivo y, en el otoño, me dijeron que por qué no comenzaba un curso normal. Y lo he ido siguiendo a trancas y barrancas, con muchos problemas de este

tipo. Es decir que no hago, ni danza, ni expresión corporal, ni gimnasia, ni aeróbic. Hago una cosa muy adecuada a mi proceso de ahora. Plantear situaciones en las que has de crear, sin palabras, con el cuerpo. Y así voy. Y todas estas cosas son los puntos de apoyo que tengo ahora para intentar distanciarme de la historia del orden, del supremo orden de adelgazar. Respecto a mi futuro podría comenzar a decir cosas, pero no cuento demasiado conmigo misma. Podría decir cómo me gustaría verme, pero no puedo, porque no cuento demasiado con mi responsabilidad para hacer lo que hubiese debido hacer hace mil años. Mi idea cuando empecé a hacer periodismo era: acabar la carrera, estudiar tres idiomas e irme a vivir a Roma. Esta idea la continúo teniendo. Ni he estudiado idiomas, ni me he sacado el carnet de conducir. Otro problema mío, no me atrevo. Ni he hecho nada de lo que me había propuesto y tengo todo el tiempo del mundo y resulta que no tengo tiempo. Esto, y, a partir de aquí, entonces, supongo que tener una vida fluida y estoy segura de que me pasarían cosas y que tendría una vida como a mí me gustaría. Esta es la vida que, que si yo fuese una persona normal y corriente y dispusiese de mi misma, tendría dentro de diez años.

No sé, no me gustaría morirme sola. ¡Qué va!. Ahora me gustaría tener hijos. Pero sinceramente en este momento, me parece que dependo de un hilo de una tela de araña. Porque si tengo un poco de suerte, por ejemplo, si ahora me saliese este trabajo que estoy buscando me podría permitir tener una vida diferente. Me sacaría de encima, espero, la neura. Moriré vieja y como un “clochard”. Esta es la idea, sinceramente, que he tenido siempre. Pero, no, no... quiero decir, no sé, no sé, no sé, cómo acabaré. No tengo ni idea. Esto es un poco angustiante, a veces. Y otras veces, simplemente, me culpabilizo por no hacer lo que podría hacer para evitarlo. No sé, no sé si soy muy optimista. Lo que intento es... Me gustaría defenderme más que en este momento. Si he de ser sincera... Quizás si acabara pensando que lo haré, lo haría. Pero no sé porque me lo he dicho tantas veces y nada. Además estoy hablando de tonterías, pero para mí son la puerta de una vida diferente.

Hemos intentado reproducir, comprimiéndolo, el texto, proveniente de una entrevista realizada por Pubill (1994), que en el original ocupa 15 páginas; para ello hemos suprimido las intervenciones de la entrevistadora así como las reiteraciones y formas coloquiales, características del formato dialógico hasta convertirlo en un monólogo. Igualmente hemos procedido a la reagrupación de algunos párrafos con el intento de darle una mayor cohesión formal, conservando en todo momento la coherencia discursiva. El análisis del texto nos permite identificar con toda claridad los ejes discursivos que lo estructuran, tal como aparece en la macroestructura (Cuadro 5). Estos tiene que ver con la corporalidad, entendida como “sarx”.

CUADRO 5
MACROESTRUCTURA DEL DISCURSO DE CARMEN



El núcleo de la macroestructura del discurso de Carmen está centrado, como en el resto de los textos de anoréxicas que hemos considerado hasta ahora, en la rebelión contra el destino o determinismo natural (Umwelt): “Las mujeres éramos así: gordas”, Por eso toda la actividad voluntaria va dirigida hacia el control del cuerpo:

“Y mucho problema con mi cuerpo a quien básicamente le he dirigido toda esta orquesta. Porque el punto primero era ser independiente y trabajar. Pero ya no sé qué punto hipotecaba más al otro, siirme adelgazando siempre más o el otro. De esto ya perdí el control hace muchos años”.

El conflicto común a estas pacientes se expresa en el dilema “ser persona o ser mujer”, como si se tratase de condiciones existenciales antagónicas. De ahí no tanto

la insatisfacción con el cuerpo, propia de las bulímicas, sino el rechazo radical del mismo, la voluntad deliberada de “carecer de cuerpo”, de “ser un esqueleto” como medio de dejar de ser mujer y convertirse en persona “sin regla, sin pecho, sin grasa”. La diferencia fundamental entre el caso de Carmen y el de las dos anteriores Ellen West y Mara radica en la desaparición del revestimiento ideológico, romántico o revolucionario, con que éstas últimas adornan su discurso, mientras en la primera aparece éste en toda su crudeza reduccionista: el rechazo del cuerpo femenino por sus condiciones anatómicas y morfológicas. Para Carmen este conflicto con el cuerpo es fruto del entrecruce de mensajes deterministas y limitantes que recibe en la infancia:

“la vida es privación (para las mujeres): no pueden ir a la playa, ni ir en bicicleta, ni comer helados, ni salir cuando llueve...”, según la madre; *“la vida es trabajar y sufrir”*, según el padre. Además: *“desde pequeña, mi madre me había metido en la cabeza que lo peor que le podía pasar a una chica, es que la dejaran embarazada y que los hombres, en general, lo que querían era engañar a las chicas para dejarlas embarazadas, y, yo tenía bastante pánico a esto.”*

Para hacer frente a este determinismo las anoréxicas toman una decisión radical, la de adelgazar como medio para dejar de ser mujeres:

“Esto no lo soportaba y, entonces, lo eliminé, cuando eliminé la regla. Bueno, se me volvió el pecho a la mitad de lo que tenía... Todo esto lo solucioné. Después me vestía como un chico y se ha acabado. Ningún problema. Entonces, me trataban como a una persona asexual... Yo a mi cuerpo no le tenía ningún tipo ni de cariño, ni de respeto, ni de nada. Él tenía que cumplir una obligación que era adelgazar y punto”.

Dejando de ser mujeres, convirtiéndose en seres asexuados, las anoréxicas viven la ilusión de poder dedicarse a ser personas, independientes y respetadas, gracias a su trabajo y a su profesión:

“La imagen que yo tenía en mi familia, cambió desde que yo entré a trabajar en un diario, evidentemente. Desde entonces me respetan... Más tarde pasé dos años en la tele y ya no digamos. Trabajar en la tele... Pero yo siempre he sabido que no me respetan a mí, respetan mi trabajo por lo que representan los medios de comunicación. Y si me he pasado a este lado, yo ya no sé averiguar quién me quiere y no me quiere en mi familia. El único que considero que me quería era mi abuelo y murió mucho antes de que yo trabajase en ningún diario”.

Pero esto tiene un coste, el precio del aislamiento y la soledad:

“Y la relación que tengo con la gente, pues es ésta. Se va cortando. Siempre se va cortando y se va dejando aparcada. Durante el tiempo que tengo amigas, soy muy amiga. Quiero decir, cuentan mucho conmigo. Pero, yo sé que luego les fallo, desaparezco. Siempre fallo por esto, porque yo

siempre pienso que ellas se estarán empezando a hacer la idea de qué especie de vida tan horrorosamente vacía llevo. Y esto no lo soporto porque yo he de ser consecuente. Durante muchos años, he tenido una idea de la dignidad muy estúpida. Y si he de ser consecuente con la dignidad, pues, he de suicidarme o cambiar de país, o encontrar un hombre, pagar y casarme o yo que sé.. Y como todas estas cosas no me atrevo a hacerlas, pues me quedo sola como castigo...

No sé, no me gustaría morirme sola... Ahora me gustaría tener hijos. Pero sinceramente en este momento, me parece que dependo de un hilo de una tela de araña. Porque si tengo un poco de suerte, por ejemplo, si ahora me saliese este trabajo que estoy buscado me podría permitir tener una vida diferente. Me sacaría de encima, espero, la neura. Moriré vieja y como un "clochard". Esta es la idea, sinceramente, que he tenido siempre. Pero, no, no... quiero decir, no sé, no sé, no sé, cómo acabaré. No tengo ni idea. Esto es un poco angustiante, a veces. Y otras veces, simplemente, me culpabilizo por no hacer lo que podría hacer para evitarlo."

SÍNTESIS DISCURSIVA TRANSTEXTUAL

La comparación conjunta de los diversos textos de las pacientes anoréxicas que hemos considerado nos permite extraer algunos elementos discursivos comunes para cuya exposición sintética utilizaremos fragmentos del testimonio de otra anoréxica, Stefania Memmo (veintiséis años, metro setenta, treinta y ocho kilos). Estos retazos de su autobiografía, publicados recientemente (Memmo, 1997), junto con otros textos complementarios nos ayudarán a enunciar una serie de principios que resumen, a nuestro juicio, la esencia discursiva del trastorno anoréxico. Tales principios vienen presentados en negrita para su identificación y acompañados de los textos ilustrativos.

La anorexia es una negación de la corporalidad y, en consecuencia del sexo y la femineidad:

*"Era alta, ojos oscuros de corte oriental, piernas largas, formas demasiado atractivas para una adolescente simple e ingenua que **no aceptaba esta femineidad** pronunciada. De modo que mi mayor deseo era perder algún kilo, para lo que necesitaba la ayuda de mi madre... (Memmo, 8)*

*Me desanimé: para hacerme volver la menstruación tenía que volver a comer regularmente. Sin embargo no quería ni podía engordar. Mi cabeza me lo impedía. Después de todo la **ausencia de menstruación no me causaba ningún problema. Había dejado de ser mujer en todos los sentidos**. La amenorrea era la consecuencia de mis trastornos psicológicos (104). Había **anulado la femineidad de mi cuerpo en la delgadez**.*

La anorexia se presenta como un trastorno evolutivo en el proceso de identidad personal/sexual, particularmente en la adolescencia:

*“La **adolescencia** es un período complejo, pero yo estaba segura de que al crecer conseguiría ser como quería. Esto sería posible consiguiendo separarme de mi madre, de su **control**, para **tomar posesión de mi cuerpo**. Tenía que encontrar mi **identidad de mujer** huyendo de la mentalidad burguesa de mi familia, atenta sólo a las apariencias. No he aceptado nunca que ella se sacrificase a una vida banal, a las humillaciones de mi padre sólo para darnos la imagen de una unión que no existía. Yo quería una vida diversa, más dinámica, más serena. Podía usar mi cuerpo como un arma... **A los 21 años había manifestado la incomodidad de toda mi adolescencia con la anorexia**. Un trastorno del que se sabía muy poco. Una relación de amor y odio con la comida... Rechazar la comida era proyectar violentamente sobre mi cuerpo todas mis frustraciones. De una simple dieta había llegado a una casi total **deprivación**”.*

La anorexia es una rebelión contra el modelo de mujer y esposa representado por la madre en su relación con el padre:

*“**Rechazaba de este modo mi cuerpo y mi sexualidad con una especie de fuga de mi rol, el rol de mujer** propuesto por mi madre. Ella no me había ayudado cuando mi cuerpo era fuente de mis inadecuaciones personales y de mi poca autoestima; me incitaba a consumir la misma cantidad de comida que ellos consumían y en abundancia... Así, cuando de adolescente me había mostrado sensible al juicio de los demás sobre mi cuerpo su apoyo habría sido de importancia fundamental para mí. En cambio me tomé la **revancha** sobre todos, y sobre ella particularmente actuando de forma extremadamente exagerada (Memmo, 42, 43). ¿Qué se escondía detrás de este deseo del mal? Las causas pueden haber sido muchas; seguramente no aceptaba el **modelo de mujer** que mi madre me proponía. Víctima de mi padre, ofendida y traicionada se había dedicado a la casa, a los hijos, al marido y a sus actividades, recibiendo a cambio sólo humillaciones por su parte... Y ella por amor a la familia, por respeto a las convenciones sociales o tal vez por afecto no había pensado nunca en dejarlo. Me había **rebelado** yo en su lugar”.*

La anorexia ejerce una función comunicativa en relación al sistema familiar donde se origina:

*“La anorexia escondía ciertamente lados más oscuros, más profundos que una manifestación externa trivial. Era una **rebelión, era mi rebelión con la que decía: “Quiero ser yo misma”**... De adolescente, cuando tocaba hacerme autónoma de verdad, cuando pedía ser escuchada por mis padres, cuando deberían haber aceptado mis críticas, interpelarme, entré*

en conflicto con ellos en el deseo ambivalente de continuar complaciéndolos o de actuar por mí misma.

La familia podía ser la causa, pero era a mí misma a quien había destruido... De una cosa estaba segura, de no querer parecerme a mi madre, descontenta y poco querida por mi padre. La dieta había sido el primer **signo simbólico de una autonomía real**. Mis padres no lo habían entendido y yo había decidido no querer ser más complaciente con nadie, arreglármelas yo sola a través de la devastadora autonomía de la anorexia (119). Había usado mi cuerpo para **comunicar**, para decir “existo”, para conseguir una finalidad, para demostrar que era distinta de lo que querían que fuese (112).

La anorexia es un trastorno egosintónico difícilmente reconocido por parte de la persona que lo sufre y en consecuencia muy resistente al cambio.

“Estaba huyendo de la realidad, refugiándome en un mundo de certidumbres sin sentido, porque sólo una cosa era cierta: **estaba enferma y no quería admitirlo. Además como todos los neuróticos era incapaz de verme de forma distanciada y si me resistía frente a la cura y el cambio era porque me venían propuestos por una familia tan enferma como yo. Y sin embargo, en el fondo, sufría y deseaba cambiar.** Mientras me decían que mi comportamiento era irracional y que tenía que dirigirme a un psicólogo me veía obligada a hacer algo sin estar motivada para ello. Ningún tipo de terapia habría servido para nada sin mi colaboración, ni mi esfuerzo (43).

“Papá me ha hecho decirle -escribe en su diario Sandra (diecisiete años, metro setenta, cuarenta quilos)- que sé que hay anorexia de por medio y que voy a intentarlo. Pero yo no quiero comer, ni tengo hambre, ni quiero intentarlo. Todo depende de mí y sólo de mí... Me siento mal. No quiero recuperar peso. No quiero y no quiero. Así estoy bien. No me siento ni más cansada ni más débil. Sólo tengo frío y no tengo la regla. Estoy bien, estoy bien. He perdido peso y estoy bien. Así que no sé por qué no me dejan en paz. Si es por el físico que les jodan. No estaba más guapa antes y si lo estaba qué divertido que se den cuenta ahora... He leído mucho sobre anorexia y tengo muchos rasgos, pero si estoy enferma no quiero curarme”. (Garzón, 1997).

Si he aprendido algo de mi anorexia es que la curación la debe llevar a cabo la persona que tiene el trastorno. Los padres no pueden hacerlo. Como tampoco los amigos, los maridos o los terapeutas. Estas personas pueden ofrecer apoyo, informaciones y oportunidades de nuevas elecciones, pero cuando se llega al punto crucial, los cambios de conducta tienen que ser llevados a cabo por la persona misma”. (Rubel, 39).

Como características premórbidas pueden señalarse la obstinación, la rigidez y el perfeccionismo:

“De pequeña había sido una niña precozmente autónoma, capaz de satisfacer mis necesidades, lo que era muy apreciado por parte de mis padres. Para conseguir su atención me había vuelto cada vez más eficaz en la ejecución de mis deberes, lo que me hacía sentir orgullosa.

Yo que siempre he sido independiente y testaruda, más madura de lo que correspondía a mi edad, entendí pronto su situación y me opuse. No compartía ni aquel papel de mujer ni aquella imagen de la familia... (24) Si me hubiese preocupado más de mi vida privada en vez de la batalla con mi madre... (26)

*Me volvía **rígida conmigo misma y con los demás, como mis dietas... que me hacían crear una barrera entre yo y el mundo y me llevaban a refugiarme en la obstinación....** Ahora era insensible y tenaz en la prosecución de un proyecto de destrucción, inalterable cuando mi madre estrellaba contra mí su desesperación... Estaba huyendo de mí misma, alejándome de las personas queridas..*

*Ahora veo que la anorexia constituyó un intento de hacer algo de lo que estar **orgullosa**. Perder peso es un trabajo duro. Exige disciplina y empeño. Son pocos los que, sin ser gordos, consiguen perder la mitad de su peso. Aunque ya sabía, pero no lo hubiera admitido nunca, que era algo que no estaba bien, me sentí muy **orgullosa** secretamente de hacer tan bien algo tan difícil”. (Rubel, 42)*

La anorexia es construida por quien la padece como una forma de sublimación espiritual y exaltada de una realidad limitada y carente de proyecto histórico:

“Escogí ser auténtica y esto me permitió alcanzar las cimas más elevadas de la exaltación, así como hundirme hasta el fondo de la depresión. La conciencia de ser así, anticonformista, en búsqueda de la novedad, de lo imprevisto, a merced de los acontecimientos, sin un futuro programado, me daba un cierto equilibrio. Sabía que no era como mi familia, insulsa, como mi madre que había ahogado la felicidad para estar con un hombre obtuso, que se había dejado aprisionar por el compromiso (116).

*El lugar predilecto del imaginario anoréxico son las alturas, la cima, el punto más cercano a la idea de **espiritualidad**, donde falta el oxígeno y la luz ciega, donde no hay nada, no hay espacio, que a nadie se le permite alcanzar, puesto que la anorexia no tiene respuestas convencionales. Pero basta un paso en falso para caer en el abismo” (126).*

ANOREXIA Y CONTEXTO SOCIAL

Las limitaciones de un análisis cualitativo como el que hemos llevado a cabo

en este trabajo no nos permiten afirmar que todos y cada uno de los aspectos que hemos señalado se den sistemáticamente en todos los casos de anorexia, y menos aún si extrapolamos estas conclusiones más allá de las anorexias restrictivas e inveteradas. Es evidente que las particularidades idiosincráticas de cada situación concreta pueden matizar y deben caracterizar específicamente cada uno de los casos. No es predecible, por ejemplo, afirmar que todas las anoréxicas se vayan a quejar de los fallos de sus padres y del fracaso de sus madres -aunque la observación clínica actual coincida en señalarlo, p. e. Mateo Selvini (1994).

Lo que nos interesa subrayar es que, más allá de las situaciones concretas de cada caso y época, la anorexia debe ser entendida como una conducta significativa que adquiere sentido en relación a un contexto socio-cultural y que versa sobre la dificultad de identificación sexual según los patrones sociales dominantes. Tal proceso de identificación se sustituye por una singularización enajenante, basada en un control y dominio estricto sobre las necesidades e impulsos del propio cuerpo.

En este modelo, se insiste particularmente en el contexto, donde el discurso de la anorexia adquiere significado. Un discurso que versa fundamentalmente sobre la rebelión contra la sociedad en la que viven las anoréxicas, una sociedad contradictoria que produce y vende productos “para adelgazar comiendo”, una sociedad que prima la imagen sobre el contenido (“*videor, ergo sum*”), donde el medio -como decía McLuhan- es el mensaje, donde el sujeto no es más que un objeto de valor de cambio según los criterios variantes de la moda o el éxito.

En este contexto la construcción de la identidad, particularmente la femenina, y también la masculina en cuanto se centra sobre la imagen corporal, se vuelve especialmente conflictiva a partir del momento evolutivo de la adolescencia, donde todos estos valores se ponen en juego. Estos valores le llegan al adolescente en forma de imágenes proximales a través de la televisión, la publicidad o los modelos gráficos que idealiza, mientras que las figuras parentales encarnan los modelos de identidad sexual reales que rechaza. En el discurso de las anoréxicas, estas figuras suelen representar el *antieidos* de su ideal: los padres son demasiado sensuales, materiales, interesados sólo por el sexo y el dinero o los negocios, y las madres son seres corporalizados, enfundados en sus carnes, carentes de dimensión estética y espiritual, ocupadas en las labores domésticas, aunque paradójicamente el aumento de casos de anorexia en estos últimos años ha ido acompañado de una mayor independencia tanto profesional como económica y afectiva de la mujer. Sólo alguna hermana o coetánea se salva de esta quema de brujas, por alguna cualidad especial: belleza, esbeltez, inteligencia, éxito.

La anorexia aparece, pues, en este contexto como un desarrollo posible en la encrucijada del momento evolutivo -la adolescencia- en el que se pone en juego la propia identidad sexual; y esto parece que sucede más, cuanto más margen de libertad de indiferenciación se le ofrece al individuo en nuestra sociedad; es decir cuanto más difícil y compleja resulta para la adolescente la tarea de construir la

propia identidad en una sociedad donde coexisten discursos totalmente contradictorios a propósito del significado y de los roles sexuales.

Parafraseando a Erikson (1958) la adolescencia es el momento en que se entrecruzan el *discurso* individual con el *discurso* colectivo (Erikson decía la *historia*). Ya en el Simposio de Göttingen, bajo la dirección de Meyer y Feldman (1965) se insinuaba la concepción de la anorexia, sostenida también por Bruch (1974, 1978), no como un trastorno de las funciones alimenticias, sino a nivel de imagen corporal, como efecto de la dificultad para asumir las transformaciones propias de la pubertad. Este trastorno, sin embargo, de acuerdo con la propia Bruch, sería secundario a las dificultades por conseguir la autonomía y a la imposibilidad de expresar la propia identidad.

Dado el papel mediador del cuerpo en todo este proceso de construcción de la identidad, la anoréxica lo utiliza como instrumento de rebelión. De una forma maniquea se diferencia de él e intenta substraerlo al dominio o control social, sometiéndolo a su propio dominio y control a través de la emaciación. De este modo se vuelve “horroroso” para los demás, no apetecible, no manipulable. (De ahí que las anoréxicas vivan como una intrusión cualquier intento de alimentación por la fuerza, puesto que ello implica manipular sus cuerpos). En realidad se trata de una rebelión y no de una revolución, porque la anoréxica no dirige sus esfuerzos de cambio hacia la sociedad, que se refuerza con su conducta *absurda*, sino hacia su propio cuerpo que enajena.

Es evidente que el discurso social, sea cual sea, va a determinar, en cuanto a referente necesario, el discurso individual. De ahí los cambios de orientación, aparentemente contradictorios, de la justificación discursiva de la anorexia. Inicialmente ésta se desencadena como un medio para emular los modelos sociales (identificación acomodativa con el grupo inmediato o imaginario) y acaba siendo un instrumento de rebelión contra la sociedad, dado que la asimilación a ella se construye como dependencia.

Muchas chicas con una anorexia incipiente, y por fortuna, abortada, desarrollan el consabido discurso sobre los quilos, el peso, la gordura, la línea o el tipo en el momento de su transformación corporal adolescente, en consonancia con el discurso social e incluso, muchas veces, con el de sus propias “horrorizadas” madres. Con el tiempo muchas de estas *para-* o *pseudo-*anorexias se diluyen y quedan en nada o en puro consumo de productos dietéticos mucho más caros y en nada adelgazantes, o en complicadas dietas vegetarianas. Otras dan lugar a una molesta combinación o precario equilibrio entre atracones y ayunos, originando comportamientos bulímico-compulsivos. Quienes en cambio desarrollan una anorexia restrictiva, como es el caso que nos ocupa, hacen de la anorexia una auténtica forma de identidad personal, con la que intentan construir y preservar su independencia. No comer se convierte en una especie de protesta radical -huelga de hambre- contra la doble condición de la mujer como esposa -objeto de placer para el hombre.

Con ello la mujer convierte el cuerpo en el aspecto central de su existencia, en el fundamento de su autoestima (Orbach, 1981; Norwood, 1986). No comer es igualmente una rebelión contra el papel de madre nutricia de los otros, que la mujer actual aún siente como suya, por lo que su divorcio con la cocina la hace sentir en culpa (Norwood, 1986; Cowan & Kinder, 1988), que intenta reparar esmerándose en preparar para la familia platos deliciosos, que ella considera peligrosos para sí misma.

Frente a estos roles que llevan a las mujeres a vivir una relación tortuosa entre sus cuerpos y la comida, dice Pubill (1994) “la anorexia **no es un problema, sino una solución**, porque mientras ven desaparecer su cuerpo, las anoréxicas crean la imagen de una nueva persona que admiran, digna de autoestima”.

Desde el punto de vista evolutivo de construcción de la propia identidad personal y social, en que la anorexia adquiere la forma de una protesta fracasada y, en consecuencia, disfuncional para quien la padece, cabe preguntarse si la anorexia debe considerarse como una patología psicológica o una protesta social. La primera consideración responde a la visión médico-psiquiátrica, para la cual la anorexia es un trastorno tanto de la fisiología de la función hipotalámica como de las funciones cognitivas superiores. La segunda, defendida particularmente por las feministas, traduce las presiones ambivalentes que la sociedad ejerce sobre las mujeres. No existe a nuestro juicio incompatibilidad entre ambas perspectivas. En efecto, las psicopatologías de una sociedad no constituyen necesariamente anomalías o aberraciones de la misma, sino expresiones o, mejor todavía, cristalizaciones de gran parte de lo que en ella no funciona. De acuerdo con Bordo (1993) nada impide concluir que “la impotencia, desesperación, frustración y miedo que expresa la anorexia no sea, a la vez, el resultado del intento fallido de llevar a cabo una lucha por la propia dignidad frente a una sociedad que impone condiciones draconianas para triunfar en la consecución de la identidad de género”.

LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Acabamos de ver que el mundo de la anorexia es descrito por sus protagonistas a través de un discurso que versa sobre la identidad del ser mujer en un contexto en el que el cuerpo se percibe como signifiante inequívoco del significado social que se le otorga. En este contexto el cuerpo, particularmente el cuerpo femenino, es un objeto “para los otros” y, en consecuencia un objeto alienado. Un objeto del deseo masculino, de la competencia femenina, del éxito social y profesional, del consumo de toda serie de productos cosméticos, dietéticos, de moda e, incluso, de salud.

Este discurso social puede ser muy distinto según las épocas y los lugares. Puede ser favorable al desarrollo de los signos externos de fecundidad del cuerpo femenino, como sucede en las culturas africanas, donde hay hambre, pero no anorexia. Puede favorecer el ayuno y la abstinencia por motivos ascéticos o místicos, como en el medievo cristiano. Puede valorar la gordura como un signo de

salud y riqueza, como en la China imperial. Puede enaltecer la esbeltez y delgadez como un signo de distinción, de elegancia e, incluso, de liberación de la mujer, como en la sociedad postindustrial.

Desde su aparición como fenómeno cultural en el siglo XIX la anorexia ha sido identificada como un trastorno relacionado con la clase social. Las razones de este fenómeno son muy diversas. Es obvio, como dice Bordo (1993) que “la delgadez y el rechazo de la comida tienen significados muy distintos según la situación de carencia o abundancia de alimentos: demostrar la capacidad de estar por encima de la necesidad de comer expresa una superioridad moral o estética sólo si los demás se pueden permitir el lujo de dejarse llevar por un consumo desenfrenado. Si, en cambio, la gente se las ve y se las desea para poner un plato en la mesa, los cuerpos descarnados simbolizan más bien la muerte y no una superioridad del tipo que sea... Paradójicamente las patologías de las protestas femeninas entran en colusión con las condiciones culturales que la determinan, reproduciendo, más bien que transformando, lo que constituye el objeto de su protesta. En relación a este fenómeno es significativo el hecho de que tanto la histeria como la anorexia hayan alcanzado su punto máximo de expansión durante los períodos históricos de reacción cultural contra los intentos de reorganización y redefinición de los roles masculinos y femeninos. En tales contextos la patología femenina se configura como un producto social muy interesante, mediante el cual una fuente de recursos que podrían utilizarse en la resistencia y la rebelión, se pone al servicio del orden establecido.”

Estas consideraciones nos llevan a plantear serios cuestionamientos a los criterios diagnósticos utilizados por el DSM III (1983) y IV (1995) para describir la fenomenología anoréxica en que se atribuye un valor fundamental como criterio diagnóstico a fenómenos tan triviales como la preocupación por el peso y la percepción de la autoimagen. Es evidente que ni las anoréxicas medievales, ni las nuestras, todas ellas del siglo XX, no usaban la balanza del baño, la de la farmacia o la de la estación del metro para pesarse obsesivamente. Puede objetarse, como hace Toro (1996) que “sólo los trastornos por inanición contemporáneos debieran ser diagnosticados con rigor evaluando las alteraciones y sobrevaloraciones de la imagen corporal y el miedo a engordar. Con los criterios diagnósticos actuales, los trastornos por autoinanición de otras épocas... debieran clasificarse como *trastorno del comportamiento alimentario no especificado*”. Pero entonces habría que concluir que los criterios diagnósticos se basan en lo epifenoménico, aquello que pertenece a la época y a determinadas coordenadas socioculturales, no a las invariantes antropológicas del ser humano. Con este razonamiento podríamos llegar a la conclusión de que las modas o las sociedades crean o generan las patologías. Nada más ajeno a nuestro punto de vista. Eso equivaldría a trivializar o banalizar el problema de la anorexia.

