

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Epoca II, Volumen XV - 2º/3er. trimestre 2004

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € **58/59** Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, 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, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, JAUME SEBASTIAN, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XV - Nº 58/59 - 2º/3er. trimestre 2004

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.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 18 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
UNA APROXIMACIÓN CONSTRUCTIVISTA A LA ANOREXIA NERVIOSA: ¿TIENEN SENTIDO LOS SÍNTOMAS?	5
Elena Gismero González y Manuel Antonio Godoy Delard	
VIAJE AL PAÍS DE NUNCA JAMÁS: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y CONFLICTOS EN TORNO A LA IDENTIDAD SEXUAL	33
Dra. María José Pubill	
ANOREXIA Y BULIMIA UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-EVOLUCIONISTA	55
Cecilia La Rosa	
ANOREXIA Y BULIMIA: NUEVAS TENDENCIAS DESDE LA ÓPTICA SISTÉMICA	75
Luigi Onnis, Angela Maria Mulè, Agostino Vietri	
PSICOPATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (IV). ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA O EL DESCONTROL DE LA CORPORALIDAD	93
Manuel Villegas i Besora	
BULIMIA: ¿CÓMO LLENAR UN VACIO EXISTENCIAL? UNA APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	145
Pilar Mallor Plou	
TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA ÓPTICA COGNITIVO-EVOLUTIVA	165
José Luis Pascual Pérez	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

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 2004
Países comunitarios 40 EUR
Países extracomunitarios .. 70 \$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

No es el primer número que nuestra Revista dedica a los trastornos alimentarios. El primero (30/31) fue un monográfico sobre la anorexia restrictiva, el presente considera con una visión menos “restrictiva” tales trastornos en su conjunto, de ahí su título general. Todos los artículos, sin embargo, parten de unos presupuestos semejantes, el hecho que tales trastornos tienen un significado tanto en la existencia de las personas que los padecen como en el ámbito de sus relaciones.

El primero de los artículos, escrito por Elena Gismero González y Manuel Antonio Godoy Delar, se plantea directamente la cuestión de su significado como síntoma desde una perspectiva constructivista. Para ello los autores recurren al análisis de rejillas de pacientes anoréxicas con el fin de desentrañar el nudo semántico constitutivo de su universo particular.

María José Pubill plantea una aproximación a la comprensión del mundo de los trastornos de alimentación desde una perspectiva de género, enmarcada en el contexto histórico y cultural desde el que la voluntad de sujetar el cuerpo a los cánones de desiderabilidad y aceptabilidad social ejerce su presión sobre los procesos de construcción de la identidad y significación de la existencia.

Desde una perspectiva cognitivo evolucionista, Cecilia La Rosa se plantea de modo central las implicaciones relacionales en el tratamiento psicoterapéutico con pacientes aquejadas de trastornos alimentarios, llevando a cabo una evaluación de los sistemas motivacionales activados más frecuentemente en este tipo de contextos. Ante la prevalencia de la activación de la modalidad agonística, particularmente en aquellos casos en que se parte de estructuras de personalidad desorganizada, la autora propone un modelo de intervención que tenga en cuenta estas dinámicas.

El grupo romano de autores de orientación sistémica, encabezados por Luigi Onnis, señalan los cambios que se han producido en el ámbito de los trastornos alimentarios, por ejemplo, la prevalencia actual de las formas bulímicas por encima de las anoréxicas, así como los relativos a la profunda renovación epistemológica que está atravesando la orientación sistémica en los últimos veinte años, que contemplan la familia de las pacientes anoréxicas como un sistema complejo en el que se entrecruzan múltiples niveles: el de los modelos de interacción, el de las historias de dimensión trigeneracional y el de los mitos familiares, como los “mitos de unión” y los “fantasmas de ruptura”. Desde esta perspectiva, el síntoma se enriquece de significados, y la intervención se vuelve más articulada, utilizando a menudo el lenguaje analógico y el metafórico, por medio de las “Esculturas del Tiempo Familiar”.

Siguiendo con la perspectiva existencial que considera los trastornos

psicológicos como “patologías de la libertad” Manuel Villegas dedica su trabajo a la consideración del significado de los comportamientos purgativos en el ámbito de los trastornos de alimentación. En el marco de la comprensión de los trastornos psicológicos como dificultades para la autonomía, los trastornos alimentarios purgativos se caracterizan por su adscripción a la estructura sacionómica complaciente, lo que queda patente a través del análisis del discurso de numerosas pacientes

En su artículo Pilar Mallor considera los trastornos alimentarios desde una perspectiva evolutiva y existencial como manifestación de una dificultad para otorgar significado a la propia existencia, patente ya en el propio enunciado con que la autora titula su trabajo. Diversos textos de pacientes anoréxicas y bulímicas sirven de hilo conductor al desarrollo del entramado argumental, que posee la viveza de los testimonios orales y de las cartas escritas en estilo directo en el contexto del proceso terapéutico.

El trabajo de José Luís Pascual trata de integrar las contribuciones que diferentes aportaciones de la terapia cognitiva, orientadas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Sus planteamientos se enmarcan en el contexto de la epistemología cognitivo-evolutiva de Vittorio Guidano, con las aportaciones del modelo cognitivo etiológico de la anorexia nerviosa de Vitousek y Ewald, de las contribuciones sobre la relación terapéutica de Safran y Segal y sobre las funciones metacognitivas de Semerari, con la intención de ofrecer algunas estrategias y herramientas para hacer frente a esta epidemia que son los trastornos alimentarios

UNA APROXIMACIÓN CONSTRUCTIVISTA A LA ANOREXIA NERVIOSA: ¿TIENEN SENTIDO LOS SÍNTOMAS?

Elena Gismero González y Manuel Antonio Godoy Delard
Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

Starting from a reflection about the personal and social meaning of anorexia, from a constructivist point of view, this study is aimed to inquire into the sense of anorexia nervosa; the deep meanings of self starvation. It is proposed that the understanding of the anorexics' personal constructs systems, not only can show a particular experience of reality, but also enlighten how this specific construction brings forth a particular identity that gives a meaning to this symptom.

In order to build an Anorexia Nervosa constructs map, the Kelly's Repertory Grid Technique was used. These repgrids were statistically treated with particular software (Record 4.0) and analyzed from a qualitative methodology (Grounded Theory). The results show that there are relevant categories of their constructs, with inconsistencies between the way they relate with their social environment, their perception of the world that surrounds them, and their self-perception. An explanatory model is suggested.

Key words: anorexia nervosa, personal construct theory, repertory grid technique, grounded theory.

INTRODUCCIÓN

La comprensión de la Anorexia Nerviosa ha motivado variados desafíos clínicos en los últimos tiempos. Cada intento de explicación a este fenómeno genera nuevos interrogantes, nuevas piezas de un rompecabezas que se va desvelando lentamente ante nuestros ojos. Y no ha sido distinto en esta investigación.

En la búsqueda de alternativas que viabilicen una comprensión clínica efectiva de este fenómeno surge la necesidad de intentar abordar la Anorexia desde la propia mirada de quienes padecen sus síntomas. La epistemología constructivista permite sostener una postura coherente para construir junto a ellas un mapa que pueda revelar aquellos nodos de significados y sus interacciones en esta dinámica particular que ayuden a comprender cómo explican la realidad. Observando sus

propios constructos personales se puede iniciar una construcción explicativa con el objetivo de entender cómo las jóvenes anoréxicas estructuran su mundo, y a ellas mismas en él.

El análisis de los mapas de constructos personales de mujeres con anorexia puede mostrar una particular identidad y el lugar que ocupa este trastorno entre sus significados. No cualquier adolescente deja de comer para mantener una delgadez que sobrepasa los parámetros de normalidad, a riesgo de su propia muerte. No a cualquiera le es coherente sostener esta posición contra el mundo, resistiendo todo intento de los otros de salvarla. Probablemente existan significados profundamente arraigados que organizan esta posición vital, y que dan sentido a lo que viven en ese momento.

En el presente estudio pretendemos esbozar la exploración de la anorexia desde la perspectiva de las jóvenes aquejadas de este problema, de lo que ven de sí mismas, aquellos textos internos que les plantean que llevar consigo la Anorexia sería el único camino posible en la tarea de adaptarse, aún sabiendo las consecuencias dolorosas y fatales que conlleva.

EL MUNDO CONSTRUIDO. LOS CONSTRUCTOS PERSONALES (KELLY)

El constructivismo plantea la imposibilidad de acceder a la realidad en forma independiente del observador, ya que la realidad sólo nos es aprehensible a través de nuestros procesos de construcción. Esta construcción, además, se da en un contexto socio-afectivo determinado, del que nos es imposible ser ajenos. Así, la visión que una persona tiene del mundo no puede ser objetiva, ni tampoco hay una sola manera de entender los acontecimientos, sino que cada cual los construye de acuerdo con sus esquemas perceptivos y de significado, vinculados a su entorno familiar y social (Feixas y Villegas, 2000; Saúl, 2000).

El impulso a otorgar significado y propósito a los elementos de la experiencia es característico de la iniciativa humana. El proceso de construcción del conocimiento se basa en la premisa de la “formación de significado”, la generación de explicaciones de los fenómenos. Interpretamos y explicamos la experiencia buscando propósito y significado a los acontecimientos que nos rodean (Feixas y Villegas, 2000).

Kelly considera al hombre como observador de la realidad desde sí mismo, con la capacidad de atribuir significados a ésta, para así poder predecir y anticipar los sucesos futuros (Kelly, 2001). Sus escritos enfatizan que cada ser humano da sentido a su experiencia de una manera única, irrepetible.

En «The Psychology of Personal Constructs» (1955) Kelly formula su postulado fundamental, según el cual *los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos*. Kelly concibe al ser humano como un “científico” que elabora hipótesis para interpretar

y dar sentido al flujo de acontecimientos que le rodean. Esas hipótesis están formadas por constructos personales: dimensiones de significado, de naturaleza bipolar (p.e. sano/enfermo, cálido/frío), que permiten asimilar dos fenómenos y a la vez diferenciarlos de un tercero (que ocuparía el polo opuesto del constructo). Tales dimensiones ayudan a dar significado a la experiencia, pues se utilizan tanto para interpretar acciones pasadas como para predecir las posibilidades de acción. Así, desde el conjunto de sus constructos personales, relativos a sí misma y al mundo que la rodea, la persona puede integrar cada acontecimiento dándole un sentido.

Kelly, pues, considera el constructo personal como el proceso básico que da significación a la experiencia humana, estructurando la entrada de los estímulos externos al individuo de acuerdo con los esquemas que históricamente se ha ido configurando. La conducta es fundamentalmente un experimento dirigido a la validación o invalidación de los constructos y éstos a la anticipación de los acontecimientos.

ANOREXIA, CULTURA Y SOCIEDAD

La motivación que aparenta movilizar en las jóvenes los comportamientos anoréxicos parecería un miedo muy intenso a “verse” obesas, aún cuando su peso pueda estar muy bajo y las evidencias muestren claramente una delgadez mórbida (DSM-III, DSM_IV). La percepción de su propio cuerpo pareciera quedar atrapada de una distorsión tal que incluso puede conducirles a la muerte. Aún cuando el síndrome de inanición ha hecho presa de su organismo, insisten en no ganar ni un gramo más. Se constituyen a sí mismas desde su imagen corporal, fenómeno que aparece en la adolescencia, en plena etapa de construcción de la propia identidad. Pero, más allá de los criterios diagnósticos, no es posible comprender este trastorno sin intentar abordarlo desde todos los ángulos posibles. Así, cada arista en este trastorno ha sido estudiada cada vez con más detalle, surgiendo con fuerza la reflexión de cómo nosotros como sociedad hemos construido nuestra propia imagen, la identidad social y familiar.

Situar en contexto la Anorexia Nerviosa resulta de especial complejidad, ya que no es posible determinar la relevancia específica de cada factor etiológico participante. El enfoque que más consenso ha tenido en el espectro de la causalidad es el modelo “biopsicosocial”, por su amplitud factorial, pues considera tanto los aspectos culturales, biológicos, así como los familiares e individuales (Leung et al., 1996, en Polivy, 2002). Sean estos factores de predisposición, mantenimiento o precipitantes, sólo su conjunción particular permite no perder de vista “dónde” está la Anorexia (Polivy, 2002). Intentando dar un sitio a la Anorexia, puede ser de especial interés abordar el contexto sociohistórico en que aparece.

Estudios como el de Toro (1996) nos aproximan a entender quiénes somos en occidente, y de qué manera “el comer” se ha constituido en una fuente de simbolismos tal que puede abarcar también los caminos de las anoréxicas. El

fortalecimiento de los agentes económicos, la búsqueda del éxito social, y la exacerbación de los modelos corporales delgados abren las puertas a que la fuente de simbolismos que hay en el comer se posiciona de otra manera. Los ayunos que antaño eran vividos como procesos espirituales, ahora saben a penitencia meramente corporal. Podría decirse que el cuerpo se ha transformado en una especie de objeto de adoración. En este sentido es posible encontrar importantes conexiones explicativas en la historia.

La anorexia no puede entenderse desligada del contexto social en el que surge. Algunos autores han establecido estrechos paralelismos entre la llamada “anorexia santa” y la anorexia nerviosa (Bell, 1985). Bell, p.e. analiza el fenómeno que “brota” en la Italia medieval, cuando cada vez más mujeres se entregan a todo tipo de prácticas piadosas y ascéticas, entre las que se encuentra el ayuno. En otros momentos hemos abordado el tema con mayor profundidad (Gismero, 2003, 2004), pero baste aquí resaltar algunas consideraciones a partir de la reflexión comparando ambos fenómenos.

En primer lugar, mirando esa etapa encontramos la *expansión*, en un momento sociohistórico, de un tipo de conducta con aspectos similares al fenómeno de la anorexia nerviosa. Las santas anoréxicas persiguen, a través de sus prácticas ascéticas, un ideal de santidad “aceptado” en su época. Era su manera de dominar sus deseos, pasiones y sentimientos, a través del sacrificio y la fuerza de voluntad. Un gran número de mujeres siguen los pasos de Catalina de Siena o Clara de Asís, exponentes del ideal de santidad de su época. Sin embargo, *la historia nos muestra cómo el contexto define estas conductas*. La llegada de la Contrarreforma aumenta ferozmente en la jerarquía católica el recelo y la sospecha sobre aquellas mujeres que llevaban a cabo tales prácticas. Si ya antes algunas habían sido acusadas de herejía, e incluso condenadas a la hoguera, poco a poco las vidas de las santas anoréxicas son interpretadas como vidas sacudidas por la enfermedad. “*La enfermedad se convierte en la alternativa a la herejía, la brujería o la locura como explicación de los clérigos al comportamiento de la anorexia santa*” (Gismero, 2003, p. 91).

Bell interpreta la Anorexia Santa como una lucha de la voluntad y una búsqueda de autonomía femenina en un entorno, social y religioso, claramente patriarcal. En un contexto sumamente restrictivo, las santas anoréxicas encuentran una vía personal de independencia para expresar autónomamente su propia religiosidad. Sin embargo, cuando cambia su significado social, es decir, al retirarles la interpretación de santidad a estas conductas, también disminuye dramáticamente la incidencia de este tipo de Anorexia en las religiosas. Poco a poco va emergiendo otro patrón de santidad, y a la vez va apareciendo “otro tipo de santas”, más volcadas a la realización de buenas obras y al cuidado de otros (enfermos, huérfanos, etc.). (Gismero, 2003).

Aún cuando la búsqueda de delgadez últimamente ha sido cuestionada como

elemento definitorio de la anorexia, se erige en la literatura psiquiátrica y psicológica como uno de los factores eje de este trastorno. Esto nos hace reafirmar, sin embargo, que no es posible entender la Anorexia Nerviosa sin tomar en cuenta el contexto social en el que está inserta. La cultura occidental, y ciertas culturas en vías de occidentalización, representan aquellos contextos donde “son posibles” los trastornos alimentarios. Son muchos los autores que consideran la influencia de la cultura en los trastornos de conducta alimentaria. Yap introdujo el concepto de *síndromes asociados a la cultura* (culture-bound syndromes), como síndromes vinculados a énfasis culturales importantes, o a situaciones de estrés específicas, que llegan a ser importantes en diversas sociedades en distintos momentos históricos. Y destaca la anorexia como el síndrome más prominente relacionado con la cultura occidental. Junto con el desarrollo de los medios de comunicación, la anorexia deja de ser un fenómeno que afecta a familias burguesas, extendiéndose socialmente a todas las esferas socioeconómicas. El aumento de casos de anorexia nerviosa en los países occidentalizados, y entre ciertas poblaciones asiáticas, relaciona este síndrome con énfasis socioculturales y con desarrollos de las sociedades occidentales (Di Nicola, 1985, 1990; Selvini-Palazzoli, 1985; Gordon, 1994; Weiss, 1995; Gismero, 2003).

Otros autores (p.e. Gordon, 1994; Toro, 1996) sostienen que la anorexia nerviosa cumple con los criterios de Devereux para considerarla un “*trastorno étnico*”: “un patrón que, debido a su propia dinámica, ha llegado a expresar las contradicciones cruciales y las ansiedades esenciales de una sociedad” (Gordon, p. 29). La anorexia nerviosa no es una desviación irracional, sino que presenta una continuidad subyacente a los elementos normales de la cultura, expresando de una forma extrema los conflictos esenciales y las tensiones que, sobre todo vinculadas a las mujeres, están generalizadas en nuestro contexto cultural (Gordon, 1994; Toro, 1996; Gracia, 2002; en Gismero, 2003, 2004). Este trastorno, como la histeria en su tiempo, expresa sintomáticamente las contradicciones de la identidad de la mujer hoy, reflejando conflictos y tensiones generalizados en nuestra cultura.