Es obvio que la cultura, entendida como matriz ideológica relativa a un grupo humano determinado históricamente, influye en las manifestaciones discursivas de

los individuos que lo integran en cuanto sistema de organización social de los significados. Pero tales significados remiten a aspectos invariables del ser humano que trascienden las circunstancias concretas de cada una de ellas. El caso de la anorexia es particularmente interesante porque, a diferencia de la esquizofrenia, la obsesión o la hipocondría, por poner sólo algunos ejemplos, parece exclusiva de una determinada civilización, la occidental y de una época, la actual o contemporánea.

Estamos de acuerdo con Guidano (1996) en que las formas que adopta la organización de los significados personales derivan en gran parte de la cultura o contexto social en que se manifiestan. Así en aquellas sociedades, como la sarda de los años cincuenta, caracterizadas por la precariedad de las condiciones de la vida campesina, la imagen del cuerpo no era un valor por sí mismo, sino un instrumento de trabajo para la supervivencia, de modo que la incidencia de la anorexia resultaba del todo improbable entre la población. Sin embargo otras patologías de la imagen social tenían una gran incidencia, hasta el punto de que, por ejemplo, el hombre que llegaba a dudar de la fidelidad de su mujer era capaz de suicidarse por no poder soportar la idea de la traición y la vergüenza social asociada a esta situación. En este caso, como en muchos otros la invariante antropológica viene determinada por el peso de la imagen sobre la construcción de la identidad; la variable, por los referentes culturales o sociales del momento histórico preciso.

La comparación con otras culturas y épocas nos lleva, por tanto, a constatar cómo siendo universales ciertos problemas adquieren manifestaciones diversas en función de las posibilidades de expresión que permiten las distintas sociedades. Como ejemplo paradigmático nos gustaría servirnos del caso de una mujer india Phoolan Devi, conocida con el sobrenombre de “la reina de los bandidos”.

Phoolan Devi, plantó cara a las leyes y costumbres de su país y desafió a los miembros de castas superiores que la habían vejado y humillado, uniéndose a una banda de gerrilleros y luchando a su lado con las armas. Acusada de numerosos asesinatos, se entregó a la policía india el 12 de febrero de 1983. Condenada a prisión y liberada once años después por una orden especial del Tribunal Supremo de la India, pudo volverse anoréxica, pero no lo hizo:

- era rebelde, estaba llena de rabia y odio hacia todo el mundo y en particular hacia los hombres, aunque algunos de ellos en oposición a quienes abusaron de ella, la protegieron y la trataron con el mayor de los respetos, lucharon por ella, la defendieron; a éstos aprendió a amarlos y a entregarse sexualmente.

- tuvo un padre insignificante, incapaz de defenderla, que la dio en matrimonio a los diez años a un hombre mucho mayor que ella a cambio de una vaca y una bicicleta

- una madre que no supo protegerla, que se sometía a la voluntad del marido, a la opinión del pueblo y al determinismo de las castas.

- fue abusada sexualmente en su infancia y adolescencia y, sin embargo, se hizo bandolera, en lugar de anoréxica, porque en la India la emaciación no es signo

de nada: la mayoría de la gente pasa hambre y para hacer ayuno ya están los ascetas, los cuales lo hacen por razones religiosas no por evitar la enajenación social.

Phoolan Devi no se rebeló contra la naturaleza, sino contra la injusticia social, el sistema de castas, la discriminación de la mujer. Aceptaba ser mujer y compartir la suerte y la lucha de todas las mujeres, incluidas las que no se rebelaban. No se avergonzaba de su corporalidad: admitía su lugar en el orden cósmico y natural, no en el social.

La anorexia sólo es posible en una sociedad que admite la libertad del individuo sobre su propio cuerpo, en una sociedad individualista, que considera al individuo como un ser para sí, disociado del conjunto del grupo y de la especie. Estas son características de la sociedad occidental. No es una cuestión de abundancia de alimentos; es una cuestión de negación del orden natural, del que la abundancia de alimentos es símbolo e instrumento. Las sociedades occidentales han creado el espejismo de la superación del orden natural en el que las anoréxicas se sienten envueltas, incapaces de cambiar nada sino es su propio cuerpo. Escogen la rebelión en lugar de la revolución, porque nuestra sociedad permite y facilita la expresión de la primera (modas, canciones, culto a la adolescencia, etc.), pero no de la segunda. Las anoréxicas siguen esta opción con constancia y determinación: “*La determinación, la disciplina y mi fuerza de voluntad me harán seguir adelante... No tengo necesidad de nadie ni de nada... Juro que seré la dueña de mi cuerpo si no puedo serlo de nada más*” (Liu, 1979).

Esta actitud de rebelión obstinada contra el determinismo o “fatalidad” natural (Umwelt) que la anoréxica confunde con su identidad personal y que intenta cambiar suprimiendo de raíz todo vestigio de carnalidad a través de la emaciación, es la condición necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo de la anorexia restrictiva. Se trata, sin duda, de un fenómeno multifactorial (Garfinkel y Garner, 1982) al que el discurso social sobre la delgadez contribuye prestando el contexto para su expresión, pero que no causa ni desencadena. Tiene mucho más que ver con las condiciones sociales de la mujer, particularmente en situaciones históricas de evolución y crisis de roles, que con las estéticas. Las motivaciones de esta rebelión se hallan en la forma cómo la anoréxica vive el proceso de identificación sexual ya en la familia y por extensión en la sociedad, que para ella constituyen la antiimagen de lo que en su adolescencia se siente capaz de poder o deseosa de querer conseguir. En consecuencia crea una visión idealizada de sí misma (Eigenwelt), en la que es esencial carecer de cuerpo. La dicotomía “*ser persona o ser mujer*” expresa y, a la vez, resuelve el dilema existencial en el que se debate la anoréxica.

No se trata pues, a nuestro juicio, de un fenómeno, el de la anorexia, que se pueda explicar de forma reductiva únicamente desde un punto de vista social o cultural, aunque ello se haya hecho sin duda de forma muy profunda, particularmente a partir de los trabajos de Foucault (1978) sobre el cuerpo como lugar de desarrollo de la praxis social. Tal perspectiva puede explicar sin duda las moda y las tendencias

cambiantes en las sociedades sometidas a cambios constantes, como las occidentales; o puede dar cuenta en sociedades más estables, como la islámica, la cristiano-medieval o la victoriana en períodos más recientes, de la simbolización de los roles sociales atribuidos a la división de los sexos. Pero tales “usos o costumbres” no explican por sí mismos la patología, sino más bien la tendencia a la conformidad y a la adaptación que puede dar lugar, incluso, a un alto grado de satisfacción subjetiva siempre que no entre en contradicción con una representación opuesta del propio self, como es el caso de la anorexia o, en otro tiempo, lo pudo ser de la histeria. Tales trastornos psicológicos pueden ser leídos dentro del contexto de continuidad entre práctica femenina normal y patológica como hace Susan Bordo (1993) y en general las autoras feministas, pero dependen en último término, a nuestro juicio, de un posicionamiento personal, subjetivo e intransferible que cabe situar en el proceso de proyección existencial característico, como hemos visto, de la adolescencia.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES:

El análisis que hemos llevado a cabo del discurso de algunas anoréxicas restrictivas nos permite concluir -con las reservas lógicas de un estudio cualitativo y augurándonos una continuación y ampliación de este tipo de estudios- que la anorexia es efecto de una decisión libre y voluntaria, el resultado de una elección originaria por la que un sujeto -generalmente mujer- concibe su modo de estar o proyectarse en el mundo como un yo incorpóreo. Se trata, en efecto, de llegar a ser invisible a la mirada enajenante del otro. En este sentido responde a un intento fáustico de autoposesión absoluta y a una ilusión de autocontrol total sobre el propio cuerpo, como forma de evitar la enajenación del propio yo, como intento radical de llegar a ser un “ser-en-sí/para-sí”, como diría Sartre (1943, 1944, 1945), en lugar de un “ser-para-sí/para-los otros”, al que inexorablemente nos condena la corporalidad.

Ahora bien, que tal elección sea libre y voluntaria no significa que no esté motivada, que no encuentre su razón de ser en el contexto de la experiencia vital de la anoréxica. Esta experiencia tiene que ver fundamentalmente con el modo de concebir la corporalidad como carnalidad o sexualidad, a la cual se intenta negar y anular a través de una inanición planificada. Dado que la sexualidad constituye la dimensión corpórea más susceptible de alienación no sólo a través de la mirada sino de la posesión, del abuso o del deseo de los otros, la anoréxica concibe la emaciación como la forma de eliminar cualquier sombra de apetito respecto al propio cuerpo por parte de los demás. Esta es la esencia de su discurso.

Otros fenómenos como la obsesión por el peso o la balanza no pertenecen al núcleo semántico del discurso anoréxico; constituyen simplemente un instrumento de control del cumplimiento o del mantenimiento de un propósito. Tampoco pertenece al núcleo semántico la distorsión perceptiva respecto a la propia imagen corporal, que por cierto no afecta a la imagen corporal de los demás. Tal distorsión es efecto, y no causa, del objetivo nunca plenamente alcanzado ni alcanzable de

verse a sí misma incorpórea, y la mayoría de las veces resulta un artefacto de los métodos de investigación experimentales. Las anoréxicas restrictivas de todas las épocas continuaban siéndolo aunque no dispusieran de espejos, cámaras fotográficas o de video, o tuvieran que hacer dibujos o responder a tests psicológicos.

La discrepancia con este punto de vista nace de concepciones ideológicas claramente divergentes entre una psiquiatría de orientación antropológica, adoptada por nosotros, y otra de corte médico-psicológica, producto de un eclecticismo observacional en el que se ponen en el mismo nivel las causas, los efectos, los medios y los resultados y se olvida, o se ignora, el sentido de cualquier fenómeno humano.

Gran parte de la confusión proviene, a nuestro juicio, de equiparar motivacionalmente anorexia y bulimia, porque ambas utilizan la restricción alimentaria. Pero este planteamiento es equivocado en cuanto no distingue entre medios y fines, entre dieta y ayuno. Para la anoréxica el ayuno es un fin en sí mismo, mientras que para la bulímica las dietas, regímenes y demás eventuales restricciones alimentarias no son más que un medio. Las motivaciones de unas y otras, en efecto, son diametralmente opuestas y es en este sentido que podemos considerarlas en los polos opuestos de un mismo eje.

La anoréxica no persigue ser objeto del deseo de los demás, agradar ni agradarse corporalmente, sino que busca denodadamente la autosuficiencia radical y absoluta. No le interesa estar delgada para estar guapa, seguir la moda o tener buen tipo, sino para evitar ser un cuerpo (yo-sujeto <-> yo-objeto). En realidad no quiere estar delgada, sino no tener cuerpo, desaparecer; pero como ello no es posible sin morir, intenta reducir el cuerpo a la mínima expresión. Esta es la forma como pretende evitar la enajenación; una forma que la lleva al aislamiento social y a la esterilidad personal.

La bulímica, por el contrario, intenta agradar con su cuerpo, un cuerpo sujeto de deseos, pero que nunca es percibido como suficientemente deseable, y que por eso intenta moldear constantemente a base de dietas, atracones y vómitos. Desear ser deseada enajena el cuerpo de tal manera que ese ya no se pertenece a sí mismo, sino a la apariencia especular de la mirada propia y ajena (yo-objeto <-> yo-sujeto), quedando abandonado a los impulsos descontrolados del propio organismo.

Para resumir podemos sintetizar nuestras conclusiones en los siguientes puntos:

- * La anorexia restrictiva se constituye alrededor de un núcleo discursivo invariable: el deseo de negar la corporalidad, entendida como carne.

- * Utiliza como medio, primariamente, el ayuno estricto y voluntario para llevar a cabo su objetivo: dejar de comer o comer mínimamente es el modo de eliminar o reducir en la medida de lo posible la carnalidad. Sólo secundariamente, si llega a perder el férreo control sobre su cuerpo recurre al vómito, los laxantes u otros medios de retricción de la corporalidad.

* Persigue un objetivo: liberarse de la enajenación a que nos somete el cuerpo, ejerciendo un control interno y absoluto sobre sus apetitos, y para empezar sobre el más básico y primario de todos, el hambre. A través del ayuno se pretende llegar a la emaciación o delgadez extrema que evoca la ilusión de carecer de cuerpo. Contrariamente a la bulimia, no existe en la anorexia el deseo de agradar a los demás, sino el de sustraer el cuerpo a la posibilidad de cualquier forma de control o dominio externo.

* No es en último análisis sólo un deseo de pureza, ni una búsqueda de espiritualización de la materia exclusivamente. Esta es una forma de sublimación discursiva, que frecuentemente asume, para justificar su verdadera naturaleza. Es, en el fondo, una negación de la alteridad del propio cuerpo. Un cuerpo que no se admite compartir con los demás porque hacerlo sería perderse a sí mismo, tal como sucede en las experiencias sexuales precoces o abusivas, que en ocasiones se presentan como desencadenantes inmediatos de los trastornos alimentarios, o como se representan en el imaginario de la anoréxica y que ocupan, como antecedente o consecuente, un lugar tan destacado en el conjunto de su discurso. De ahí el rechazo de la sexualidad como forma más inmediata de anular la corporalidad y los intentos de borrar todos sus vestigios visibles (pechos, nalgas, grasa), así como los de su función reproductora, suprimiendo la menstruación y con ella las posibilidades de embarazo y maternidad.

* La anorexia es la manifestación extrema y obstinada de una rebeldía ontológica contra la naturaleza y el destino, motivada por un rechazo de la anti-imagen (antieidos) de lo femenino en el contexto de una sociedad donde paradójicamente la dicotomía entre apropiación <-> enajenación del cuerpo ha llegado al paroxismo con la propuesta de un cuerpo andrógino para la mujer, símbolo a la vez de independencia social y de deseabilidad narcicística.

* Desde el punto de vista social la anorexia se configura como una reacción a la presión social y familiar por adecuarse a los modelos dominantes de identidad femenina. En el círculo más íntimo del hogar expresa un sentimiento de desilusión, provocado por ciertas actitudes de la madre, a la que se reprocha su falta de *autorrealización*, y respecto al padre al que se le recrimina la vulgaridad de sus intereses y la traición o abandono en los momentos más trascendentales.

* A nivel individual la anoréxica busca la *autorrealización* y la perfección, imaginada como exquisitez, distinción, refinamiento o espiritualidad. La emaciación es el instrumento forjado por su voluntad para obtener un control total sobre sí misma (su cuerpo) y la situación. Con ello la anoréxica consigue llevar a cabo un acto glorioso o heroico, ser reconocida y admirada, mostrarse única e inaccesible a los demás.

* La dinámica psicológica puesta en marcha para conseguir tales objetivos implica básicamente dos procesos de tipo primario: la *rebelión* (no comer) como modo de transformarse en algo diferente al rol de mujer existente en la familia y la

sociedad, y la *fantasía* (heroísmo, amor romántico, idealismo...) como forma de imaginarse y proyectarse en el futuro.

* Finalmente, y de modo particular en nuestros días, la anorexia realiza de forma paradójica el ideal de la sociedad contra la que se rebela. Este ideal no es el de la delgadez, ni el de la belleza o esbeltez para las mujeres -motivaciones que alimentan los grandes negocios de las industrias del consumo y que torturan especialmente a las bulímicas- sino el de la negación y transgresión del Umwelt -el mundo natural-, que nos lleva a la destrucción de la función ecológica y con ella a la del cuerpo femenino, como cuerpo “natural”. En este sentido el discurso anoréxico y el de la sociedad occidental se han vuelto plenamente sintónicos. Efectivamente, ¿para qué quiere una mujer, como dicen las anoréxicas, la regla, los pechos, las nalgas, si la función reproductora -embarazo, gestación, lactancia- se considera en el contexto del mundo occidental, a diferencia de otras épocas y culturas, carente de valor y de prestigio social, habiendo perdido toda su naturalidad? Una sociedad en la que la maternidad se vive como un período de esclavitud, para el que se alquilan úteros del tercer mundo; una sociedad que se debate entre la infertilidad masculina creciente y los miles de artilugios para hacer de la fecundación algo artificial en lugar de natural; una sociedad en la que se piensa en la clonación y en la selección genética y los niños a la carta. Si el cuerpo, como decía Foucault, es el lugar de la praxis social, ésta se orienta cada vez más a considerar “inútil” el cuerpo de la mujer. No es extraño, pues, que este *cuerpo* se ha vuelto disfuncional termine por desaparecer o modificarse evolutivamente. Las muñecas Barbie con las que juegan nuestras hijas, las modelos de las pasarelas, el cuerpo femenino de características andróginas del que se alimenta el imaginario colectivo del mundo occidental, responde, de hecho al imaginario anoréxico. No son las anoréxicas las que se adaptan a la sociedad, es la sociedad la que asimila su punto de vista. Con ello el discurso de la anorexia actual, ha perdido la dimensión épica o trágica -revolucionaria- con que se revestía en otros tiempos, desde Antígona a Catalina de Siena a Simone Weil o Ellen West, o el de la rebelión contra la familia y la sociedad, característico de los años sesenta o en general de los períodos de transición, para pasar a uno mucho más prosaico en el que aparece en toda su crudeza, privado de cualquier dimensión poética o sublimatoria, por el que se pone de manifiesto pura y llananemte: primero que la mujer sólo es cuerpo o viene reducida a su corporalidad por el discurso social, y segundo que el cuerpo de la mujer tal como viene dotado por la propia naturaleza es inútil y debe ser cambiado. En este caso habrá que dar la razón a las anoréxicas y considerar casi como metafísico, o al menos ontológicmanete correcto, el dilema disyuntivo propuesto vivencialmente por ellas “ser mujer o ser persona”, una versión actualizada del dilema hamletiano “ser (mujer) o no ser (mujer), ésta es la cuestión”.

En el presente artículo se considera la anorexia, como una restricción de la corporalidad. Este punto de vista se ilustra a través del análisis textual del discurso de anoréxicas de diversas épocas y estratos sociales. Se evalúa finalmente la naturaleza de este discurso en el contexto de la sociedad y la cultura actuales.

Palabras clave: *anorexia, discurso, análisis textual, análisis existencial, corporalidad.*

Referencias bibliográficas:

- BELL, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BORDO, S. (1993). *Unbearable weight. Feminism, western Culture and the body*. The Regents of the University of California.
- BILLS, T. (1995). Abuso sessuale e anoressia. En L. Hall, *Liberarsi dall'anoressia e dalla bulimia. Storie di 16 donne famose che hanno vinto l'ossessione del cibo e del peso*. Verona: Positive Press.
- BINSWANGER, L. (1945). Der Fall Ellen West. Studien zum Schizophrenieproblem. *Schweizer Archive fur Neurologie und Psychiatrie*, LIII, LIV & LV. Traducción en R. May, E. Angel & H.F. Ellenberger (1967). *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid: Gredos.
- BRUCH, H. (1974). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge and Keagan Paul.
- BRUCH, H. (1978). *The golden cage*. London: Open Books.
- COWAN, C. & KINDER, M. (1988). *Las mujeres que los hombres aman. Las mujeres que los hombres abandonan*. Buenos Aires: Vergara.
- DE CLERQ, F. (1990). *Tutto il pane del mondo. Cronaca di una vita tra anoressia e bulimia*. Firenze: Sansoni Editore.
- DE CLERQ, F. (1995). *Donne invisibili*. Milano: Rizzoli.
- D.S.M.-III (1983). Barcelona: Masson.
- D.S.M.-IV (1995). Barcelona: Masson.
- ERIKSON, E. H. (1958). *Young Man Luther*. New York: Norton.
- EY, H. (1976). *La conciencia*. Madrid: Gredos.
- FOUCAULT, M. (1978). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- GARFINKEL, P. & GARNER, D. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- GARZON, L. (1996). Diario de Sandra, enferma de anorexia. *La Revista del Mundo*, 1 dic. 1996.
- GIANNINI, G. (1993). Il resoconto quotidiano del proprio stato d'animo nei bulimici. Tesis de licenciatura, Universidad de Riga.
- GÖECKEL, R. (1991). *Donne che mangiano troppo*. Milano: Feltrinelli.
- GÖECKEL, R. (1994). *Finalmente liberi dal cibo*. Milano: Feltrinelli.
- GORDON, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic*. Oxford: Blackwell.
- HALL, L. (1995). *Liberarsi dall'anoressia e dalla bulimia. Storie di 16 donne famose che hanno vinto l'ossessione del cibo e del peso*. Verona: Positive Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton
- LAING, R.D. (1960). *The divided self. An existential study of sanity and madness*. London: Tavistock Publications.
- LAING, R.D. (1982). *The voice of experience*. London: Pantheon.
- LEVENKRON, S. (1989). Body hate. *Ms.*, julio, pp. 35-36.
- LIU, A. (1979). *Solitaire*. New York: Harper and Row.
- MAC LEOD, S. (1982). *Anorexique*. Paris: Aubier-Montaigne.
- MEMMO, S (1997). *Un volo nel vuoto. Storia di un viaggio nell'anoressia*. Verona: Positive Press.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *La phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- MEYER, J.E. & FELDMANN, H. (1965). *Anorexia nervosa. Proceedings of a Symposium Göttingen*. Stuttgart: G. Thieme Verlag.
- MILLER, D. (1997). *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli

- MINUCHIN, S. (1984). *Family kaleidoscope*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- NORWOOD, R. (1986). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: Vergara.
- ORBACH, S. (1981). *Fat is a feminist issue*. New York: Berkeley Books.
- PUBILL, M. J. (1994). *Anorexia nerviosa y contexto social*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de Barcelona.
- RAIMBAULT, G. & ELIACHEFF, C. (1991). *Las indomables*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ROGERS, C.R. (1977). *A pessoa como centro*. Sao Paulo: Editora Pedagógica e Universitaria.
- RUBEL, J. (1995). Hai trovato quello che ti serve? En L. Hall, *Liberarsi dall'anoressia e dalla bulimia. Storie di 16 donne famose che hanno vinto l'ossessione del cibo e del peso*. Verona: Positive Press.
- SARTRE, J. P. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Gallimard, Paris.
- SARTRE, J. P. (1944). *Huis clos*. Gallimard, Paris.
- SARTRE, J. P. (1945). *Le sursis*. Gallimard, Paris.
- SCHELOTTO, G. (1992). *Una fame da morire. Bulimia e anoressia. Due storie vere*. Milano: Mondadori.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1989). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- TORO, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 23-47.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of selfstarvation*. London: The Athlone Press.
- VILLEGAS, M. (1981). *La Psicoteràpia Existencial*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1988). Análisis de una existencia frustrada. *Revista de Psiquiatria y Psicología Humanista*, 25, 71-94.
- VILLEGAS, M. (1992a). Anorexia as a form of coping with identity crisis in adolescence. III European Workshop on Adolescence. Bologna: abril 29 -mayo 2.
- VILLEGAS, M. (1992b). Análisis del discurso. *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I): La agorafobia o la restricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-39.
- WOODS, J. (1981). I was straving myself to death. *Mademoiselle*, mayo, 1981.

TERAPIA FAMILIAR Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Maurizio Viaro

Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano

Via Trieste 14. 35121 - Padova (ITALIA)

In this article different systemic approaches with the families of anorexic and bulimic patients developed by Mara Selvini Palazzoli and her team in Milan during several years are described. To cope with special cases, the author suggests an individual treatment of anorexia nervosa.

Key words: Milan team, anorexia, bulimia, paradox, prescription, eclecticism, family therapy, individual therapy.

El presente artículo se propone describir el enfoque familiar con pacientes anoréxicas/bulímicas, desarrollado a través de los años por Mara Selvini Palazzoli y sus colaboradores en el centro de Milán. Durante estos años, distintos equipos han colaborado con Mara Palazzoli Selvini en el trabajo con pacientes con trastornos alimentarios. El presente artículo se refiere al trabajo del grupo compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata por lo que respecta a los métodos paradójicos; al grupo compuesto por Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata respecto al método prescriptivo; y finalmente al grupo actual, compuesto por Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Annamaria Sorrentino además de la propia Mara Selvini Palazzoli, por lo que respecta al método llamado “ecléctico”.

La presente descripción, necesariamente sintética, será llevada a cabo desde la perspectiva de un observador externo no participante, y se basa en:

a) la observación y el análisis de videograbaciones de terapias familiares realizadas por el equipo del Centro de Milán; b) la lectura de las notas en las que el terapeuta que lleva las sesiones describe cuanto ha acontecido durante cada una de ellas; c) las publicaciones en las que se expone el modelo teórico de referencia del terapeuta (Selvini Palazzoli, 1978; Selvini Palazzoli *et al.*, 1978, 1988).

El método utilizado durante el análisis de las videograbaciones está inspirado en el método propuesto por los etnometodólogos de la conversación; uno de los requisitos metodológicos consiste en el hecho de que la producción del material

para analizar debe ser hecha independientemente del observador. La condición, por tanto, es que la interacción resulte “espontánea”, en el sentido de que no hay que producirla con el fin de ser analizada. Los instrumentos conceptuales utilizados prescinden, por lo tanto, de categorías clínicas, en cuanto proceden de teorías de tipo lingüístico y conversacional, más en concreto, de la Lógica Conversacional de Grice (1975), el análisis de la conversación de Sacks, Schegloff y Jefferson (1973, 1974, 1977, 1980); la teoría de los Actos lingüísticos de Austin (1962) y Searle (1969) y, en menor medida, del Análisis del Contexto de Goffman (1974). La teoría de referencia del terapeuta hay que considerarla sólo para explicar el comportamiento, prescindiendo del problema de su validez. Este análisis fue realizado en colaboración con el profesor Leonardi, filósofo del lenguaje y, más recientemente con el profesor Bercelli, experto en microsociología de la interacción (Leonardi y Viaro, 1990; Bercelli, Leonardi y Viaro, 1998 en prensa).

De esta manera se han observado unas 400 sesiones, de las que 40 han sido integralmente transcritas para un análisis detallado de la secuencia verbal; de las demás se han sacado transcripciones parciales.

La hipótesis que subyace a este análisis es que se puede describir este tipo de terapia como una conversación, es decir, como una ocasión social que tiene como fin principal el intercambio lingüístico, en cuanto a) todo lo que hacen los participantes es sentarse y hablar; b) durante el intercambio verbal se utilizan los mismos sistemas de reglas y convenciones que rigen para cualquier conversación común, con algunas limitaciones añadidas (que pueden explicitarse), y, para acabar porque c) durante la sesión incluso el comportamiento no verbal tiene como fin la producción lingüística (esto resulta fácil de comprobar por el hecho de que, observando la videograbación de una sesión al excluir el sonido, es posible reconocer que el tipo de actividad que se está desarrollando es una conversación).

Se trata, por lo tanto, de un análisis fenomenológico-descriptivo y cualitativo, cuya validez está vinculada al hecho de que se pueda traducir en una serie de instrucciones, que le permitan idealmente a un terapeuta reproducir secuencias conversacionales análogas. Este análisis está abierto también a controles cuantitativos (Viaro, Leonardi y Sbatella, 1984; Viaro *et al.*, 1997).

Dado que los “hechos” en los que se basa deben cumplir el requisito de producirse en condiciones no controladas por el experimentador-analista y están constituidos esencialmente por las videograbaciones analizadas, la descripción de la sesión, derivada de la aplicación del método, resulta inevitablemente distinta de la dada por los terapeutas sobre su modo de llevar la terapia.

EVOLUCIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Desde la perspectiva aquí asumida, es posible dividir la evolución del trabajo desarrollado en el Centro de Milán con las familias con pacientes anoréxicas en tres periodos distintos: a) el periodo de los métodos llamados “paradójicos”; b) el

periodo del método llamado “prescriptivo”; c) la fase más reciente, ecléctica, a la que no se puede aplicar la metodología descrita, utiliza distintos tipos de procedimientos de intervención en paralelo: sesiones individuales, de pareja y familiares.

Los métodos “paradójicos”

Los aspectos esenciales de este método de trabajo con la familia se refieren por un lado a la organización del *setting* terapéutico, por el otro a la forma de llevar la sesión. La organización del *setting* terapéutico prevé la presencia de uno o dos terapeutas en sesión con la familia y uno o más supervisores detrás de un espejo unidireccional, que intercambian sus consultas con los terapeutas por lo menos antes de empezar y antes de la conclusión de cada sesión. Las sesiones son mensuales, hasta llegar a un máximo de diez. Tras la décima sesión, la terapia termina independientemente del resultado que se haya conseguido. Por otro lado, cada sesión (o toda la terapia) puede considerarse como una expansión de una terna de intervenciones conversacionales, donde al terapeuta le corresponden las intervenciones impares:

- 1) ¿Cuál es, según cada miembro de la familia, el problema de esta familia?
- 2) Respuesta
- 3) Este es, según nosotros, los expertos, el problema de esta familia.

La intervención 3 se realiza en la conclusión de la sesión, a condición de que la respuesta 2 se considere suficiente. Hasta que no se haya alcanzado este objetivo, la serie de preguntas/respuestas 1 y 2 se va repitiendo. En su conjunto, la serie de preguntas y respuestas ocupa la mayor parte de toda la sesión, llamada entrevista. La secuencia conversacional durante la entrevista se desarrolla, por tanto, produciendo una multiplicidad de puntos de vista distintos sobre el problema de la familia, o sobre temas relevantes respecto al problema, introducidos por el terapeuta. Éste, sin embargo, no expresa su propio “punto de vista de experto” hasta la conclusión de la sesión, después de consultarlo con los supervisores.

Todas los pares pregunta/respuesta que se efectúan durante la entrevista en cada sesión pueden considerarse preguntas y respuestas parciales de la pregunta principal. El terapeuta, sin embargo, no se limita a escuchar las respuestas de cada uno, sino que “guía” la respuesta de sus interlocutores, interviniendo constantemente con preguntas más específicas. En la pregunta principal se pide a cada miembro su punto de vista sobre el problema de la familia. La serie “típica” de preguntas sobre definición de un punto de vista puede imaginarse idealmente en base a las siguientes instrucciones:

Actúa de manera que cada uno defina su propio punto de vista sobre el tema en cuestión;

Haz que cada uno ilustre su punto de vista por medio de hechos: ejemplos sacados de la vida familiar (los episodios emblemáticos ilustrativos de lo que sucede “habitualmente”).

Rconstruye los detalles comportamentales de estos hechos con la ayuda de todos los otros familiares.

Asegúrate haber comprendido el sentido de cuanto se ha dicho (resumiendo lo que piensas que tu interlocutor quería decir y pidiéndole su confirmación o que rectificación).

Si la reconstrucción colectiva de los hechos pone de manifiesto elementos incoherentes con respecto a la definición inicial, pide mayores ajustes en esta definición.

En su conjunto, la secuencia busca favorecer la autocorrección (instrucción 5) por parte de los miembros de la familia.

Además el terapeuta:

A) Compara y diferencia las distintas posiciones con respecto a lo que se está hablando (hace preguntas comparativas).

B) Vuelve a plantear algunas preguntas de forma hipotética (por ej.: según usted, ¿Cómo habría reaccionado Fulano si Mengano hubiera hecho esto o lo otro?).

Para cada tipo de pregunta (preguntas respecto a hechos, a puntos de vista, etc.) se pueden explicitar una serie de contraseñas lingüísticas, que permitan decidir cuándo se está hablando sobre puntos de vista, o de hechos, y así sucesivamente.

Continuando con el análisis, cualquier pregunta correspondiente a cada uno de los tipos puede expandirse en una serie de subpreguntas, expresando los criterios que hay que seguir para decidir en qué medida la respuesta puede considerarse suficiente, y así sucesivamente. De este modo pueden suministrarse instrucciones muy detalladas, relativas incluso a la formulación lingüística de cada pregunta (Leonardo y Viaro, 1990).

Naturalmente puede pasar que el terapeuta no consiga obtener respuestas suficientes a una pregunta, o que, a lo largo de la entrevista no obtenga en conjunto informes suficientes para poder expresar su parecer en la conclusión.

En el primer caso, es decir, si el terapeuta no consigue obtener respuestas suficientes a las preguntas, puede hacer constar a los miembros de la familia que no están obligados a “decirlo todo”, sino que, al contrario, puede ser oportuno callar cosas que podrían herir a los demás. En el segundo caso, es decir, si al final de la entrevista no logra obtener informes suficientes para expresar su propio parecer como experto, el terapeuta puede evitar hacerlo y concluir la sesión sin ningún comentario; o, puede dar una prescripción que hay que seguir antes de la sesión siguiente con el fin de obtener informaciones ulteriores.

Respecto a la intervención que concluye la sesión, ésta está constituida, en la mayoría de los casos, por una definición del síntoma en términos positivos y altruistas o al menos socialmente aceptables: se define el síntoma como comportamiento coherente con el punto de vista de la paciente, subrayando los efectos positivos que tiene en el grupo o, más específicamente, en un miembro de la familia. Por otro lado, también la actitud de los familiares hacia el síntoma se define de la

misma manera. Por lo tanto los comportamientos de todos vuelven a ser definidos en positivo en cuanto se refieren a valores comunes a todo el grupo familiar (en esto consiste la llamada “regla de oro de la connotación positiva”).

Durante las terapias llevadas a cabo con este método, en casi todos los casos el comportamiento de rechazo de la comida recibe una definición de tipo altruista y positivo para la estabilidad del grupo familiar. Está claro que, las informaciones que se han recogido durante la sesión deben ser tales que hagan plausible una redefinición de este tipo.

El aspecto “paradójico” de estas intervenciones deriva del hecho de que éste va en contra de las expectativas de los familiares. Éstos suponen que el síntoma, por ser un hecho no deseable, procede de un error o de una culpa de alguien, y amenaza la imagen positiva del grupo familiar, y que, en consecuencia, esta persona tendría que modificar su propio comportamiento en cuanto no se adapta a los valores del grupo. A este modo de actuar del terapeuta corresponde un modelo teórico de referencia para la familia anoréxica como sistema de comunicación, que Mara Selvini Palazzoli y sus colaboradores delinearon de acuerdo con los siguientes puntos esenciales:

Los miembros de una familia con paciente anoréxica muestran típicamente una coherencia sustancial característica entre comportamiento verbal y no verbal;

Cada miembro de la familia con paciente anoréxica tiende a rechazar las definiciones que los demás miembros dan de sí mismo, del otro y de las relaciones mutuas;

Está prohibido asumir el liderazgo en primera persona según las reglas familiares, y están prohibidas las coaliciones manifiestas de dos miembros contra un tercer miembro;

Cada uno tiende a presentar su propio comportamiento como si lo empujaran razones altruistas (cualquier cosa se hace oficialmente para el bien del otro), rechazando todo tipo de culpa o reproche;

La motivación altruista esconde una relación de competición negada, de manera que resulte una “competición sacrificial”, es decir, una especie de competición en la que “gana” quien ha dado prueba de sacrificarse más por los demás. En esta caracterización de la familia anoréxica, el tema del altruismo constituye un elemento central: el altruismo esconde, sin embargo, una fuerte competitividad (aunque negada) y, de hecho, se traduce en una incapacidad de cooperación entre los cónyuges para solucionar el problema.

“El método prescriptivo”

Tras haber dejado los métodos de intervención paradójicos, Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata, a principios de los años '80, elaboraron un método de intervención basado en el uso sistemático de una misma serie de prescripciones, llamadas “invariables” en cuanto asignadas a todas las familias en terapia. Las

diferencias principales con respecto al método anterior pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

La conclusión de cada sesión está constituida por una prescripción preestablecida: cada sesión tiene una conclusión obligada.

La terapia prevé un desarrollo incluso obligado: quien observa una sesión puede comprender si se trata de una tercera o de una primera sesión, cosa imposible en el método anterior, donde las sesiones son todas esencialmente repeticiones de un mismo esquema.

El terapeuta es libre de expresar su propio punto de vista como experto, incluso durante la entrevista misma, no sólo en la parte de la conclusión.

Tras las dos primeras sesiones conjuntas, la terapia sigue adelante sólo con la pareja de los padres -pudiendo eventualmente la paciente pedir un tratamiento individual, pero que no puede realizarse en el centro.

Así pues, el plan general para la terapia, sesión por sesión, puede resumirse como sigue:

Primera sesión. A esta sesión se invita a un miembro de la familia extensa. La secuencia conversacional se desarrolla alrededor de los puntos de vista de los familiares sobre el problema propuesto, con un atención especial a las relaciones con la familia extensa, utilizando el miembro externo convocado como fuente principal. Al final, el equipo pide una segunda sesión para poder decidir sobre la adecuación de una terapia familiar, sin más comentarios.

Segunda sesión. En esta sesión se completa la panorámica de los puntos de vista de los familiares sobre el problema y la historia de la familia. Al final, se expresa sencillamente la indicación de terapia familiar, sin comentarios (en el supuesto de tal indicación). Para la sesión siguiente se convoca a los padres solos.

Tercera sesión. En ésta se pregunta a los padres sobre las reacciones de los demás frente a la falta de convocatoria de los hijos y de la paciente. Al final se nombran a los padres coterapeutas y se les asigna la primera prescripción. Esta prescripción se basa en la declaración de secreto, es decir, los padres deben declarar en familia que el contenido de la sesión es reservado. Además, a los padres se les asigna la tarea de tomar nota de las reacciones de todos a la declaración de secreto, así como día tras día, de cada pequeño detalle de la vida familiar, aun aparentemente inconexo o irrelevante, que parezca “distinto de lo normal”. Cada uno de los padres ha de tomar nota en cuanto a sus propias observaciones personales, sin hablar con el otro.

Cuarta sesión. La sesión se desarrolla alrededor de la lectura de los cuadernos de los padres, que se van comentando. Al final, el terapeuta propone otra lectura, relacionando sucesivamente entre ellos los acontecimientos del mes pasado, basándose en la comparación con otros casos tratados.

A partir de la cuarta sesión, hasta la séptima, la prescripción consiste en la tarea, asignada a los padres, de salir juntos de casa por un periodo de tiempo que va

aumentando progresivamente, sin decir a dónde van. Las sesiones siguen el mismo esquema: la entrevista está dedicada a la lectura y al comentario de los cuadernos, la conclusión consiste en una redefinición global y en la entrega de la siguiente prescripción.

Las sesiones que quedan, desde la séptima hasta la décima, se utilizan para repetir prescripciones que no han sido realizadas correctamente, para proponer otras, o para seguir adelante con un esquema no obligado.

Por lo que se refiere a la conducción de la sesión, las dos primeras sesiones no presentan ninguna particularidad con respecto a lo descrito anteriormente. En cambio, las sesiones sucesivas pueden describirse como producto de las siguientes diversas instrucciones para el terapeuta:

- Pide a cada uno de los padres la explicación detallada del mes pasado (los hechos) en base a la lectura de los cuadernillos; pide su evaluación personal (su punto de vista subjetivo en cuanto a los hechos). Compara y diferencia las perspectivas de los dos padres. Al final de la lectura de los cuadernillos consulta con el supervisor.

- Instrucciones para la discusión con los supervisores: Relaciona todos los comportamientos definidos como “insólitos” y ponlos en sucesión cronológica. Considera esta secuencia de hechos como una reacción a la prescripción (que es un comportamiento insólito prescrito a los padres). Formula una hipótesis sobre el funcionamiento de la familia basándote en la comparación con otros casos en los que se hayan observado sucesiones de reacciones semejantes. Expón esta hipótesis (el “punto de vista de los expertos”) a los padres y discute su plausibilidad a la luz de la historia de la vida familiar.

Desde el punto de vista conversacional, la mayor diferencia respecto a las modalidades de conducción precedente se refiere al desarrollo de la secuencia. En el transcurso de la entrevista, después de la discusión con los supervisores, aparecen secuencias que empiezan con la exposición del punto de vista de los expertos, basada en gran parte en su experiencia de manera que la primera intervención se halla constituida por una explicación. Esta explicación va seguida de la solicitud a los padres de expresar cada uno el propio punto de vista sobre el punto de vista expresado por el terapeuta. Tales secuencias se cierran con una reformulación, correcta y adaptada, todavía, del punto de vista de los expertos. La secuencia ya no tiende idealmente a promover una reformulación correctiva del punto de vista expresado por los familiares, sino del expresado por el terapeuta. Estas secuencias pueden indicarse con el nombre de “secuencias informativas” en cuanto el terapeuta las abre dando a la familia informaciones (más que pedir las) en base a la propia experiencia. Para el terapeuta el desarrollo de una secuencia informativa obedece a las siguientes instrucciones:

- Expón el punto de vista de los expertos en base a la propia experiencia.

- Pide a los padres que cada uno exprese su propio punto de vista sobre el punto

de vista de los expertos y subraya las diferencias.

Utiliza las informaciones obtenidas a fin de modificar y adaptar la hipótesis expresada (el punto de vista de los expertos).

Al final de la sesión pide a los padres si quieren continuar con la prescripción siguiente; en caso afirmativo, entrega la prescripción siguiente, formula unas previsiones sobre las posibles reacciones de los familiares, basadas en la hipótesis adelantada y discutida.

Con respecto al método anterior, el prescriptivo resulta mucho más codificado y estructurado; de cada sesión, quedan, además, a disposición no sólo la grabación de las sesiones y las notas del terapeuta, sino también los cuadernos de los padres, a menudo muy detallados. Este material -que personalmente considero extremadamente interesante- no ha sido publicado nunca. Ha sido, en cambio, publicado el modelo para la familia anoréxica elaborado utilizando este método de trabajo (Selvini Palazzoli *et al.*, 1978). Este modelo está basado mayormente en las reconstrucciones de la historia familiar efectuadas durante la sesión, y supone una sucesión de seis fases:

Una relación de pareja, desde el principio del matrimonio, marcada por un juego competitivo negado con un fondo de sacrificio. (Relación indicada como “momento de tablas de la pareja”).

Una implicación precoz de una hija en esta relación: la posible futura paciente nota desde la infancia la insatisfacción recíproca de los padres, subordinando sus exigencias a fin de convertirse en un elemento de gratificación vicariante representando las expectativas de los padres, de intachabilidad y de perfección. Aunque, en la mayoría de los casos, la futura paciente durante su infancia se coloca sobre todo al lado de la madre, considerada la más débil, no se pone declaradamente en contra del padre (habiendo a este propósito notables diferencias entre las historias de pacientes anoréxicas y bulímicas).

Durante la pre-adolescencia podría existir un acercamiento de la paciente del lado del padre: ambos comparten las mismas críticas con respecto a la madre. Las relaciones entre padre e hija se vuelven emotivamente muy intensas. En los casos de bulimia, esta relación podría asumir a menudo las características de la seducción sexual. (Fase indicada como “instigación”).

Inicio de la dieta como rechazo de la sumisión al control materno.

La paciente pide un apoyo al padre, el cual, por su parte, pasa por alto esta exigencia, por no entrar en lucha abierta con su mujer, y se pone ambiguamente al lado de su esposa (Fase indicada como “dar la espalda”).

Estabilización del síntoma. La paciente se encuentra aislada en el grupo familiar, en una posición al revés: si de pequeña no creaba ningún problema, ahora es la causa de todos los sufrimientos familiares. Los eventuales hermanos y hermanas, aunque anteriormente tuvieran algún problema, se convierten ahora en la consolación de los padres. Con la cronificación del problema, cada miembro de

la familia -no sólo la paciente- acaba por obtener algunas “ventajas secundarias” del mantenimiento del síntoma, o colabora involuntariamente a su conservación.

Como es obvio, este modelo tiene un valor heurístico, y se propone como marco de referencia general, que debe adaptarse a cada caso particular con la ayuda de los familiares. Su núcleo central se basa en el hecho de que la aparición del síntoma se explica, ante todo, a la luz de una larga historia de subordinaciones de las exigencias de la paciente frente a las solicitudes del grupo familiar, a la que sigue una falta de reconocimiento y de reciprocidad.

La protesta por esta falta de reciprocidad toma la forma de una exasperación caricaturesca del sacrificio en la anorexia, (rechazo de la comida, de la sexualidad, declaración de bienestar, hiperactividad, etc.) y en el polo contrario, en el caso de la bulimia, (enorme desperdicio de recursos alimentarios, sustraídos a los demás, conducta sexual promiscua) y todas las posibles variedades intermedias.

En base a este marco de referencia muy general se ha elaborado posteriormente también un método de intervención individual, elaborado por el autor de este artículo, aplicado inicialmente en aquellos casos de pacientes crónicas en los que no era posible una implicación familiar. Las características de este tipo de intervención individual se exponen en el apartado posterior.

El método ecléctico

El método de trabajo actual del equipo del centro está marcado por el eclecticismo y puede considerarse el resultado de todas las experiencias anteriores, incluida la psicoanalítica, que aquí no hemos mencionado.

A causa de su mayor duración y complejidad es prácticamente imposible analizar terapias enteras utilizando el método del análisis conversacional. Sin embargo es posible señalar aquí algunos trazos muy generales de este método de trabajo que puede definirse como ecléctico:

La duración del tratamiento puede ser incluso de algunos años.

Las sesiones familiares conjuntas se alternan con sesiones con subsistemas (subgrupo de los hermanos, padres, individuales, etc.). La sesión individual conjunta ya no constituye el marco privilegiado de trabajo.

El plan de tratamiento se basa ampliamente sobre el diagnóstico de estructura de personalidad de la paciente.

El tratamiento individual de la paciente se convierte en parte esencial de la terapia y viene llevado a cabo preferentemente por miembros del equipo terapéutico del Centro.

TERAPIA INDIVIDUAL CON PACIENTES CRÓNICAS

En esta último apartado, voy a exponer algunos aspectos del método de intervención con pacientes anoréxicas crónicas, elaborado por mí con la colaboración de Mara Selvini Palazzoli, durante la segunda mitad de los años 80 (Selvini

Palazzoli y Viaro, 1988; Viaro, 1990). Mi posición, con respecto a este caso, no es la del que describe un procedimiento elaborado por otros, sino la de quien expone un enfoque elaborado en primera persona.

Una premisa necesaria hace referencia al concepto de contexto, esencial para poder entender las consideraciones que se encuentran en la base de este enfoque. Bajo un punto de vista sistémico, cualquier intervención terapéutica, como cualquier conducta, adquiere un significado que depende también del contexto en el que se lleva a cabo. No resulta legítimo, bajo esta perspectiva, describir un procedimiento como si se desarrollase en el vacío, y como si sus resultados fuesen independientes de las circunstancias en las que se da el encuentro entre terapeuta y paciente. La discusión de este aspecto implica dos distintos niveles, referidos tanto a la inclusión de la intervención individual elaborada aquí propuesto en el seno de las actividades del Centro de Milán, como a la del propio Centro en el ámbito de un contexto más amplio.

Respecto a los motivos que nos han impulsado a elaborar este tipo de intervención en un centro donde, en aquellos tiempos, se ofrecían sólo tratamientos de terapia familiar, podemos decir que nacen de la necesidad de responder a demandas que presentaban los siguientes elementos en común: (a) en primer lugar, se trataba de pacientes que se dirigían a un centro de terapia familiar pero que pedían un tratamiento individual; (b) en segundo lugar, se trataba a menudo de casos en los que el tratamiento familiar no era posible al no estar los familiares disponibles; (c) para acabar, casi invariablemente, se trataba de pacientes crónicas, que llevaban años presentando los síntomas, con muchos fracasos terapéuticos a sus espaldas, y con un conocimiento de la literatura especializada, tanto psicoterapéutica como médica, a menudo sorprendente.

Estas pacientes se dirigían al Centro de Milán aparentemente atraídas por la fama de la doctora Selvini, sin fijarse demasiado en el tipo de tratamiento que podían recibir, ya fuera éste individual o familiar. Estas demandas tenían, sin embargo, incluido implícitamente un significado acusatorio hacia los padres: “me dirijo a un centro de terapia familiar porque el problema tiene que ver con la familia, pero quiero un tratamiento individual puesto que mi familia no está disponible”. De manera menos evidente estas exigencias contenían también una descalificación hacia el terapeuta: “busco una terapia individual, pero se la pido a un terapeuta especializado en el terapia familiar”.

Estas consideraciones aconsejaban, por un lado, buscar reducir al mínimo la posibilidad de que la paciente pudiera utilizar la terapia para acusar a los padres; por otro lado, para mantenerse coherente con el contexto, el terapeuta tenía que dar de sí mismo, como principal definición, la de experto en terapia familiar, no individual.

En cambio, por lo que se refiere al contexto más amplio, éste pedía un análisis distinto, que abarcara el ambiente profesional, y la relación entre demanda y oferta de terapia en los trastornos de la conducta alimentaria.

En aquella época, desde este punto de vista, la situación, se presentaba caracterizada por un notable aumento cuantitativo de demandas de tratamiento por un lado, y por una modificación cualitativa en la oferta de tratamiento, por el otro.

La esperanza de poder lograr éxitos rápidos y técnicas de intervención de fácil aplicación, que los terapeutas familiares habían legitimado con sus afirmaciones, resultaban decepcionantes. Al mismo tiempo, el incremento de la demanda de terapia específica para estos trastornos abría un mercado mucho más amplio, con la entrada de nuevos sujetos: al lado de distintos psicoterapeutas privados, o de los pequeños centros de carácter artesanal, empezaron a surgir unidades de tratamiento ambulatorio y centros especializados vinculados al mundo de la medicina y de la psiquiatría académica. Planteadas con una fuerte valoración del componente médico-biológico a nivel de imagen, estas nuevas estructuras ofrecían tratamientos eclécticos, que casi siempre incluían también intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares o de grupo.

En resumen, se trataba de un mismo centro que ofrecía tanto la asistencia médico internística como la psicoterapéutica, individual, familiar o de grupo, mientras la orientación anterior consistía en mantener del todo separados los distintos tipos de intervenciones. Al mismo tiempo, se dirigían fuertes críticas hacia el mundo de la psicoterapia en general, y al de la terapia familiar en particular.

A diferencia del pasado, el encuentro entre los distintos enfoques tenía como escenario, no sólo los encuentros y las revistas especializadas, sino también los mass-media (libros de divulgación, periódicos, revistas para la mujer, transmisiones televisivas y radiofónicas). Familias y pacientes anoréxicas no tenían por qué continuar, como antes, sometándose a traslados o búsquedas sin fin, a investigaciones para encontrar los escasos centros especializados, sino que venían halagadas y aduladas.

Las pacientes crónicas que pedían una terapia estaban por lo general enteradas de las publicaciones en el sector y de las distintas ofertas de tratamiento: por lo general habían leído varios libros (incluidos los publicados por los terapeutas del Centro de Milán); habían consultado a muchos especialistas entre los más famosos (recibiendo a menudo opiniones distintas entre sí). Parecía, por lo tanto, necesario plantear la relación con la paciente teniendo en cuenta todas estas informaciones, socialmente disponibles.

Para acabar, había que tomar muy en cuenta el hecho de que las pacientes anoréxicas crónicas normalmente no están motivadas hacia ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico, y que consultan a muchos especialistas o empiezan distintos tratamientos, de los que habitualmente se desilusionan con gran rapidez, y que abandonan muy precozmente.

Desde esta perspectiva la elaboración de un esquema, en líneas principales, para un enfoque inicial adquiere, por lo tanto, una importancia crucial. El enfoque elaborado prevé dos sesiones preliminares, al inicio del tratamiento, cuya finalidad

es el establecimiento de un contrato. Considero útil exponer en detalle la organización de estas dos sesiones.

Primer encuentro. La primera sesión consiste en una recogida de informaciones sobre la familia: en este sentido, la paciente viene considerada como una fuente de información sobre la familia. Se sigue, por tanto, el mismo esquema de recogida de informaciones preliminares, que se adopta para los casos de terapia familiar. Estas informaciones abarcan cuatro áreas temáticas: análisis de la demanda; informaciones sobre la familia nuclear y extensa; informaciones sobre cada uno de los miembros de la familia; descripción de los síntomas y análisis de los efectos pragmáticos de los síntomas. Las modalidades de desarrollo de esta primera sesión se definen en términos conversacionales.

En la **segunda sesión**, tras haber eventualmente completado la recogida de informaciones en caso necesario, el terapeuta expresa su propio parecer y da las indicaciones.

En primer lugar, el terapeuta da su opinión diagnóstica. Como es natural, todas estas pacientes han tenido ya un diagnóstico - el problema consiste sin embargo en el hecho de que, por lo general, una paciente crónica, ha tenido varios diagnósticos aparte el de anorexia o bulimia. El terapeuta se pronuncia particularmente sobre este punto, es decir, manifiesta su acuerdo o no sobre el hecho de que el diagnóstico principal sea aquél para el que ha sido indicado el tratamiento. (El tratamiento está indicado para pacientes con diagnóstico de Anorexia, Bulimia con al menos un año de sintomatología anoréxica desde su exordio, o bien con un cuadro mixto de Anorexia y Bulimia de al menos cuatro años). Este tipo de enfoque se ha aplicado a 36 pacientes que han pedido un tratamiento individual: nueve de ellas han sido excluidas, por cuanto el diagnóstico principal no coincidía con los previstos; de los 27 casos restantes quince han aceptado el contrato, mientras que doce lo han rechazado. La duración media de los síntomas de las quince pacientes que han aceptado es de cerca de siete años, mientras que el de las doce restantes era de ocho.

En segundo lugar, el terapeuta da un juicio de prognosis a partir de algunos indicadores: la duración de los síntomas; la presencia de otros trastornos diagnosticados, concomitantes o precedentes al diagnóstico de anorexia; el peso mínimo al que se ha llegado; el número y tipo de tratamientos anteriores fracasados. El elemento considerado más indicador de una tendencia negativa es la cronicidad.

Se informa, por lo tanto, a la paciente que a): cuando existen las condiciones de cronicidad, el pronóstico relativo a la posibilidad de una resolución completa o de una mejoría substancial de los síntomas es negativo; se indican en cambio tratamientos que no tienen como objetivo la remisión de los síntomas, sino la reducción del malestar y las secuelas físicas: tratamientos de soporte en el plano psicológico y controles médicos. El Centro, sin embargo, no ofrece este tipo de tratamientos; b) No se descarta, con todo, aunque se considera poco probable, la posibilidad de un cambio radical: se han documentado, en efecto, casos de completa

mejoría de pacientes incluso tras muchos años, y el mismo terapeuta conoce a alguno de ellos personalmente. Aunque al parecer de autoridades famosas la psicoterapia se considera siempre indicada, hay que decir que no existen pruebas, basadas sobre estudios controlados, que demuestren que una psicoterapia -individual o familiar- sea capaz de modificar el curso de la enfermedad. Todo esto puede que suene como algo decepcionante, pero no significa en absoluto que no se pueda hacer nada, tanto desde el punto de vista médico como psicológico.

Estas informaciones deben darse con un tono que infunda seguridad, no para asustar, sino presentando la condición de cronicidad como una condición con la que se puede convivir. La perspectiva que se abre no es la de curar una enfermedad, sino la de disminuir el malestar psicológico y el daño físico de una condición, una vez aceptada. Tras haber dado estas informaciones, el terapeuta espera la respuesta y la reacción de la paciente. Esta reacción puede ser principalmente de dos tipos:

a) En algunos casos tras un primer momento de perplejidad o algunas preguntas, la paciente no muestra reacciones emotivas especiales. En algunas ocasiones la reacción es de alivio evidente: la paciente había pedido la terapia bajo la presión de terceras persona. En cualquier caso, el dato más significativo consiste en el hecho que la paciente ignora del todo la única información positiva contenida en el discurso del terapeuta, relativa a la posibilidad documentada de una curación, incluso en pacientes crónicas. Frente a este tipo de reacción, el terapeuta se declara dispuesto a interesarse personalmente en enviar a la paciente a un centro que ofrezca estos servicios.

b) En otros casos, en cambio, la paciente muestra una reacción de activación emotiva evidente, que puede ser de incredulidad, rabia o desesperación. A veces utiliza sus conocimientos para contestar lo que ha dicho el terapeuta, o para reafirmar la propia voluntad de cambio. Sobre todo, pone de relieve la mención que el terapeuta ha hecho de la posibilidad de un cambio substancial incluso en las formas crónicas.