La presión cultural a la delgadez, el culto al cuerpo, la demonización de la gordura y la grasa, la exacerbación la importancia de la apariencia física femenina, etc. crean hoy el marco apto para que, “en el nombre de la voluntad” se genere un espacio a los trastornos de la conducta alimentaria, espoleado por la explosión de industrias dirigidas a lo estético y dietético. ***Pero la evidencia sugiere que el rechazo a comer no parece tener una única razón cultural ni históricamente invariable.*** Afirmamos, plenamente de acuerdo con Villegas, que “*más allá de las situaciones concretas de cada caso y cada 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*” (Villegas, 1997, p.80). Nos hemos sumado a los cuestionamientos de considerar criterios diagnósticos esenciales fenómenos tan

triviales como la preocupación por el peso (Villegas, 1997, Gismero, 2003, 2004). Vincular la anorexia al deseo de delgadez como condición necesaria para su diagnóstico conlleva el riesgo de quedarnos en el “modo de expresión elegido”, en la motivación aparente, perdiendo la posibilidad de analizar y abordar las causas más profundas que disparan y mantienen tal conducta (Gismero, 2003,2004). La pregunta de por qué una mujer escoge esa forma de expresión sigue en pie. Es necesario seguir buscando cuál es el significado profundo que tiene para una anoréxica su forma de actuar, cómo se entiende a sí misma y al entorno que le rodea. Necesitamos comprender los *significados subyacentes a la inanición auto-impuesta*, y eso sólo lo podemos buscar en la subjetividad de las propias anoréxicas.

CONSTRUCTIVISMO E IDENTIDAD

Se ha construido una distinción en el dominio de la salud mental llamada “anorexia nerviosa”, que no sólo crea un concepto psicopatológico, sino una identidad particular en el sinnúmero de identidades posibles. Forma parte de nuestro lenguaje profesional y cotidiano, atribuyéndosele significados particulares, que conforman el imaginario social al que pertenecemos como cultura. Tal como en siglos pasados el ayuno extremo se vinculó a santidad o a herejía, hoy se asocia a un trastorno psicopatológico de difícil tratamiento. Es la llamada “historicidad del significado” (Ugazio, 2001). Lo que busca esta investigación son aquellas explicaciones que las anoréxicas tienen sobre sí mismas, acerca del “cómo soy” siendo una “anoréxica”, mostrándome al mundo como tal, y quién sería yo si me acercara a lo que deseo ser.

Para Francisco Varela (2000) el “sí mismo” puede analizarse como algo que surge de la capacidad lingüística del ser humano y su capacidad para autodescribirse y narrar. *“Nuestro sentido de un “yo” personal puede ser entendido como una permanente narración interpretativa de algunos aspectos de las actividades paralelas en nuestra vida cotidiana, por ende de los constantes cambios en la manera de atender propias de nuestro ser central”* (Varela, 2000, p. 106). Este “Yo mismo” pertenece a la vez al ámbito público y privado, pues se constituye en el lenguaje, en la *vida social*. Lo peculiar de este “self personal” (lo que define lo mental y psicológico), continúa Varela, es que a través del lenguaje hay una relativa autonomización del sí mismo, en referencia a su interacción con el ambiente. Esta Narrativa se convierte en “un mundo” para un sujeto, en una autonomización del registro imaginario.

Maturana considera la persona no sólo un ser individual, sino también un ser social, pues vivimos nuestro ser cotidiano en continua imbricación con el ser de otros. El sistema social se constituye en una red de interacciones particulares recurrentes (conversaciones) entre sus componentes individuales, que configuran a su vez una serie de acciones coordinadas (formas de ser social) que definen una *identidad* particular a este sistema (Maturana, 1995). El cambio social tiene lugar

cuando el comportamiento de los componentes individuales del sistema se transforma, generando una nueva configuración de acciones y por tanto una nueva identidad como sistema social (Maturana, 1998). Sin embargo, todo sistema social es de carácter conservador, donde la innovación social es, al menos inicialmente, resistida. Los seres humanos existimos en co-determinación: al mismo tiempo que como participantes *con-formamos* el sistema social, es éste el que permite que cada uno como ser individual emerja con determinadas propiedades constitutivas. Para Maturana las propiedades del ser no son intrínsecas al individuo: lo que nosotros definimos como nuestras características emergen de las configuraciones de acción de una sociedad en particular (Maturana, 1995). Desde esta perspectiva, si pertenecemos a sociedades que validan con la conducta cotidiana la honestidad, la seriedad en la acción y la cooperación, éste será nuestro modo de ser humanos; si pertenecemos a sociedades que validan en la conducta la competencia, el éxito social, y la imagen corporal, éste será nuestro modo particular de ser humanos.

En este sentido, Kenny subraya la importancia para los seres vivos de mantener su organización y su forma de encajar (*fit*) en su medio socioambiental, o dicho de otro modo, su acoplamiento estructural con otros. Maturana define el acoplamiento estructural en el dominio social como la historia de interacciones que ocurre en el campo consensual, en el espacio donde nos coordinamos y coincidimos en el lenguaje. En términos de Kelly, los constructos nucleares del sistema son los encargados del proceso de automantenimiento (conservan la organización), mientras que el sistema subordinado de constructos provee los canales instrumentales desde donde nos relacionamos en el medio social como personas, en acoplamiento estructural.

Kenny sostiene que los constructos personales no son algo que uno “tenga”. Uno *es* sus constructos. El constructor, lo construido, los constructos son un todo indivisible (Kenny, 1987). La identidad se refiere a esta totalidad sistémica. Al igual que Kelly, Maturana plantea que nuestro bienestar y nuestro sufrimiento dependen del conversar: se originan y terminan en él. «*Nos convertimos en nuestras conversaciones y generamos las conversaciones en que nos convertimos*» (Maturana, 1995). El ser humano busca predecir o anticipar, pero no sólo hechos, sino clases de interacciones. Somos seres inferenciales, donde los dominios de interacción se transforman en dominios cognitivos.

IDENTIDAD Y SÍNTOMA

Como describe Kelly, el síntoma emerge de ciclos incompletos de la experiencia, donde la persona es incapaz de completar el flujo cíclico de ésta. Puede tener ambigüedades tales en su capacidad anticipatoria ante una experiencia, que no puede especificar una acción adecuada ante ésta (Kenny, 1987). Desde otra perspectiva, la persona no es capaz de encontrar en su sistema de significados la manera adecuada de resolver una experiencia, apareciendo el síntoma como una

forma alternativa de enfrentamiento, como parte de un ciclo incompleto, o de falta de significados más adaptativos.

La persona cambia para conservar su estabilidad y así ser *viable* en su contexto. El síntoma puede verse como un intento de la persona de encajar (*fit*) en el mundo, relacionándose con el contexto en que opera, en presencia de un cambio estructural ante una perturbación, cambio que sin embargo está enmarcado en las posibilidades que plantea su red de significados (Kenny, 1987). Mientras la persona pone más en acción su síntoma, más es confirmada la recursividad de su actuar en la interacción, en sus constructos nucleares. Entonces se engarza en un dominio de significados específicos o conversaciones que le permite mantener esta identidad constituida, y a la vez lo limita en otras acciones posibles, que muchas veces conllevan sufrimiento.

Kenny (1987) plantea que el síntoma puede reencuadrarse como una manera en que la persona cambia para mantener invariante su organización, para evitar el caos de la incertidumbre, aferrándose a un mundo sintomático donde puede conservar el orden interno. Al elegir el síntoma para mantener su identidad intacta, estaría validando lo esencial de su estructura nuclear, pero al mismo tiempo “sacrificaría” la adaptación a otros dominios de existencia. Es decir, pondría en juego el acoplamiento estructural con su medio en pro de mantener su organización psíquica (Biedermann, 1993). Cuando este acople desaparece, no es posible el consenso y la coordinación con otros, lo que amenaza su viabilidad como sistema vivo. Las anoréxicas no pueden consensuar con los demás lo que es “ser delgada”. Su medio las ve horriblemente delgadas; ellas se siguen viendo gordas. Cabe preguntar ¿qué aspectos de su identidad necesitan reafirmar para mantener su organización, que valgan este sacrificio del acople estructural?

Fransella sugiere que los síntomas pueden constituirse en una parte de la identidad. La alternativa a presentar tales síntomas podría implicar una relativa ausencia de predicciones sobre uno mismo. Winter ha encontrado que las construcciones que los individuos hacen de sus síntomas pueden mantener una lógica muy consistente con el resto de su identidad, ya que representan creencias firmemente mantenidas. Igualmente Button, al discutir la resistencia al cambio de las anoréxicas, considera que estas pacientes podrían tender a preservar su estado de delgadez por no tener más dimensiones disponibles para anticiparse a sí mismas, y a ellas mismas en relación a los demás (Feixas y Saúl, 2000).

Valeria Ugazio ofrece una explicación relacional de la anorexia. Partiendo de diversas aportaciones constructivistas, elabora el concepto de *polaridades semánticas familiares*. Para ella, la identidad es una posición relativa en la conversación, posición que com-ponemos con los otros significativos. Pero este espacio de acción está definido por las conversaciones posibles, o dicho de otra manera, los significados permitidos en la relación, en especial en el seno familiar. Cada persona ocupa una atribución de estas polaridades, siendo parte por ejemplo de la polaridad malo/bueno, impulsivo/reflexivo, etc. La dimensión relacional respecto a los constructos

personales cobra mayor fuerza desde esta perspectiva (Ugazio, 2001). En el caso de la Anorexia Nerviosa, Ugazio describe estas polaridades posibles relacionadas con la semántica *vencedor/perdedor*. Esta dimensión semántica primaria va acompañada de una subordinada: voluntad, control/pasividad, docilidad. Pero la polaridad semántica primaria encontrada en familias con un miembro anoréxico no pertenece al nivel lógico de las características del *sí mismo*, sino que es puramente relacional, se comunica en la acción (Ugazio, 2001). En su opinión, la relación contextualiza al sí mismo y no viceversa. Es decir, se refiere a una confrontación, una pugna para definir en la acción la posición en el aquí y el ahora que uno ocupa en ese contexto. No sólo se trata de vencer mostrando ser el mejor en un área particular, sino también siendo el más sacrificado al sostener los preceptos de la familia, el que es capaz de automutilarse en pro de los otros. Aquí, el vencedor es aquel que es confirmado en su self.

Desde esta perspectiva, *ser perdedor* en este contexto puede para las anoréxicas cuestionar su identidad, algo que no es aceptado, pues dejar que el fracaso absorba casi completamente su identidad equivaldría a admitir “Yo soy mi propia derrota” (Ugazio, 2001). Stierlin y Selvini Palazzoli describen que el tema del *poder* es central, en el sentido que el adelgazamiento mórbido de uno de los miembros de una familia permite obtener cierto liderazgo e influencia. Sin embargo, el entendimiento interaccional por sí sólo no explica la relación entre las significaciones y el síntoma implicado.

Ugazio describe así el circuito significado-relación: “*Conformarse con las expectativas de los demás significa para el sujeto ser pasivo, perdedor, y sobre todo sentirse extraño y derrotado. Oponerse significa ser activo, pero equivale a ser rechazado, implica perder la confirmación del otro y con esta el sentimiento de la propia individualidad*” (Ugazio, 2001). Aunque es posible encontrar formas de adaptación en la niñez a tal dilema, “venciendo” a los pares, llega un punto en la adolescencia en que se encuentra compitiendo con los adultos, y mostrándose directamente opositora a su familia. Dado que esa pugna es muy intensa, en el punto de máxima tensión aparece la sintomatología, que desde un prisma kellyano responde a la ausencia de significaciones alternativas que le permitan anticipar la experiencia en la confirmación de su self. En otros términos, ¿cómo puedo ser confirmada en mi self por mi familia y/o sociedad, sin conformarme y sin oponerme?

Se puede pensar que se “hace uso” de la conducta anoréxica desde la polaridad subordinada para probar aquella polaridad primaria, que es vencer de algún modo en la relación. Para vencer desde esta posición, es necesario polarizarse de tal manera que los otros no tengan espacio en este juego. “Para ser mejor que yo, debes mostrar mayor voluntad y sacrificio”. La autorreflexibilidad cognitiva casi impermeable que encontramos en la Anorexia Nerviosa puede estar al servicio de mantener la organización de la identidad, conseguir vencer, y al mismo tiempo

oponerse sin que la desconfirmación de su self esté directamente en juego. Vencer el hambre es morir, y sin embargo, parafraseando a Selvini Palazzoli en el caso de una anoréxica "...si la muerte es el precio que debo pagar a cambio de mi poder, lo pagaré con gusto" (Ugazio, 2001, p. 312)

En suma, la competencia en múltiples dominios es parte inequívoca de la cultura occidental, y aquellas familias especialmente permeables a estas conversaciones sociales construirán su acervo de significaciones en torno a ser los destacables, exitosos, sacrificados o los más adecuados en la sociedad.

Y el género no escapa a esta explicación. La clara prevalencia femenina de la anorexia nerviosa propone el problema de la posición de la mujer en las sociedades occidentales contemporáneas, tal como había sucedido con la histeria en el siglo XIX. Ugazio (2001), como Devereux, plantea que todos los trastornos mentales que se difunden alarmantemente en ciertos períodos históricos expresan un conflicto de la totalidad de la cultura. Selvini Palazzoli cree que habría un error epistemológico en las sociedades occidentales donde existe la convicción de que hay un self capaz de trascender el sistema de relaciones del que forma parte, y por tanto de disponer de un control unilateral del sistema (Ugazio, 2001). El bombardeo de expectativas sociales que recibe la mujer en torno a su papel de mujer-exitosa/mujer-madre es francamente contradictorio: la posibilidad de confirmación social es confusa y muchas veces dilemática. La mujer-madre es pasiva, receptiva, se adapta a las expectativas sociales, pero a la luz de los cambios sociales es infravalorada. La mujer-triunfadora recibe refuerzos, pero es al mismo tiempo criticada por el abandono de su rol materno. Entonces ¿cómo es posible ser una real triunfadora en la sociedad? Según Ugazio (2001), las anoréxicas conviven en medios familiares donde las diferencias se leen como fruto de un poder tendencialmente injusto y arbitrario, pero por encima de todo, las relaciones entre hombres y mujeres se viven como abusivas, y aquí el origen del rechazo de su identidad sexual. Es la expresión de la anulación de las formas femeninas, del deseo que pueda provocar y al mismo tiempo la anulación de la posibilidad de maternidad. Ante las expectativas sociales rechaza a la mujer-madre y a la mujer-bella y exitosa. Es discutible plantear que la anoréxica rechaza el éxito, ya que se muestra estudiosa y perfeccionista, sin embargo, desde la perspectiva expuesta, su excesiva necesidad de confirmación de su self, tanto social como familiar, la mantiene siempre en una posición co-determinada por su medio, y difícilmente arriesgará mucho para tratar de obtener un éxito social que trascienda (Ugazio, 2001). Es posible que tengan éxito en un medio donde esta conducta sea necesaria para su logro. Por otro lado, es muy difícil lograr el éxito teniendo infrapeso, por los diversos y notorios déficit producto de su abstinencia, que las dejan con handicap frente al resto. En este sentido, a nivel social los trastornos de la conducta alimentaria muestran un aumento concomitante con el arraigo en la vida cotidiana de la ideología de la igualdad, como abolición de las diferencias.

La Anorexia Nerviosa, tal como lo hizo en su tiempo la Anorexia Santa, pareciera situarse como un nuevo modelo de género, alejándose de las expectativas imperantes en la sociedad, como una acción reactiva. No es la “negación” de los modelos de género existentes en la sociedad, es posicionarse en un nivel de significados cualitativamente distinto, y en nombre de alguna forma de trascendencia social, se reconstruye una identidad distinta a la que se espera. La Santa, la hereje o la enferma, ya no son mujeres como las conocidas en la historia, sino trazos de una nueva distinción social. No es delirio, no es locura, es una forma de reorganizar las reglas del juego impuestas por generaciones en una cultura patriarcal. La mujer no puede competir con el hombre en esta sociedad buscando igualdad, y el discurso de lo femenino es un discurso escrito mayoritariamente por el hombre: ¿Es posible que la mujer escriba su propia historia?

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estudiada en esta investigación se obtuvo en un centro privado de psicoterapia de Madrid entre los meses de Abril y Agosto de 2003.

Está compuesta por 11 mujeres con edades comprendidas entre 16 y 28 años, diagnosticadas con Anorexia Nerviosa como patología principal, y que en el momento de su localización se encuentran en tratamiento en este centro. Ninguna presenta alteraciones psiquiátricas graves u otras patologías en el eje I (DSM-IV TR). Todas ellas están en tratamiento desde un modelo multimodal de trabajo, es decir, control psiquiátrico, terapia grupal de enfoque psicodinámico y psicoterapia individual sin enfoque único. El periodo transcurrido desde su ingreso al Centro Médico es variable, llevando desde dos semanas a 14 meses en tratamiento. El Índice de Masa Corporal promedio de la muestra en el momento del estudio era 18,4.

En relación al número de hermanos, 5 sujetos tienen dos y otras 5 tienen uno. Sólo una de ellas es hija única. No existen constantes en su posición entre los hermanos: las hay primogénitas y menores. La gran mayoría vive con ambos padres en el hogar familiar y en este momento estudian en el Instituto (n=6) o en la Universidad (n=3). Sólo una de ellas no estudia ni trabaja, acaba de contraer matrimonio, y vive fuera del hogar paterno. Sólo una trabaja media jornada.

Instrumento

El instrumento elegido fue la *Técnica de Rejilla*, que permite evaluar las dimensiones y estructura del significado personal, tratando de captar la forma en que una persona da sentido a su experiencia en sus propios términos, desde su propia perspectiva. Como no se trata de un test convencional, sino de una entrevista estructurada orientada a explicitar y analizar los constructos con los que la persona organiza su mundo, nos permite explorar el contenido y la estructura de las teorías implícitas o redes de significado a través de las cuales las anoréxicas perciben a otras

personas y a sí mismas. Esto posibilita esbozar un tentativo “mapa del mundo” del grupo de jóvenes anoréxicas estudiado.