Sólo en este caso, el terapeuta se declara dispuesto a una ayuda personal prolongada: si la paciente tiene la seguridad de poder intentar, aún tras muchos años, un cambio radical, el terapeuta no le niega su ayuda, sino que la invita a que reflexione mucho, y precisa los límites de la ayuda que puede ofrecerle. En primer lugar, la paciente debe saber que el terapeuta supone que la causa de su condición estriba esencialmente en una situación de trastorno profundo de sus relaciones familiares y que éstas son las únicas relaciones realmente importantes.

Este convencimiento del terapeuta se basa en su experiencia personal, con la que muchos están de acuerdo, pero es relativamente arbitraria, en el sentido de que otros muchos expertos no están de acuerdo con esta opinión. Sería sin embargo inútil empezar la terapia con una paciente que no estuviese de acuerdo con estos supuestos: el objetivo del trabajo del terapeuta es efectivamente sólo ayudarla a mejorar su posición en el seno de la familia, en cuyo caso podría suceder que la paciente decida

que tiene que modificar su conducta alimentaria: pero esta sería si acaso una elección suya. Si esto acaece, puede pasar que la paciente decida que tiene que modificar su conducta en cuanto a la alimentación: esta elección será si acaso del todo suya. El terapeuta no se interesará, por tanto, de sus problemas alimentarios, ni de los aspectos médicos a que hubiera lugar que deberán correr a cargo de la paciente.

En segundo lugar, la paciente debe saber que la única ayuda que el terapeuta puede ofrecerle consiste en poner a su disposición su propia experiencia de trabajo con familias parecidas a la suya, y hablarlo con ella. En el momento, sin embargo, de llevar a la práctica cuanto se ha hablado, ella se las tendrá que apañar sola. El terapeuta está dispuesto a hablar con los familiares si lo desean, pero en cualquier caso queda excluida una intervención con ellos a favor de la paciente: esto sería legítimo en una terapia familiar, pero no en un tratamiento individual, que se apoya sólo en los recursos de la paciente.

Al final, el terapeuta invita a la paciente a reflexionar durante por un tiempo no inferior a tres semanas y, volver a llamar por teléfono si considera oportuno empezar el tratamiento. Si la paciente afirma estar segura de querer empezar de inmediato, el terapeuta le advierte que no se debe fiar de la impresión del momento. Sólo en el caso de que, tras algunas semanas, esté todavía de acuerdo, vuelve a llamar. En caso contrario, si nota alguna duda con respecto a la idea de volver a establecer contacto, es mejor que se fíe de esta impresión y que no lo haga.

Por lo que se refiere a las características más sobresalientes del tratamiento, señalamos aquí sólo los principios en que se inspira.

Estos principios pueden resumirse en los siguientes puntos:

En primer lugar, el acuerdo con la paciente debe tener prioridad sobre la validez de la teoría del terapeuta, cuya relativa arbitrariedad el terapeuta reconoce abiertamente.

En segundo lugar, el objetivo primario sobre el que hay que estar de acuerdo consiste en la modificación de la posición de la paciente en el seno del grupo familiar.

Finalmente, el trabajo del terapeuta consiste en poner a disposición de la paciente la propia experiencia como terapeuta familiar. La paciente debe comprometerse a modificar su conducta para comprobar hasta qué punto su propia visión de las relaciones familiares permite hacer previsiones ajustadas sobre las reacciones de los demás.

Por lo que se refiere a los aspectos técnicos de cómo hay que llevar la sesión, pueden resumirse como sigue:

Las sesiones se llevan a cabo semanalmente.

La mayor parte de cada sesión lo ocupa el resumen detallado de todo lo que ha ocurrido en la familia durante la semana (los hechos concretos, la crónica de la semana); pedir de esta crónica corresponde de alguna manera a la regla fundamental de la asociación libre en psicoanálisis.

En el transcurso o final de esta reconstrucción, se le pide a la paciente que dé su parecer sobre los motivos, los sentimientos, las intenciones subyacentes a la conducta de los otros miembros de la familia entre sí y con respecto a ella.

En base a su propia experiencia y sobre su propio modelo de referencia, el terapeuta propone (no de forma obligatoria, ni siempre) una interpretación distinta de la de la paciente, relativa a la conducta y a las relaciones de los otros entre sí y con respecto a la paciente.

Las hipótesis del terapeuta se discuten con el fin de ver de qué manera la paciente podría modificar su propio comportamiento con el objeto de controlar cuál, de entre las hipótesis, la propia y la del terapeuta, permite hacer previsiones más fiables. La lógica de la intervención del terapeuta es de este tipo: si tu hipótesis es preferible a la mía y si modificas tu conducta en este sentido, entonces, deberías observar éstas y las otras reacciones; en caso contrario, deberías observar éstas y estas otras reacciones.

El tratamiento puede continuar si y mientras la paciente modifica el propio comportamiento interpersonal en los intervalos entre sesiones y el terapeuta se halla en condiciones de ofrecer interpretaciones alternativas a las de la paciente, relativas a las reacciones de los demás miembros de la familia. El modelo de referencia es el familiar-relacional y se da la máxima importancia a la coherencia con el contrato inicial.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Desde un punto de vista sistémico, el modo de definir un problema y las soluciones que se han intentado se consideran parte del mismo problema. Diversas son las definiciones que se han propuesto respecto a la anorexia mental: enfermedad de la hipófisis, variedad de la depresión, trastorno psicótico monosintomático, trastorno de la comunicación intrafamiliar, problema relacional-familiar, trastorno psicossomático; más recientemente ha sido propuesta la consideración de la anorexia y la bulimia como trastorno étnico, ligado particularmente a la cultura occidental (Gordon, 1990). Para cada una de estas concepciones se han propuesto los tratamientos correspondientes. Cada nuevo tratamiento ha suscitado expectativas que posteriormente en gran parte han resultado decepcionantes. Mientras tanto, la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario ha ido aumentando progresivamente.

Si se supone que las expectativas influyen en el comportamiento, se puede aplicar este principio también a la psicoterapia: por ejemplo, una intervención paradójica deja de ser tal y de producir su efecto si la familia espera precisamente intervenciones inusuales o extravagantes. Una prescripción, por ejemplo, la prescripción de las salidas secretas no tiene el mismo efecto si la familia ya se espera que venga prescrito a los padres que salgan de incógnito, y así sucesivamente. La divulgación de la psicología acentúa este fenómeno.

Si durante un tiempo la familia y la terapia familiar han sido consideradas respectivamente el factor causal y el objetivo del tratamiento principales, hoy predomina una tendencia ecléctica, que valora mucho más los componentes individuales y redefine la importancia de las relaciones familiares. La evolución de los métodos de intervención de Mara Selvini Palazzoli y de sus colaboradores refleja este mismo cambio.

El artículo repasa los distintos enfoques de terapia familiar sistémica que Mara Selvini Palazzoli y su equipo de Milán han ido siguiendo en el tratamiento de la anorexia y bulimia a lo largo del tiempo. El autor sugiere igualmente la conveniencia de la terapia individual para algunos casos de anorexia que presentan características especiales.

Palabras clave: *Equipo de Milán, anorexia, bulimia, paradoja, prescripción, eclecticismo, terapia familiar, terapia individual.*

Referencias bibliográficas:

- AUSTIN, J. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press..
- BERCELLI, F., LEONARDI, P., & VIARO, M. (1998, en prensa). *Forme di conversazione in psicoterapia. Applicazioni cliniche di analisi della conversazione*. Milano: Cortina.
- GOFFMAN, E. (1974). *Frame Analysis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- GORDON, R., A. (1990). *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Basic Blackwell Ltd.
- GRICE, P.H. (1975). Logic and conversation 2. In P. Cole & J.P. Morgan (Comps.), *Syntax and semantics. Speech acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press. Reinpreso en: GRICE, H. P (1989). *In the ways of words*. Cambridge, Ma: Harvard UP, (pp. 22-40).
- LEONARDI, P., & VIARO, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Milano: Cortina.
- SACKS, H., SCHEGLOFF E., & JEFFERSON, G. (1974). A symplest systematics for turn taking. *Language, L*, 696-735.
- SCHEGLOFF, E., & SACKS, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica, VIII*, 289-327
- SCHEGLOFF E., SACKS, H., & JEFFERSON, G. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language, LIII*, 361-82.
- SCHEGLOFF, E. (1980). Preliminaries to premininaries: "Can I ask you a question?". *Sociological Inquiry, L*, 104-52.
- SEARLE, J. (1969). *Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI PALAZZOLI, M., & VIARO, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stages model as a guide for individual therapy. *Family Process, 27*, 129-148.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina.

- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1983). Getting and giving information: Analysis of a family-interview strategy. *Family Process*, 22 (1), 27-42.
- VIARO, M., LEONARDI, P., & SBATTELLA, F. (1984). Opposition und Obstruktionismus in der ersten Familiensitzung. *Familiendynamik*, 3/84, 254-277.
- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1986). The evolution of the interview technique: A comparison between former and present strategy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 5 (1-2), 14-30.
- VIARO, M. (1988). *Circular interviewing: rules and strategy*. Seminar run at the Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, June 1988.
- VIARO, M. (1990). Session-Intersession Sequences in the Treatment of Chronic Anorectic-Bulimic Patients: Following the Model of "Family Games". *Family Process*, 29, 289-296.
- VIARO, M., PONTALTI, C., CALIBBI, G., CAPISANI, C., LOVALLO, M.T., MAGNABOSCO, R., & MARCHIORI, M. (1997). *What happened in the family when the schizophrenic patient improved? Case study*. Seminar run at the III European Congress of Family Therapy, Barcelona, 1997.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

¿COMO SE ENCUENTRAN LAS ANOREXICAS TRATADAS POR MARA PALAZZOLI Y SU EQUIPO DESDE EL 1971 AL 1987?

Matteo Selvini, Mara Palazzoli, Giulia Allegra, Renza Babando, Pino Basile, Laura Bedarida, Anna Gogliani, Aurelio Mancini, Danilo Panico, Emanuela Pasin, Teresa Serra

Nuevo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano
Viale Vittorio Veneto, 12. 20124 - Milano (ITALIA)

This paper concerns the interim data on our research on the seguimiento of anorectic girls seen by Mara Palazzoli Selvini and her teams. The data not only bear out the usefulness of family therapy but also show how a family's willingness to become involved in consultation is a highly favorable predictive factor. Finally, this research points in the direction of adopting a critical view to those models of family therapy that are brief, prescriptive and strategic, and favor models based on more long term taking in charge, integrating individual and family treatment.

Key words: *anorexia, family therapy, methods of research*

ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de la anorexia mental se está convirtiendo en un problema cada vez más importante y urgente: los medios de comunicación de masas le dedican espacios cada vez más amplios, mientras que los terapeutas y hospitales se las tienen que ver con un número de casos en continuo aumento. Se habla de una auténtica *epidemia social*.

Mara Palazzoli ha sido y es todavía una observadora privilegiada de este fenómeno, al haber empezado a ocuparse de este tema desde inmediatamente después de la segunda guerra mundial, período en que el problema era aún casi desconocido.

La anorexia, en efecto, ha sido considerada una “enfermedad rara” hasta la mitad de los años 60: es precisamente a partir de esta década, y por esta razón, que un importante editor americano no se interesó en la traducción del libro de Mara Selvini Palazzoli del 1963 “Anorexia mental”.

Ahora que el interés por la anorexia es tan actual y difuso nos ha parecido importante e interesante poner a disposición de la comunidad científica la experiencia de la actividad terapéutica de Mara Palazzoli y de su equipo a partir del momento en que la anorexia ha sido tratada en el contexto de la Terapia Familiar de orientación Sistémica, es decir, a partir del 1971.

En ese año Mara Palazzoli inició la constitución de su nuevo equipo. Junto a Boscolo, Cecchin y Prata, equipo que cuatro años después publicó “Paradoja y contraparadoja” (1975), donde aparecen las primeras descripciones de casos de anorexia tratados con técnicas familiares.

El *objetivo de nuestra investigación* es dar una respuesta a algunas hipótesis fundamentales surgidas en los últimos años:

- En primer lugar, hemos querido evaluar en términos concretos y cuantitativos los *resultados obtenidos en terapia familiar*, dado que esta metodología terapéutica a menudo ha sido criticada por no haber sido capaz de ofrecer pruebas documentadas sobre su eficacia (Anderson, 1986). Se le ha acusado, igualmente, de proclamar su validez apelando únicamente a declaraciones de principios, a descripciones anecdóticas de casos exitosos, al supuesto carisma de sus líderes. Por consiguiente, en el presente trabajo nos hemos planteado ofrecer datos empíricos, cifras y porcentajes lo más objetivos posible.

- En segundo lugar, hemos querido conocer la suerte que han corrido, a largo plazo, las *jóvenes tratadas* por nosotros que padecían anorexia mental. Las investigaciones existentes se basaban casi todas sobre pacientes ingresadas en unidades de medicina o de psiquiatría. Respecto a otras investigaciones de seguimiento, realizadas con poblaciones diferentes en contextos diversos, no son comparables, dado que constituyen un término demasiado genérico de comparación respecto al nuestro: el de un centro de psicoterapia. El estudio había de ser a largo plazo para que se pudiese evaluar si los efectos de la psicoterapia servían sólo de paliativo inmediato o podían considerarse, en cambio, duraderos. Los casos tenían que ser numerosos y no seleccionados según criterios, para no influir y, por tanto, sesgar los datos: por eso hemos decidido tomar en consideración todas las chicas que han contactado con el Centro de Mara Palazzoli, aunque fuera tan sólo para una única sesión.

Especialmente nos hemos interesados por los datos relativos a mortalidad, calidad de vida y relaciones familiares actuales de nuestras ex-pacientes (no podíamos contentarnos con sólo con los datos relativos al sintomatología anoréxica: muchas investigaciones muestran el paso, a través del tiempo, de la anorexia a otras formas igualmente graves de trastorno.

- Una tercera pregunta que nos hemos hecho tiene que ver con la *validación de los diferentes métodos terapéuticos* utilizados en el pasado.

En efecto, en los *años 70* el trabajo terapéutico se hacía con toda la familia, cuyos miembros eran connotados todos de forma positiva, pero dirigiéndose de

modo especial, con un reto muy provocador, a la llamada “paciente designada” (definición es sí ya significativa en la relación privilegiada del terapeuta con la anoréxica; para una descripción más amplia véase Palazzoli *et al.*, 1975).

Posteriormente, en los años 80, se ha experimentado extensamente la técnica de la prescripción invariable, en el contexto de la cual los miembros de la familia extensa, la paciente y eventuales hermanos o hermanas, eran implicados sólo en las primeras sesiones, mientras que posteriormente el trabajo se centraba en la alianza con sólo los padres, los cuales asumían la responsabilidad de co-terapeutas de la hija (para una descripción más amplia véase Selvini Palazzoli *et al.*, 1988).

A pesar de ello, los conceptos fundamentales de la técnica no habían cambiado respecto a los años 70, en el medida en que los puntos clave en que se basaba el trabajo eran: la implicación desde la primera sesión de toda la familia nuclear, el proyecto de una terapia breve, que no superase las 10 sesiones, intervalo de un mes entre sesiones y, finalmente, una terapia orientada a relacionar la anorexia con las relaciones dentro de la familia.

En muchos casos tratados en los años 80, pertenecientes, por tanto, al período de la “prescripción invariable”, se ha realizado un trabajo de análisis de las relaciones familiares, similar al que se llevaba a cabo con las familias que luego recibían la prescripción, pero sin que la prescripción fuera después suministrada efectivamente por varias razones (que veremos en el siguiente apartado).

Hemos podido, de este modo, diferenciar tres tipos de técnicas utilizadas en el curso de estas dos décadas: la paradójica (1971-1978), la de la prescripción invariable y la de la reconstrucción del juego familiar (ambas durante los años 1979-1987).

De estas diferentes técnicas, hemos querido evaluar:
los efectos sobre el bienestar global de las anoréxicas;
los efectos sobre las relaciones familiares, a saber, la vivencia de satisfacción o negatividad durante el seguimiento;
qué recuerdo de la calidad de aquella experiencia terapéutica había quedado en esas jóvenes.

LOS TRES MÉTODOS TERAPÉUTICOS

En relación a los tres sucesivos métodos terapéuticos, nos parece útil hacer una breve exposición que explique sus razones.

Mara Palazzoli se había encontrado con las primeras pacientes anoréxicas a finales de los años 40, mientras estaba especializándose en medicina interna en la Clínica Universtaria de Milán. La aparición de pacientes anoréxicas (incluso el director de la clínica no había visto nunca ningún caso) coincidió con el final de la segunda guerra mundial y la explosión del llamado “milagro italiano”: con el final de las restricciones alimentarias las tiendas y las mesas familiares se llenaron de comida: poco después aparecieron las primeras pacientes anoréxicas. Estas joven-

citadas descarnadas (que algunos se obstinaban a considerar enfermas hipofisarias) eran demasiado indiferentes a la propia impresionante apariencia como para poder ser consideradas pacientes biológicas. Fue así como Mara Palazzoli colgó los hábitos de médico internista para convertirse en psiquiatra y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. Persistió en ello durante diecisiete años, publicando varios artículos y un libro sobre el tema.

Pero, poco a poco, la fascinación empezó a dejar paso a la desilusión. Demasiado largo era el tiempo necesario para obtener un resultado, demasiados eran los interrogantes que quedaban sin una respuesta satisfactoria.

Era necesario encontrar un instrumento psicoterapéutico más adecuado. De este modo en 1967, después de haber estudiado atentamente lo que los pioneros norteamericanos de la terapia familiar habían publicado y de haber realizado un viaje a varios centros en los Estados Unidos, fundó en Milán el primer Centro Italiano para el Estudio de la Familia.

Los miembros de aquel equipo -Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, todos ellos médicos y con una formación psicoanalítica- decidieron adoptar para su trabajo clínico el modelo sistémico de forma "purista". En 1975 expusieron en su primer libro "Paradoja y contraparadoja" los métodos terapéuticos ideados por ellos, en aquella primera fase de aprendizaje del pensamiento y de la intervención sistémicos. Concretamente:

- la connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia
- los rituales familiares
- la regla del intervalo mensual entre sesiones
- la reformulación paradójica del juego familiar en acto y su prescripción.

De los métodos ideados, la *connotación positiva* fue ciertamente el más agudo. Ponía a todos los miembros de la familia en un mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre los miembros de la familia (buenos/malos). Aprobaba la prevalente tendencia homeostática de la familia con el objetivo implícito de tranquilizarla, estimulando paradójicamente, de este modo, su capacidad de cambio.

El método de los *rituales familiares* consistía en prescribir a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían las normas habituales por nuevas.

El *largo intervalo entre las sesiones* provenía de una constatación experimental: las intervenciones terapéuticas exigían tiempo para que sus efectos sobre la organización de la familia se hicieran perceptibles.

La técnica de la *reformulación paradójica*, que prescribía a cada miembro de la familia persistir en su comportamiento por el bien ajeno, suscitaba encubiertamente un interrogante paradójico: ¿por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como "buena", podía obtenerse sólo a expensas de un "paciente designado"?

Este método obtenía frecuentemente resultados asombrosos. Sin embargo no

faltaban también los fracasos, dado que captar el juego familiar en marcha para después prescribirlo no era, desde luego, una tarea fácil. Además, y esto no es algo a infravalorar, nos dimos cuenta que, después de la publicación de nuestro libro “Paradoja y contraparadoja”, no pocas familias se presentaban a nuestro centro después de haberlo leído atentamente, a veces incluso por consejo del derivante... Con ellos nuestros métodos paradójicos ya no resultaban aplicables.

Fue en este período (1978) que el primer equipo se escindió. Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin fundaron un escuela, mientras que Palazzoli y Prata permanecieron fieles a la vocación inicial de estudiar las familias mediante la psicoterapia. En mayo del 1979 tuvieron la suerte de hacer un descubrimiento interesante. Habían iniciado desde hacía cierto tiempo el tratamiento de una familia difícil. La paciente, Mara de 21 años, la mayor de tres hermanas, padecía desde los 16 años una grave anorexia, desarrollando a continuación comportamientos psicóticos y suicidas. Ni la misma terapeuta, Palazzoli, ni Prata, como supervisora, consiguieron reconstruir una hipótesis del juego familiar. Todo permanecía confuso, a excepción de un punto: las tres chicas se involucraban con una intensidad absurda en los problemas de los padres. Decidimos enmendar de soslayo aquel error con una prescripción. Habiendo convocado a los padres solos, les prescribimos, sin ninguna explicación, volver a casa diciendo abiertamente a sus hijas y a la familia extensa que la terapeuta les había impuesto mantener escrupulosamente el secreto sobre cuanto había sucedido en las sesiones. Y seguidamente, si esa prescripción era escrupulosamente observada, los padres serían nombrados por nosotros co-terapeutas y recibirían otras prescripciones. Concretamente una serie de ausencias de casa de duración creciente, desde unas pocas horas por la tarde a fines de semana y otras de mayor duración. De tales ausencias no tenían que avisar ni dar cuenta a su regreso; únicamente, para evitar interpretaciones dramáticas, tenían que dejar una nota manuscrita bien visible que anunciase el horario (y eventualmente la fecha) de su regreso. Su tarea, además de la escrupulosa ejecución de los varios grados de la prescripción, consistía también en acudir a las sesiones siguientes con apuntes detallados en los que describiesen las eventuales reacciones observadas en cada uno de los miembros de la familia nuclear y de la extensa. Esta prescripción, seguida meticulosamente, tuvo efectos excepcionales: en poco tiempo, María dejó de tener síntomas, se diplomó, encontró trabajo, se convirtió en campeona regional de atletismo de medio fondo y se casó con su entrenador. Después de varios experimentos que tuvieron éxito con otras familias, Palazzoli y Prata tomaron una decisión atrevida: usar aquella prescripción como una especie de método experimental, asignándola invariablemente a todas las familias con hijas anoréxicas (restrictivas y bulímicas). Se hacía cada vez más evidente que esta prescripción, además de tener un fuerte poder terapéutico en cuanto suspendía, entre otras cosas, el control exagerado típico de aquellos padres, ofrecía a los terapeutas una fuente muy rica de informaciones relativas a las diversas reacciones descritas en los apuntes de los

padres (por ejemplo: ¿por qué la indignación hacia el mantenimiento del secreto no era nunca expresada por la paciente sino por algún otro?).

El uso regular de este método nos permitió, además de poner de relieve las disfunciones importantes de esas familias, que denominamos *embrollo afectivo e instigación*, la construcción de un modelo histórico de 6 estadios, partiendo del malestar recíproco de la pareja parental, que denominamos tablas *de pareja*, subraya la implicación en ellas, voluntaria y obligada, a la vez, del hijo/a paciente. Este modelo fue publicado en 1988 en nuestro libro “Los juegos psicóticos en la familia”. A pesar de ello, un cierto y progresivo abandono de la serie de prescripciones invariables se había ido produciendo ya anteriormente, a partir de la formación del nuevo equipo aún en funcionamiento (1982) y la marcha de la doctora Prata del Centro.

Este abandono puede atribuirse a dos motivos. El primero era representado por aquellos casos en que no se podía hacer tal prescripción por diversas razones (por ejemplo, porque la paciente estaba ya casada, o bien si en la familia había uno solo de los padres, y, finalmente, también por nuestra tendencia a abandonar cierta rigidez despachando “*ipso facto*” una familia cuyos padres no tenían el coraje de seguir la prescripción). El segundo, y el más importante, fue el deseo del nuevo equipo de experimentar el modelo esbozado que partía de las tablas de pareja. Estábamos ansiosos de poner a prueba si nuestra actuación, un descubrimiento que relacionaba el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación con los problemas irresueltos de los padres, pudiese tener por sí misma un efecto terapéutico.

La casuística de los primeros años 80 pertenece a este tercer método que, para simplificarlo, llamaremos el *desvelamiento del juego familiar*.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En primer lugar hemos empezado reuniendo toda la documentación de los casos de anorexia mental presente en los archivos del Nuevo Centro para el Estudio de la Familia.

Para la identificación de los casos pertinentes a nuestra investigación hemos utilizado los *criterios diagnósticos* incluidos en el *DSM-4* que incluyen:

- el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura (dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso correspondiente con una pérdida ponderal de al menos el 15 % respecto al peso previsto por las tablas);
- un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal;
- la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal;

· en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Hemos empezado a considerar el *período* estudiado a partir del 1971, puesto que éste es el año que marca el distanciamiento del psicoanálisis y el inicio de la utilización del enfoque sistémico inspirado en Bateson y en la Escuela de Palo Alto (Watzlavick *et al.*, 1967), paralelamente a la escisión del primer equipo de Terapia Familiar de Mara Palazzoli (véase Selvini, 1985).

Nuestra investigación comprende los casos tratados por el Nuevo Centro para la Terapia de Familia *hasta el 1987*, año de viraje puesto que, con la publicación de “Los juegos psicóticos en la familia”, se puso fin a la utilización de la prescripción invariable y el inicio de una nueva fase, basada, en cambio, en la integración del trabajo con la familia y el paciente.

La exclusión de los casos tratados en un período más reciente nos ha permitido además realizar un seguimiento realmente a largo plazo..

Hemos considerado todos los casos tratados en el Nuevo Centro aunque la duración hubiera sido de una sola sesión; resultando 185 *el número total de casos*.

El trabajo ha empezado con la constitución de un grupo de estudio, formado por los autores de este artículo, donde se han leído y discutido diferentes terapias emblemáticas pertenecientes a las diversas fases del trabajo del Nuevo Centro. Paralelamente se ha llevado a cabo una operación de repesca de las ex-pacientes que aparecían en las historias clínicas y, mediante diversas pesquisas, hemos conseguido hasta el momento presente contactar con 115 de ellas.

Les hemos mandado una carta personal en sobre cerrado, donde se les comunicaba el proyecto de investigación y la solicitud de su disponibilidad a colaborar. El texto de la carta es el siguiente:

“Con esta carta queremos informarle de la decisión, largamente discutida y madurada en nuestro equipo, relativa a poner en marcha una investigación para llegar a conocer cómo se encuentran en la actualidad nuestras pacientes de anorexia a las que hace años intentamos ayudar, junto a sus respectivas familias. El presente escrito nos ha parecido el medio más discreto para indicarle que, pasado un tiempo suficientemente largo desde su envío, usted recibirá una llamada personal con el objetivo de pedirle el favor de una entrevista con uno de nuestros colaboradores, sobre los aspectos esenciales de su situación actual de salud física, y de vida personal y relacional. Dicha entrevista tendrá lugar por teléfono el día y la hora acordados. Le estaríamos muy agradecidos si quisiera colaborar con nuestro intento de revisar nuestro trabajo pasado con el fin de poder mejorar el presente”.

Trascurrido un mes, hemos empezado a telefonar para sondear la disponibilidad de las ex-pacientes y, en caso afirmativo, fijar una cita para la entrevista de seguimiento.

En el 89 de los casos (77,4 %) las chicas se han mostrado dispuestas a responder directamente a las respuestas; en 26 casos (22,6 %) un familiar ha respondido en

su lugar, por una serie de razones. En 6 de estos 26 casos uno de los padres o algún familiar se ha interpuesto para proteger a la muchacha del estrés de la entrevista (de los malos recuerdos que ésta pudiera evocar...), mientras cuatro han sido los rechazos a responder por parte de las interesadas.