Una rejilla consta de una serie de *elementos* representativos del área de construcción a estudiar (en este caso, personas significativas del mundo del sujeto), unos *constructos personales* que sirven para discriminar entre los elementos, y un sistema de puntuaciones que valora los elementos en función de la dimensión bipolar que representa cada constructo (Feixas y Cornejo, 1996).

La *selección de elementos* se realizó entre las personas significativas en la vida de las mujeres que componen la muestra (p.e. padre, madre, hermano, hermana, pareja, amiga, etc.), surgidos en la entrevista previa a la elaboración de la rejilla propiamente dicha. A estos elementos se añadió Yo Ideal, Yo antes del problema, Yo con anorexia, así como Mujer Ideal. La elicitación de los constructos se llevó a cabo mediante comparación por *díadas* de elementos. Una vez generada la matriz de doble entrada elementos/constructos, se evaluó cada elemento en todos los constructos utilizando una escala tipo Likert de 7 intervalos. Para el tratamiento matemático de los datos de las rejillas se utilizó el programa RECORD 4.0 (Feixas y Cornejo, 1996).

En los análisis posteriores de cada rejilla se tuvieron en cuenta fundamentalmente los siguientes indicadores o criterios:

- a) análisis de contenido de los constructos: se agruparon los constructos por áreas temáticas, valorando cuáles son predominantes, y cuáles más deficitarias;
- b) autodefinición del sujeto (constructos en los que el elemento “Yo” se describe a sí mismo con puntuaciones extremas);
- c) matrices de distancias y correlaciones entre constructos, y entre elementos;
- d) comparación entre los elementos Yo y Yo Ideal, detectando los constructos discrepantes y los congruentes, así como los polos deseables e indeseables;
- e) análisis de la estructura cognitiva (Feixas y Cornejo, 1996). Se consideraron el índice de intensidad, el índice de polarización y la potencia discriminativa para deducir tentativamente la jerarquización del sistema bajo los siguientes supuestos:

-Índice de Intensidad: Es un indicador de centralidad o importancia del constructo (pero no de supraordenación), donde a más intensidad, mayor centralidad.

-Índice de Polarización: En el uso de puntuaciones extremas se expresa la presencia de constructos significativos para el sujeto.

-Potencia Discriminativa: Es una medida que en principio se relacionaba con una posible integración jerárquica del sistema de constructos, aunque Feixas (1996), sólo la vincula a la flexibilidad con que se utilizan éstos. A

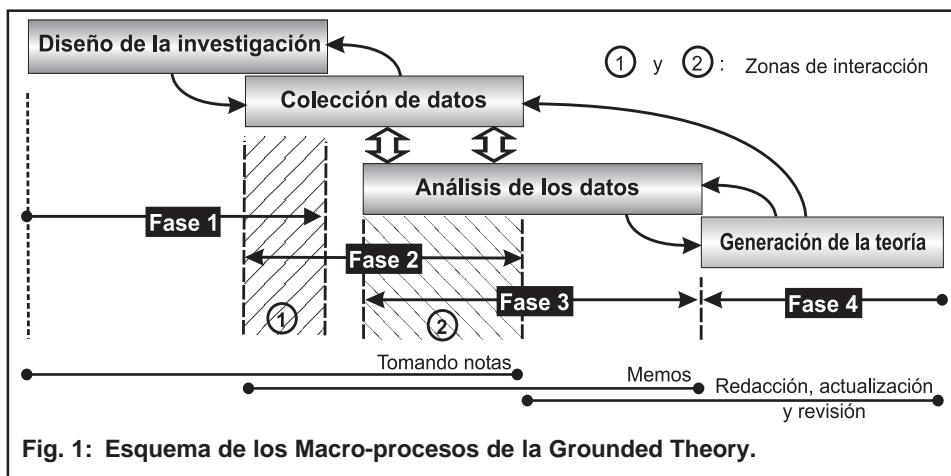
mayor potencia discriminativa se interpreta mayor flexibilidad en la utilización del constructo. Sin embargo, el hecho que sea también un constructo con una fuerte polarización permite considerarlo tentativamente como supraordenado en el sistema.

En la muestra sólo 2 casos presentan *dilemas implicativos*, por lo que se decide descartar los datos sobre conflicto cognitivo en el análisis.

Diseño de la Investigación

La elección de una metodología cualitativa en esta investigación se basa en que la Anorexia Nerviosa ha sido escasamente estudiada desde el enfoque constructivista utilizando esta perspectiva. Es relevante entonces proponer nuevas hipótesis en esta línea. En coherencia con la postura epistemológica elegida, se buscó el empleo de un método que respetase la subjetividad de los datos obtenidos, asumiendo que este estudio es sólo de carácter exploratorio. Muchas de las preguntas y reflexiones planteadas previamente no podrán ser respondidas en esta investigación, pero quizá pueda ser un punto de partida del que se deriven nuevos diseños e hipótesis.

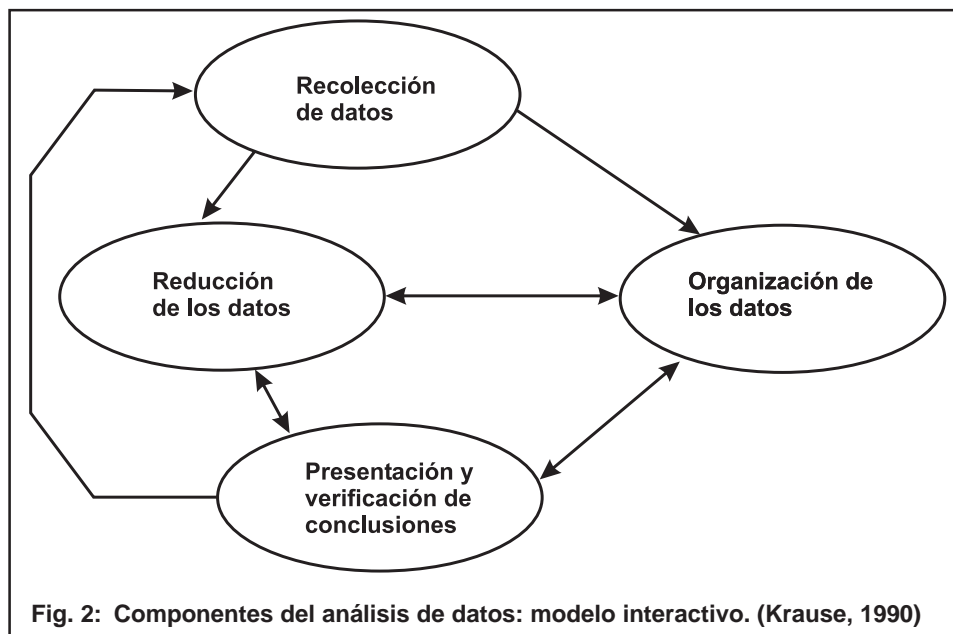
Los datos obtenidos mediante la Rejilla, y analizados empleando el programa Record 4.0, sólo se tomarán en cuenta como sustrato individual y propio a cada caso; no se compararán estadísticamente, sino de forma cualitativa. Para el tratamiento de estos datos se optó por utilizar la metodología elaborada por Glaser y Strauss (1967), denominada “Grounded Theory” (Teoría Fundamentada Empíricamente). La Grounded Theory permite trascender el nivel descriptivo, generando modelos explicativos a partir de los datos obtenidos en la investigación.



Glaser y Strauss proponen dos estrategias principales. En la primera, el *muestreo teórico*, se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos

primeros datos se generan conceptos, categorías conceptuales e hipótesis, utilizados para generar criterios con los que seleccionar los siguientes sujetos que se integrarán a la muestra (Krause, 1990). En esta investigación esta estrategia se utilizó sólo parcialmente: la información se obtuvo en forma sucesiva, realizándose comparaciones entre los sujetos, pero no guió la selección de nuevos entrevistados. El análisis y la recolección de datos se realizó simultáneamente, hasta lograr la “*saturación teórica*” de las categorías conceptuales generadas a partir del análisis (hasta que los nuevos datos no agregan información nueva). La segunda estrategia es el *método de las comparaciones constantes*, por el cual simultáneamente se codifican y analizan los datos para desarrollar conceptos (Taylor y Bogdan, en Oliva y Rademacher, 1994). Mediante la comparación constante de datos y conceptos se afinan estos últimos, identificando sus propiedades y explorando sus interrelaciones, para integrarlos en una teoría consistente.

Para explicar la simultaneidad del proceso de obtención y análisis de información se expone el siguiente diagrama:



El análisis de los datos se realiza a través de tres etapas: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

- a) La *codificación abierta*, la primera parte del análisis, se lleva a cabo en dos fases:
 - a.1) *conceptualización* de los datos, que consiste en tomar una observación o sentencia y dar a cada idea o evento un nombre que represente el

fenómeno, y

a.2) *categorización*: se comparan los conceptos entre sí y se van agrupando los que parecen pertenecientes a un fenómeno similar, que corresponde a una categoría. Las categorías poseen poder conceptual, permitiendo agrupar a su alrededor otros conjuntos de conceptos y subcategorías.

- b) La *codificación axial* es un conjunto de procedimientos mediante los cuales los datos se vuelven a unir, después de la codificación abierta, a través de la realización de conexiones entre las categorías, y entre subcategorías y categorías. Para estas conexiones se utilizó el “paradigma de codificación” propuesto por Strauss y Corbin (Oliva y Rademacher, 1994).
- c) Finalmente, durante la *codificación selectiva* se selecciona la categoría central, relacionándola sistemáticamente con otras categorías, validando estas relaciones y completando aquellas categorías que necesitan mayor precisión y/o desarrollo. El objetivo es tomar aquellos datos que aún están en bruto y desarrollarlos sistemáticamente, con el fin de generar un modelo explicativo de la realidad que esté fundamentado en datos y sea comprensible.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS REJILLAS

Para analizar y organizar la información aportada por las rejillas, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Representación gráfica de los constructos personales de cada sujeto, y de las relaciones que se establecen entre dichos constructos. Partiendo de la información aportada por las matrices de correlaciones entre constructos ofrecidas por el programa RECORD 4.0, tomamos como relaciones significativas aquellas correlaciones con un valor igual o superior a 0.40, y aquellas que superen 0.80 serán consideradas de mayor importancia. (Véase fig.3 en pág. 20)

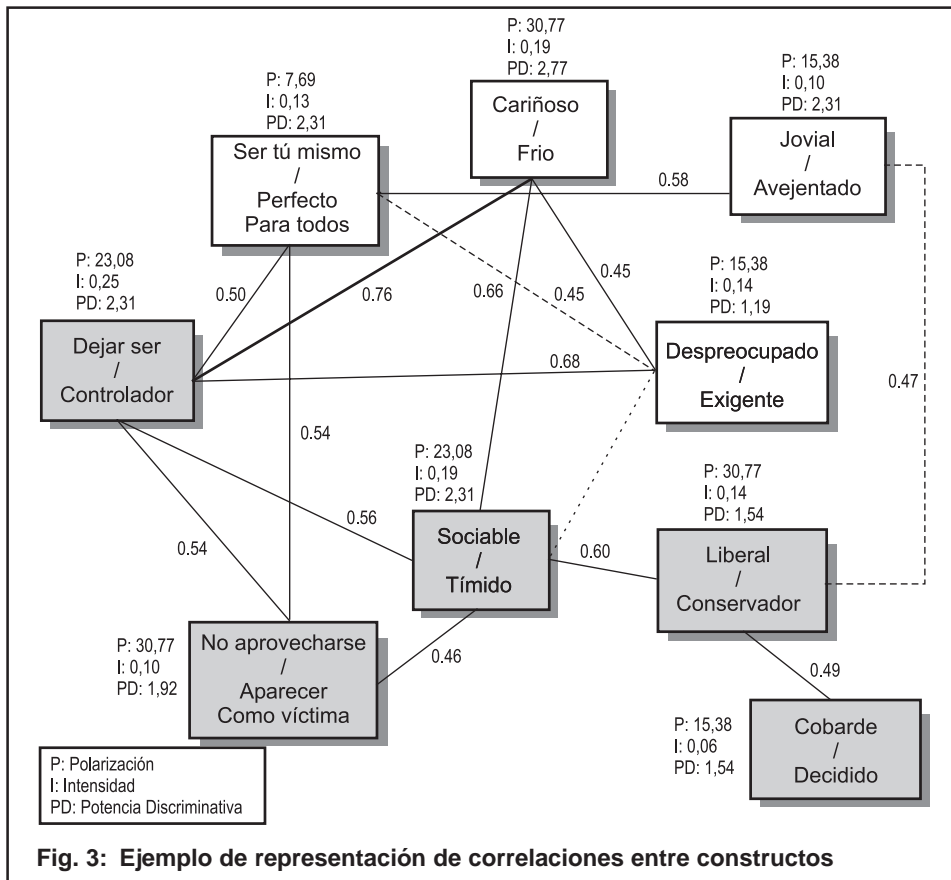
Elaboración de una plantilla resumen de la rejilla de cada sujeto, con datos como la autodefinición, los constructos congruentes y divergentes.

Reordenamiento gráfico de los constructos personales deduciendo tentativamente su posible jerarquía en el sistema de constructos mediante los siguientes indicadores:

- a) identificación de constructos congruentes en el sistema de significados;
- b) altos índices de Polarización y Potencia discriminativa;
- c) identificación de los constructos con más relaciones con otros.

Esto da una idea visual de qué manera podría uno afectar a los demás.

No se pretende establecer cuáles de estos constructos son nucleares, por



carecer de la información necesaria, sino como un mapa posible en su sistema de significados.

Identificación de las coincidencias entre las diversas rejillas aplicadas, en torno a los criterios de categorización.

El proceso de construcción de categorías se llevó a cabo de forma independiente por dos investigadores, con la finalidad de mantener mayor objetividad inter-jueces.

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los constructos se fueron agrupando según sus características más relevantes, dominios de acción general en categorías más amplias, siguiendo los procedimientos de la *codificación axial*. Estas categorías constituyen fenómenos en sí y cada uno de ellos es definido a partir de los datos. Los diferentes fenómenos obtenidos pueden relacionarse entre sí a partir de la fijación de un fenómeno central, en torno al cual se organizan las demás categorías en términos de relaciones de “condiciones predisponentes”, “condiciones de mantenimiento”, “estrategias de acción-

interacción” y “contexto”. Para hacer este nuevo ensamblaje de los datos, la pregunta guía que ayudó a describir la categoría central fue: ¿Qué hay en común en los constructos personales en anoréxicas? Esta pregunta guió a su vez el ensamblaje en la *codificación selectiva*.

El fenómeno “**relación con otros**” surgió con más fuerza desde los constructos, ya que se constituye en la vivencia más intensa de la muestra. Por ello, fue elegido como fenómeno central en torno al cual se organizaron las categorías restantes. El relato que surge de este nuevo ensamblaje de las categorías constituye una teoría que emerge desde los datos, y da cuenta de cómo se organizan estos sujetos, en torno al establecimiento de relaciones con otros. En este trabajo, se expone bajo el epígrafe “*Modelo Explicativo*”.

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS OBTENIDAS

1. Relaciones afectivas en el medio social

1.1 Disposición al contacto emocional en el medio social

- a) Grado de apertura al contacto social
- b) Expresividad de afectos al medio social
- c) Disposición a compartir la propia intimidad con otros
- d) Grado de permeabilidad emocional al medio

1.2 Establecimiento de límites en la intimidad

2. Juicios de Valor acerca de las intenciones de las personas

3. Estrategias de adaptación al medio

3.1. Proactividad en el enfrentamiento al medio

3.2. Disposición al cambio

- a) Apertura a la novedad en el medio
- b) Postura vital de búsqueda de estabilidad y cambio

3.3 Dependencia del juicio social

- a) Preocupación por el status y/o imagen social
- b) Grado de influencia del juicio social de otros

3.4 Autocontrol

3.5 Posición adoptada frente a las faltas de otros

4. Autopercepción

4.1. Nivel de autoexigencia

4.2. Dimensiones del estado de ánimo

4.3. Valoración de los aspectos intelectuales

4.4. Nivel de actividad física

4.5. Percepción de la Autoestima

Cada una de estas categorías fue definida específicamente, distinguiéndose claramente de las demás. Sin pretender describir exhaustivamente cada una de ellas ni los constructos de las que se derivaron, sí queremos señalar algunos aspectos importantes:

1. La metacategoría “**Relaciones afectivas en el medio social**” es, en la mayoría de los casos analizados, el área temática con una importancia destacada sobre las demás. Engloba todos aquellos constructos que de una u otra manera describen una relación con otro, o el deseo de ésta. Son muchas las formas en que las chicas hacen mención a este ámbito *relacional*, destacándose la búsqueda de contacto social y el deseo de una mayor integración en su medio más inmediato.

La frecuencia de constructos utilizados para caracterizar las formas de vincularse con otras personas nos da una idea de la importancia que el mundo de la relación, que la mirada del otro, tiene para las anoréxicas. Y su propia mirada al otro tiene en consideración fundamentalmente estas dimensiones de significado, que parecen resultar prioritarias para categorizar a los demás, así como para caracterizarse a sí mismas. En otros estudios esta metacategoría se plantea parcialmente como la “autoexpresión social” (Gismero, 2001), que tiene que ver con la expresión de sentimientos, opiniones y desacuerdos, así como el grado de evitación de las reuniones sociales. Observando la muestra en conjunto, en este área temática predominante las anoréxicas sitúan su Ideal, los *polos deseables*, en un mayor acercamiento afectivo a su entorno social: desean ser más extrovertidas y sociables, más expresivas emocionalmente, más sensibles al medio, etc. Al considerar la interacción de todas estas categorías y subcategorías, encontramos que giran en torno al tema del acercamiento y rechazo de la implicación social. Es decir, interactúan entre sí como múltiples factores que, como exclusas de flujo, permiten al otro involucrarse en el medio social. Cada una regula el nivel de energía emocional que se pone en juego en la interacción: ¿Hasta dónde compartiré mi intimidad?, ¿Cuánto expresaré mis afectos?, ¿Cuánto daré de mí misma al otro?, ¿Cuánto tiempo compartiré con los otros? Una característica posible es cierta sincronía en cada una de estas subcategorías, donde no se esperaría que existiesen niveles independientes de los otros.

2. Muy presente está también la temática en torno a los “**juicios de valor sobre las intenciones de las personas**”, mediante constructos como p.e. “falso/transparente”, “de mala fe/no hace daño”, “buena persona/maquiavélico”, “traicionero/preocupado de la gente”, etc. Este grupo de constructos básicamente hace mención en uno de sus polos al potencial peligro que hay en el *estar en el mundo*, donde se puede ser engañado, traicionado, etc. También describe una posición subjetiva ante los demás cauta, desconfia-

da, evaluando las intenciones de los otros en su actuar. Esta metacategoría también logra una alta saturación teórica, contando con 9 casos (11 constructos), 7 de los cuales ocupan una jerarquía importante en los sistemas de significados.

3. Bajo el epígrafe “*estrategias de adaptación al medio*” se recogen las distintas acciones y recursos, así como las posiciones que ocupa el individuo, para afrontar las vicisitudes que le plantea su entorno social y cultural. Entre las diversas categorías que lo componen, destaca por su frecuencia (presente en el 100% de la muestra) lo que se ha denominado “*proactividad en el enfrentamiento al medio*”, que define el grado de iniciativa y fuerza de la propia voluntad puesta en juego para afrontar las tareas y situaciones que el medio plantea. La constituyen constructos como “*lleva los pantalones/pasivo*”, “*enfrenta los problemas/cobarde*”, “*luchador/dejado*”, “*blandengue/fuerte*”. Tanto su frecuencia de aparición como su papel jerárquicamente relevante en los sistemas de constructos observados la muestran como otra dimensión de significado muy importante para este grupo de anoréxicas. Entre este grupo de categorías, la siguiente en importancia, por su frecuencia de aparición, es la relativa al “*autocontrol*”, la capacidad de postergar los impulsos (p.e. “*impulsivo/reflexivo*”, “*no pierde los nervios/sofocado*”, “*hace lo que le apetece/reflexivo*”).

Estas categorías y subcategorías se definen en torno a los mecanismos involucrados en la adaptación al medio. Todos, en mayor o menor medida, tenemos ideas sobre cómo adaptarnos al medio, siguiendo las reglas impuestas o sorteándolas creativamente. Pero sin duda el fin es adaptarse. Cómo lo logremos depende de cuánto nos afecte el juicio de otros o de las normas sociales. Si somos muy permeables a la crítica social, tenderemos a seguir las reglas. Pero también es posible ser sensible a los juicios sociales y ser opositorista a las reglas y normas. Ambas opciones han aparecido en la muestra, pero siempre mostrándose permeables a los juicios de otros. Las ideas sobre cómo adaptarse requieren necesariamente de un estilo conductual para enfrentar la adaptación.

Para mostrarse al mundo, utilizan la voluntad como valor predominante: mayoritariamente ponen en juego la propia voluntad como estrategia para vencer los escollos del camino, siempre con su atención focalizada en la opinión de los demás. En otras palabras, tanto la disposición al cambio como la dependencia del juicio social crean el contexto donde es posible la voluntad y el autocontrol como estrategia de adaptación. El logro de un mayor autocontrol es el polo deseado por la mayoría de estas mujeres, así como es el uso de la voluntad como disposición en la adaptación. A pesar de marcar una tendencia, algunas sienten ambivalencia acerca del autocontrol: les es deseable en la medida que las ayuda a ser eficientes, pero

les es un problema cuando se sienten limitadas por éste.

Estas categorías son de mucha importancia en la configuración del sistema de constructos de estas chicas. Dan forma a un estilo de enfrentamiento uniforme ante la vida, de cómo sienten que deben ser manejadas sus circunstancias

4. Entre el conjunto de categorías referidas a la “*autopercepción*”, sin ser ninguna muy frecuente, destaca la relativa al “*nivel de autoexigencia*”, donde las mujeres que se autoevalúan lo hacen en el polo “perfeccionista”, “responsable”, mientras que su Yo Ideal se sitúa en un término medio, más cercano al polo opuesto “tolerante”, “desordenado”, “mentalmente desordenado”, expresando el deseo de una menor autoexigencia.

Esta metacategoría surge con el objetivo de distinguir aquello que tendemos a puntuar como una dimensión individual, que aunque tiene una vinculación muy importante con la metacategoría *relaciones afectivas en el medio*, corresponde a una dimensión que no pone directamente en juego al otro. Es decir, “yo como individuo, me veo...”, a diferencia de la primera metacategoría que plantea acciones de contacto con otro implicado. Cómo uno se ve a sí mismo es muchas veces cómo uno se siente armado o equipado para enfrentar el medio social. Si me veo a mí mismo triste o amargado, esto va a influir directamente en las acciones posibles para mí. Una persona desde la tristeza se centraría en los aspectos más negativos de sí mismo.

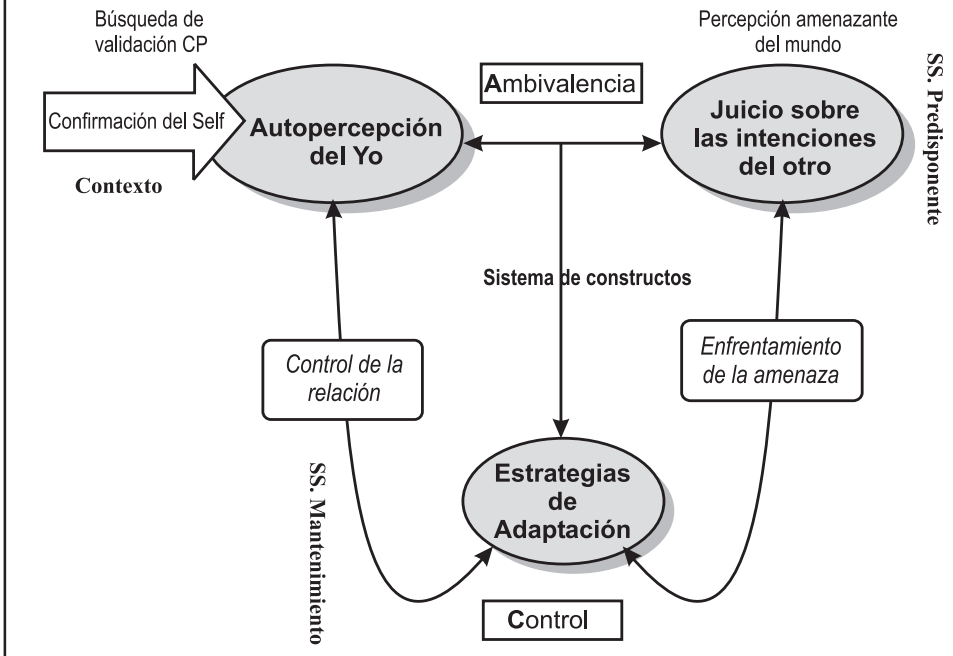
La relación entre las categorías “autoexigencia” y “percepción de la autoestima” no es clara; una persona puede ser autoexigente teniendo baja o alta autoestima. Las mujeres que mostraban estos constructos expresan el deseo de mayor autoestima, pero también de menor autoexigencia, que es sentida como una molestia al actuar en el mundo. Habría también una íntima relación entre la autoestima y la valoración de los aspectos intelectuales, casi como un factor que integra la primera categoría, pues deposita en la autoestima una evaluación intelectual.

MODELO EXPLICATIVO

Para generar un modelo explicativo a la luz de las categorías expuestas hay que destacar en primer lugar que el tema central que aparece en la muestra radica en la búsqueda de **relaciones afectivas en el medio social**. Sin embargo y casi con tanta relevancia está su estrategia personal de adaptación al medio centrada en **el control y la fuerza de voluntad** como una manera de manejar el mundo.

Cuando el mundo es potencialmente amenazador se reducen las alternativas de respuesta ante lo social. Es decir, de alguna forma, la conducta ingenua y confiada en el medio no es posible, o todas aquellas que se relacionen con poner en juego la propia identidad. Aquí pueden incluirse los contextos de competencia.

Relaciones Afectivas en el Medio



El hecho de que evalúen el mundo desde este prisma, muestra de qué manera en este sistema de constructos se articula la búsqueda social y el control. Cuando este mundo potencialmente dañino al mismo tiempo es fuente de satisfacciones sociales y validación de los constructos personales que definen el sistema identidad (segmento al que se llamará *confirmación del self*), es posible que la forma que hayan aprendido para manejar tal potencial amenaza sea intentando controlar este mundo, y así lograr la satisfacción de sus necesidades. Todo lo que hemos denominado *auto percepción* no hace referencia sólo al ámbito de lo individual. Esta autoconciencia del self que responde al “quién soy yo” se refiere también al “cómo me ves tú”. Aunque pareciesen indistinguibles en contexto, representarlos como conceptos en interacción plantea una línea imaginaria entre lo individual y lo social para explicar esta dinámica particular. Cómo me defino y me definen conforma lo que en algún momento Von Foester expuso sobre cómo el ser humano es más bien un “siendo humano” (human becoming) (Kenny, 1987). El objetivo es sencillamente plantear que continuamente estamos en el ejercicio de validar/invalidar nuestro sistema de constructos.

El papel que juega en especial la categoría *percepción de la autoestima* tiene directa relación con la intensidad de la necesidad de *confirmación del self* en el medio. A su vez, la propia percepción de *autoexigencia* puede también tener una

relación directamente proporcional con la sensación de validación de los otros. Es decir, “en la medida que soy más autoexigente, recibo mayor confirmación, por lo que aumentaré esta conducta para seguir sintiéndome validado”. Y el estado de ánimo sin duda va a plantear desde la emoción en la que estemos y su relación con la autoestima, la intensidad que requiramos de confirmación de nuestra persona.

La conexión de las metacategorías *relaciones afectivas en el medio social/ juicio acerca de las intenciones de los otros*, las deja en una posición ciertamente ambivalente. Su medio social es deseable y amenazante al mismo tiempo. Pero no sólo estas metacategorías parecen ser conflictivas entre sí, sino que también la metacategoría *estrategias de adaptación al medio* se pone en juego recreando una probable contradicción interna. El deseo de contacto social se ve aparentemente entorpecido por la estrategia de control activo, es decir, parece que ésta es poco eficiente dados los resultados del análisis, pues las chicas tienden a situarse en un polo alejado al ideal. En otras palabras, más que conseguir satisfacción y validación del medio gracias a su estrategia de uso de la voluntad y el control (su propio poder), obtienen rechazo e invalidación de su propia persona. Además es probable que, ante la falta de alternativas conductuales, insistan en seguir utilizando siempre y rígidamente esta estrategia de control. Se puede hipotetizar entonces que la voluntariedad es un constructo que rige los preceptos principales en su vida. El mundo se concibe a través del prisma de la voluntad.

Sistémicamente es posible entender los *constructos ligados al juicio acerca de las intenciones de los otros* como un **subsistema predisponente**, es decir, que dan el contexto de significaciones que llevan a una cierta disposición a la acción. Las *estrategias de adaptación*, como son la voluntariedad y la búsqueda de control del medio son constructos que pueden definirse como un **subsistema de mantenimiento**. Ellas sienten que usar el control como estrategia de adaptación es la *solución* a su problema de resolver su necesidad de confirmación y de protección ante la amenaza. Pero como se ha descrito, esta misma estrategia no logra resolver el problema. Más aún, ante la ausencia de alternativas en sus estrategias, cuando ven que no logran sus objetivos tienden a *intensificar esta solución a través de aumentar el control*. Esto se transforma en un problema en sí mismo, ya que es esta insistencia de resolución la que mantiene el problema. El subsistema *Autopercepción/Confirmación del self* daría el **contexto** en que cobra sentido la relación entre los otros subsistemas, ya que ponen en juego el objetivo vital que hay propuesto en el sistema mayor. En otras palabras, aquello que funda las acciones tiene que ver con el tema central descrito (*las relaciones afectivas en el medio*), y aquella parte del ser individual que es puesto en juego en esta dinámica. Por otro lado, la ansiedad provocada por las construcciones de un mundo amenazante parece manejarse asumiendo que a mayor control, mayor manejo de la amenaza.

CONCLUSIONES

Cuando se presenta en este estudio el concepto de identidad, se pretende dar un punto de partida o una matriz generativa de explicaciones. Siendo coherentes con la posición epistemológica, se propone desde esta matriz que somos seres autónomos. Sin embargo, esta autonomía se nutre necesariamente del acoplamiento con otros en el medio social, y dentro de las necesidades naturales que surgen en este convivir, los afectos aparecen como las más relevantes. En el caso de la muestra estudiada, su tema central gira en torno a la búsqueda de afectos y confirmaciones sociales.

Al hablar de la búsqueda de confirmación social se hace referencia, desde la perspectiva de Kelly, que una de las tantas funciones de lo social radica en ser la fuente de validación o invalidación de nuestros constructos, pues es en la experiencia donde es posible contrastar nuestro sistema de significados. Estamos constantemente chequeando aspectos de nuestra identidad en la interacción con otros, pero sin embargo, para todos no es igual.

Las mujeres anoréxicas en esta investigación muestran una fuerte dependencia del medio social próximo, estén o no involucradas activamente en grupos sociales. Cuando alguna se define a sí misma como retraída, o parece evitar el medio social, es posible que lo haga desde lo que se describe en una de las metacategorías como desconfianza en las intenciones de su entorno. Si planteamos que la familia pertenece a este sistema social, podría existir, como sugiere Ugazio, mucha dependencia de la confirmación del self dentro de estas mismas familias. Sin perder de vista que este estudio no es relacional, los constructos personales encontrados evidencian el alto grado de atención que prestan a ser sociable, o ajustarse a las normas sociales que a ellas les parecen relevantes. Aun aquellas que se autodefinen como retraídas buscan en su ideal acercarse más al medio.

Todos tenemos nuestra particular forma de enfrentarnos al medio social, sea siendo “los simpáticos”, “los serios”, o “los desagradables”. Cada conducta que exhibimos tiene su propia significación a la base. Que entre estas mujeres se muestre tan significativa la atención a las intenciones de bondad/maldad en el mundo, sugiere que han construido una gama de acciones posibles referidas al control. Es coherente pensar que ante la desconfianza, y el deseo de estar en el medio social, se articulen particulares campos de acción para poder manejar activamente aquello que quieren evitar. Es decir “quiero involucrarme, mostrar quien soy, pero quiero manejar lo que me puede desconfirmar como persona”. Esta es una posible interpretación del mapa que se ha descrito. Entonces la voluntad, la lucha, la victimización y el opositorismo les permitirían controlar su miedo a la desconfirmación. Para Kelly, sería lo que da la pauta de un esquema de anticipación: “puedo anticipar los hechos de manera efectiva controlando mi medio”.

Este estilo en la relación trae consigo diversas consecuencias. Como plantea Ugazio (2001), es muy difícil encontrar la ansiada confirmación si el actuar en el

mundo se basa en el intento de controlarlo. Dicho de otro modo, constructos para ellas valiosos, como el control y la voluntad, provocan reacciones mixtas y confusas del medio, pues se pueden interpretar como competencia o pugna. No son nuevas las evidencias de la falta de conductas asertivas y aumento de control externo en estas chicas, pues dentro de su sistema de significados prevalecen los constructos antes descritos (p.e. Gismo, 1996, 2001). Y la razón de que estén tan arraigados es probablemente la **relación inconsistente entre las metacategorías de constructos** de un mundo potencialmente amenazante, la necesidad de confirmación del self y el rechazo a ser pasivo. Integrarse en el medio social afectivo plantea una cierta gama de acciones posibles y no otras. Vincularse se plantea como una relación horizontal basada en emociones ligadas al encuentro con el otro. En cambio, la relación de poder y control especifica un dominio de acciones distintas e incompatibles a las anteriores, insertas en una relación jerárquica, y desde emociones ligadas al dominio del otro. Cada uno de estos programas de acción opuesto es internamente consistente en la búsqueda de satisfacer demandas reales o imaginadas específicas (Efran, 1998, en Neimeyer y Mahoney, 1998). Sin embargo, la contradicción ocurre *al presuponer que no hay tal distinción* en estos dominios de acción. Maturana define que el fenómeno social ocurre en la cooperación, no en la competencia, ya que esta última es constitutivamente antisocial, pues consiste en la negación del otro (Maturana, 1995)

Tal como ellas han descrito su territorio *no es posible anticipar la reacción de los otros ante sus conductas*, pues sienten que tanto las propias expectativas (confirmación de su self) como la de los otros (que sean más pasivas y conformistas) no pueden satisfacerse, dejándolas en una vivencia de *contradicción emocional*. Méndez, Coddou y Maturana utilizan el término “contradicción emocional” para describir el fenómeno que sucede cuando los participantes en una conversación de caracterizaciones, acusaciones, y recriminaciones (la negación de un otro) viven la frustración emocional recurrente de no satisfacer ni las expectativas de los otros ni las propias. Esto ocurre por la exigencia de comportamientos contradictorios, bajo la suposición implícita de que no lo son, causando sufrimiento (Méndez, Coddou y Maturana, 1995).