Hemos preparado una entrevista semiestructurada de seguimiento que retoma mayormente las temáticas presentes en las entrevistas estructuradas de Morgan y Russell: una primera parte relativa al problema físico y de alimentación, una segunda relativa al estado psicológico, seguida de un sondeo del estadopsicosexual (relaciones sentimentales) y socioeconómico (independencia de la familia, adaptación al trabajo, relaciones sociales). Posteriormente hemos decidido profundizar algunos *aspectos no tomados en consideración por Morgan y Russell*, tales como:

- la realización de otras terapias médicas o psicológicas después del tratamiento familiar, y, en caso afirmativo, de qué tipo y por cuáles razones específicas;
- las relaciones dentro de la familia nuclear han sido indagadas de manera más detallada, pidiendo un balance de las relaciones actuales con cada uno de los miembros de la familia;
 - qué recuerdo, después de tantos años, tenían de la terapia familiar;
 - qué factor o hecho podía haber sido, según su opinión, determinante y decisivo para la remisión del síntoma anoréxico (naturalmente en los casos donde el síntoma había desaparecido).

En 107 casos (93 %) las *respuestas de seguimiento* han sido *suficientemente colaboradoras y globalmente fiables*.

Hemos excluido del análisis ocho casos cuyas respuestas, aun siendo muy positivas, parecían escasas y evasivas, induciendo de este modo una razonable duda sobre su fiabilidad.

No hemos querido arriesgarnos a deformar/falsear los datos en el sentido demasiado optimista: probablemente sea cierto que en la medida en que se profundice el *seguimiento* emerjan áreas problemáticas o dificultades.

Basándonos en los *historiales clínicos*, y por tanto, con todas las limitaciones de una investigación retrospectiva (datos que faltan o lagunas) hemos compilado para cada caso un cuestionario dirigido a sintetizar los datos fundamentales relativos a las ex-pacientes, sus familias, las características de su trastorno anoréxico y las modalidades del desarrollo de la terapia (desde el momento de la primera consulta hasta la entrevista de seguimiento)

Para una primera cuantificación hemos dividido algunas variables en 3 categorías.

Por lo que respecta al *Estado Psíquico* las categorías representan: síntomas graves, de tipo psicótico; síntomas neurótico-distímicos; ausencia de síntomas.

En el *Estado Psicosexual* (relaciones sentimentales) en cambio distinguimos: comportamiento evitativo respecto a cualquier tipo de relación; relaciones inestables; relaciones amorosas estables.

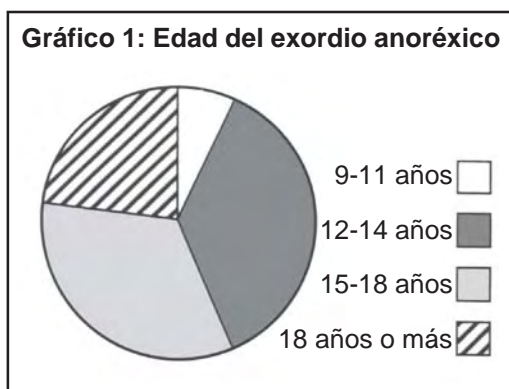
De modo parecido hemos categorizado, simplificando, las *Relaciones Familiares* (negativas, mixtas, positivas) y el *Recuerdo de la Terapia* (negativo, neutro, positivo).

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Se trata, pues, de un seguimiento a largo plazo, uno de los más largos existentes en la literatura especializada (Herzog *et al.* 1988; Cuzzolaro *et al.*, 1993; Garner y Garfinkel, 1982); la longitud media es, en efecto, de 13 años (desde un mínimo de 8 a un máximo de 24 años).

La *edad media* de las chicas desde el exordio anoréxico es de 16,1 años, pero, como puede verse en el gráfico 1, el síntoma aparece normalmente entre los 12 y 20 años, con una punta máxima (moda) alrededor de los 14 años.

Según nuestra experiencia la edad de exordio anoréxico tiende a mantenerse estable en el tiempo:



En efecto, igualmente en los 51 casos tratados en el período 1988-1994 (no tomados, aquí, en consideración) la edad media de exordio resulta ser la de 16 años.

En el momento de la primera consulta las chicas tratadas por nosotros casi siempre habían ya realizado *otros intentos de tratamiento*: en efecto, en el momento de la consulta, el 49,5 % de los casos habían sido ya ingresados en el hospital.

Presentaban ya síntomas con una media de 2,6 años (desde un mínimo de 4 meses a un máximo de 14 años).

Se constata, pues, una *cronicidad* significativa, aunque menor respecto a otras investigaciones (véase Ratnaruriya *et al.*, 1991).

Otro dato significativo es la *estructura de las familias* de nuestras ex-pacientes: se trata en al mayor parte de familias *estables*, cuyos padres viven y conviven (89 %), mientras que sólo el 10,5 % de estas chicas tienen padres difuntos o separados. Este dato se ha mantenido e incluso se ha visto confirmado en los años más recientes: en los casos tratados entre el 1988 y el 1994, las familias normales representan el 96 %.

Estos datos parecen relacionarse directamente con las características de esta tipología de familia, aunque bien pudiera ser que se tratara de un fenómeno que viniera reforzado por la selección que los usuarios hicieran de un centrospecíficamente orientado al estudio y la terapia de la familia.

La familia de la anoréxica parece estar muy influenciada por un importante

cambio sociológico: la emancipación de la mujer y su ingreso en el mundo laboral.

En la casuística de Mara Palazzoli como psicoterapeuta individual (años 50-60) las *madres trabajadoras* de las chicas anoréxicas eran muy escasas, mientras que en nuestra muestra (1971-87) resultan ser el 47 % y en la muestra más reciente (1988-94) llegan a ser hasta un 80 %.

Nos parece probable, pues, una correlación entre el aumento de la actividad laboral extradoméstica de la mujer y el boom de la anorexia como epidemia social.

Pocas de nuestras *pacientes* estaban *casadas o convivían en pareja* en el momento de la consulta familiar (6,8 %).

Analicemos ahora el *tipo de anorexia*: Se trata en el 66 % de los casos de anorexia restrictiva y en el 34 % de anorexia bulímica; si consideramos dentro de la muestra solamente los casos de los años 70 el porcentaje de anoréxicas restrictivas es aún más elevado mientras que, en cambio, en los casos más recientes (1988-94), éste desciende hasta un 47 %.

Nuestros datos confirman, pues, claramente la existencia de una fuerte *tendencia epidemiológica de aumento de la anorexia bulímica* ya señalada por muchos.

LOS DATOS DEL SEGUIMIENTO

¿Cuántas son aún anoréxicas? El 92,5 % han remitido de la anorexia, el 3,7 % son anoréxicas restrictivas y todavía el 3,7 % son anoréxicas bulímicas.

Sólo 8 de las 107 pacientes resultan ser *sintomáticas*, en el sentido anoréxico, en el seguimiento; se trata de un dato muy significativo respecto a las investigaciones existentes en la literatura actual.

Además de estas ocho sólo cuatro están realmente muy mal, mientras que de las cuatro restantes, una lleva un vida totalmente normal y las tres restantes, una vida en muchos aspectos normal. Pero se trata de evaluar cuántas chicas, aunque no sean ya anoréxicas, continúan estando aún muy mal.

Empecemos con el resultado peor: *la mortalidad*. De las 115 pacientes tratadas *solamente una* murió. La media global de este dato en otras investigaciones es del 5 % (variando desde el 0 % al 22 %); Walford encuentra un 6,6 % (Walford *et al.*, 1991), Ratnasurya un 17,5 % (Ratnasurya *et al.*, 1991), Jeammet un 7 % (Jeammet *et al.*, 1991).

Podemos considerar muchos otros estudios como los citados una especie de grupo de control respecto a nuestra muestra: en efecto, otros estudios relativos a chicas ingresadas en el hospital y tratadas exclusivamente de modo médico-farmacológico (Ratnasurya, ingresos que tuvieron lugar en Londres en los años 50) o con un enfoque médico-psicológico, pero con un grado alto de definición médica de la anorexia como enfermedad.

Contrariamente, nuestro trabajo de psicoterapia familiar concibe el trastorno anoréxico como la expresión de un sufrimiento psicológico de una chica que le

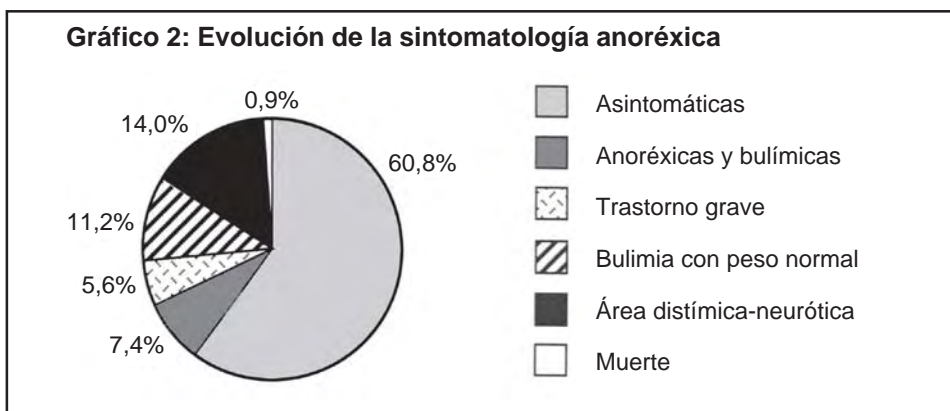
cuesta crecer en el seno de determinadas relaciones familiares. En este sentido, creemos que nuestra investigación va en la dirección de demostrar la eficacia terapéutica de las premisas psicológicas respecto a las médicas.

Una confirmación en esta dirección la hallamos en el análisis cualitativo de nuestro único caso de mortalidad, que se caracterizaba por la incapacidad de la familia para concebir el problema en términos psicológicos, la falta de apego afectivo de los padres respecto a la paciente, la marcada expulsividad en las relaciones con ésta, los larguísimos ingresos en el hospital con la recuperación de peso, las inmediatas recaídas a la vuelta al hogar hasta su muerte acaecida unos tres años después de esta odisea.

El dato relativo a la *duración de la sintomatología anoréxica*, en las chicas que ya no presentan síntomas en el momento del seguimiento, es el siguiente: hasta unos 12 meses el 19,8 %, de 13 a 59 meses un 50,5 %, y más de 60 meses un 29,7 %.

La anorexia es pues un largo viaje de sufrimiento, un viaje que a menudo lleva a otras formas de malestar.

Los datos relativos a la evolución del síntoma se resumen en el siguiente gráfico 2:



Los datos de otras investigaciones, relativos a la mayor parte de la evolución de la anorexia en trastornos psiquiátricos no definidos, con porcentajes que van del 22 % al 80 %.

- Bruch 0 % (Bruch, 1974),
- Tolstrup 11 % (Tolstrup *et al.*, 1985),
- Hawley 12 % (Hawley *et al.*, 1985),
- Hall 14% (Hall *et al.*, 1984),
- Hsu 24 % (Hsu *et al.*, 1979),
- Sturzenberger 30 % (Sturzenberger *et al.*, 1977).

Muy interesantes son los datos relativos a la *vida afectiva* de las ex-pacientes fuera de la familia, que indican que muchas de estas chicas tienen ahora una vida

afectiva normal.

Hasta el momento, 19 han tenido hijos, pero es demasiado pronto para hacer un balance definitivo puesto que la edad media actual es de 31 años.

En las otras investigaciones a menudo se muestra sólo el dato relativo a las expacientes casadas, que varía del 4 % (Niskanen, 1974) al 64 % (Beck, 1954).

Datos más precisos relativos a la ausencia de relaciones afectivas son recogidos en:

- Sturzenberger 19 % (Stursenberger *et al.*, 1977),
- Ratnasurya 20 % (Ratnasurya *et al.*, 1991),
- Morgan 22 % (Morgan *et al.*, 1975),
- Waren 31 % (Warren, 1968),

También es muy elevado el porcentaje relativo a la *adaptación* de estas chicas a la actividad laboral o al estudio: en el 85,5 % de los casos es buena, en el 9,3 % es parcial mientras sólo en el 5,2 % es nula.

En los estudios existentes en la literatura un buen funcionamiento es estimado entre el 38 % y el 89 %.

En un buen número de casos se han restablecido *relaciones familiares* satisfactorias (positivas en el 51 % de los casos, negativas en el 14 % y mixtas en el 34 %), aunque muchas de estas “curaciones” han sido construidas “contra” o bien “sin” la familia.

Constatar una frecuencia tan elevada en el seguimiento de las relaciones familiares difíciles, juntamente con el dato (ver más adelante) del elevado número de pacientes que no tienen un recuerdo positivo de la terapia familiar, y con el hecho de que muchas chicas han llevado a cabo una terapia individual después de la familiar, nos ha hecho reflexionar sobre las limitaciones metodológicas de la terapia familiar sistémica, practicada durante el período 1971-87. En efecto, sindisponer aún de estos datos, hemos advertido las limitaciones de nuestro enfoque, que ha sido modificado, sobre todo a partir del 1988, tanto en el sentido de la realización de un tratamiento individual de la paciente, como en el sentido de un tratamiento más prolongado en el tiempo.

En este sentido, como decíamos, se ha visto confirmado con los datos relativos al *recuerdo de la terapia*: positivo en el 27 % de los casos, negativo en el 24 %, y neutro en el 49 % de los casos.

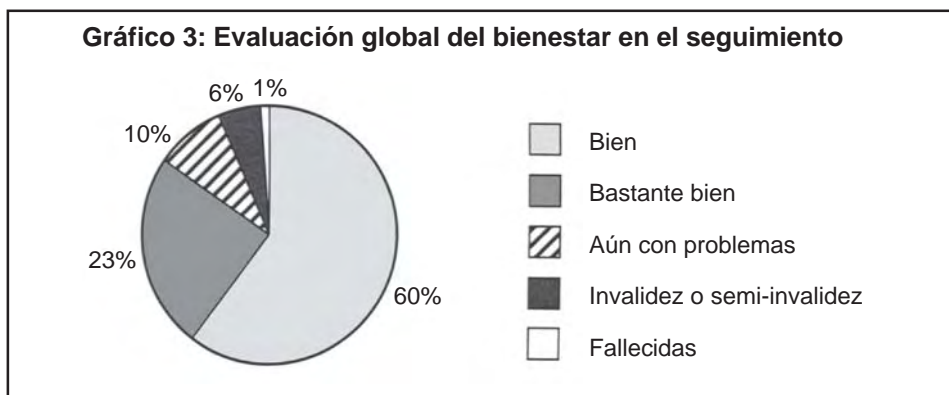
Ha sido muy duro, para todo el grupo investigador que ha participado en este seguimiento constatar que muy a menudo los recuerdos relativos a la terapia no eran muy positivos o, incluso negativos.

Nos hemos explicado este fenómeno teniendo en cuenta sobre todo la brevedad del tratamiento: en efecto, la media de sesiones era de 5,6 (desde un mínimo de una sesión hasta un máximo de 32 sesiones).

Además de ser muy breves, estos tratamientos han dejado poco espacio a estas chicas, y efectivamente casi el 54,1 % han emprendido una psicoterapia individual

después del tratamiento familiar, y el 24,7 % ha sido ingresado después del tratamiento familiar.

Todo esto confirma, pues, la validez del enfoque psicológico, relacional y familiar, pero también las limitaciones de un enfoque breve, donde la paciente dispone de escaso espacio para la relación con el terapeuta y la elaboración de sus conflictos personales.



A pesar de todas estas limitaciones, *la evaluación global* del seguimiento realizada sintetizando y considerando todas las variables anteriormente analizadas de modo detallado resulta ser claramente positiva (véase el gráfico 3).

Otros datos existentes en la literatura estiman:

- Minuchin halla casi un 80 % de curaciones (en una muestra con una cronicidad media de 6 meses) (Minuchin *et al.*, 1978);

- Garner y Garfinkel encuentran un 50 % con recuperación del peso y la menstruación, un 30 % de término medio de ex-pacientes fallecidas y enfermas crónicas graves (Garner y Garfinkel, 1982);

- Santoanastaso (Padova) halla un 68 % de curaciones, con un seguimiento de 6,8 años y pacientes poco crónicas (Santoanastaso *et al.*, 1987);

- Walford encuentra un 66 % (Walford *et al.*, 1991);

Otros estudios varían entre el 22 % y el 79 %.

FACTORES PREDICTIVOS

Para la comparación estadística se ha utilizado el *Test Chi*, que asume valores comprendidos entre 0 y 1 y expresa una probabilidad de independencia de una distribución.

Se ha tomado como valor máximo para la independencia el 0,08 a partir del cual la distribución de las frecuencias se considera casual.

En nuestra investigación la edad de exordio del síntoma anoréxico no constituye un índice desfavorable (el test chi alcanza un valor 0.49); esto confirma

algunas investigaciones y desconfirma otras, que han sostenido por el contrario que la edad tardía de exordio era un indicador predictivo desfavorable (Garfinkel y Garner, 1982). (Tabla 1)

En las tablas presentadas en este apartado se presentan los entrecruzamientos de algunas variables con la evaluación global. En el análisis de la significación en algunas tablas las categorías “bien” y “bastante bien” han sido consideradas conjuntamente (en la medida en que las chicas que han sido evaluadas de esta forma resultan asintomáticas), así como las categorías “invalidez o semi-invalidez” o “fallecidas”.

Tabla 1: Predictibilidad pronóstica de la edad de exordio

Valoración global en función de la edad de inicio	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
9-11 años	50,0%	25,0%	12,5%	0	12,5%
12-14 años	64,9%	24,3%	2,7%	8,1%	0
15-18 años	51,2%	27,9%	14,0%	7,0%	0
18 años o más	75,0%	10,0%	15,0%	0	0

Las *anoréxicas restrictivas* tienen un pronóstico mejor que las *anoréxicas bulímicas*: en efecto, las que están globalmente bien son el 65 %, en contraste con el 43,2 % de las anoréxicas bulímicas (*Test Chi* 0,08) (Tabla 2).

Tabla 2: Predictibilidad pronóstica del tipo de anorexia

Valoración global en anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Anoréxicas restrictivas	69,0%	18,3%	7,0%	4,2%	1,4%
Anoréxicas bulímicas	43,2%	32,4%	16,2%	8,1%	0

Las anoréxicas restrictivas que al inicio de la terapia tenían una *relación sentimental* tienen un pronóstico más favorable: el 87,5 % está bien y el 12,5 % está bastante bien (*Test Chi* 0,03) (Tabla 3)

Tabla 3: Predictibilidad Pronóstica de las relaciones sentimentales

Valoración global de la relación sentimental	Relación sentimental	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Anoréxicas restrictivas	NO	73,3%	6,7%	0	20,0%	0
Anoréxicas bulímicas	NO	33,3%	0	33,3%	33,3%	0
Anoréxicas restrictivas	SI	87,5%	12,5%	0	0	0
Anoréxicas bulímicas	Si	38,9%	38,9%	16,7%	5,6%	0

Un dato sorprendente resulta ser el de la *cronicidad*: no existe diferencia significativa entre los intervalos hasta un años, incluido el intervalo que va de 2 a 5 años y los intervalos de después de 5 años: muchas crónicas al final están bien o al menos bastante bien (*Test Chi* 0,36). No es cierto, pues, que después de los 5 años de cronicidad la probabilidad de recuperarse y curarse disminuya de manera radical (Tabla 4).

Tabla 4: Predictibilidad Pronóstica de la cronicidad

Valoración global en función de la cronicidad al inicio de la terapia	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Hasta los 12 meses	64,6%	25,0%	6,3%	2,1%	2,1%
13-59 meses	63,0%	15,2%	17,4%	4,3%	0
60 meses o más	35,7%	42,9%	0	21,4%	0

Como la edad de inicio del síntoma no parece incidir sobre el resultado final, tampoco la *edad de inicio del tratamiento familiar* tiene relevancia predictiva (*Test Chi* 0,81) (Tabla 5).

Tabla 5: Predictibilidad pronóstica de la edad de tratamiento

Valoración global en función de la edad al inicio del tratamiento	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
11-14 años	62,0%	29,0%	5,0%	0	5,0%
15-18 años	67,3%	18,7%	10,0%	5,0%	0
19 años o más	54,2%	25,0%	13,8%	80,0%	0

La *adaptación en los estudios o en el trabajo* muestra ser un índice predictivo: han evolucionado globalmente mejor las más adaptadas (*Test Chi* 0,04) (Tabla 6).

Tabla 6: Predictibilidad pronóstica de la adaptación

Valoración global en función de la adaptación	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Buena	66,7%	11,1%	0	22,2%	0
Parcial	43,8%	37,5%	12,5%	6,3%	0
Nula	69,8%	18,6%	4,7%	7,0%	0

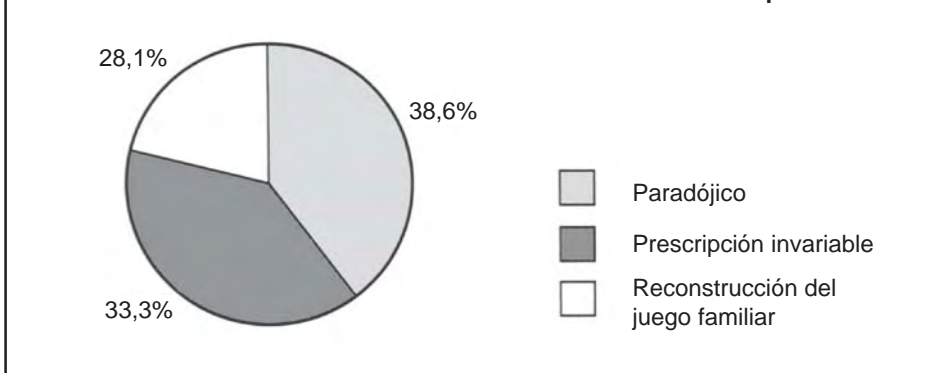
La *hospitalización anterior al tratamiento* es un factor predictivo negativo (*Test Chi* 0,01) (Tabla 7):

Tabla 7: Predictibilidad pronóstica de la hospitalización

Valoración global en función de la hospitalización antes de la terapia					
	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez	Fallecidas
Sí	50,0%	25,0%	11,5%	11,5%	1,9%
No	69,6%	21,4%	8,9%	0	0

COMPARACIÓN ENTRE LOS TRES MODELOS TERAPÉUTICOS

Gráfico 4: Distribución de los casos en los tres modelos terapéuticos



Los tres modelos terapéuticos han sido comparados considerando *tres variables: resultado global, recuerdo de la terapia y estado de las relaciones familiares*.

Los porcentajes muestran ser claramente mejores en el modelo paradójico, superado por el llamado modelo de desvelamiento del juego familiar sólo respecto al estado actual de las relaciones familiares.

Emerge una imagen negativa de la prescripción invariable, que de lleva siempre la peor parte.

El *recuerdo de la terapia* se muestra claramente mejor en los casos tratados con el método paradójico, seguido a buena distancia del desvelamiento del juego familiar y finalmente de la prescripción paradójica (Tabla 8).

Tabla 8: Recuerdo de la terapia en los diferentes modelos

	Negativo	Neutro	Positivo
Paradójico	15,4%	42,3%	42,3%
Prescripción invariable	29,0%	51,6%	19,4%
Desvelamiento del juego familiar	25,0%	52,5%	22,5%

Por lo que respecta al estado actual de las *relaciones familiares*, las mejores puntuaciones son las de los casos tratados con el método del desvelamiento del juego familiar, seguidos de los tratados con el método paradójico y, en último lugar el método prescriptivo (Tabla 9).

Tabla 9: Relaciones familiares actuales en función del modelo terapéutico

	Negativo	Neutro	Positivo
Paradójico	10,7%	39,3%	50,0%
Prescripción invariable	26,7%	33,3%	40,0%
Desvelamiento del juego familiar	6,3%	31,3%	62,5%

A causa de la falta de datos relativos al recuerdo de la terapia familiar y de las relaciones actuales, estas dos primeras comparaciones no han resultado ser estadísticamente significativas (*Test Chi* 0,31 y 0,15).

En cambio, resulta significativo el cruce entre los tres modelos y la *evaluación global* (Tabla 10) (*Test Chi* 0,07). Los casos tratados con la prescripción invariable obtienen un resultado global peor, seguidos de los tratados con el desvelamiento del juego familiar, mientras el resultado más favorable es el de los casos tratados con el método paradójico; en el período paradójico, sin embargo, se tratan todavía un mayor número de anoréxicas restrictivas (véase la Tabla 11. *Test Chi* 0,01), las terapias son más breves y las hospitalizaciones precedentes más frecuentes (68 % frente un 50 %).

Tabla 10: Valoración global en función del modelo terapéutico

	Bien	Bastante bien	Aún con problemas	Invalidez o Semi-invalidez
Paradójico	73,3%	20,0%	3,3%	3,3%
Prescripción invariable	52,9%	14,7%	20,6%	11,8%
Desvelamiento del juego familiar	58,1%	32,6%	7,0%	2,3%

Tabla 11: Anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas en los tres modelos terapéuticos

	Anoréxicas restrictivas	Anoréxicas bulímicas
Paradójico	87,5%	12,5%
Prescripción invariable	52,6%	47,4%
Desvelamiento del juego familiar	62,2%	37,8%

Tabla 12: Pacientes hospitalizadas en los tres modelos terapéuticos

	SI	NO
Paradójico	68,8%	31,3%
Prescripción invariable	50,0%	50,0%
Desvelamiento del juego familiar	35,6%	64,4%

En esta última tabla (Tabla 12) se observa una disminución del recurso a la hospitalización entre los años 70 (período durante el cual se utilizaba el modelo paradójico) y los años 80 (período durante el cual se utilizaban los otros dos modelos) en la población tratada por el Nuevo Centro (*Test Chi* 0,01).

CONCLUSIONES

En resumen, nuestra investigación pone de relieve un importante elemento predictivo dentro de los factores de “curación” de la anorexia: *la disponibilidad de toda la familia cuestionarse y a implicarse en un trabajo psicológico a favor de la hija anoréxica.*

Es éste el verdadero denominador común de todos nuestros casos: el haber aceptado al menos una sesión de terapia familiar, aunque en muchísimos casos sólo se realizaron 1-2 sesiones, y en muchos otros las terapias, releídas ahora, nos parecen bastante criticables.

No olvidemos que estos casos han sido llevados desde una óptica de investigación y de experimentación de nuevas formas de terapia, sobre las cuales existía entonces una experiencia bastante limitada.

Estos casos, además, fueron tratados por tres equipos diferentes: el formado por Mara Selvini Palazzoli con Boscolo, Cecchin y Prata durante el período 1971-78, el formado por Mara Selvini Palazzoli y Prata durante el período 1979-85, después de la escisión del equipo anterior, y el formado por Mara Selvini Palazzoli con los colaboradores más jóvenes Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino durante los años 1982-87.

Ciertamente estos trabajos de equipo han incidido, al menos en algunas fases críticas, sobre la gestión de los casos.

Resulta pues verdaderamente alentador ver cómo el lastre de todas estas limitaciones haya tenido un peso, en definitiva tan exiguo en el sentido estadístico (aunque no en un sentido más personal porque, los casos que han ido mal, aunque sean pocos, pesan como una maza).

Como conclusión y en base a los resultados obtenidos, podemos afirmar que el especialista que define la anorexia mental como *enfermedad* para cuya curación *no* es necesario convocar a los familiares sino que es suficiente con administrar psicofármacos, ingresos y eventualmente tratamientos cognitivos individuales, tiene que poner en entredicho su capacidad y pericia profesional.

Esta investigación nos confirma positivamente respecto a los métodos terapéuticos actuales, basados en una integración del trabajo individual y familiar y de tratamientos más próximos y prolongados en el tiempo.

Creemos que se trata de una investigación importante para subrayar los *riesgos de la medicalización y psiquiatrización del sufrimiento*: en este sentido las comparaciones con los datos de otras investigaciones llevadas a cabo dentro de un contexto médico-psiquiátrico nos parecen bastante significativas.

En la actualidad resulta creíble pensar que un enfoque psicoterapéutico individual y familiar combinados esté en la base de la casi totalidad de los resultados positivos.

Y finalmente, el presente trabajo nos motiva a poner las bases para futuras investigaciones, que esperamos poder llevar a cabo en los próximos diez o veinte años.

En este artículo presentamos los resultados de una investigación (aún en curso) sobre el seguimiento de chicas anoréxicas tratadas por Mara Palazzoli y sus equipos. Los resultados obtenidos no sólo confirman la eficacia de la Terapia Familiar sino que muestran también como la disponibilidad de las familias a implicarse en el tratamiento es un factor predictivo muy favorable. Finalmente, la presente investigación se orienta a poner a debate los modelos de terapia familiar breve, prescriptiva y estratégica, a favor de otros modelos basados en tratamientos más prolongados en el tiempo, que integren un trabajo individual y familiar.