Entonces, ellas no pueden dejar de protegerse del mundo pues sería abrirse al dolor. Dejar de ser proactivas atenta contra constructos sobre los que han desarrollado lo más importante de su identidad. Dejar de buscar en su confirmación la deja con la sensación de no haber tenido éxito en su búsqueda referente a su identidad. No se trata de una supuesta incoherencia en su sistema de significados, pues desde el corolario de fragmentación planteado por Kelly, una persona puede utilizar varios sistemas de constructos aunque parezcan inferencialmente incompatibles. Utilizando un concepto de Maturana, estos constructos pertenecerían a distintos dominios de acción, que sin embargo, *suponiendo una particular interacción entre constructos*, en el actuar se vuelven contradictorios. Cuando no hay alternativas ante esta

frustración y no es posible anticipar los eventos, el síntoma surge como una posible alternativa a este ciclo incompleto de la experiencia.

Respecto al sentido que puede tener la conducta anoréxica a la luz de las categorías descritas no es posible distinguir claramente una relación con la forma de adaptación a esta contradicción. Sólo es posible distinguirlo en el campo de la metáfora, o como se había descrito anteriormente, desde las distintas hipótesis acerca del síntoma desde el constructivismo. Que entre los significados relevantes aparezca el constructo voluntad/pasividad permite hipotetizar que la forma en que aparece el síntoma es muy coherente con aspectos centrales de su identidad. De algún modo, la voluntad en mantenerse sin comer pareciera ser un ejercicio para validar sus constructos más arraigados. Es probable que ante la reacción social de rechazo de sus conductas de control, la forma viable de poner en práctica el polo proactivo de este constructo sea en el campo de acción privado. En ese sentido cabe destacar que la identidad es tanto privada como pública, como enfatiza Varela. Probablemente es posible verlo como lo plantea Selvini Palazzoli en su reflexión sobre la sociedad contemporánea. Estas mujeres podrían estar incurriendo en el error de creer que su self puede trascender el sistema de relaciones inmediatas del que forman parte, y disponer de un control unilateral sobre éste.

A su vez, al intentar sustraernos de las explicaciones individuales hacia una macrovisión hipotética, podremos de alguna forma palpar las contradicciones sociales que muestra la cultura contemporánea. Aquellas que han depositado en la sociedad la confirmación de su self y al mismo tiempo desean lograr el éxito social, se hallan en una encrucijada que no les permite resolver el conflicto entre ser pasiva y activa, conformista-no conflictiva y exitosa-oposicionista. En una sociedad patriarcal la mujer-madre es confirmada en su self, sin embargo, ante la transición social actual donde la mujer-exitosa también es confirmada en *ciertos* aspectos, nos encontramos ante un choque de posibles confirmaciones de identidad social que suelen provocar confusión y frustración. Es en ellas donde estos modelos de mujer pueden aparecer en contradicción ya que proponen una mujer pasiva y una mujer activa simultáneamente, sin existir actualmente una distinción social clara entre ambas.

Partiendo de una reflexión sobre el significado personal y social de la anorexia, desde una perspectiva constructivista, esta investigación tiene como objetivo indagar sobre el sentido de la anorexia nerviosa en las mujeres que la padecen; los significados subyacentes a la inanición autoimpuesta. Se plantea que la comprensión de los sistemas de constructos personales de las anoréxicas puede mostrar una determinada experiencia de la realidad, y desvelar la constitución de una particular identidad que puede dar sentido a este sintoma.

Para construir un mapa de significados en la Anorexia Nerviosa se aplican Rejillas, tratadas estadísticamente mediante Record 4.0, pero analizadas cualitativamente (mediante la Teoría Fundamentada Empíricamente). Los resultados muestran que se obtienen categorías relevantes de constructos, donde se expresan inconsistencias entre su estilo de relación con su medio social, su percepción del mundo y la percepción de sí mismas, dando lugar a un modelo explicativo.

Palabras clave: anorexia nerviosa, teoría de los constructos personales, técnica de rejilla, teoría fundamentada empíricamente.

Referencias bibliográficas

- A.P.A. (2002). *D.S.M.-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- BECKER, A., Godoy, A., Montes, A. (1999). Anorexia nerviosa y Terapia Familiar: Experiencia de la Unidad de Terapia Familiar del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (UTEF). *Revista de Psiquiatría*, año XVI, N° 4, 230-236.
- BELL, R.M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BIEDERMANN, N. (1993). Una perspectiva sistémica de las psicosis endógenas. *Revista de Familias y Terapias*, Año 1, N° 1, 22-34.
- BOTELLA, L., & FEIXAS, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- DEMICHELI, G. (1995). *Comunicación en Terapia Sistémica Familiar*. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- DI NICOLA, V.F. (1985). Family Therapy and transcultural psychiatry: an emerging synthesis, part II: portability and culture change. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 22, 151-180.
- DI NICOLA, V.F. (1990). Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review*. 27, 245-286.
- FEIXAS, G. (2002). Psicología de los Constructos Personales, En internet: www.ub.es/personal/pcp/, (14 de Agosto de 2003).
- FEIXAS, G. & Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD v.2.0*. Barcelona: Paidós.
- FEIXAS, G., y Saúl, L.A. (Noviembre, 2000). *Detección, análisis e intervención en dilemas implícitos*. En internet: www3.usal.es/~tcp/protoCastellano/introduccion.htm
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed. revisada)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FEIXAS, G., SAÚL, L. A., AVILA-ESPADA, A. & SÁNCHEZ, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. X (1), 5-13.
- GISMERO, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia Comillas.
- GISMERO, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, vol.12, n° 3, 289-304.
- GISMERO, E. (2003). Anorexia Santa y Anorexia Nerviosa: en busca de significado. *Miscelánea Comillas*, 61, n° 118, pp. 81-105.

- GISMERO, E. (2004). Más allá de la apariencia: Aportaciones a la comprensión de la anorexia nerviosa a la luz de la historia. *A tu Salud*, año XII, n° 46, 2-9.
- GLASER, D. & STRAUSS, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Ed. Aldine Publishing Company.
- GORDON, R.A. (1994). *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel.
- GODOY, A. (2001, Octubre). La Efectividad de la Psicoterapia sistémico-constructivista Individual en el Contexto Hospitalario, Comunicación sin publicar presentada en el *Segundo Encuentro Chileno de Investigación Empírica en Psicoterapia*, Santiago, Chile.
- GRACIA, M. (2002). Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: La construcción social de la anorexia nerviosa, en: M.Gracia (coord.) *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
- KELLY, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York. Norton.
- KELLY, G.A. (2001). *Psicología de los constructos personales: textos escogidos*. B.Maher (comp.). Barcelona, Paidós.
- KENNY, V. (1984). *An Introduction to the Personal Construct Theory of George A. Kelly*. En internet: www.oikos.org/vincpcp.htm#1. (9 de enero de 2003).
- KENNY, V. (1987). *Anticipating Autoipoiesis: Personal Construct Psychology and Self Organising Systems*. En internet: www.oikos.org/vincauto.htm, (9 de Enero de 2003).
- KRAUSE, M. (1990). *Métodos de la Investigación Cualitativa*. Santiago: Sin publicar.
- MATURANA, H. (1978). Biology and language: the epistemology of reality. En G. Miller y E. Lenneberg (eds.) *Psychology and Biology of Language and Thought*. New York: Academic Press, pp. 51-121.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1984). *El Árbol del Conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- MATURANA, H. (1995). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- MATURANA, H. (1998). Seres humanos individuales y fenómenos sociales humanos. En M. Elkaïm (comp.). *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona: Paidós.
- MATURANA, H. (1998b). Observar la observación. En M. Elkaïm (comp.). *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona: Paidós.
- MENDEZ, C. L.; CODDOU, F. & MATURANA, H. (1995). La Constitución de lo patológico. En H. Maturana (comp.). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- NEIMEYER, R. & MAHONEY, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- OLIVA, R. M. & RADEMACHER, M. (1994). *Percepción de un Grupo de Familias que Cuidan a un Niño con VIH, de las Relaciones que Establecen en su Medio Intrafamiliar y Extrafamiliar*. Tesis de pregrado sin publicar, Universidad de Chile, Santiago.
- POLIVY, J. & HERMAN, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, Vol. 53, 187-213.
- SELVINI-PALAZZOLLI, M. (1985). Anorexia nervosa: a syndrome of the affluent society. *Transcultural Psiquiatric Research Review*, 22, 199-204.
- STIERLIN, H. & WEBER, G. (1989). *Unlocking the Family Door: A Systematic Approach to the Understanding and Treatment of Anorexia Nervosa*. New York: Brunner/Mazel.
- SAÚL, L & RABAZO, R. (2000). *La rejilla familiar como herramienta de evaluación y elaboración de hipótesis sistémicas*. Proyecto de Master no publicado, Universidad de Salamanca.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- UGAZIO, V. (2001). *Historias Permitidas, Historias Prohibidas*. Barcelona, Paidós.
- VARELA, F. (2000). *El fenómeno de la Vida*, Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.
- VILLEGAS, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, Vol. VIII, 30-31, 19-91.
- WEISS, M.G. (1995). Eating Disorders and disordered eating in different cultures. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 537-553.

MASTER EN TERAPIA COGNITIVO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
16ª PROMOCIÓN 2005-2008

- El Master en **Terapia Cognitivo/Social** ofrece un ciclo completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en los ámbitos de intervención individual, grupal, familiar y de pareja.
- Recoge en sus planteamientos didácticos las directrices maestras, relativas a la formación teórica y técnica y a la práctica supervisada, indicadas por la *European Association for Psychotherapy (EAP)*, la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* y la *Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO)*, a fin de homologar los criterios formativos y acreditativos del ejercicio profesional de la psicoterapia en el ámbito de la Unión Europea. Por tales motivos, así como por su interés científico, el curso favorece el intercambio con otras universidades e instituciones nacionales y extranjeras.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina.

Plazas: 20/30 por curso (otorgadas de acuerdo con los méritos expresados en el currículum; si es necesario se realizará una entrevista personal. Se tendrá en cuenta el orden de inscripción).

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dirección del curso:

Dr. Guillem Feixas i Viaplana (U.B.)
gfeixas@ub.edu

Dr. Manuel Villegas i Besora (U.B.)
mvillegas@ub.edu

Secretaría del curso:

Información y atención de alumnos:
Laura Galimberti: lgalimberti@ub.edu

VIAJE AL PAÍS DE NUNCA JAMÁS: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y CONFLICTOS EN TORNO A LA IDENTIDAD SEXUAL

María José Pubill

Master en Terapia Cognitivo Social U.B.

Narratives of the anorexia verse about the identity of being woman in a certain social context. Anorexic patients reject her bodies, because the body becomes the object "for the other ones" and, consequently an alienated object. It represents an object of the masculine desire, of the feminine competition, of the social and professional success, of the consumption of all series of cosmetic, dietary products, in fashion, and even of health. The anorexia appears as a possible development in the crossroad of the evolutionary moment—the adolescence—in the one that puts at stake the own sexual identity as a response to what it means to be woman in a social and historical context

Key words: Anorexia, adolescence, sexual identity, narratives, social context

“No sé que me está pasando, pero veo que el engordar se me ha convertido en una meta imposible. Lo veo lejos de mis posibilidades ya que estar tan delgada me produce beneficios. Uno de ellos, supongo, es la relación con los chicos; es una forma de mantenerlos alejados. Así sé que no se fijan en mí. Y si se fijan ni caso, pues si se fijan en mí, es que están más enfermos que yo. Otro beneficio que obtengo, es el de la ropa. Me gusta comprar como forma de expresar sentimientos. Por ejemplo, voy a comprar cosas sencillas y cómodas para pasar inadvertida (como para esconderme). Otras veces, busco lo clásico, sencillo para que determinada gente (los que van de guay) no se me acerquen. Así me ahorro tenérmelos que sacar de encima. Ahora sólo busco que piensen que soy inteligente, que puedo ser muy buena para que confíen en mí, que puedan contar conmigo para estudiar o para solucionar algún conflicto (...). De este modo, ahora pienso que los chicos que se me acercan no tienen interés en mí, que les gusta simplemente mi compañía, mi diálogo, en definitiva mi modo de ser, no mi físico. Y ahí, me siento más segura. Así no me siento objeto de nada, ni tratada mejor ni peor porque tenga un culo o unas piernas bonitas. Ahora simplemente es

compañía y ya está. Y eso también me hace sentir bien. Cuando empecé toda esta mierda, me acuerdo bien, me dije “Quiero ser bonita, muy bonita, gustar mucho a los chicos”, pues muchos de ellos se alejaban por que no soy muy agraciada. Pero, a los 15, cuando los chicos me venían, yo ya no distinguía los buenos de los malos, ya que los malos, los que sólo van por tu físico, lo disimulan muy bien. Y te enjabonan y se tratan como a una princesa. Y una piensa “¡Oh, qué chico tan mono!”. Pero un día, te fijas que todos estos chicos son falsos, por que los comentarios que hacen de alguna chica poco agraciada están fatal y no las tratan como a tí. Luego, te das cuenta que todo es una mierda, ya que así los que se te acercan son superficiales y muy estúpidos y los mejores como personas no se acercan por respeto o porque como sólo eres un cuerpo y nada más, a ellos no les interesas, o sea que voy de un lado para otro y no encuentro la solución. Esto es un lío, pero como mínimo estar delgada me da seguridad, aunque se rían de mí y no me guste, me da igual.”

Fragmentos de carta de Ingrid a su terapeuta (Diciembre, 1999)

Ingrid, paciente de 24 años, padece bulimarexia desde hace diez. Ha pasado por muchos tratamientos y nunca ha conseguido la suficiente motivación cómo para salir de su trastorno. Su discurso es explícito y muy representativo de la alta conflictividad en los Trastornos Alimentarios en torno a la sexualidad, las relaciones con las personas del mismo sexo o del otro sexo y de las relaciones de una misma con su identidad sexual y como persona.

Examinemos más a fondo los ejes de esta dificultad y veamos qué tipo de intervención es necesario realizar para abordarlos.

1.- Algunos matices en torno de los Trastornos Alimentarios

Tradicionalmente (Dally, 1969; Rusell, 1979; Garner & Garfinkel, 1982; Garfinkel & Kaplan, 1986...DSMIV, 1994) se distinguen dos grupos bien diferenciados en los problemas con la alimentación, la **anorexia restrictiva** y la **bulimia**. Ambos si bien coinciden en sintomatología (fobia al peso, alteración de la percepción de la imagen corporal, obsesivo pensamiento en torno a la comida y al tema del control/ descontrol en la alimentación y en el peso), se diferencian tanto en los síntomas referentes al comportamiento alimentario como en el peso en el que se pueden mantener las personas que las sufren (ver Tabla 1 y Tabla 2).

Un tercer grupo se añade a los dos anteriormente expuestos, la **bulimarexia** (Boskind-Lodahl, 1976) (término no reconocido por el DSM-IV). Este grupo de pacientes padecerían una anorexia nervosa crónica y, en el tiempo habrían desarrollado, síntomas coincidentes con los bulímicos (comen y vomitan en secreto, sienten terror ante el hecho de ganar peso pero ansían comer; las consecuencias metabólicas del vómito y la diarrea estimulan el comportamiento ingestivo perpe-

ANOREXIA	BULIMIA	BULIMAREXIA
No come	Atracones	Alterna conducta restrictiva con episodios bulímicos
Delgada	Delgada o sobrepeso	Delgada o normal
Puede vomitar	Vomita No vomita Y/o Anorexia y/o	Vomita No vomita Y/o
Puede usar laxantes	Laxante Y/o	Laxantes Y/o
Puede ser hiperactiva	Hiperactivas	Hiperactiva

Tabla 1.- Diferencias sintomáticas del comportamiento alimentario entre anorexia, bulimia y bulimarexia

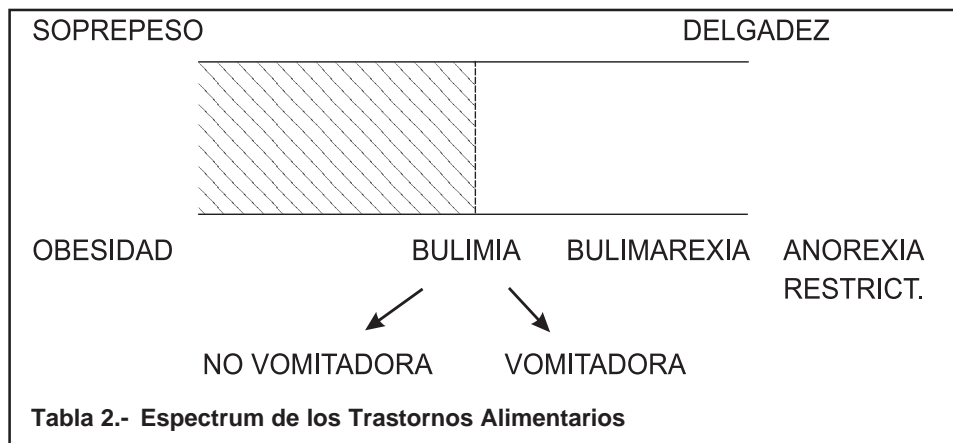
tuando el ciclo; uso de drogas para perder peso y uso del alcohol por sus efectos sedativos; fumar en exceso).

Partiendo de esta diferenciación simple pero clara, vemos que hay unas coincidencias y, al mismo tiempo, divergencias entre los dos grupos principales, hecho que ha planteado la polémica de si anorexia restrictiva y bulimia son los dos polos de un continuum de un mismo trastorno, o si son trastornos diferenciados y con entidad propia. En la actualidad, existe una tendencia bastante generalizada a abandonar posturas dicotómicas a la hora de abordar los trastornos alimentarios, basándose en la suposición de que el proceso patogénico es el mismo (*“En ambas condiciones –anorexia restrictiva y bulimia– la cantidad de comida y el tamaño corporal son manipulados en un fútil esfuerzo de resolver o camuflar el estrés interno o ajustarse a las dificultades”* (Bruch, 1976)), y en que ambas se pueden dar en una misma persona –**disorexia** (Guiora, 1967)–.

Otro tema a considerar a la hora de diferenciar los Trastornos Alimentarios es de a quién puede aplicársele el diagnóstico de trastorno alimentario y quién está utilizando el síntoma como expresión de una dificultad transitoria del ciclo vital individual o familiar, o como una forma adaptativa a la presión de grupo en la adolescencia.

Cierto es que muchas chicas pasan por breves períodos de comportamiento para-anoréxico, obsesionadas por la dieta, los regímenes hipocalóricos, el control de peso y el mantenimiento de la línea, coherentemente con la transformación que experimentan sus cuerpos adolescentes y en consonancia con la publicidad y moda machaconas de los cuerpos Danone. Pero estos períodos, más o menos breves en el tiempo, no consolidan el trastorno, que se desvanece en cuanto los recursos individuales y/o familiares se potencian y entran en acción, o en cuanto la necesidad de aceptación por parte del grupo de iguales disminuye. Ante otra dificultad

probablemente otro síntoma, más en consonancia con la edad, la posición o el rol que se ocupa en la familia y las condiciones profesionales en las que se esté, aunque evidentemente este síntoma ha de estar también en consonancia con la forma de ser y de hacer de esta persona.



Todo ello es muy diferente en aquellas personas que encuentran en la patología una forma de identidad, ya sea por la cronificación del trastorno, ya sea porque el trastorno es fiel reflejo de su forma de funcionar. Aquí por tanto, se está planteando un salto **cuantitativo** de tipo psicopatológico en el trastorno (Loeb, 1964; Fries, 1977; Rusell, 1972; Willianson, Prather, McKenxie & Blouin, 1990; Garner, Olmted & Garfinkel, 1983; Fairburn & Garner, 1988; Pubill, 1994; Villegas, 1997), donde esta psicopatología sería el eje del trastorno en sí (Bruch, 1973) y no a la inversa.

En este artículo nos centraremos en este grupo de pacientes, dejando para la discusión el tema de la eclosión que nuestra sociedad está sufriendo de la sintomatología de trastornos alimentarios.

2.- El mundo en el Trastorno Alimentario.

“¿Cómo estoy?, sencillamente diría que desesperada. Desesperada por unos momentos de paz, tranquilidad, alivio. Y el único método que conozco no lo puedo ejercer. No porque me dé miedo la muerte sino, porque no puedo permitirme volverme a enganchar al vómito. Lo siento tan cerca de mí. Lo veo a la vuelta de la esquina. Lo necesito tanto como un drogadicto a su dosis. La cabeza me va a estallar “que si esto o lo otro”. Todo tiene una infinidad de cuestiones y, si no las tiene, me las invento. Lo complico todo. Y me entra angustia y no se luchar contra ella. Me la voy a pegar. Lo huelo. No está muy lejos. Ahora hago planes. Se me pasa por la cabeza qué

era lo que comía y luego devolvía, qué me hacía encontrar bien y me asusta. Ya me empiezan a entrar ideas y, a veces, no me pongo a valorar que es lo que más pesa. Lo haría y punto. Esta angustia me está destrozando y, al mismo tiempo, cada vez que me resisto me siento bien. Es una ambivalencia muy grande. Estoy harta de sufrir. Me encerraría en una habitación con mucha comida en una mesa, una tele y una buena calefacción y así, me pasaría el día, las horas, comiendo y vomitando y con la cabeza en blanco. Me acuerdo muy bien cómo era mi vida encerrada comiendo y vomitando, hasta que la cabeza me daba tantas vueltas que caía rendida en la cama, hasta que volvía a encontrarme bien. Entonces me despertaba y volvía a la carga”.

Carta de una persona con bulimia a su Terapeuta (Noviembre de 1999)

“En un instante mi cabeza se ha llenado de preguntas. La primera y principal es ¿te quieres curar?. La respuesta la tengo clara, pero ¿quiero asumir todo lo que conlleva?. No me quiero engordar y volver a sentir aquel repudio por mi misma. A todas horas mirando y mirando las piernas. Cómo se ven si las pongo así o asá. Era una pesadilla. 45 kgms. No me dan miedo pero, no quiero ir más allá y, sé que cuando llegue a 45, serán 5 más y 5 más. No quiero ni pensar. Se me hielan las ideas. Me aterroriza. Sufro, sufro tanto. ¿Qué superfluas suenan mis palabras?, pero yo soy así. Superflua.

Mi padre tiene razón, pongo mis piernas ante todo y sobre todo. Y es triste, muy triste después de tanto tratamientos y tan caros, durante tanto y tanto tiempo. El no vive y es culpa mía todo el día trabajando y yo con estos pensamientos. Me odio. Pero dudo que los pueda cambiar. ENGORDARME me paraliza. No puedo. No puedo. Como mucho aspiro a mis límites, aunque esto me da miedo porque creo que después no los podré controlar y ya estaremos otra vez.

Enfermedad, sólo veo, enfermedad pura y dura. Por esto me afecta tanto lo que dice mi padre, porque tiene razón. Y a mí lo único que me interesa cambiar es lo de aprender a ser independiente y poder estudiar y poder trabajar – sin tener “comida, comida, cuerpo, cuerpo...” detrás interfiriendo en lo que hago, sin dejarme disfrutar, ni concentrarme -. Comer lo justo para vivir y basta. Es lo que tú dijiste, quiero una cosa, pero no la otra. Ahora lo veo muy claro, para mí engordarme significa morir (..).

Lo sé. Me veo muy delgada. Quisiera subir a 45 kgms., pero subir un gramo representa perder y, en cambio, perder peso me hace sentir un poco más fuerte. Mi cara y mi cuerpo, mi enfermedad me delatan, pero mi barriga hinchada me hace sentir gorda, mala persona, que no me sé cuidar, que podría ser como una foca y no podría parar (como mi madre o mi

hermana). Me odio, odio esta pérdida de control (comer). Comeré para vivir y me mantendré en los mínimos de los mínimos pero nada más.”

Carta de una persona con anorexia a su Terapeuta (Verano del 99)

Si algo es patente en estos dos texto es el sufrimiento psicológico en el que viven inmersas las personas que padecen este trastorno. Su mundo maníqueo y rígido se divide entre dos polos. *No comer, ajustarse al patrón de comportamiento idealizado / comer, ser una persona indeseable y débil.* El eje control / descontrol, por tanto, es central en este tipo de trastornos. Ya sea:

1.- Porque preside **obsesivamente** el pensamiento de estas chicas (cómo podemos hacer para controlar nuestras ganas de comer, de descansar...en esta situación, o cómo podemos hacer para descontrolarnos – en la comida, compras, robos...- sin que los demás se den cuenta o para que se den cuenta)

2.- Porque está **omnipresente** en el comportamiento tanto alimentario, como social y sexual (control acusado en todas las áreas en las anoréxicas; control en períodos tranquilos de la vida cotidiana y, episodios de descontrol por la intervención de alguna dificultad que no saben resolver o afrontar, en las bulimaréxicas; no control – normalidad – más descontrol en las bulímicas).

3.- Porque a nivel emocional el control produce falsa seguridad y euforia y, el descontrol culpa, ansiedad y depresión (y aquí incluimos las anticipaciones que generar también esas mismas emociones aunque no se lleven al acto).

En la sexualidad, también es patente la importancia de este eje. Las anoréxicas que, si bien en un principio pretendían mejorar su imagen física para gustar a algún “príncipe azul” que las salvara de la mediocridad de sus vidas o de la de su familia, en su proceso en pro del control, se acaban desinteresando de la sexualidad, de la que huyen alternando actitudes de menosprecio con actitudes de pánico hacia ella.

Por su parte, las bulímicas, para quienes ajustarse al prototipo social en voga es esencial para sentirse “correctas”, buscan en la sexualidad el corroborar que valen, que son atractivas. De hecho, el acto sexual y lo que implica (que alguien acepte compartir contigo algo íntimo = ser aceptable), en principio, es un ejercicio para incrementar su dañada autoestima. Pero como no deja de ser un acto impulsivo y desesperado en pro de una confirmación no les produce satisfacción alguna, y en la mayoría de las ocasiones les genera rabia y asco hacia ellas mismas. Aquel que utilizan como compañero en este juego, les provoca una ambivalencia que va desde la idealización exagerada, la dependencia afectiva y la necesidad de control, a la relación reificada donde ellas son quienes los hacen servir de objetos reflectantes de su seguridad

En las bulimaréxicas, según en que etapa estén, tendrán terror a acercarse a los

hombres o bien se convertirán en devoradoras de hombres, seductoras y magníficas hembras sexuales.

Ahora bien, ¿cómo han llegado a este punto?. En Pubill (1994), se hicieron patentes las siguientes características en torno a la etiogénesis de la anorexia nervosa en pacientes inveteradas:

- a) La narrativa anoréxica se configura como una respuesta a la presión social y familiar por adecuarse a los modelos dominantes, de identidad femenina y evitar la subvaloración correspondiente si no se consigue, y expresa el rechazo a los modelos femeninos tradicionales, transmitidos por nuestra sociedad.

“Mis amigas me decían que era muy mona pero ¡lástima de mis caderas!, si no podría ser una modelo. A mí me da miedo volver a verlas... Todas están tan delgadas... Y es que además, mires por donde mires, todo el mundo se adelgaza. Sino mira en TV, todas las presentadoras se han adelgazado, si las comparas con como estaban hace un tiempo”. (Silvia)

- b) En el ámbito familiar manifiesta un sentimiento de desilusión provocado por ciertas actitudes de la madre, a la que se reprocha su falta de *autorrealización*. A un padre inicialmente idealizado se le recrimina la vulgaridad de sus intereses y la traición o abandono en los momentos más trascendentales. Dentro del contexto familiar la anoréxica hace referencia a algún otro miembro supuestamente preferido de la familia y se queja de no ser lo suficientemente tenida en cuenta.

“No comprendo a mi madre, tan inteligente, tan sensible; que lo abandonara todo por mi padre. Dice que ella escogió esta vida: la de ser ama de casa, la de cuidarnos, pero yo no lo comprendo. ¿Qué recompensa puede tener?. Y además con un padre como el mío, al que sólo le interesan sus cosas: egoísta, centrado en los negocios y basta. No lo comprendo (...). Mi padre... No me gusta. Aborrezco su forma de comer. Cuando come, no hay otra cosa en el mundo... Y además comer tanto. No es normal (...). Mi hermana es fantástica. Es tan simpática, siempre consigue ser el centro de interés en las reuniones a las que va. También en casa, es el centro de interés. Siempre tiene algo interesante que explicar. Además es tan delgada.. Yo, en todo, siempre he sido todo lo contrario.” (Silvia).

- c) A nivel individual, la anoréxica expresa, el deseo de ser admirada por los demás, a través de la *autorrealización* y la perfección, presentada como exquisitez, distinción, refinamiento o espiritualidad. Existe un declarado rechazo a la identificación con la corporalidad y sexualidad femeninas. *“Hay que huir del cuerpo, de sus necesidades... Es la única forma de trascender, de ser una misma. Sino siempre estás pendiente de lo que has de comer, de si has de dormir... es una esclavitud. No se puede trabajar. Y para llegar a ser una escritora excepcional (por mi edad ya llevo tarde)*

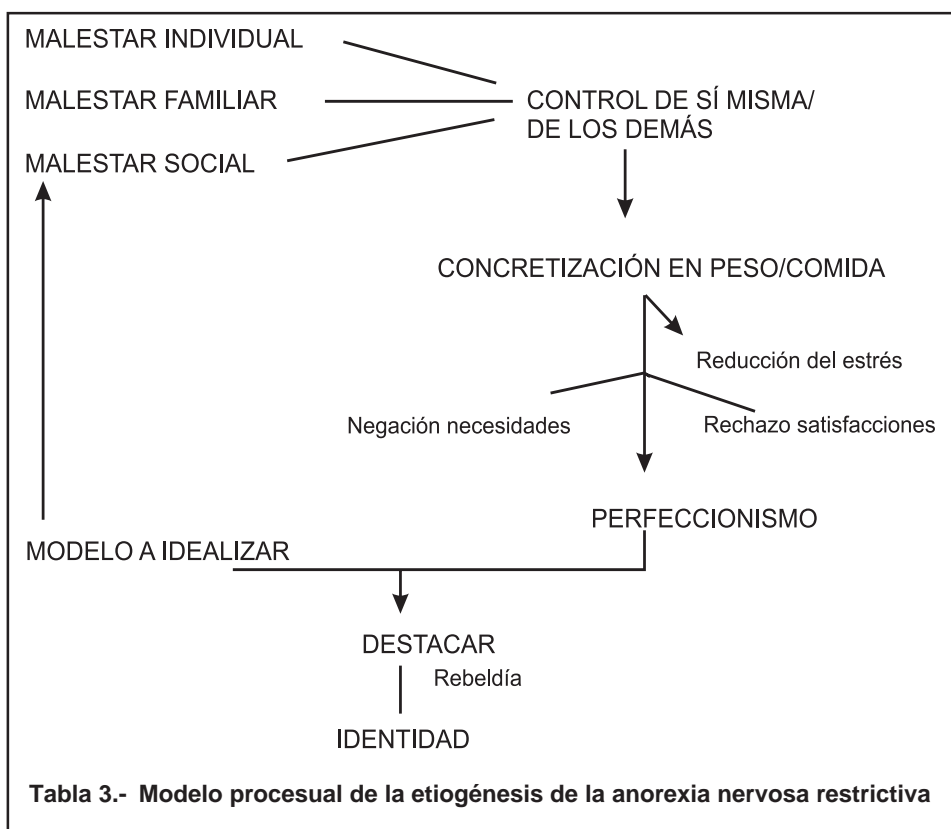
no puedo estar por esas tonterías. Yo no quiero estar ahí cogida. Mira a mi madre, siempre pendiente de nosotros. Hay que ser una: sola, original, única” (Lola).

- d) Teniendo en cuenta lo anterior, es comprensible que el no comer sea el medio de obtener un cuerpo asexuado, libre de las servidumbres de la menarquía, la maternidad y la dependencia sexual. Con ello, la anoréxica evita la identificación con la madre como modelo de mujer (no realizada y sumisa a su destino). Consigue, al mismo tiempo, llevar a cabo un acto heroica o glorioso, ser reconocida y admirada, mostrarse única e inaccesible a los demás como forma también de evitar el contacto. Finalmente, la emaciación es el instrumento forjado por su voluntad para obtener un control total sobre si misma (su cuerpo) y la situación.

“No recuerdo ningún tipo de relación con mi madre. Ella sólo se ocupaba de darme de comer, de vestirme muy bien pero, no recuerdo ningún tipo de relación afectiva, nunca. Yo, después he pensado que como vivíamos todos juntos... Cada familia tenía una habitación. Supongo que esto la condicionó mucho en no hablarme nunca ni de relaciones sexuales, ni en darme un beso, ni en que mi padre me cogiera en brazos. Supongo que estaba muy recelosa... Porque pasó que se quedó embarazada –yo tenía 7 años– y ni me enteré, hasta que me dijeron que habían traído un hermanito. No sé como se lo montaban. A parte tenía una depresión... Y de esto no se hablaba nunca, ni se tocaba 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. Siempre he tenido, desde los 17 o 18 años, pero pánico. Ahora tengo 37 años (...). 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 (...). La llegada de la regla la viví fatal. Horroroso, horroroso. No la aguantaba. La eliminé, la eliminé. (...). Cuando me vino la regla, lo consideraba... como una batalla perdida. Me daba la impresión de que ella estaba esperando que se lo dijera para decir: “Bueno por fin has caído” (...). Además, los señores que iba encontrando en los trabajos no hacían más que pegarme pellizcos y yo tenía mucho miedo de quedarme embarazada. Y encima les iba cogiendo una especie de... (...). Yo necesitaba estar más delgada pero no para estar más guapa, porque yo he asumido delante de los “tíos” que soy un desquicio. Me vestía muy, muy mal porque 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 (...). Es como si pasara por una bola de hielo. (...). Entonces me trataban como a una persona asexual. (Ana)

- e) La dinámica procesual psicológica que se pone en marcha utiliza dos mecanismos fundamentales:
- E1) la **fantasía** (ser una heroína, el amor romántico, el idealismo...) como forma de imaginarse y proyectarse en el futuro
 - E2) la **rebeldía** (no comer) como modo de transformarse en algo diferente al rol de mujer existente en la familia y la sociedad.



Por tanto, parece que la narrativa de la anorexia versa sobre la identidad de ser mujer en un contexto social determinado, en el que el cuerpo (sobre todo, el femenino) es el 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.

La anorexia aparece, pues, como un desarrollo posible en la encrucijada del momento evolutivo—la adolescencia—en el que se pone en juego la propia identidad sexual. ¿Qué quiere decir ser mujer en una sociedad determinada?. Orbach (1985) rechaza la hipótesis de que la anorexia represente una oposición de la chica a convertirse en adulto, ya que ello infantiliza a la mujer y convierte su comportamiento en inaceptable y sus opiniones en inmaduras. Su hipótesis, en cambio, se basa en la ambivalencia a la hora de asumir el rol femenino por la confusión social que entraña en este momento dicho rol, donde el discurso feminista de lo que debe ser una mujer real y el discurso tradicionalista con las siempre renovadas historias de manipulación y humillación psicológicas, convergen y, donde el no comer es un arma de supervivencia como protesta a su condición (huelga de hambre). Encontrando en esta condición dos puntos de mira esenciales:

- a) la mujer como forma de un objeto de placer para el hombre, lo que trae consigo que el cuerpo de la mujer sea visto como el aspecto central de su existencia y que la habilidad de adaptación de la mujer a las normas del momento, juega un rol en su sentimiento de autoestima y en la relación que tiene con ella misma, ya que no ser atractiva es igual a no ser mujer (Orbach, 1981; Norwood, 1986)
- b) la mujer como nutridora y contenedora de los otros, función establecida tradicionalmente y que la mujer actual aún siente que debería hacer y, si toma actitudes distantes con este rol, los sentimientos de culpa y la experiencia de pérdida en muchos casos es notable (Orbach, 1985; Norwood, 1986; Cowan & Kinder, 1988).