Palabras clave: *anorexia, terapia familiar, métodos de investigación.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Come stanno le anoressiche trattate da Mara Palazzoli e dalle sue équipes dal 1971 al 1987? Un studio quantitativo sui risultati della psicoterapia familiare” en *Psicobiattivo*, 16, pp. 51-69, 1996. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992). *DSM-4*. Masson Editore.

ANDERSON, C.M. (1986). The all-too-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (4), 351-354.

- BRUCH, H. (1974). Perils of behavior modification in the treatment of bulimia nervosa. *Jama*, 230, 1419-1422.
- CASSANO, G.B. (1992). Disturbi della condotta alimentare. In Cassano *et al.*, *Tratatto italiano di Psichiatria*, Vol. 2 (pp. 2143-2185). Edizioni Masson.
- CUZZOLARO, M. *et al.* (1993). To recover from what? The long-term psychiatric outcome of people who recover from eating disorders. In *Advancements in diagnosis and treatment of anorexia bulimia and obesity* (pp. 63-74). Roma: Edizioni Promo Leader Service.
- GABBARD, G.O. (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: R. Cortina Editore.
- GARFINKEL, P.E., & GARNER, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.
- GORDON, R.A. (1991). *Anorexia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Milano: R. Cortina Editore.
- HALL, A., SLIM, E., HAWKER, F., & SALMOND, C. (1984). Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *British Journal of Psychiatry*, 145, 407-413.
- HAWLEY, R.M. (1985). The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. *British Journal of Psychiatry*, 146, 657-660.
- HERZOG, D.B., KELLER, M.B., & LAVORI, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of literatura. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (3), 131-143.
- HSU, L.K.G., CRISP, A.H., & HARDING, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. *Lancet*, 1, 61-65.
- JEAMMET, P. *et al.* (1991). Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'Enfant*, 34 (2), 381-442.
- MORGAN, H.G., HAYWARD, A.E. (1988). Clinical assesment in anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assesment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- MORGAN, H.G., & RUSSELL, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.
- RATNASURIYA, R.H., EISLER, I., SZMUKLER, G.I., RUSSELL, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 20, 8-17.
- SANTOANASTASO, P., FAVARETTO, G., & CANTON, G. (1987). Anorexia nervosa in Italy: clinical feature and outcome in a long-term follow-up study. *Psychopatology*, 20, 8-17.
- SELVINI, M. (1985). *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*. Roma: La Nuova Italia Scientica.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1975). *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: R. Cortina Editore.
- STEINHAUSEN, H.C., & SEIDEL, R. (1992). A prospective follow-up study in early-onset eating disorder. In W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vanderycken, *The course of eating disorder* (pp. 108-117). Berlin: Springer-Verlag.
- STURZENBERGER, S., CANTWEL, D.P., BURROUGHS, J., SALKIN, B., GREEN, J.K. (1977). A follow-up study of adolescent psychiatric inpatients with anorexia nervosa: The assesment of outcome. *Journal of th American Academy of Child Psychiatry*, 16, 703-715.
- TOLSTRUP, K., BRINCH, M., ISAGER, T., NIELSEN, S., NYSTRUP, J., SEVERIN, B., & OLESEN, N.S. (1985). Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa: The Copenhagen anorexia nervosa follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 380-387.
- WALFORD, G., MC CUNE, M. (1991). Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 383-389.
- WARREN, W. (1968). A study of anorexia nervosa in young girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, 27-40.
- WATZLAVICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARON, ALEXITIMIA E HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA.

Alberto Espina. Psiquiatra.

Prof. titular y director del Master de Terapia familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco. Facultad de Psicología

Avda. De Tolosa, 70. 20009 - San Sebastián (GUIPUZKOA)

In this article the author propose the use of ericksonian hypnotherapy in anorexia nervosa to approach the alexithymia and some difficulties in this cases. Finally describe the therapy of a case of anorexia nervosa in a male.

Key words: Anorexia nervosa, male, alexithymia, ericksonian hypnotherapy

ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARÓN

Vamos a comentar brevemente algunos aspectos relacionados con la anorexia nerviosa en el varón, como son la tasa de prevalencia, las características clínicas y sociodemográficas, la orientación sexual, la identidad de género y los rasgos de la personalidad. En primer lugar destaca el hecho de que la anorexia nerviosa es menos frecuente en los varones que en las mujeres, el 95 % de los casos se dan en éstas últimas. Entre los factores que posiblemente influyen en ello está el que la presión social en relación al cuerpo es mucho más intensa en las mujeres; según Mickalide (1990) el 63 % de las mujeres con anorexia hacía ejercicio y reducía la ingesta frente al 16 % de los varones y el 54,3% de ellas deseaban estar por debajo del peso adecuado para su estatura, frente al 13,5% de los varones. Las mujeres son mucho más conscientes de su peso que los varones (Kleges *et al.*, (1987). Andersen (1990) señala que la menor probabilidad de padecer trastornos alimentarios los varones está asociada a la menor presión social en relación a la dieta en los varones y destacan que en los jockeys, en los que existe gran presión en relación al peso, hay una alta incidencia de trastornos de la alimentación.

Crisp y Burns (1990) comparando hombres y mujeres vieron que la clase social, la edad, las **características premórbidas y clínicas** eran similares en ambos

sexos. En una revisión sobre estos aspectos Woodside *et al.*, (1990) concluyen que los trastornos alimentarios son semejantes en varones y mujeres.

En relación con la **orientación sexual** en los trastornos alimentarios encontramos estudios que sugieren que hay más homosexuales en los varones (Crisp, 1967; Crisp y Toms, 1972; Dally, 1969; Herzog *et al.*, 1984; Schneider y Agras, 1987; Robison y Holden, 1986; Woodside *et al.*, 1990); mientras que otros autores no encontraron mayor porcentaje de varones homosexuales en los trastornos alimentarios (Hall *et al.*, 1985; Crisp *et al.*, 1986; Turnbull *et al.*, 1987). Según Herzog *et al.*, (1984) aparece homosexualidad en un 26% de los varones anoréxicos y bulímicos, mientras otros autores (Pope *et al.*, 1986) solo encuentran un 7%. Herzog *et al.*, (1984) destacan que la presión social hacia la delgadez es semejante en las mujeres y en los varones homosexuales; otros autores (Dally, 1969; Fitcher y Daser, 1987; Freund y Blanchard, 1988), investigando la relación entre homosexualidad y trastornos alimentarios en varones, afirman que en ambos casos el rol que ocupan en la familia es semejante, las relaciones padres-hijos son pobres, el padre suele ser distante u hostil y existen conflictos de pareja en los padres. En los homosexuales y en los anoréxicos se ha descrito una relación intensa con una madre sobreprotectora y dominante (Bieber *et al.*, 1962; Thompson *et al.*, 1973; Crisp y Toms, 1972).

Crisp (1967) señaló que los varones anoréxicos tenían problemas con la **identidad de género** y asociaban la gordura a ser femenino. Pero Crisp y Burns (1990) encontraron que en los varones anoréxicos existe ansiedad y aversión sexual y los intereses y experiencias sexuales antes de padecer un trastorno alimentarios son limitados; además, un buen pronóstico está asociado a una adecuada actividad sexual premórbida, destacando como variable de mal pronóstico la ausencia de actividad sexual premórbida, (general, masturbación y fantasías sexuales, especialmente este último aspecto).

Sours (1980), Dally (1969), Kearney-Cooke y Steichen-Asch (1990) sugirieron que los varones con trastornos alimentarios se sentían cercanos a sus madres y lejanos de sus padres, lo cual incrementaría la identificación con ella. Según Fitcher y Daser (1987) la relación cerrada e íntima entre el anoréxico y su madre se relaciona con una red familiar simbiótica en la que falta una fuerte figura paterna y ello puede estar asociado a un trastorno de la identidad de género. Desde el psicoanálisis, el desarrollo de la identidad de género está íntimamente ligado a la triangulación edípica, pues en esa relación el niño pasa de estar fusionado con la madre, a aceptar la ley que marca el padre y que impone la realidad de no ser uno con la madre (aceptar la castración) y pasar al orden simbólico y al mundo social. En esa relación también aprende qué es un hombre y qué es una mujer y a través de las identificaciones con esos modelos va conformando su propia identidad. Pero si las relaciones familiares dificultan ese proceso, nos podemos encontrar, desde que el niño quede fijado a la madre y vea al padre como el enemigo a evitar, hasta el que su modelo de identificación sea la madre. En terapia familiar Haley (1967) utilizó

el concepto de triangulación edípica e introdujo el concepto de “triángulo perverso” y Minuchin (1974) desarrolló el término de “tríada rígida” para referirse a un problema crónico de límites en el que un miembro de una generación se veía involucrado en el conflicto de dos personas de otra generación, por ej. un hijo en el conflicto de sus padres. Este tipo de interacción dificulta el desarrollo del hijo, su emancipación y añadiríamos que su identidad de género. Por ello estaremos muy atentos a este tipo de relación en la anorexia nerviosa.

En la pubertad el varón intenta integrar los cambios somáticos al mismo tiempo que trata de comprender el significado de ser hombre en nuestra cultura. Desde pequeños muchos varones aprenden que ser hombre implica ser fuerte, activo, valiente, independiente, agresivo, racional, no emotivo etc. En nuestra cultura el cuerpo musculado, la competencia, agresión, competitividad, independencia son generalmente deseables para los varones, mientras que la dependencia, pasividad, inhibición de la agresión física, se ofrecen como más adecuados para mujeres. Los varones que desarrollarán más tarde anorexia nerviosa no cumplen las expectativas culturales para la masculinidad y tienden a ser dependientes, pasivos, no atléticos, rasgos que pueden ir asociados a sentimientos de aislamiento y desvalorización del cuerpo. Por otro lado el que las mujeres vayan accediendo a ser competentes en áreas tradicionalmente ocupadas por los varones, hace que muchos hombres se sienten inseguros y no sepan como interactuar con ellas.

Prytula *et al.*, (1979) sugieren que tempranos feedbacks negativos de los pares y/o familiares sobre la apariencia corporal influyen en el desarrollo de la homosexualidad y la anorexia nerviosa. Fisher *et al.*, (1980) encontraron que los varones con trastornos alimentarios tenían malas relaciones con sus pares, lo cual estaba relacionado con sentimientos de debilidad e inferioridad de la apariencia de su cuerpo. El sentimiento de falta de atractivo e inadecuación puede ser fruto de humillaciones y dudas sobre sí mismo, todo lo cual lleva al aislamiento en el hogar y a intentar cambiar su cuerpo para ganar un sentimiento de poder y control. El no tener una identidad adecuadamente conformada puede contribuir a que se adhieran al modelo de delgadez valorado en nuestra cultura como una forma de encontrar aprobación social y conformar una identidad en base a ese modelo.

En resumen, los conflictos relacionados con la identidad de género y la orientación sexual podrían estar asociados al desarrollo de la anorexia nerviosa. El perfil de un varón con anorexia nerviosa se caracterizaría por una falta de sentimiento de autonomía, identidad y control sobre su vida. Parece existir como una extensión de los otros y debe actuar en base al deseo de los demás para sobrevivir emocionalmente. Tiene una historia de experiencias negativas en relación con su cuerpo que hace que lo viva como vulnerable. Tiende a identificarse con su madre (Sours, 1980) lo cual le crea una confusión con su identidad de género. La obesidad de su madre se convierte en una imagen de la que diferenciarse a toda costa para sentirse separado y diferente a ella con mayor intensidad que en las mujeres con

anorexia nerviosa, lo cual les lleva a controlar de un modo drástico la gordura; todo lo cual se refuerza si se percibe su identidad masculina como puesta en cuestión por la obesidad y vive en una cultura que da gran importancia a la apariencia física y valora en exceso la delgadez.

Respecto a la **personalidad**, los varones con trastornos alimentarios tienden a tener personalidades dependientes, evitativas y pasivo-agresivas (Kearney-Cooke y Steichen-Asch, 1990). La *personalidad dependiente* se distingue por la gran necesidad de aprobación social, lo cual lleva a actuar en base al deseo de los demás. El dependiente se siente paralizado cuando está solo, necesita continuamente ser valorado y para ello se doblga a los demás para que no le abandonen y apoyen. La *personalidad evitativa* es muy sensible a los estímulos sociales e hiperreactiva a las actitudes de los demás, especialmente al rechazo y humillación. Ante ese peligro que suponen las relaciones interpersonales recurren a la evitación. La *personalidad pasiva agresiva* expresa su agresividad de una forma encubierta y tiende a pasar de agradable a negativo, siendo muy ambivalente en relación consigo mismo y los demás. La personalidad de los varones con trastornos de la alimentación sugiere que han tenido unas padres que dificultaban la autonomización, siendo sobreprotectores, lo cual les hace dependientes e inseguros y no pueden tomar conciencia de sus posibilidades y recursos personales (Andersen, 1990).

Al igual que en las mujeres, el desarrollo de la anorexia nerviosa conlleva lo que podríamos llamar una regresión somática, en el sentido de que el adelgazamiento bloquea los procesos hormonales que se dan en la pubertad, si bajan un 25% por debajo de su peso normal existe una baja concentración de gonadotrofinas y la producción espermática disminuye (Frisch, 1988), y el anoréxico vuelve a tener un cuerpo prepúber, es decir, que a través de no comer deja de ser un adolescente desarrollado sexualmente, que puede ser atractivo para el otro sexo y se evade de un mundo, el de la asunción del propia sexualidad y las relaciones sexuales, que es vivido como peligroso.

El adolescente con problemas de identidad y con dificultad en la asunción de su cuerpo sexuado adulto, junto con las exigencias sociales que implica, puede ser un sujeto con grandes probabilidades de desarrollar anorexia nerviosa como un método de bloquear su desarrollo y volver un estadio menos peligroso y allí detener el ciclo vital, detener el tiempo. Este proceso se da a nivel biológico, psicológico y social. En la familia pasa a ser un hijo dependiente que no sabe ni comer solo y del que tienen que estar pendientes todos y en las relaciones con los pares se quedan en la cuneta en dos áreas importantes: el campo deportivo y el de las relaciones con el otro sexo. Todo esto frena su autonomización y le aísla socialmente. Podemos decir que la anorexia nerviosa en el varón es un trastorno complejo en el que la identidad de género está en cuestión y el adelgazamiento se convierte en una solución fallida frente a un problema existencial.

ALEXITIMIA

En los pacientes anoréxicos, y en los psicossomáticos en general, encontramos una característica de la personalidad: la Alexitimia (del griego A=sin; Lexi=palabras; Thymos=emoción) (Sifneos, 1973, 1975) que hace referencia a la dificultad para discriminar y expresar emociones y al “pensamiento operatorio” (Marty y M’Uzan, 1963; Marty, 1980). El constructo consta de dos dimensiones: en la primera encontramos la dificultad para identificar y describir sentimientos y para discriminar los componentes somáticos y subjetivos de la activación emocional; todo lo cual se asocia a una atención selectiva, a la amplificación de los componentes fisiológicos de la respuesta emocional y a la consecuente disforia. La segunda dimensión hace referencia a la personalidad operatoria que se caracteriza por: un estilo de vida orientado a la acción, externalizado y un funcionamiento cognitivo orientado externamente (concreto, literal, utilitarista, referido a acontecimientos externos), con déficit de simbolización, de introspección y análisis psicológico de los hechos, conducta y sentimientos. La ausencia de vida fantasmática y la falta de simbolización, hace que recurran al lenguaje corporal o a la acción para expresar la agresión y la demanda de afecto. La vida afectiva se empobrece, así como los procesos del pensamiento.

Según Marty (1980), el pensamiento operatorio “está aferrado a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, lo cual sugiere la precariedad de la conexión con las palabras”; y la “vida operatoria” conlleva la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. “Las escasas representaciones son (como los sueños) pobres, repetitivas y llevan impreso el sello de lo actual y de lo fáctico” (Marty, 1980), lo cual se acompaña de una desorganización mental progresiva y los comportamientos ligados a los instintos y pulsiones: alimentación, sexo, agresividad.. se vuelven automáticos, sin deseo. Este tipo de funcionamiento mental está asociado a la “depresión esencial” en la que no existe la culpa sino una herida narcisista que determina la orientación hacia lo somático predominando la anhedonia, autodesvalorización y la precariedad del trabajo mental.

La alexitimia se caracteriza fundamentalmente por: a) dificultad para identificar y describir los sentimientos, b) dificultad para distinguir sentimientos de sensaciones corporales, c) una gran pobreza de fantasías, d) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal y referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Nemiah, 1977). Desde el modelo dinámico (Marty y M’ Uzan, 1963; McDougall, 1974, 1985; Krystal, 1982), el origen de la alexitimia ha sido atribuido a conflictos y/o déficits en las relaciones tempranas que impiden que el niño pueda desarrollar la capacidad de simbolizar las emociones, viéndose obligado a expresar somáticamente o a través de la acción lo que no puede verbalizar. Desde la teoría sistémica se han realizado aportaciones sobre las características de las familias con miembros con trastornos psicossomáticos,

planteando la hipótesis de que las relaciones familiares, entre otros factores, pueden estar en el origen y mantenimiento de estos trastornos (Espina, 1997a, 1997b).

Estas características, que muchas veces se dan en toda la familia, hacen difícil el abordaje de la anorexia nerviosa con terapias en las que el contacto con el mundo emocional y su expresión son la base para la resolución de los conflictos intrapsíquicos y relacionales. A nivel terapéutico es importante el desarrollo de un sentimiento más cohesivo del Yo que permita la expresión de todos los aspectos de su personalidad, no sólo los que su familias consideren aceptables. A los pacientes anoréxicos que padecen alexitimia, los viajes de fantasía en estado de relajación les ayudan a centrarse en su interior y la naturaleza simbólica de las imágenes les permite un alto grado de libertad para explorar su imagen corporal, lo cual ayuda a la reconstrucción de la imagen corporal, seriamente dañada en estos trastornos.

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

Vamos a referirnos brevemente a algunos aspectos de la terapia ericksoniana y centrarnos más en detalle en el uso de las anécdotas; para un conocimiento más extenso de la hipnosis ericksoniana, remito al lector a los trabajos de Erickson y Rosi (1979, 1981), Haley, (1967, 1976), Rosi (1980), Zeig (1980), O' Hanlon (1987), Rosen, (1982) y al número 29 de la *Revista de Psicoterapia* dedicado a la hipnoterapia ericksoniana.

Erickson trabajaba ayudando al paciente a reorganizar su realidad interna basándose en que los cambios en los mapas asociativos internos favorecerían cambios conductuales al ayudar al paciente a echar mano de sus recursos internos para desarrollar nuevos modelos de acción. El terapeuta debía favorecer la creación de las condiciones que permitieran alterar las reglas de funcionamiento interior y acceder a un registro más amplio de pensamiento, sentimiento y acción. Daba gran importancia al ciclo vital, entendido la mayoría de los problemas humanos como fruto de la dificultad de pasar de un estadio a otro; en la terapia enfatizaba los aspectos positivos y las capacidades del paciente y favorecía el reordenamiento de la experiencia, bien dándole un nuevo sentido o cubriendo déficits pasados, pero siempre centrándose en el presente y en la proyección en el futuro.

Según Erickson, los pacientes tendrían limitaciones importantes en la vida debido a su sistema de creencias, la percepción de sí mismos, los estilos interaccionales, etc Con el trance hipnótico, la mayoría de las veces ligero, favorecía el establecimiento de un *rapport* intenso, ubicando al paciente en una posición de entrega para aceptar sus sugerencias, creando condiciones especiales de receptividad y apertura con el inconsciente del cual emergen las capacidades para resolver los problemas. El trance era usado por Erickson para modificar marcos de referencia rígidos, para inducir estados mentales alternativos y para activar y poner bajo el control del paciente habilidades características del trance que le sirvieran para producir cambios en su vida. Es decir, que con el trance hipnótico los pacientes

se liberan de su sistema de creencias limitado y aparecen capacidades poco usadas, sentimientos e ideas que estaban dormidos en su inconsciente, lo cual le hace receptivo a afrontar experiencias nuevas.

Según Tenebaun (1996), Erickson basaba su terapia en nueve principios básicos:

Cada individuo es único.

Todo comportamiento responde a un objetivo relacionado con la adaptación al medio, los comportamientos inadecuados han servido en algún momento y deben ser reactualizados y reajustados.

Todos poseemos recursos para cambiar.

La respuesta de nuestro interlocutor nos indica el sentido de nuestro discurso, para ello hay que estar atento al lenguaje analógico.

La comunicación tiene dos niveles: consciente e inconsciente.

No se puede dejar de influir en el otro.

Los obstáculos en la terapia deben ser tomados como información, indican que hay algo que no tenemos en cuenta.

Preservar la ecología, si el paciente se resiste, es porque el cambio entraña algún peligro para su ecosistema.

La verdad del sujeto es la única que cuenta, se le acepta tal y como es.

El uso de anécdotas en psicoterapia

Milton Erickson inducía un trance ligero y contaba anécdotas, historias, a través de las cuales intentaba ayudar a cambiar a las personas que solicitaban su ayuda. Podía contar alguna anécdota que tuviera que ver con el problema que planteaba el paciente y, a través de la narración, le sugería soluciones, posibilidades de funcionamiento diferentes, todo ello indirectamente, sin decirle al paciente que hiciera algo concreto, sino dándole ideas para que el propio paciente encontrara alternativas y las viviera como propias. Este planteamiento está asociado a la idea de que la posibilidad de cambio está en el paciente, no en el terapeuta; éste va a crear un marco, un escenario, en el que se puedan desarrollar historias de las que obtener recursos para cambiar. Usaba también las anécdotas para conseguir el fortalecimiento del Yo; si tratamos de ayudar a un sujeto con baja autoestima, podemos sugerirle a través de las anécdotas que él mismo va fortaleciéndose internamente, va conectándose con capacidades que hasta entonces estaban dormidas y que se pueden ir despertando y desarrollando.

Las anécdotas también son útiles para que el paciente pueda desarrollar la capacidad de fantasear. Al ofrecerle en estado de trance visualizaciones que no implican peligro, favorecemos que conecte con su mundo interno, piense y sienta.

Según Erickson, las anécdotas tienen una serie de características que las hace especialmente interesantes en terapia:

No implican una amenaza.

Captan el interés del oyente.

Fomentan la independencia del individuo y el sentimiento de un dominio de sí que él mismo determina.

Evitan la resistencia.

El sujeto tiene que darles sentido y sirve para controlar la relación con el oyente.

Son un modelo de flexibilidad y creatividad.

Crean confusión y promueven una buena respuesta hipnótica.

Imprimen una huella en el recuerdo, haciendo más memorable la idea expuesta.

Las anécdotas pueden ser usadas en la terapia ericksoniana con fines diagnósticos, para la inducción de la hipnosis, el establecimiento del rapport y en el proceso del tratamiento, (Zeig, 1980):

A. En el Diagnóstico. La anécdota es un estímulo que provoca respuestas y nos sirve para evaluar la sugestionabilidad en varias direcciones:

Absorción (más absorción, más sugestionable).

Estilo de respuesta, si responden mejor a un estilo directo o indirecto.

Detectar si la atención es focalizada o difusa, interna o externa.

Conocer la flexibilidad del paciente en el control de las relaciones personales.

B. Uso en la fase de inducción de la hipnosis. Las anécdotas y la hipnosis se asemejan en que el terapeuta se dirige a un sujeto pasivo, que se halla en una posición inferior, activando el poder que hay dentro de él para cambiar y en que se tienen muy en cuenta los mínimos gestos del paciente. Las anécdotas son especialmente útiles en hipnosis como desbaratamiento y pautamiento. 1. El *desbaratamiento* se produce de varias formas: con la técnica de la confusión se desequilibra al oyente, el cual debe conferir sentido a la anécdota y comprender la pertinencia del mensaje a su situación, por otro lado son ambiguas y tienen múltiples significados y, finalmente, pueden instalar una inducción distrayendo y anulando la predisposición consciente. 2. El *pautamiento* sirve para secuenciar el estado hipnótico, por ej., repaso de las cosas aprendidas en la escuela (abecedario). Las anécdotas provocan regresión, hiperamnesia, disociación y alucinación, fomentando la absorción y la fijación interior de la atención.

C. Para el **establecimiento del rapport**, empatizando con el inconsciente del paciente, a través de las anécdotas no hace falta que el paciente se entere conscientemente de que el terapeuta es empático.

En el proceso del tratamiento. Existen ocho categorías:

Formular o ejemplificar una opinión de un modo indirecto.

Sugerir soluciones: narrando una anécdota paralela o múltiples anécdotas con el mismo tema, por ej., trazando un paralelismo con el problema del paciente pero ofreciendo un nuevo punto de vista o una solución, mostrando una solución que el paciente había pasado por alto, hablando de personas que solucionaron un problema

semejante recurriendo a una idea determinada, etc. El paciente “tiene la idea” y se atribuye el cambio.

Ayudar a las personas a reconocerse tal cual son. El poder de cambiar permanece dormido en el paciente y debe ser despertado. El terapeuta crea el escenario en el cual se puede dar el cambio.

Sembrar ideas e intensificar motivaciones encadenando pasos que llevan al cambio, por ej., hablar de éxitos en casos parecidos, lo cual aumenta expectativas de éxito.

Controlar terapéuticamente la relación al estar el terapeuta en posición superior sin que el paciente se sienta incómodo en esa posición.

Insertar directivas: la formulación indirecta se hace concediendo a la frase menos importancia que la que tiene o modificando el tono de voz.

Reducir la resistencia: en cada anécdota se presentan muchas ideas y el paciente debe participar activamente seleccionando qué aplicarse a sí mismo, él es el agente de cambio. Cuanto más resistencia, más comunicación indirecta y/o más anécdotas para aburrir al paciente y bajarle la guardia, momento en el se le presentará la idea para el cambio.

Reencuadrar y redefinir un problema.

Como técnicas de edificación del Yo (emociones, pensamiento, conducta).

Sirven como modelo de una vida mejor. El terapeuta se muestra flexible y creativo, lo cual puede ser imitado por el paciente.

Pueden estimular y revitalizar sentimientos, pensamientos y acciones, ayudando al sujeto a tomar contacto con un recurso personal que antes le había pasado inadvertido y con éxitos pasados.

Sirven para desensibilizar a un paciente frente a sus temores.

Con las anécdotas “se despierta un poder curativo que estaba dormido. Lo mejor no es apartar con ellas al paciente de su síntoma, como si fuera una treta, sino conseguir que cambie por mérito propio y por obra de su propio poder. Además se le brinda al paciente un modelo creativo y flexible de estar en el mundo para oponerse a su hábitos rígidos” (Zeig, 1980). Quizás no se ha destacado suficientemente la influencia de Erickson en la corriente de las narrativas, tan en boga hoy día en el campo de las terapias sistémicas.

Este planteamiento terapéutico nos parece especialmente interesante para trabajar con anoréxicos pues, generalmente, son alexitímicos, tienen problemas de identidad íntimamente ligados a la imagen corporal, están aferrados a esquemas mentales rígidos y están frecuentemente involucrados en peleas simétricas con familiares y terapeutas. Además tienen gran dificultad para aceptar sugerencias directas y su incapacidad para conectar con los sentimientos y el mundo fantasmático les hace estar rígidamente empobrecidos y cerrados en su mundo sintomático, muchas veces de difícil acceso para el terapeuta. Vamos a ejemplificar el uso de la hipnosis ericksoniana en un caso de un varón con anorexia nerviosa.