Dentro de estos esquemas, donde las mujeres viven una relación tortuosa entre sus cuerpos y la comida, la anorexia *no es un problema, es una solución*, porque mientras ven desaparecer su cuerpo, crean una nueva persona que admiran, ya que es digna de la autoestima, aunque, por otra parte, se halle en una posición precaria. La anoréxica se encuentra en el peligro de desaparecer y hacer visible su opuesto vulnerable: una persona necesitada que vive dentro de sí misma. De ahí que construya una barrera con el mundo a la vez que se considera a sí misma fuerte, impenetrable e intocable. La anorexia es la negación de la necesidad (y por tanto, la ruptura con los impulsos del cuerpo) y representa para aquella que la padece su capacidad de alcanzar el éxito. Pero, por otra parte, la delgadez se basa en un deseo de ser invisibles, de no ser vistas, ya que en el fondo el único deseo existente es el de la aceptación por su mero ser, al margen de lucir y ser perfectas. Todo ello se acompaña de un sentimiento de no haber sido queridas y, en consecuencia, de no ser dignas de vivir, basado en la preferencia maternal o paternal por el varón y la ambivalencia en la relación con la madre, de la que no pueden separarse, porque jamás han estado verdaderamente unidas a ella.

Eichembaum & Orbach (1989) señalan la existencia de dos vías, para salir de la dependencia y por tanto, conseguir la identidad:

- 1.- la *rebeldía* que es igual a la simbiosis y por tanto, a las dificultades de identidad (no puede haber separación porque no ha habido unión ni confianza), que conllevaría la dependencia vivida como debilidad e impotencia o, lo que es lo mismo, la pseudoindependencia sentida como fortaleza, omnipotencia y aislamiento (*singularización*).
- 2.- la *revolución* que es igual a separación del padre o de la madre y que conlleva la identidad solidificada (se da la separación porque ha habido unión y confianza), que se basa en el reconocimiento de la carencia y de la propia fragilidad actuales y, por tanto, en la independencia del pasado (*diferenciación*).

La anoréxica en su lucha por la separación optaría ya en el momento crítico de la adolescencia por la primera vía, dándose un reconocimiento de las propias necesidades, pero a la vez la creencia de que es imposible satisfacerlas, de ahí su negación de la carencia y el rechazo al contacto.

Parafraseando a Erikson (1958) la adolescencia es el momento en que se entrecruzan el *discurso individual* y el *discurso colectivo* (Erikson decía la *historia*). 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 suceda en las culturas africanas, donde hay hambre pero no anorexia. Puede favorecer el ayuno y la abstinencia por motivos ascéticos o místicos, como el medioevo 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.

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.

¿Qué decir en el caso de la bulimia?. En ellas, el deseo de adaptarse al máximo a los estereotipos sociales es muy fuerte. No necesitan ser únicas y heroicas, sino “simplemente” las **más** en lo que sea (sobre todo, en la delgadez establecida como socialmente apetecible) para no ser las **menos**. Ellas también se hallan inmersas en un juego de dependencias pero, en este caso, no se quieren desmarcar de este juego, sólo quieren ganarlo, aunque ello vaya en contra de quienes son –física y psicológicamente– y les requiera un esfuerzo sobrenatural de control que les acaba sobrepasando (su impulsividad y un grado incipiente de ansiedad interfiere cons-

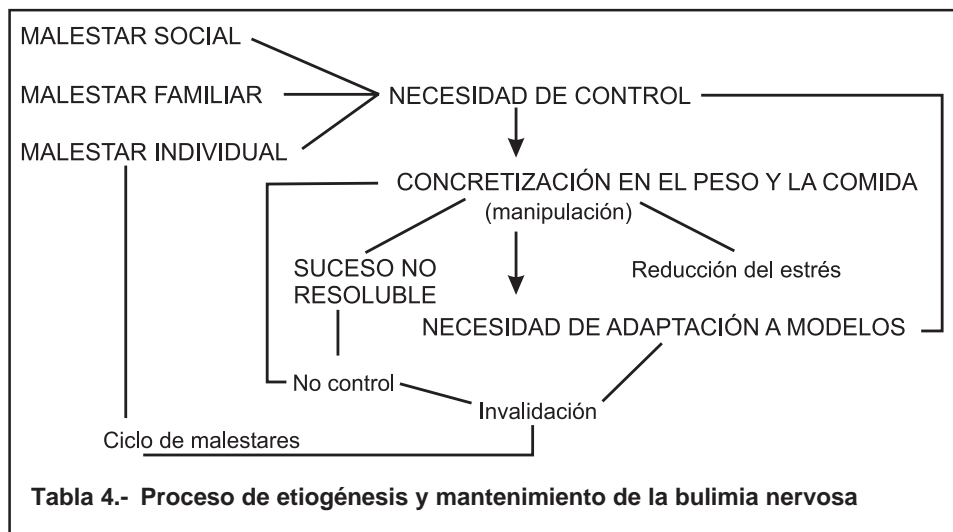
tantemente en sus denodados esfuerzos en pro de sus ideales de si mismas.

Su baja autoestima se pone de manifiesto en su no dejarse ser quienes son y, en el sentimiento de inferioridad que les acaece cada vez que no logran a la perfección sus objetivos.

Algunos autores remarcan que, en la bulimia no existe, al igual que en la anorexia, un proceso de separación de la madre, pero sí pseudocompetición, en pro de superarlas, en pro de ser mejor que ellas. La dependencia es palpable y va muy unida a sentimientos ambivalentes de envidia y admiración (a diferencia que en la anorexia, en que la ambivalencia hacia la madre se relaciona con la necesidad de aceptación y el menosprecio).

El vómito es una forma de descargar la tensión que acumulan en este sobreesfuerzo de ser perfectas y adaptarse a cualquier circunstancia, a cualquier relación por y para la aceptación.

Dos formas de actuar ante el dilema de ser y hacerse mujer en nuestra sociedad, dos formas de **huir** el asumir quién es uno.



3.- Pequeños Apuntes sobre el Tratamiento de los Trastornos Alimentarios

Evidentemente, la intención de este apartado *no es* dar una descripción completa de las técnicas y estrategias a aplicar para la buena resolución terapéutica de un trastorno alimentario. Como se ha visto, la complejidad que encierran estos síntomas precisa de un espacio más amplio. En cambio sí es su intención asentar las bases de las líneas de trabajo a seguir.

Ante todo decir que en este tipo de trastornos la virtud más valiosa que ha de poseer el terapeuta es la **paciencia**. Se necesita de mucho tiempo, de mucha fe y de mucha **CONFIANZA** en las capacidades y recursos de la cliente para no tirar la

toalla en alguna de las múltiples recaídas que acompañan el proceso de curación y cambio.

Se propone aquí un tratamiento *integral*, un combinado de terapia individual (sobre todo), de terapia familiar y grupal (dada la intervención de todos estos factores en la etiogénesis del trastorno), donde el enfoque sintomático está presente y tenido en cuenta, pero que no deja de ser un elemento en la complejidad del tratamiento.

La frecuencia en que se llevan a cabo las sesiones individuales y/o familiares fluctúan, según el momento del proceso terapéutico en que se esté, teniéndose en cuenta elementos como los temas que estén trabajando, la relación con el síntoma y los recursos activados por la cliente. Las visitas individuales pueden oscilar de una cada quince días a tres por semana. En cambio en las familiares, el tiempo mínimo entre visita y visita es de quince días (se necesita de un tiempo para que la familia asimile y ponga en marcha nuevas formas de actuar). Las grupales son semanales con una duración de una hora por sesión.

Señalado ya el contexto terapéutico, en que nos vamos a mover, atendamos a las bases de intervención:

1.- En torno a la sintomatología:

Uno de los trabajos fundamentales que realizamos los terapeutas es ayudar a desplazar el foco de atención del cliente del síntoma a los malestares psicológicos y relacionales que lo puedan estar motivando. En los trastornos alimentarios, ese desplazamiento resulta muy dificultoso (como en todo buen trastorno psicosomático). Tanto a las anoréxicas como a las bulímicas, les cuesta mucho “darse cuenta” de cómo están utilizando su pensamiento obsesivo sobre el cuerpo y la comida, su conducta ritualista de control/descontrol a nivel alimentario y sus emociones en torno al trastorno para huir de otro tipo de dificultad de la que no pueden hacerse cargo. Hay todo un trabajo a realizar, perseverante y cuidadoso, para conectar los **antes** y los **después** del síntoma con éste, que tiene que luchar con una característica muy latente, sobre todo en la anorexia cronicada, la *concretización* y su dificultad de abstracción (Bruch, 1973, 1978), además de ya haber dejado en la trastienda el origen del mecanismo que se está utilizando por los largos años pasados desde su inicio. De hecho, necesitan previamente un trabajo de cierta maduración psicológica para empezar por sí mismas a dar este tipo de salto cualitativo. Este trabajo de maduración tiene que ver básicamente con la **flexibilización** de su mundo maniqueo y de los recursos que usa para moverse en él, a través de la *potenciación* de capacidades propias conductuales, cognitivas, emocionales y relacionales, además de un cierto reconocimiento de carencias.

El dar recursos cognitivos y conductuales ante el síntoma ayuda a en una primera fase, a la restauración mínima de ciertos hábitos normalizadores, que les faciliten salir de su aislamiento (y así abrirse a nuevas experiencias que motiven un

trabajo menos sintomático) y, a nivel biológico le lleve a un frágil todavía equilibrio (que les ayuda a estar más centradas en la realidad: menos emotivas y menos obsesivas)

2.- En cuanto a la relación terapéutica

Aquí es importante diferenciar el tipo de intervención a realizar en la anorexia con respecto a la bulimia. En la anorexia, nos encontramos, en la mayoría de las ocasiones, con personas que “son traídas” a la fuerza a la consulta por sus familiares. No creen que tengan un problema (excepto en el caso de anoréxicas cronicadas que ambivalentemente viven su enfermedad como una prisión de la que no pueden salir en ocasiones). Utilizar una actitud **confrontativa** en un primer momento (poner condiciones con respecto al síntoma o diagnosticar su trastorno de forma clara), no resulta muy adecuado si lo que se pretende es generar una alianza terapéutica y que la anoréxica “se enganche” al tratamiento. Sí resulta adecuado potenciar que hable de sus otros malestares – sobre todo, los relacionales que, como consecuencia de su trastorno, son importantes – y ofrecerle este espacio para hallarles una vía de solución.

En la bulimia, el caso es muy diferente. La bulímica viene porque ya no puede más. Sufre, se siente anormal, sucia, asquerosa, culpable. Pide ayuda y, en ese momento, lo más conveniente es atender su síntoma que corre desbocado por su vida.

De todas formas y, en ambos casos, hay que tener muy presente el tema del peso. Lo más nuclear para ellas es *mantenerse en el peso deseado* (aunque éste sea ínfimo) y, el trabajo de negociación en torno a eso será duro y atravesará verticalmente toda la terapia, pues es paralelo a la asunción del cambio, que implica la no manipulación del cuerpo y la comida como instrumento de control existencial.

Posturas confrontativas y provocadoras y el marcaje de límites son estrategias que, claramente, se han de utilizar en la fase media del proceso de recuperación, cuando la relación terapéutica está muy consolidada y no te ven como un extraño que pretende amenazadoramente romper su frágil equilibrio psicobiológico. Este tipo de intervenciones han de tener como objetivo el “efecto centrifugado” (confrontación con parcelas reales de su forma de hacer / caos / apertura de perspectivas) y han de estar siempre apoyadas en posturas relacionales que sean percibidas como de ayuda, no de ataque.

3.- En torno a la autoestima

La autoestima puede ser la fórmula directa de entrar de un modo concreto en el tema de la identidad. Resulta relativamente fácil que expresen que no se gustan a sí mismas, tanto en el caso de las anoréxicas como en el de las bulímicas (estas últimas casi es lo primero que te dicen), que se maltraten de palabra y de comportamiento... En este sentido, la primera intervención que se ha de realizar es

relacional y tiene que ver con el **respeto**. Respeto por sus opiniones, su forma de ver la vida y su enfermedad. Algo poco afectivo y que no potenciará su autoestima es intentar hacerle ver cuales de sus pensamientos puedan considerarse erróneos y cuan equivocadas están al enfocar de esta forma su vida. Así no hacemos, sin querer, más que fomentar aquello que ellas siempre han sentido: su *inadecuación* a las relaciones y al mundo y su “tú no estás bien, siendo como eres”, además de hacerlas sentir incomprendidas.

El trabajo con la autoestima suele tomar dos direcciones: suavizar, por un lado, su extrema autoexigencia en ciertas áreas (las que tienen que ver con la rígida construcción de su identidad), y potenciar, por el otro, el desarrollo de aquellas en las que por no creerse lo “suficientemente buena” ha abandonado y, podría decirse, que son casi territorios vírgenes. Así, empieza a dibujarse un trabajo con la identidad, a través de la experimentación de ellas “con sus nuevas posibilidades”.

Un tema importante es el de los **estereotipos** y su toma de posición a partir de ellos (rebotarse o aferrarse). Construyen sus valores en torno a estos y resulta primordial, realizar diferentes movimientos terapéuticos dirigidos a desplazarlos de su lugar central y específico a la hora de valorarse, valorar el mundo y a las personas. En este caso, la utilización del terapeuta como figura validadora es una estrategia a seguir. Que pueda mostrarse comprensivo hacia la relevancia de estos estereotipos pero, a la vez, pueda relativizarlos a través de su forma de comportarse es esencial: “estoy en el juego, pero esa no es la jugada ganadora”, sería el mensaje a enviar.

4.- En torno a la identidad

En la anorexia, la necesidad de permanecer siendo sólo una posibilidad de ser, un proyecto aún indefinido de persona es la dificultad mayor a la hora de trabajar con la consolidación de la identidad. Si bien, las anoréxicas son capaces de volcarse en la autoexigencia y realizar a la perfección lo cotidiano, aquello que proyectan de si mismas es mecánico. Pueden ser alumnas brillante, pero el paso a lo profesional las bloquea. Tienen miedo a la creatividad, porque ésta no es más que un dejarse ir de si mismas y temen el fracaso de dicha proyección. Prefieren imaginarse cómo sería si se atrevieran a hacerlo. En su fantasía, su obra (sea del tipo que sea), es **genial**. ¡Demasiado alta ponen la meta, para que cualquier primera realización de ella, sea lo bastante correcta para que se sientan satisfechas!. De hecho, estamos hablando del trabajo con la responsabilidad de **ser**, aunque parta de la responsabilidad de **hacer** en el mundo.

En este sentido, la línea a seguir sería la de fomentar por un lado, la *osadía* de atreverse a llevar a cabo su sueño creativo (pintar, escribir, modelar, bailar, realizarse plenamente en su profesión...) y la *constancia*, por el otro, de no desalentarse si al principio los resultados no son los imaginados. Ahora bien, es indispensable desmontar su rígida autoexigencia sobre los objetivos a alcanzar:

para ella, o es todo o es nada, por eso, es imposible ser mientras se construye, porque se construye no pendiente de la obra que están realizando, sino pendiente de la reacción de admiración, que ha de provocar la obra en el mundo. Se ha de desplazar el foco de atención de afuera a adentro.

ANOREXIA- AREAS DE TRABAJO:

1.- Eje control / descontrol:

- 1.1.- Perfeccionismo – ascetismo
- 1.2.- Reducción del mundo (rigidez) – concretización (alimentación)
- 1.3.- Control de si misma / de los demás (dominio versus desprecio)
- 1.4.- Control de necesidades y dependencias (el círculo absurdo)

2.- Autoestima e identidad.

- 2.1.- Ser mujer: asexualidad / reificación
- 2.2.- Necesidad de destacar (ser única): genio, heroína / ser nada
- 2.3.- Valoración de si misma extrema (polarización)

3.- Relaciones:

- 3.1.- Familia: alianzas, rechazos y traiciones (ambivalencia)
- 3.2.- Figuras ideales / figuras descalificadas
- 3.3.- El no deseo en las relaciones con el otro sexo

4.- Actitudes:

- 4.1.- Rebeldía / revolución
- 4.2.- Fantasía / realidad
- 4.3.- Alexitimia / expresión del conflicto

Tabla 5.- Áreas de trabajo de anorexia restrictiva

Otro punto importante que, también tiene que ver con la genialidad, es la necesidad de originalidad, de ser únicas. Ser igual que los otros no sirve porque es ser **mediocre**, es estar interesado por las cosas cotidianas y materiales. Pero todo ello está relacionado con la dificultad de manejarse en las transiciones: les cuesta pasar por el proceso de aprender, de vivir, de sentir... Prefieren descalificarlo (llamándolo mediocre) y anularlo, ya que vivir el proceso las descoloca y ello, las hace sentir muy impotentes y desesperadas, lo que les provoca un gran vacío interior. De ahí, la supresión de las necesidades y la negación de las carencias que asimilan a la **esclavitud** cotidiana de la gente “normal”. No les gusta el mundo y se encierran en el suyo, suprimiendo todo aquello que no pueden manejar. La línea de trabajo ha de centrarse, aquí, en el reconocimiento de necesidades, en el proceso de ser capaz de trabajar en pro de cumplimentarlas y en hacerse amiga de su interior, con el que mantienen una constante lucha, ya que la presencia de una implica la aniquilación del otro. Técnicas dirigidas a romper con esta disociación, serían todas aquellas que potencien más lo emocional, cuidando en no desatar su aspecto más

histriónico que después es difícil de reencauzar.