CASO CLÍNICO

Abordaje terapéutico

A la hora de abordar la anorexia nerviosa tengo en cuenta las relaciones familiares y la problemática individual de los sujetos, por ello utilizo la terapia familiar simultaneándola con sesiones individuales. Si el paciente identificado es joven y no presenta trastornos de la personalidad, la terapia es fundamentalmente familiar, en caso contrario inicio la terapia familiar y realizo sesiones individuales periódicas para centrarme más adelante en la terapia individual con sesiones familiares esporádicas. Respecto a los modelos que sustentan las intervenciones, integro el modelo dinámico, en el que se analizan los conflictos intrapsíquicos y las construcciones que tienen lugar en la vida psíquica, con el sistémico, cuyo foco de atención se centra en las relaciones interpersonales. En la vertiente sistémica sigo un modelo integrado en el que recojo aportaciones de los modelos centrados en la estructura, proceso y visiones del mundo (Sluzki, 1983). En muchos casos de anorexia nerviosa sigo especialmente los modelos estructural y estratégico (Minuchin, 1974; Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981), aunque no dejo de lado las aportaciones realizadas en el campo de los trastornos alimentarios por Selvini y Viaro (1988), White, (1983, 1986) y la escuela de Palo Alto (Watzlawick, 1974, 1980; Fisch *et al.*, 1982; Nardone y Watzlawick, 1990; Crispo *et al.*, 1994) rescatando ya sea técnicas o “lecturas” de la problemática presentada que puedan ser de utilidad para el caso concreto que estoy tratando. Desde esta perspectiva, los conflictos presentados se relacionan con la propia historia, las vivencias interiores, la historia transgeneracional y la interacción actual que tienen los miembros de la familia.

Desde la perspectiva transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Sparks, 1973; Bowen, 1978; Stierlin, 1977; Stierlin y Weber, 1989; Andolfi, 1985; Canevaro, 1995) estudiaremos la historia de los padres con sus propios padres, el tipo de vínculo que establecieron, cómo fueron conformando su propia personalidad y más tarde cómo han aprendido a relacionarse con sus hijos, cómo se ha estructurado la personalidad de estos y cómo son las interacciones actuales. De manera que en este abordaje de la anorexia nerviosa van a ser tenidos en cuenta la historia trigeracional, la estructuración de la personalidad de cada uno de los que están interactuando y cómo son las relaciones actuales, integrando aportaciones tanto de la terapia familiar sistémica, como del psicoanálisis (Espina, 1995, 1996).

Entre los objetivos de la intervención están los síntomas, especialmente dramáticos en la anorexia nerviosa, la interacción familiar disfuncional, el optimizar los recursos que tiene la propia familia y el ayudar al crecimiento personal de todos sus miembros, favoreciendo la autonomización, la comprensión empática y el respeto mutuo. Vamos a intentar buscar sentido a los síntomas y conductas para abrir cuestiones que permitan hablar, comprender lo que puede estar sucediendo,

construir realidades alternativas y a partir de ahí resolver los conflictos interaccionales e individuales. Trabajaremos tanto sobre las figuras internalizadas como sobre las personas reales en interacción. El encuadre incluirá sesiones familiares conjuntas, con subsistemas, con díadas y sesiones individuales; la periodicidad de las sesiones será semanal, al principio, y posteriormente se van espaciando.

En este trabajo proponemos el uso puntual de técnicas de hipnosis ericksoniana para tratar la alexitimia, en un contexto de terapia familiar sistémica, un caso de anorexia nerviosa restrictiva en un varón.

Descripción del caso

Se trata de un varón al que llamaremos Juan, de 17 años de edad que padece un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva, según criterios diagnósticos DSM-IV, desde los 14 años. Hasta la fecha había tenido 4 ingresos y su peso mínimo había sido de 39 Kgs. Midiendo 1,70 mts..

A nivel familiar destacaba la existencia de una pelea simétrica encubierta entre Juan y su padre, un conflicto de pareja y una coalición madre-hijo. El hermano mayor es el que cumple las expectativas del padre, deportista y triunfador. Juan se sentía menos valorado por el padre, era buen futbolista pero tuvo una lesión en la rodilla que le obligó a estar un año sin jugar, engordó y se burlaron de él; a partir de ahí desarrolló la anorexia. Tenía un trastorno alexitímico severo.

En este caso realicé 4 sesiones de hipnosis ericksoniana en un momento de la terapia en el que la dificultad de sentir, pensar y fantasear del paciente suponían una dificultad particularmente seria para avanzar en el proceso terapéutico.

Sesiones de hipnoterapia ericksoniana.

Voy a describir 4 sesiones en las que usé anécdotas en estado de trance. Los temas tratados fueron los siguientes:

Historia del roble (fortalecimiento del yo para incrementar esperanzas, el optimismo, la confianza y la percepción de control).

Experiencia de éxito: viajar en el tiempo (álbum de fotos) experimentar un éxito, traer la sensación al presente y que con ella encuentre soluciones.

Escalador: montaña fría, valle cálido. El objetivo era mostrar el precio que paga por el deseo de estar arriba.

Tirano-niño, David y Goliat, ciervo macho que pelea con el viejo. Trabajo con partes internas en lucha, luego lo paso a una lucha relacional y sugiero salidas.

En la inducción del trance utilizo técnicas de disociación, confusión, truismos, etc. usadas en la hipnosis ericksoniana para conseguir un trance ligero, pues el trance profundo induce regresiones innecesarias y no se ha demostrado que produzca mejores resultados.

Primera sesión: *“Respira profunda, suavemente y a medida que respiras, a medida que expulsas el aire vas a ir sintiendo una sensación de bienestar vas a*

ir sintiendo tus pies pesados tus brazos pesados una sensación de bienestar se va extendiendo por todo tu cuerpo.

Poco a poco vas a ir entrando dentro de ti y vas encontrando capacidades que están ahí, en tu interior tienes una mente consciente, que puede estar escuchando mi voz, una mente consciente que puede ir tomando conciencia de tu sensación corporal y una mente inconsciente que poco a poco puede ir entrando en trance... dentro de ti se va desarrollando una sensación de bienestar, de paz, de tranquilidad. Tu mente inconsciente sabe muchas cosas, tiene muchas capacidades y las va desarrollando poco a poco. Mientras escuchas mi voz, tú respiración ha cambiado, los pequeños movimientos de tu cuerpo han cambiado, tus manos están calientes poco a poco, si tú quieres, puedes ir entrando en un trance cada vez más y más profundo. El otro día me comentó un amigo que iba en coche por la calle y otro coche le adelantó por la derecha, le miró y al poco tiempo vio que el coche podía pasar por la izquierda, giró a la derecha y el coche también giró a la derecha, volvió a girar a la izquierda y el coche giró a la izquierda. Él intentaba saber qué era lo que estaba haciendo el otro coche, pero le entraba por un lado o le entraba por el otro. Llegó un momento en que no sabía si ir a la derecha o ir a la izquierda, pero de repente dejó la atención puesta en ese coche y se centró en una calle recta y fue suavemente, relajadamente discurriendo y no se fijaba en el otro coche sino en la sensación que él iba teniendo al ir por ese camino, suavemente

Tu mente consciente puede ir sintiendo y captando cosas diferentes. Tu respiración se hace cada vez más relajada y más pausada, tus pies están pesados, tu cabeza se va despejando. Puedes mirar detrás de tus ojos y vas a ver colores en una pantalla blanca van a ir apareciendo colores que cambian, colores que se mueven, puedes disfrutar de la visión de esos colores, van cambiando y tienes una sensación muy agradable. Puedes ir jugando con las formas, los tonos, las manchas de colores. Toda tu atención se va centrando en esa experiencia interesante, observar cómo se mueven esos colores, viendo a veces formas confusas otras veces más claras, pero siempre la misma sensación de tranquilidad.

*Mientras observas los colores puedes recordar, quizás, tu infancia, cuando aprendías a escribir, a veces te confundías entre la “a” y la “o”, o cuando a veces te confundías no sabiendo bien si la “n” tenía tres montañitas o tenía dos, si la “r” tenía que ser una o tenían que ser dos. También te parecía imposible andar en bici, poco a poco pudiste aprender todas esas capacidades estaban dentro de ti Mientras oyes mi voz tu respiración ha cambiado, tu cuerpo está muy bien, puedes escuchar mi voz. **Voy a contarte una historia.** Había una vez un roble magnífico, enorme. Un roble que en primavera daba sombra a mucha gente, un roble con un follaje enorme, inmenso, brillante. Era el orgullo de sí mismo y el orgullo de la gente que estaba bajo su sombra. Un invierno la temperatura bajó como nunca había bajado. Todo el mundo se refugió en sus casas y el roble quedó a la intemperie, se sentía solo, muy solo. Ese frío fue calándole cada vez más y más hondo. Cuando*

pasó el invierno, la primavera siguiente, el roble no floreció. Todo el mundo pensó que ese roble se había secado, no daba hojas, ya nadie podía cobijarse en él, nadie podía admirar su follaje. El roble parecía muerto. Pasaron las estaciones, la primavera siguiente no floreció y la siguiente tampoco. Pasó el tiempo y todo el mundo pensó que ese roble ya no vivía. Pero ese roble, en lo más hondo de sus raíces, guardaba algo de savia, ante el frío exterior había retirado su savia a lo más profundo y cálido de la tierra y ahí guardaba vida, guardaba energía. Un día, no recuerdo cuando, esa energía comenzó a subir poco a poco, a ascender y provocó cambios en el roble. Cuando pasó el tiempo ese roble volvió a estar lleno de savia, de energía, volvió a florecer, volvió a poder sentirse orgulloso de sí mismo y a dar sombra y belleza a los demás. Quizás en ti también está esa capacidad también hay una energía dentro de ti que te puede ayudar a solucionar los problemas que tienes. No sé cuando, pero esa energía se va a ir activando, quizás ya se está activando. Poco a poco vas a ir sintiendo cómo pequeños cambios se van produciendo dentro de ti. Quizás dentro de un tiempo te puedas sentir bien. Esa capacidad es tuya, tú la puedes llamar, tú la puedes despertar. Quizás tu mente consciente no se da cuenta de ello, pero tu mente inconsciente lo sabe, tu mente inconsciente quizás ya esté activando poco a poco esa energía que está dentro de ti”.

Al decir “yo no sé cuándo” el terapeuta no se pone en el lugar del que induce el cambio, la potencialidad está en el paciente y el terapeuta solo la constata. De esa forma vas dejándole al sujeto libre, la parte inconsciente tiene sus propias leyes, va a ir siguiendo su propio ritmo y le dejas a ella la capacidad. Esta actitud es muy útil con los pacientes anoréxicos, porque suelen establecer una pelea a través de la comida, con su padre, con su madre, con el terapeuta y todos le dicen: “tienes que comer”. Pero si la pelea es por la autoafirmación y el campo de batalla que han elegido es no comer, cuanto más les digan que coma más se van a resistir. Con este tipo de intervenciones, el terapeuta se zafa de la pelea simétrica, se muestra impotente para cambiarle pero afirma que sabe que en él existe la capacidad de cambiar. Con esta anécdota también se incrementa la expectativa de éxito y le das al paciente la capacidad de control, lo mismo que le pasaba al roble que sentía que tenía su savia escondida y que poco a poco la podía ir sacando, de la misma manera le das la capacidad de cambio y una expectativa de éxito. Todo eso va a ir fortaleciendo su Yo y construyendo su camino hacia el cambio.

En la **segunda sesión** le sugerí que imaginara alguna escena de su vida en la que tuvo una experiencia de éxito, en la que consiguió algo por sí mismo. Erickson sugería escenas de la infancia: el aprendizaje de las letras del abecedario, el aprender a andar en bici...con lo cual se induce una regresión y se pone al sujeto en una situación en la que podía aprender cosas que al principio eran muy complicadas y requerían mucho esfuerzo. Entonces se puede sugerir: “Toma conciencia de cómo te sentiste cuando pudiste escribir tu nombre. Te sentías bien, podías alcanzar el objetivo que te marcaste, con tu esfuerzo podías hacer cosas, empápate bien de esa

sensación de éxito, de sentirte capaz, y ahora, con esa sensación, te vas a trasladar al momento actual. Ya no eres aquel niño que tenía cinco o seis años y escribía, sino que eres tú, ahora, sintiéndote capaz”. Con esto estamos aumentando todas las capacidades que tienen el sujeto, le ponemos en una actitud de sentirse capaz de conseguir objetivos importantes en la vida, como es aprender a andar. Puedes contar, por ejemplo, una historia de un niño que quería alcanzar algo y no podía y que poco a poco fue viendo que podía poner una mano en un sitio y con la otra acercarse el objeto, luego vio que las podía coger, luego empezó a darse cuenta de que también podía mover la piernas y gateaba... vas contando un proceso por el cual todos hemos pasado y le vas sugiriendo de una forma teatralizada, escenificada, esas sensaciones de éxito, de orgullo.

En la **tercera sesión**, como vi que tenía una pelea simétrica brutal, sobre todo con su padre, le conté otra anécdota sobre un escalador que vio una montaña muy alta y se empeñó en que tenía que conseguir subir hasta allí. Entonces fui describiéndole, todo el esfuerzo que suponía escalar, todo lo que iba dejando en el camino, la mochila porque le pesaba mucho, el pico, la cantimplora luego se iba agarrando con las manos a la roca, pero las manos le sangraban, iba esforzándose, iba dejando pesos detrás (adelgazando). Al final llega desnudo arriba y dice: “he triunfado, estoy en la cima”. Pero entonces empieza a tomar conciencia de que hace mucho frío y de que está sólo, de que él ha conseguido algo que nadie ha conseguido, pero tiene una sensación de vacío, de frialdad. Pensaba que desde allí podría ver y dominar todo, pero se echó la niebla. Sintió soledad y empezó a pensar en el valle, donde había hierba, calor, luz, gente. Y empezó a pensar que quizá podría interesarle más estar en el valle. No ser el triunfador que está ahí arriba, solo y helado. En un momento determinado, yo no sé cuándo, decidió ese cambio y empezó a bajar al valle. Fue bajando y recuperando cosas, empezó a ver hierba, florecillas, que había vida más abajo, que podía llegar la valle y disfrutar de la luz del sol. Podía respirar mejor, encontró gente. Le vamos sugiriendo indirectamente el precio que paga perdiendo peso en esa pelea simétrica y lo que puede hacer por él mismo cuando quiera, bajando y disfrutando de otras cosas.

Con otra metáfora trasladé la pelea que él mantenía con los demás a una pelea entre dos partes de sí mismo: una parte que quiere vivir, ser un chaval normal, ser feliz, desarrollarse y otra parte que quiere tenerle débil, delgado, sufriendo, sin poder vivir bien. Le sugerí que se imaginara una balanza en la que se reparte el peso de cada parte. Él veía que tenía un 80% en el platillo de la enfermedad y un 20% en el de la salud, que quiere cambiar. Una vez visualizada la balanza se puede trabajar de varias maneras desde que simplemente visualice la balanza y decirle que en un momento -no sabes cuándo-, va a empezar a notar pequeños cambios, de manera que la parte que tenía un 20% poco a poco se va a ir cargando más y la parte que tenía el 80% va a ir perdiendo peso. Esto ayuda a potenciar la parte de él que quiere cambiar. En los trastornos de alimentación las metáforas de la balanza y la de ir

subiendo y dejando peso a medida que ascienden son particularmente útiles. Lo que me interesa no sólo es que personalice las dos partes en conflicto dentro de sí, sino que él pueda empezar a visualizar, a tomar conciencia de que pueden haber relaciones dentro de sí. Erickson planteaba que al sugerir anécdotas metafóricas de múltiples significados, no inducimos una idea concreta, ni desde luego decimos lo que tiene que hacer el paciente. Sugerimos imágenes metafóricas relacionadas con lo que le está pasando y su inconsciente va tomando lo que le interesa. En vez de destapar el conflicto, como haríamos en un planteamiento psicoanalítico, aquí se trata de favorecer que él mismo cree situaciones, ideas, imágenes que le puedan servir para orientarse. Lo que planteaba Erickson es que en el inconsciente está la capacidad de cambio, la capacidad de desarrollo del sujeto y que el terapeuta puede favorecer conexiones para que él se desarrolle.

En la **cuarta sesión** traslado esta lucha entre dos partes tuyas en conflicto a un escenario diferente; vamos a ver como favorecer, a través de visualizaciones, la simbolización de partes en conflicto y cómo encadenarlas con anécdotas que sugieren posibles salidas:

“A medida que respiras, a medida que expulsas el aire, te vas relajando, y aflojando, vas sintiendo tu cuerpo relajado, vas entrando en trance Tu mente consciente puede oír los sonidos que hay en la sala, en el exterior Mientras tu mente inconsciente puede poco a poco empezar a disfrutar del trance Mucha gente habla de la sensación de placer, de tranquilidad, que da el trance Mientras vas escuchando mi voz, tu respiración ha cambiado, tu tono muscular ha cambiado y poco a poco, vas entrando en trance Vas sintiendo tu cabeza ligera, tu mente despejada, tu cuerpo pesado, tus manos, tus pies... Poco a poco vas entrando en trance Dentro de un rato, yo no sé cuándo, entrarás en un trance tranquilo, relajado, en el que te vas a sentir bien El trance es una experiencia agradable y, a medida que respiras, poco a poco vas entrando en trance. Tu mente consciente escucha mi voz mientras tu mente inconsciente va percibiendo los pequeños cambios que se van produciendo en tu respiración, en tu tono muscular, en las sensaciones corporales. Poco a poco, vas entrando en trance. Ahora, poco a poco, tu mano derecha va a empezar a elevarse Se va a ir volviendo cada vez más y más ligera. Concentra tu atención en esa sensación de ligereza de tu mano derecha Imagínate que un globo va subiendo y elevando tu mano derecha Respira lenta y profundamente Mientras tu mano asciende, todo tu cuerpo va a ir entrando en un trance más y más profundo, profundo, muy profundo. Tu mente consciente sigue oyendo mi voz mientras tu mente inconsciente va entrando en un trance agradable, muy agradable Ahora tu cuerpo va a seguir profundamente dormido, pero del cuello para arriba te vas a despertar. El resto del cuerpo estará en un trance muy profundo, todo tu cuerpo está dormido, pero tu cabeza está despierta. Puedes oír perfectamente mi voz, puedes hablar, ¿Cómo te sientes?

Juan.- “Relajado”.

Terapeuta.- ¿Cómo tienes ahora el equilibrio entre la parte de Juan que quiere ser un chico normal, fuerte, sano... y esa otra parte que le quiere débil, enfermo, que no pueda hacer una vida normal ?

J.- 80-20%

T.- La parte que no quiere que Juan sane puede más todavía. ¿Por qué ahora está más fuerte esa parte ?

J.- Hay bajones.

T.- ¿Qué podría decirle la parte del 20 a la del 80% ? Imagínate que son dos personas, que una dice que quiere estar sana y la otra dice que no.

J.- Que me deje en paz.

T.- ¿Qué más ?

J.- Que me está jorobando todo lo que quería hacer.

T.- ¿Qué cosas querías hacer ?

J.- Poder irme de fiesta, ser igual que cualquier chaval

T.- ¿Por qué esa parte del 80% no quiere que seas un chaval normal , por qué quiere fastidiar todos tus planes?. Imagínate que le preguntas y que te contesta.

J.- Es que no sé qué contestaría.

T.- Imagínate que es una persona y que contesta.

J.- no sé...

T.- Pero déjale que hable tu mente inconsciente...que describa la apariencia física de cada una de las partes, como personajes de una película, imagina una pantalla en blanco y aparecerán. Mantén la mirada fija al techo, ahí van a aparecer dos formas. Pueden ser personas, animales, cualquier ser que quieras, real o no, y van a representar ese 20 y ese 80 %.

J.- Pues no sé, como un dictador y un chaval.

T.- *¿Cómo es el dictador ? Descríbemelo... ¿Cómo va vestido ? ¿Qué estatura tiene?*

Lo describe como alto, moreno, atlético, de 30-40 años, chulo.. y al chaval como enano, que le llega a las rodillas, es rubio y achantado, está atemorizado.

T.- ¿Por qué cree el chaval que ese grandote le quiere tener así ?

J.- No se.

T.- Imagínate que se mueven, ¿qué movimientos realizan ?

J.- No sé, el dictador levanta el brazo y señala con tono de mandato.

T.- ¿Qué le pasaría al dictador si el niño se fuera y ya no tuviera poder sobre él ? Intenta imaginar que en esa película el niño desaparece, ¿qué hace el dictador si ya no tienen a quien mandar ?

J.- Se sienta y se pone a pensar

T.- ¿Qué piensa ?

J.- No sé Está pensativo, ensimismado, no sabe a quién mandar.

T.- Imagínate que pasa tiempo y sigue sin tener a nadie a quien mandar,

¿qué le pasa a ese gigante dictador ?

J.- Se aburre

T.- Imagínate ahora otro escenario en el cual está el niño libre de la influencia del gigante, ¿qué pasa con él ?

J.- Está repartiendo caramelos a otros niños, como si fuera su cumpleaños.

T.- Ese niño se va haciendo mayor y puede dar cosas a los otros niños y hacerles felices. Mientras al otro lado el dictador se encuentra solo y aburrido porque no tiene a nadie a quien machacar. ¿Cómo está de estado de ánimo el dictador ?

J.- Enfadado y pensativo

T.- ¿Qué crees que puede estar pensando ?

J.- Que qué hace ahora...

T.- ¿Cómo ve ese gigante lo que hacía antes con el niño ?

J.- Al menos no se aburría

T.- Imagínate ahora que está ahí, aburrido, sólo, pensativo, sin saber qué hacer. Y ahora ese niño que se liberó de su yugo, del dominio de ese dictador...ese niño que ha ido regalando caramelos muchas veces a otros niños, va a visitar al dictador. Pero ese dictador ya no tiene poder sobre él. Imagínate ese encuentro en que los dos hablan, dicen algo.

J.- El niño le pega una palmada en la espalda al dictador y dice : “¿Qué pasa ?”

T.- ¿Y qué contesta el dictador ?

J.- Nada.

T.- En la vida, a veces, da miedo la libertad, da miedo sentirse fuerte, sentir que ese tirano no va a estar y que ahora soy yo el que tienen que decidir, hacerme cargo de mí mismo, de mi futuro. Hay mucha gente que prefiere seguir estando debajo del tirano porque, aunque no crezca, o se sienta esclavo, se sienten protegidos. Pero otro prefieren arriesgarse, dejar al tirano y afrontar el riesgo que implica crecer, ser fuerte, desarrollarse. Ese es un momento difícil. Tú estás todavía asustado y aunque te moleste, prefieres ser dominado , pero yo sé que dentro de ti hay un hombre que quiere vivir, desarrollarse. Yo no sé cuándo, pero algún día va a poder mostrarse, va a poder tener el valor de decirle “adiós” a ese tirano y ser él mismo.

Más tarde le cuento dos historias: la primera sobre David y Goliat y la segunda sobre ciervos. Después de contarle como David venció a Goliat le dije: “muchas veces los gigantes parecen invencibles, pero siempre tienen puntos débiles. Solo hace falta tener valor y saber dónde darle para hacerle caer. David supo cómo hacerlo. Quizá tú también sepas cómo poder derribar a ese gigante que te está aplastando, dominando. Yo no sé cuándo, pero es muy posible que encuentres el modo de derribar a ese gigante, que le encuentres un punto débil para que caiga a

tus pies, para que tu vida no esté condicionada a su ansia de poder, de dominio... para que tú puedas desarrollarte y ofrecer las cosas buenas que tienes”. En la segunda historia le conté que en un manada de ciervos había un ciervo macho dominante y un día un ciervo más joven peleó con el ciervo dominante por el control de la manada. Le di dos salidas, en la primera el ciervo joven vencía, convirtiéndose en el jefe de la manada y en la segunda el ciervo joven se afirmaba delante del macho, se demostraban mutuo respeto, pero el ciervo joven se iba y formaba su propia manada. “Es ley de vida que uno de los machos jóvenes pueda enfrentarse al viejo. A veces peleando con él y ganando y otras veces afirmándose y buscando su propia manada. Eso es ley de vida, si el macho joven se queda siempre debajo del macho viejo no puede crecer, ser fuerte, desarrollarse. El macho joven tiene que mirar al macho viejo de frente, quizá no se trata de quitarle de en medio, ni de derribarle, ni de matarle, como hizo David con Goliat, sino poder hacer como ese niño que se alejó del tirano, se fue a otro sitio diferente, a vivir su vida, sin nadie que le impusiera su yugo, su dominio.

Todo esto está relacionado con su parte superyoica que le esclaviza y con la pelea con el padre, la posibilidad de ir saliendo de casa y hacer su vida.

Después de estas sesiones con técnicas ericksonianas volví a citar a la familia. Empezaron a hablar del tema de la comida y, en un momento dado, Juan le dijo a su padre: “Estamos hablando de la comida, pero aquí no se comentan nunca otras cosas que tú me haces “. El padre y la madre se quedaron extrañados y Juan comenzó a plantearle críticas al padre; comentó que habían ido a comprar a un hipermercado, el padre se fue a hacer otros recados y se olvidó de él. Juan se quedó horas en el supermercado y cuando llegó su padre no se disculpó. Al llegar a casa hubo un momento de tensión entre ambos, pero Juan no se enfrentó y se puso a llorar. El padre le contestó que parecía una niña. Juan expresó en sesión cómo se sentía con su padre y le dijo que él también tenía que cambiar. A partir de ahí se pudo pasar a un conflicto relacional en el que Juan mostró la necesidad de que su padre le reconociera y valorara y también el deseo de afirmarse ante él. En las siguientes sesiones trabajamos este conflicto y las mutuas demandas, evitando la pelea a través de los síntomas.

En este abordaje es muy importante la relación paciente-terapeuta al ofrecerle un modelo de padre que no quiere imponerse, que no quiere que sea de determinada manera, que quiere apoyar a la parte de él que quiere crecer... Todo esto va a ser un motor de cambio en el paciente, pero también un modelo de identificación y no sólo para el hijo, sino también para el padre. Luego podemos hablar con el padre sobre qué dificultades tuvo con su propio padre que le han hecho ser como una piedra; intentar desentrañar sus sentimientos, para que él también pueda desarrollarse a nivel emocional, de esta manera le estamos ofreciendo un padre mejor a ese hijo y al padre una alternativa de desarrollo personal. Con la madre podemos hacer lo mismo, al igual que con la relación entre los padres.

Con los anoréxicos pueden haber dificultades al inicio de la terapia si perciben al terapeuta varón como un rival y lleva un tiempo el que comiencen a verle como a un aliado. La ventaja es que le puede ofrecer mucho más fácilmente un modelo de identificación masculina. Todo tiene su cara y su cruz y las características del terapeuta, su manera de ser, si habló más con su padre o con su madre, si tiene más facilidad para hablar con mujeres o con hombres etc. determinará en gran medida su enganche con este tipo de pacientes, que en general son de peor pronóstico que las mujeres.

CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa en varones y mujeres tiene puntos de semejanza: la sintomatología, la alexitimia, el conflicto con la identidad de género, rasgos de personalidad, etc., pero en nuestra cultura la identidad y el rol sexual tienen características diferenciales en ambos sexos y es necesario tenerlas en cuenta a la hora de abordar la anorexia nerviosa; por otro lado, en estos pacientes la dificultad de asumir su propio cuerpo y la identidad sexual es un conflicto nuclear que es necesario abordar, pero la obsesión por la comida y la desconexión con las vivencias interiores y los afectos a ellas ligados hacen difícil muchas veces el hablar de estos temas. Finalmente es frecuente que los anoréxicos vivan en familias en las que los conflictos se evitan y el proceso de emancipación está seriamente bloqueado, por ello suelen afirmarse ambivalentemente, peleando y mostrando las necesidades de dependencia, a través de la comida. La hipnosis ericksoniana, especialmente la narración de anécdotas, es de gran utilidad con pacientes alexitímicos, pues permite ayudar a fantasear, abriendo la capacidad de sentir y vivir relaciones en un estado de relajación y seguridad y en los anoréxicos nos ayuda a evitar peleas simétricas sugiriendo indirectamente soluciones que le ayuden a crecer sobre la base de su propia capacidad.

En este artículo el autor propone el uso de la hipnoterapia ericksoniana en la anorexia nerviosa para corregir el trastorno alexitímico y afrontar dificultades específicas que se presentan en estos casos. Finalmente describe un caso de un varón con anorexia nerviosa.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, varón, alexitimia, hipnoterapia ericksoniana.

Nota del autor: Este trabajo ha sido posible gracias a la beca UPV 006.231-HA152/95 concedida por la Universidad del País Vasco al proyecto “Anorexia y bulimia. Un ensayo controlado de intervenciones familiares”.

Referencias bibliográficas:

- ANDERSEN, A.E.(1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- ANDOLFI, A., & ANGELO, C. (1985). Familia e individuo in una prospettiva trigerazionale. *Terapia familiare*, 19, 17-23.
- BEAUMONT, P.J.V. BEARDWOOD, C.J., & RUSSEL, G.F.M. (1972). The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychological Medicine*, 2, 216-231.
- BIEBER, I. DAIN, H. DINCE, P, DRELLICH,M, GRAND, H., *et al.*, (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study*. New York: Basic Books.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARKS, L. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper and Row.
- BOWEN, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- CANEVARO, A. (1995). Terapia familiar trigeracional. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- CRISP, A.H. (1967). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine*, May, 713-718.
- CRISP, A.H., & TOMS, D.A. (1972). Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male. Report on 13 cases. *British Medical Journal*, 1, 334-338.
- CRISP, A.H., MATTHEWS, B. NORTON, K.R.W., & OAKEY, M. (1986). Weight-related attitudes and behaviour in anorexics, recovered anorexics and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 789-798.
- CRISP, A.H., & BURNS, T. (1990). Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of with clinical features and prognosis. En A.E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- CRISPO, R. FIGUEROA, & E. GUEJAR, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- DALLY, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: Heineman.
- ERICKSON, M.H., & ROSI, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- ERICKSON, M.H., & ROSI, E.L. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states*. New York: Irvington.
- ESPINA, A. (1981). Anorexia mental. Individuo y familia. *Clínica y análisis grupal*, 4, 2-93.
- ESPINA, A. (1987). *Perspectivas en psicoanálisis. Estructura borderline, psicosis y feminidad*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1995). Algunas claves psicoanalíticas para terapeutas familiares. En M. Garrido y A. Espina (Eds.), *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y Pumar (Eds.), *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- ESPINA, A. (1997a). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García y M. Garrido. *Procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid: Fundamentos
- ESPINA, A. (1997b). Psicoterapia relacional de la alexitimia. Un caso de anorexia nerviosa. En J. García y M. Garrido (Eds.), *Procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid: Fundamentos
- FISCH, R., WEAKLAND, J.H., & SEGAL, L. (1982) *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- FISHER, G., FISHER, J., & STARK, R. (1980). The body image. En *Aesthetic plastic surgery*. Boston: Little, Brown and Company.
- FITCHER, M.M., DASER, C., & POSTPICHL, F. (1985). Anorexic syndromes in the male. *Journal of Psychiatric research*, 19, 305-313.
- FITCHER, M.M., & DASER, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 17, 409-418.
- FREUND, K., & BLANCHARD, R. (1988). Is the distant relationship of fathers and homosexual sons related to the sons' erotic preference for male partners or to the sons' atypical gender identity or to both? *Journal of homosexuality*, 2, 15-34.
- FRISCH, R. E. (1988). Fatness and fertility. *Scientific American*, March, 88-95.
- HALEY, J. (1967). Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson. New York: Grune and Stratton.
- HALEY, J. (1976). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- HALEY, J. (1980). *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill.
- HALL, A., DELAHUNT, J.W., & ELLIS, P.M. (1985). Anorexia nervosa in the male: Clinical features and follow-up of nine patients. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 315-321.
- HERZOG, D.B., NORMAN, D.K., GORDON, C., & PEPOSE, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 898-990.
- HERZOG, D.B., BRADBURN, I.S., & NEWMAN, K. (1990). Sexuality in males with eating disorders. En A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- KEARNEY-COOKE, A., & STEICHEN-ASCH, P. (1990). Men, Body image and eating disorders. En A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- KLESGES, R.C., MIZES, J.S., & KLESGES, L.M. (1987). Self-help dieting strategies in college males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 409-417.
- KRISTAL, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- KRYSTAL, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal. Psychoter.*, 9, 353-378.
- MADANES, C. (1981). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- MARTY, P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*, Vol. 2. Paris: Payot.
- MCDOUGALL, J. (1974). The psychosoma and psychoanalytic process. *Int. Rev Psychoanal.*, 1, 437-1459.
- MCDOUGALL, J. (1985). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Basic Books.
- MARTY, P., & M'UZAN, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, 27 (suppl.), 1345-1356.
- MICKALIDE, E. D. (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- MINUCHIN, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- MINUCHIN, S. ROSMAN, B.L., & BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- NARDONE, G., & WATZLAWICK, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- NEMIAH, J.C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychoter. Psychosom.*, 28, 199-206.
- O'HANLON, W.H. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la hipnosis ericksoniana*. Barcelona: Paidós.
- ONNIS, L., & DI GENARO, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica*, 32, 45-64.
- POPE, H.G., HUDSON, J.L., & JONAS, J.M. (1986). Bulimia in men: A series of fifteen cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 117-119.
- PRYTULA, R.E., WELFORD, C.D., & DeMONBREUN, B.G. (1979). Body self-image and homosexuality. *Journal of clinical Psychology*, 35, 567-572.
- ROBINSON, P.H., & HOLDEN, N.L. (1986). Bulimia nervosa in the male: A report of nine cases. *Psychological Medicine*, 16, 795-803.
- ROSEN, S. (1982). *My voice will go with you: the teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- ROSI, E. L. (1980). *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. New York: Irvington.
- SELVINI, M., & VIARO, M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.
- SCHNEIDER, J.A., & AGRAS, W.S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison.
- SIFNEOS, P.E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.*, 22, 255-262.
- SIFNEOS, P.E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychoter. Psychosom.*, 26, 65-70.
- SLUZKI, C. (1983). Process, structure and word views. Toward an integrated views of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-475.
- SOURS, J.A. (1980). *Starving to death in a sea object: The anorexia nervosa syndrome*. New York: Janson Aronson.
- STIERLIN, H. (1977). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Icaria.
- STIERLIN, H., & WEBER, C. (1989) *Detrás de la Puerta Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- TENENBAUN, S. (1996). *L'hipnose éricksonienne: Un sommeil qui éveille*. Paris: InterEditions.
- THOMPSON, N.L., SCHWARTZ, D.M., MACANDLESS, B.R., & EDWARDS D.A. (1973). Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 120-127.

- TURNBULL, J.D., FREEDMAN, C.P.L. BARRY, F., & ANNANDALE, A. (1987). Physical and psychological characteristics of five male bulimics, *British Journal of Psychiatry*, 150, 25-29.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., & FISCH, R. (1974) *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- WATZLAWICK, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- WHITE, M. (1983). Anorexia nervosa: A transgenerational system perspective. *Family Process*, 22 (3), 255-273.
- WHITE, M. (1986) Anorexia nervosa. A cybernetic perspective. En J. Elka-harkaway (Ed.) *Eating disorders and family Therapy*. New York: Aspen.
- WOODSIDE, D.B., GARNER, D., ROCKERT, E., & GARFINKEL, P.E. (1990) Eating disorders in males: Insights from clinical and psychometric comparison with female patients. En A.E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- ZEIG, J.K. (1980). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANOREXIA Y SANTIDAD EN SANTA CATALINA DE SIENA

Mario Antonio Reda

Istituto di Psicologia General e Clinica,
Università degli Studi di Siena
Via Tufi, 1 - 53100 - Siena (ITALIA)

Some authors talk about «holy anorexy» referring to self-starvating females in the Middle Ages. This article gives an overview of the historical, social, religious and familiar context in which the anorectic syndrome of Caterina di Siena developed.

Key words: anorexia, starvation, Middle Ages, Caterina di Siena, historical context.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es una actitud que se puede diagnosticar en base a algunos elementos básicos:

- 1) inicio en la adolescencia,
- 2) falta de apetito acompañada por una evidente pérdida de peso,
- 3) actitud alterada y adversa respecto a la comida, a comer o al peso, que no tiene en cuenta el hambre, ni los reproches, ni los ánimos o las amenazas, por ejemplo: a) rechazo a reconocerse enfermo/a y de tener necesidad de comer; b) satisfacción evidente al perder peso mostrando claramente que el rechazo de la comida proporciona placer; c) deseo de tener un cuerpo extremadamente delgado, con la clara convicción de la gratificación que proporciona alcanzar y mantener este aspecto; d) anómala manipulación e ingesta de la comida.
- 4) al menos dos de las siguientes manifestaciones: a) amenorrea, b) lanugo (cabellos finos y suaves), c) bradicardia, d) períodos de hiperactividad, e) episodios de bulimia (hambre insaciable), f) vómitos (pueden ser autoprovocados) (Feighmer, 1972).

Pueden existir también una confusión en el reconocimiento de la temperatura externa (uso de vestidos gruesos en verano y ligeros en invierno) y una confusión en el reconocimiento y gestión de los estímulos sexuales (alternancia de períodos

de rechazo total con períodos de promiscuidad).

La frecuencia de esta patología se halla en continuo aumento en los últimos años. Pero a pesar de eso, para situar la anorexia nerviosa a lo largo de la historia, tenemos que retroceder a la Edad Media donde se puede hablar de una verdadera “epidemia” de la que fue definida como “Santa anorexia”. Analizaremos este periodo histórico tomando como ejemplo a la más representativa de las santas anoréxicas, Santa Catalina de Siena, para poder trazar posteriormente algunas analogías con la formas actuales de la anorexia.

EL CUERPO DE LA MUJER EN LA EDAD MEDIA

En la Edad Media el control, las renunciaciones y las torturas del propio cuerpo se concebían no tanto como un rechazo de lo físico, sino más bien como una vía de acceso a lo divino. Progresivamente las manifestaciones de renuncia al propio cuerpo se convirtieron en una peculiaridad de las mujeres, lo cual ha hecho que este periodo haya sido denominado como el de las “Santas Anoréxicas”.

Intentaremos comprender el por qué poniendo de relieve algunos puntos básicos:

1) Se consideraba al cuerpo de la mujer como la expresión de atributos sexuales, como las formas redondeadas y el seno prominente, que se creía que eran autoproducidas, mientras el cuerpo masculino estaba “forjado por Dios” desde el exterior. Esta idea se veía confirmada por la extrema predisposición del cuerpo de la mujer a manifestar cambios, tanto en el sentido de clausura o limitación, como la facilidad al trance, a la levitación, a los bloques catatónicos y a la evidente rápida predisposición al ascetismo y a la anorexia, como a la apertura o producción espontánea, como la lactancia de leche y la exudación de sangre, los estigmas (presentes al menos en 15 santas medievales, que sangraban en el momento de tomar la eucaristía, mientras que en los santos sólo se han dado en la historia en San Francisco y en el Padre Pío) y finalmente la conservación del cuerpo después de la muerte.

Deteniéndonos específicamente en la anorexia, como característica de santidad, ésta aparece en el 1200 y termina en el 1500 cuando Santa Teresa de Avila (santa española que participó con fuerza física y espiritual en la reforma católica, revigorizando las órdenes religiosas) comenzó a usar constantemente una rama de olivo para inducirse el vómito y vaciar totalmente el estómago para así poder acoger dignamente la hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento. En una investigación realizada por Rudolph Bell sobre 170 santas italianas del Medievo, la mitad presentaba anorexia.

2) También se censuraban las vivencias y las expresiones emocionales. Las santas medievales consideraban sus emociones como experiencias místicas derivadas del encuentro con Dios. Margarita de Faenza, Angela de Foligno, Margarita de Oingt se comparaban a un delgado arbusto con cinco ramas que representaban los

cinco sentidos que podían florecer sólo gracias a un arroyo (que representaba a Cristo) que despertaba toda su sensorialidad, incluida la sexual.

3) La experiencia mística era vivida y descrita de diferente manera según fueran mujeres u hombres. Los místicos como Bernardo de Clairvaux (autor del “Sermón sobre el cuerpo de Cristo”) describen la experiencia mística de forma personal y teórica usando como lengua el latín, a cuyo estudio sólo los eclesiásticos varones tenían acceso, las santas como Beatriz de Nazaret y Gertrudis de Deft, narran en el dialecto vernáculo “mi experiencia mística” rica de detalles autoreferidos y expresiones en un lenguaje que evidencia la experiencia y la implicación personal. De este modo, el sufrimiento personal adquiriría un significado distinto según fuera autoinfligido por hombres o mujeres. Un clamoroso ejemplo es el famoso milagro de Valburga del siglo IX relatado constantemente como leyenda popular en la Edad Media. Un hombre y una mujer que sufrían un trastorno de alimentación con anorexia y vómitos son llevados delante de la santa reliquia: al hombre se le aparecen tres monjas que lo curan de su reluctancia por la comida ofreciéndole pacientemente un cáliz y consiguiendo amorosamente que vuelva a alimentarse. En cambio, para la mujer el milagro consiste en perseverar en su anorexia curándose de la voracidad de las crisis bulímicas y resistiendo divinamente a la comida manteniéndose en abstinencia ¡por casi tres años!, después de los cuales le sobrevino la muerte y la ascensión al cielo.

4) La anorexia y otras manifestaciones corporales se convierten en la Edad Media en la única posibilidad para la mujer de afirmar su propio poder en el rol social, místico-religioso. La mujer estaba destinada a casarse con quien le era designado por la familia de origen o bien a entrar en convento de clausura. En este caso no podía estudiar y no adquiriría el poder eclesiástico de hablar en público y de predicar. Sólo una renuncia espectacular al propio cuerpo permite a la mujer favorecer, transmitir y vivir las sensaciones y deseos como manifestaciones de fe y expresión religiosa. La “Santa Anoréxica” encuentra de este modo su rol de poder místico a través de la posibilidad de convencer de su santidad ante los confesores espirituales a los cuales era confiada y a quienes no cedía, como no había cedido a la familia, cuando le pedían curarse volviendo a comer. La anorexia, junto con la flagelación y otros sufrimientos corporales, se convertía en un medio para elevar a la santidad a la mujer, cuyo cuerpo era símbolo de lujuria, debilidad e irracionalidad.

SANTA CATALINA DE SIENA

En este contexto de vida medieval se enmarca la historia de Santa Catalina. Describiremos algunas fases importantes entre las muchas significativas, y a continuación expondremos algunas observaciones útiles para comprender mejor las analogías con la problemática de las anoréxicas actuales.

Catalina nació en el 1347 en el seno de una familia numerosa (su madre, Lapa, tuvo 25 embarazos, de los cuales la mitad llevados a término) de Jacopo Benincasa,

tintorero.

La madre, mujer de carácter muy decidido y práctico, atea, de gran fuerza física (murió cerca de los 100 años) tuvo siempre con Catalina una relación muy competitiva e intrusiva. El vínculo intenso con Catalina se debía al hecho de que fue la única hija que amamantó, después de que su hermana gemela murió enseguida después del parto. Catalina acepta muy pronto un reto que durará toda su vida, con el deseo de ser comprendida y confirmada por la madre en sus decisiones: “He deseado tantísimo verme madre verdadera no sólo de mi cuerpo sino también de mi alma. Pienso que si vos amaséis mi alma más que mi cuerpo, cualquier ternura exagerada en vos desaparecería y no sufriríais tanto de ser privada de mi presencia corporal. Bien al contrario, hallaríais consuelo, puesto que, pensando que se trata del honor de Dios, estaríais dispuesta a soportar esta pena.”

A los siete años, después de la visión de Cristo, mientras volvía a casa después de haber visitado a la Hermana Bonaventura “esposa infeliz de un rico tintorero tosco y brutal” (Uboldi, 1995) decide “quitar a esta carne cualquier otra carne, en la medida de lo posible”. Ante la insistencia de la madre de que coma inicia a tirar a escondidas la carne debajo de la mesa. Como sostiene Bell (1987), esta conflictualidad con la madre indica cómo “Catalina, a pesar de ser una niña todavía, empieza a desarrollar la capacidad de alcanzar la propia fuerza interior sólo a partir de su personal relación con Dios” (p. 44).

A todo esto Catalina continuaba esperando, en vano, que la madre, Lapa, le demostrase confianza y una comprensión hacia esta “decisión” religiosa que, a pesar de ello, no era considerada ni en lo más mínimo.

A los 12 años se da la enésima intensa discusión entre Catalina y Lapa que la prepara para la presentación en sociedad. Con la ayuda de su Hermana Bonaventura, a la cual Catalina tiene mucho cariño, consigue que se lave la cara y maquille y que se tinte y rice sus cabellos rubios.

Catalina se debate entre ser una buena hija y hermana o rebelarse. Finge, como después contará, aceptar, conservando a escondidas en su interior sus votos y su proyecto de virginidad, a partir de los cuales organizó su adolescencia. A los 15 años se da un cambio significativo. La hermana Bonventura muere de parto; Lapa, que como siempre se ocupa de la gestión de la familia, discute abiertamente la posibilidad de que Catalina se case con el viudo de la hermana que, como rico tintorero, podía garantizar la economía de toda la familia Benincasa.

El conflicto llega a ser extremadamente intenso, agravado por los sentimientos de culpa por la muerte de la hermana Nanna, un año más pequeña, por lo cual vuelve a ser propuesta para convertirse en la “sustituta” de Bonaventura. Es en estas circunstancias donde se da lo que actualmente se definiría como “descompensación anoréxica”. “Reforzada por el pacto personal con Dios, Catalina entabla una batalla con la familia” (Bell, 1987, p. 50).

Perdió la mitad de peso y se opuso a las insistencias de Lapa con un ayuno que

confirma su dedicación a Dios y la renuncia a su propia “corporeidad”. Ni la intervención de Don Tommaso della Fonte, párroco confesor al cual los padres la enviaron (se puede observar la analogía con el envío al psiquiatra en la actualidad) consigue hacer desistir a Catalina.

Ante las órdenes en nombre de Dios de comer al menos una vez al día de Don Tommaso, Catalina comienza a vomitar ante cualquier intento: “Dios hace que no coma para corregir el vicio de la gula. Rezo para que me haga comer otra vez pero ésta es Su voluntad para conseguir mi expiación”.

Don Tommaso no sabe si definirla como santa o loca. La duda de que se trate de una posesión demoníaca se alimenta del hecho que junto con el impresionante adelgazamiento se da una hiperactividad y una gran fuerza física y mental que permite continuar a Catalina en su determinación: “Os he dado suficientes explicaciones de las razones que me guían, para que las podáis comprender, pero por respeto hacia vosotros, no he hablado todavía. Pero hoy romperé mi silencio y quiero abriros mi corazón y declararos sin miedo a ser desmentida que he tomado una decisión. No es algo que haya decidido ayer, es una decisión que he respetado hasta el momento presente sin cesiones ni arrepentimientos...”

En la actualidad sería más fácil volver blanda una piedra que quitarme de la cabeza esta decisión. Perderéis vuestro tiempo si pretendéis combatirla. Os aconsejo olvidaros de vuestros manejos por lo que respecta a mi matrimonio terrenal, porque sobre este punto no obtendréis de mí obediencia ninguna, ya que es a Dios a quien debo obediencia, no a los hombres. Si luego consentís que continúe viviendo en esta casa, haced de mí vuestra humilde sierva, y yo seré feliz de poder daros lo mejor de mí. Pero, si en cambio, me alejáis de vosotros debido a mi voto, no cambiaré por eso mi decisión. Mi Esposo es suficientemente rico y poderoso como para que no padezca ninguna privación, para darme todo lo que necesita mi persona”.

Después de dos años manteniendo este pulso con la familia, es su padre Jacopo quien se posiciona (por primera vez se define oponiéndose a su mujer siempre dominante en la familia). “Cumple libremente tu voto, y haz que el Espíritu Santo te ayude... Que nadie tormente más a nuestra querida hija. Que sirva en paz a su Esposo”.

Catalina se recluye en su pequeña celda y empieza a flagelarse, no se alimenta ni duerme entre la rabia y la desesperación de la madre que, aunque sin poder oponerse ya, continúa mostrando incomprensión. Incluso los amigos de la familia, influenciados por Lapa, la consideran loca o endemoniada teniendo serias dudas sobre su identidad.

Catalina continúa su batalla para ser reconocida dentro de su familia. En lugar de recluirse en el convento, consigue, a pesar de su joven edad, ingresar en la orden de las “Mantellate”. Es una orden militante por lo que puede dedicarse a asistir a enfermos en el Hospital de Santa María della Scala, y continuar viviendo en casa. Lo consigue con la estratagema de “la muerte aparente” haciendo que los priores

dominicanos le prometan poder ingresar sobre el lecho de muerte. Al día siguiente “se cura milagrosamente”.

A los 21 años Catalina pierde a su padre, Jacopo, que muere asistido constantemente por su hija. Incluso las emociones de dolor son vividas como externas a sí misma y como señal de Dios: “Jacopo Benincasa entrega su alma a Dios. En el mismo instante, al finalizar la plegaria de Catalina, un intenso dolor, como una herida, le atraviesa el costado, en el mismo lugar donde Cristo fue atravesado por la lanza del centurión romano. Catalina está tan convencida de que su padre está en gloria en los Cielos, que recibe a los visitantes a la vela fúnebre con una sonrisa en los labios, en contraste con los llantos y lamentos de los demás” (Uboldi, 1995). Después de la muerte de Jacopo, la familia Benincasa se disgrega y se ve obligada a marcharse de Siena. Catalina amplía su campo de batalla y se dedica a la Iglesia. Su objetivo es el retorno del Papa Gregorio XI de Aviñón a Roma. Sigue pues preocupándose “tanto de la salvación de los hombres que no tiene tiempo de pensar en sí misma o a tomar ningún alimento terrenal”.

Toma todos los días la eucaristía manteniéndose en ayunas: “Para no provocar ningún escándalo tomaba a veces un poco de ensalada o de legumbres crudas y fruta y los masticaba, para después escupirlos enseguida. Y si por casualidad llegaba a tragar ni que fuera un minúsculo trozo, el estómago no la dejaba tranquila hasta que lo había devuelto: y aquellos vómitos le daban tanta pena que hacían que se le inflara la cara: En esos casos se retiraba con una amiga suya y se hurgaba la garganta con una ramita de hinojo o con una pluma de oca, hasta que no se desembarazara de cuanto había tragado. Y a esto llamaba “hacer justicia”. “Vamos a hacer justicia con esta miserable pecadora -solía decir”.

Defendió al nuevo papa Urbano V contra el cisma aviñonense de Clemente VII siempre con una militancia enérgica y decidida contra quien se opusiera. Más penitencia y más ayunos son su fuerza y sus maneras de hacer valer sus razones. Pero continúan existiendo resistencias a entender y compartir su lucha. El regreso y las actitudes del Papa y de los otros eclesiásticos constituyen para ella alternativamente un motivo de esperanza y fuente de profunda desilusión. Aumentan en Catalina las dudas y con ellas el ayuno que se hace cada vez más intenso. Decide dejar de comer implorando que se le conceda poder “cargar sobre sus espaldas los errores y los males de la Iglesia y de aquellos que la gobiernan” y a la vez se declara culpable por no haber sabido responder siempre como debía a lo que Cristo esperaba de ella.

La idea de haber sido decepcionada por los demás y haber ella misma decepcionado a Dios aumenta sus conflictos y acentúa su anorexia. Durante tres meses se recluye en su celda alimentándose sólo de un poco de agua con la duda de que su vida pueda haber estado rodeada por una serie de errores. Duda con la que muere (el 29 de abril de 1380 a los 33 años) en la incertidumbre sobre el sentido de su sacrificio. Tanto es así que, en presencia de su madre, Lapa, venida desde Siena a Roma para reconocerla y bendecirla, Catalina se dirige a Dios diciendo: “Tú me

llamas, oh Señor, para que acuda a tu presencia. Y yo vengo, no por mérito mío, sino sólo por tu misericordia.

CONCLUSIONES

La “Santa Anorexia” ha sido interpretada como una reacción a la estructura social y patriarcal del catolicismo medieval. Por lo que respecta a Santa Catalina, la decisión se da en la adolescencia, es decir, en un período de oposición a una familia que parece repetir los estereotipos actuales. Una figura materna fuerte, competitiva que quiere guiarla hacia un rol social muy apreciado. Un padre periférico que deja que la madre mande y por eso resulta decepcionante para la hija. La santa anorexia se convierte en la única manera para conseguir la autonomía y escapar de un destino dictado por la familia y la sociedad.

Pero para alcanzar este objetivo es necesario invertir todas las fuerzas y no pensar en nada más (ni tan siquiera en uno mismo) durante la propia vida.

Sin embargo, permanece el deseo de ser reconocida en esta rebelión. Así fue también para Catalina: siempre esperando, esperando ser confirmada y reconocida pero sin llegar a serlo nunca del todo: siempre en lucha para hacerse comprender oscilando entre ilusiones y desilusiones. De sus dudas constantes saca la fuerza y perseverancia necesarias para continuar su imperativa misión religiosa. Evita posibles críticas al no confrontarse con los demás, tan sólo con Dios. Solamente Dios no la decepcionará y sólo con Él deja fluir las emociones más intensas. Pero después, es Él quien le pone no pocas “pruebas”, la garantía de que nunca la desengañará ni abandonará. Es en este proceso donde se inserta la necesidad constante de control total sobre su cuerpo. Ceder a la comida es como ceder al pecado, decepcionar a Dios, perder todo su poder, ganado con esfuerzo, anular el sentido de la identidad adquirido mediante la oposición a las reglas familiares. Poco importa entonces si uno no se siente comprendido (tanto en la Edad Media como en nuestros días). La incompreensión se convierte en el impulso para proseguir. El desafío continuo, una manera de confirmar su propio sentido de identidad. De este modo, Catalina conquista la más apreciada santidad, el título de Doctora de la Iglesia, de Patrona de Italia y de Europa.

Pero el período de las santas anoréxicas tiene una duración breve. A partir del siglo XVI, la Iglesia no tolera el ascetismo y las anoréxicas son etiquetadas de brujas y enviadas a la hoguera.

En 1686, Richard Morton describe un primer caso de anorexia en la *Phthisiologia: or a Treatise of Consumptions*. La revolución de los roles y la búsqueda de una identidad social provoca actitudes anoréxicas en las mujeres, especialmente en las de rango social más relevante. Boglieri, experto en fisiología médica y catedrático de teoría médica en la Università “La Sapienza” de Roma, a inicios del siglo XVIII habla de la inapetencia en relación con la comida que se presenta en mujeres jóvenes enamoradizas y contrariadas por sus familias. El

tratamiento que propone consiste en promocionar la cura espontánea del paciente con la ayuda de un “médico que tenga facilidad de palabra y sea maestro en el arte de la persuasión” (¡piénsese que en la actualidad se tiende a volver a una concepción organicista y a las terapias bioquímicas!).

En 1864 Gull acuña el término de “anorexia nervosa”. En la actualidad, la anorexia se presenta en las enseñanzas medias superiores con una incidencia de 1/200 de casos; en las escuelas de baile, las estadísticas hablan de dos casos de anorexia por cada 10 participantes. Las estadísticas se refieren también al pronóstico. A los 10 años de inicio, el 7 % de las anoréxicas muere, aproximadamente el 23 % se cura, y el 70 % restante se cronifica en los trastornos alimentarios (síndrome de la gordura-delgadez). Ni siquiera los confesores parece que puedan hacer mucho por sus “hijas espirituales”; los psiquiatras bioquímicos intentan en vano encontrar remedios farmacológicos a algo que aún para ellos resulta misterioso.

Historias como la de Santa Catalina pueden ayudar a entender a quien todavía está buscando su propia identidad y que a diferencia de las santas anoréxicas, aún evita de enfrentarse con la realidad por miedo a equivocarse.

Algunos autores hablan de «santa anorexia» refiriéndose a los ayunos de las mujeres ascéticas del Medioevo. Este artículo pasa revista al contexto histórico, social, religioso y familiar en el que se desarrolló el cuadro anoréxico de Catalina de Siena
Palabras clave: anorexia, ayuno, Edad Media, Catalina de Siena, contexto socio-histórico

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Referencias bibliográficas:

- BELL, R. (1987). *La santa anoressia*. Bari: Laterza.
UBOLDI, R. (1995). *Catalina di Siena*. Siena: Ed. Camunia.
WALKER BYNUM, C. (1989). The female body and religious practise in the later middle ages. In M. Feher (Ed.), *Fragments for a history of the human body. Part I*. Massachusetts: MIT Press.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**