En la bulimia, la creatividad que presupone construirse a uno mismo también está bloqueada. La necesidad de aceptación hace de muro contenedor. Aquí, es “no soy

AREAS DE TRABAJO EN LA BULIMIA NERVOSA

1.- Eje control / descontrol:

- 1.1.- Sensación de despersonalización (no conciencia cuando realiza el acto impulsivo)
- 1.2.- Reducción del mundo al tema de la comida y el cuerpo
- 1.3.- Sensación de eficacia o ineficacia en la vida a través del control o descontrol en su comportamiento alimentario.
- 1.4.- Sensación de vacío corporal / afectividad

2.- Autoestima e identidad:

- 2.1.- Necesidad de adaptarse a estereotipos (necesidad de agradar) / necesidad de aceptación
- 2.2.- Ser la superwoman (no reconocimiento de límites)

3.- Relaciones:

- 3.1.- Familia: envidia / competitividad (madre) – relación confusa y dependiente hacia el padre
- 3.2.- Figuras ideales (ídolos con pies de barro)
- 3.4.- Avidéz como característica en las relaciones personales y sexuales

4.- Actitudes:

- 4.1.- ansiedad/ avidéz
- 4.2.- ambivalencia/ duda
- 4.3.- exceso de adaptación/ inseguridad

5.- Sentimientos predominantes:

- 5.1.- Culpa / ansiedad (traición a su proyecto existencial: perfecta adaptación a los modelos establecidos)

Tabla 6.- Áreas de Trabajo de la Bulimia Nervosa

nadie sino soy alguien para...”. Será explorar nuevas modalidades de mostrarse, de ser más asertivas y formularse a si mismas sus deseos y necesidades, en vez de matarlos a través de ingerir compulsivamente (y / o vomitar), lo que abrirá el camino hacia la identidad.

4.- En torno a la identidad sexual

Un hecho paralelo al despertar de las necesidades y la escucha de los deseos, en la anorexia, es la aparición en escena de la sexualidad: aparecen fantasías, preguntas, inseguridades...El interés va en aumento pero también la sensación de no

ser atractivas y de no saber manejarse. La estrategia terapéutica ha de ir de lo más concreto (búsqueda de estilo en su aspecto físico, habilidades sociales en las relaciones con los del otro sexo, técnicas de seducción..., cuidados básicos del cuerpo) hasta el trabajo de mayor profundización en lo más nuclear y menos consciente (miedo al descontrol, a la descalificación, al fracaso, a la ambivalencia, a la falta de decisión sobre su destino, y a la dificultad en las relaciones). La estrategia de intervención en este ámbito, va muy ligada a la pedagogía en ciertos temas (desmitificación de la sexualidad, conocimientos sobre el cuerpo y el funcionamiento humano), la desdramatización (sobre la trascendencia de algunas situaciones), la experimentación (de la contención, del contacto como forma de comunicación –al margen de la sexualidad–, de su cuerpo como sujeto de cuidado, de amor, de placer...) y la flexibilización del significado de ser mujer en el contexto en el que se desarrolla idiosincrásicamente su vida. Se trata de que dejen de relacionar ser mujer con un destino fatal, gris y triste, sin realización personal y, que encuentren un camino como persona y mujer hecho a su medida (nunca mejor dicho).

En el caso de la bulimia, reforzar su identidad sexual, significa trabajar con la elección: la elección del tipo de hombre con el que se relaciona y al que se entrega, la elección del tipo de mujer que quiere ser, la elección del tipo de relación que quiere mantener con el mundo...Se ha pasado la vida deseando sentirse elegida, ahora tiene que plantearse sus criterios de selección. Evidentemente, el trabajo también girará en torno a la desdramatización y a la flexibilización (en este caso, sobre todo, de estereotipos sexuales), como en el caso de la anorexia pero, en la experimentación, la estrategia girará más alrededor de constituir unos límites de control (pensemos que muchas de ellas en algunas fases son ninfómanas) que de cierto tipo de habilidades de seducción (porque estas chicas ya lo son en sobremañera, cuando quieren). De todas formas, el estado de confusión es alto y les es difícil no lanzarse impulsivamente a modelos ya estandarizados.

Para finalizar este apartado se transcribe a continuación una carta que ilustra una técnica de entrar en contacto con las carencias. Se la envía Ingrid a su interior:

“Carta a mi interior:

*Nena he estado pensando que hace mucho tiempo que te quiero hacer desaparecer, pero **anulándote, no me escucho, me niego a sentirme, a ser yo. Y es que me da mucho miedo sentir. Sentir sufrimiento, sentir dolor.** Porque ¿quiénes somos tú y yo, sino un par de bobaliconas que todos pueden pisotear?. Cualquiera nos puede hacer daño. Pero por separado. Juntas, apoyándonos, nos podemos fusionar y ser muy poderosas. Me cuesta escucharte, pero me cuesta más luchar en contra de tuyo. Y estoy harta. **Escucharte quiere decir reconocer la debilidad y, a mí, la debilidad no me gusta.** Pero el ingenio y las estrategias que podemos conseguir juntas, ¡ostras! No las hemos probado. Y si lo hemos hecho, no lo recuerdo*

o quizás sí.

Nos hicieron tanto daño... Pero ahora con todo lo que sabemos, seremos más poderosas. ¡No lo notas mientras te lo estoy diciendo!. Pues si ahora lo podemos sentir y sentimos lo mismo, ¿por qué no paramos de darnos ostias?... Con mi padre ha funcionado, con mi hermana nos va super-bien. Mi hermano todavía resulta difícil. Y mi madre nos comprende a las dos muy bien. No es como nosotras, pero nos da cariño y mimos... Y nos habían dicho que eso era tan malo y ¡a nosotras que nos gustaba tanto...!.

*Negociemos, cede un poco y yo también cederé. Háblame, no te quedes callada y cuando explotes, no me ahogues. No te gusta que yo te lo haga, pues entonces no nos lo hagamos mutuamente. Si hemos conseguido cambiar a cuatro personas, ¿por qué no podemos cambiar el mundo en el que nos hemos encerrado y donde nos habíamos propuesto no dejar entrar a nadie?. La gente no es tan mala. Hay de todo, pero mostrándonos unidas, se nos acercarán buenas y malas. Lo único que tenemos que hacer es seleccionar mejor. Y si nos la pegamos ya aprenderemos. Pero esta cueva que nos hemos creado durante tantos años...¿No estás harta?. ¡Yo también!. Ves, en algo opinamos lo mismo y si nos escuchamos más mutuamente, seguro que encontraremos muchas más. No soportaba que fueras **tan sensible, que te demostraras tan débil** ante la gente, pero juntas aprenderemos. Cojámonos de las manos y dejémonos de tirar de la cuerda por lados diferentes, porque yo estoy harta de cicatrices de sufrimiento. No soporto ver como te destruyes porque te quiero, aunque no te lo haya dicho nunca y no soportaría perderte porque cuando sales y me haces bajar los ojos ante un chico que me sonríe, cuando te pones roja, cuando tonteeas aunque quiera demostrar que no me gusta, **me haces sentir femenina, con ganas de llegar a más, con ganas de vivir. Me puedo relajar, me haces sentir mujer, me haces sentir importante.***

Juntas podremos vivir y podremos compartir nuestros más íntimos secretos y nunca nadie, si no queremos, los sabrá. Podremos vivir como antes, saltar, jugar, distraernos juntas, imaginarnos historias de aquellas que nos gustan tanto y con las que jugábamos de pequeñas. ¿Te acuerdas?. Yo sí y ahora que pienso en ello, las añoro. Podíamos pasarnos horas así, y no necesitábamos ni siquiera comer. Comer, ves, hace rato que no pensábamos. La tenemos(a la comida) que ganar. Tenemos que unirnos. ¿De qué tienes miedo? Dímelo, yo casi no me acuerdo. Tan sólo pienso que no me quiero engordar. Pero tú sabes que es lo que me pasa de verdad, dímelo, me muero de ganas de saberlo. Entiendo que ahora no te fies de mí. Durante tantos años te he ligado, no te he dejado hablar. Pero dejo tiempo al tiempo, pero no demasiado, porque ya no podemos perder más... Hablemos, hablemos como lo hacíamos antes y juntas lo solucionaremos.

Encontraremos la salida.

Si yo me he atrevido a decirte que te quiero, da tú el segundo paso. ¡Ayúdame! Y nos ayudaremos. Recuerda que el primer paso es el que más cuesta y, ahora, ya lo hemos dado. Seguro que esta es la solución, seguro que esta es la luz. Cojámonos de la mano y salgamos juntas. No es el cojín que yo quería para tapar mi vacío, pero, en realidad, ahora veo que era a ti a quien quería y no me había dado cuenta hasta ahora. Pero no sé, me tienes que enseñar a estar contigo.”

Ingrid (Enero del 2000)

4.- **Discusión:**

Los Trastornos Alimentarios son tal vez, más que ningún otro, trastornos que influyen específicamente en el tema de la identidad (sobre todo, la anorexia restrictiva) en la que la incidencia social se hace evidente. Ahora bien, ¿cómo puede la sociedad influir de este modo tan dramático en el proceso de construcción de la identidad personal?.

Es de sobras conocido cómo en nuestra sociedad “**las personas se influyen unas a otras principalmente a través de pensamientos e ideas**” (Ferge, 1972). Como los constructivistas sociales han verificado ampliamente (Foucault, 1978; Moscovici, 1969, 1981, 1988; Gergen, 1982...), las representaciones sociales se pueden considerar estructuras de conocimiento que hacen inteligible la realidad física y social, entidades cognitivas simbólicas que están destinadas a descubrir lo real y ordenarlo. Son teorías que nos sirven para interpretar y ordenar la realidad.

En los trastornos alimentarios, partiendo de esta hipótesis se daría una *categorización de la mujer a través del constructo “esbelta/gorda”*, como modelo sociocultural, que llevaría a una identificación individualizada en un punto del continuum de este constructo, en gran parte de las mujeres del mundo occidental (al menos hasta que la identidad no está solidificada al margen de este valor social).

Bajo estas bases se crea lo que Devereux (1965) llama un **trastorno étnico**, que sugiere que en unas sociedades determinadas, sufren dicho trastorno aquellos individuos con mayor predisposición para ellos, en quienes en una época determinada del ciclo vital, inciden diversos factores específicos intervinientes (ser mujer, la adolescencia, las características familiares y su interacción, el mundo social en el que se mueve la persona, su historia genética y biológica).

De hecho en este tipo de trastornos, se manifiesta en sí mismo los valores de la sociedad en cuestión (preocupación por el cuerpo, la belleza, ...) y las personas que lo padecen, se diferencian simplemente en que llevan al extremo esos valores (forma desviada, que la sociedad suele etiquetar como loca), y en que utilizan la sintomatología como vehículo para la expresión de un espectro diverso de conflictos e inseguridades (aunque también puede ser la expresión de una psicopatología que encuentra en el discurso social una vía de salida). Lo que estamos diciendo es

que en las personas que padecen el trastorno, los síntomas sólo son más intensos que en el resto de la población y que, de hecho, el trastorno se presenta en muchas formas subclínicas como manifestación de una dificultad puntual del ciclo vital de la persona.

Ello junto a la propaganda preventiva, explicaría la gran eclosión de los trastornos alimentarios, hoy en día.

Nada más a discutir...El tipo de intervención requiere espacios más amplios. Los cambios en los valores sociales necesitan de predisposición y de muchísimo tiempo...

Las narrativas de la anorexia versan sobre la identidad de ser mujer en un contexto social determinado, en el que el cuerpo (sobre todo, el femenino) se convierte en un objeto "para el otro" 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. La anorexia aparece como un desarrollo posible en la encrucijada del momento evolutivo -la adolescencia- en el que se pone en juego la propia identidad sexual.

Bibliografía

- BOSKIND-LODAHL, M. (1976). Psychogene esstorunger und Anorexie in Senium. *Praxis in Psychotherapie*, 28, 170-180.
- BRUCH, H. (1973). *Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- BRUCH, H. (1976). The Treatment of Eating Disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 51 266-72.
- BRUCH, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- COWAN, C. & KINDER, M. (1988). *Las mujeres que los hombres aman. Las mujeres que los hombres abandonan*. Buenos Aires: Vergara.
- DALLY, P. (1969). *Anorexia Nervosa*. New York: Grune & Stratton.
- DEVEREUX, G. (1980). Normal and Abnormal. En G. Devereux (Ed.), *Basic problems of ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.
- DSM-IV. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- EICHEMBAUM, E. L. & Orbach, S. (1987). *¿Qué quieren las mujeres?*. Madrid: Hablan las mujeres.
- ERIKSON, E. H. (1958). *Young Man Luther*. New York: Norton.
- FERGE, G. (1972). The thought: a logical inquiry. En P. F. Strawson (Ed.), *Philosophical Logic*. Oxford: Oxford University Press.
- FOUCAULT, M. (1978). *Historia de la Sexualidad I: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FRIES, H. (1977). Studies on secondary amenorrhea, anorectic behavior and body image perception: Importance for the early recognition of anorexia nervosa. En R. Viersky (Ed), *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press.

- GARFINKEL, P. E. & KAPLAN, A. S. (1986). Anorexia nervosa: Diagnostic Conceptualizations. En Brownell, K. D. & Foreyt, J. P. (Eds.), *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- GARNER, D. M., GARFINKEL, P. E. & BEMIS, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3 – 46.
- GARNER, D. M., OLMTEDE, M. P. & GARFINKEL, P. E. (1983). Does anorexia nervosa occur on a continuum?. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 11-20.
- GERGEN, M. (1986). Narrative and the self as relationship. In L. Borkowitz (Eds.), *Advances in experimental and social psychology*. New York: Academic Press.
- GUIORA, A. Z. (1967). Disorexia: A psychopathological study of anorexia nervosa and bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 124, 391-3.
- LEONARD, L. S. (1985). *La dona ferita*. Roma: Astrolabio.
- LOEB, L. (1964). The clinical course of anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 5, 345-347.
- MOSCOVICI, S. (1969). The group as a polariser of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 125-135.
- MOSCOVICI, S. (1981). On social representation. En J. P. Forgas (Eds.), *Social Cognition: Perspectives on Everyday Understanding*. European monographs in social psychology, 26. London: Academic Press.
- MOSCOVICI, S. (1988). Le rappresentazioni sociali. En V. Ugazio (Ed.), *La costruzione della conoscenza*. Milán: Franco Angeli.
- NORWOOD, R. (1986). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: Vergara.
- ORBACH, S. (1981). *Fat is a feminist issue*. New York: Berkley Books.
- ORBACH, S. (1985). Visibility / invisibility: social considerations in anorexia nervosa – a feminist perspective. En W. Emmet (Ed.), *Anorexia nervosa and bulimia*. New York: Brunnel/ Mazel.
- PUBILL, M. J. (1994). *Anorexia nervosa y contexto social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.
- RUSELL, G. F. M (1972). Psychosocial aspects of weight loss and amenorrhea in adolescent girls. Comunicación dirigida al III *International Congress of Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology*, London, 593-5.
- RUSELL, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-48.
- VILLEGAS, M. (1997). Psicopatologías de la libertad II: La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- WHITMONT, E. (1998). *El retorno de la diosa*. Barcelona: Paidós
- WILLIAMSON, D.A., PRATHER, R.C. MICKENZIE, S.J. & BLOUIN, D.C. (1990). Behavioral Assessment procedure can differentiate bulimia nervosa, compulsive overater, obese and normal subjects. *Behavioral Assessment*, 12, 239-252.

ANOREXIA Y BULIMIA UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-EVOLUCIONISTA

Cecilia La Rosa

Istituto Terapia Cognitiva. Roma

The author describes a cognitive-developmental point of view of eating disorders. According to this model, eating disorders with a comorbidity with personality disorders show a D-disorganized-disoriented attachment pattern in the therapeutic relationship, that may become very unstable and turn into an agonistic system with elements of competition, anger, decrease of metacognitive abilities, acting out and, finally, lead to drop out.

The author proposes a model of intervention based on increasing cooperation and empathy and, if necessary, structuring a double-setting with colleagues following the same intervention perspective.

Key words: cognitive therapy, evolutionism, eating disorders, agonistic behaviour, double-setting.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de los trastornos de la conducta alimentaria se ha estudiado de forma extensa desde varias perspectivas teóricas. En el presente artículo se describe un modelo de intervención cognitivo-evolucionista que tiene en cuenta las contribuciones recientes de la investigación empírica sobre la infancia, los estudios sobre la Teoría del Apego y los estudios sobre los Sistemas Motivacionales Interpersonales. A estas aportaciones teóricas se añade una reflexión acerca de la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos y trastornos de la personalidad, con el objetivo de formular una visión “dimensional” del fenómeno. La aproximación dimensional permite plantear una hipótesis de “cura” basada en la correlación entre niveles de gravedad y distintos niveles de “desregulación” de la experiencia emocional en las relaciones interpersonales y en la relación terapéutica.

Sigue una breve introducción nosográfica y epidemiológica que contribuye a comprender la amplitud del fenómeno “trastorno de la conducta alimentaria” y resalta su lectura “dimensional”.

NOSOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

La nosografía de referencia corriente, la más reciente y utilizada en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria, es la del DSM IV TR (APS 2000), que contempla los diagnósticos principales de “anorexia nerviosa”, “bulimia nerviosa”, “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”. En la práctica clínica, es este último diagnóstico el que presenta más frecuentemente comorbilidad con algún trastorno de la personalidad. En el diagnóstico de “trastorno de la conducta alimentaria no especificado” confluyen los criterios descritos en el apéndice B del DSM IV para el diagnóstico del “trastorno por atracón”, en el cual se recogen todas las nuevas descripciones fenomenológicas aparecidas durante la última década que no cumplen por completo los criterios para la anorexia y la bulimia. Entre ellas, nos referimos al “*binge eating disorder*” (Spitzer, 1992), sujetos que realizan de forma intermitente atracones alimentarios excepcionales (comilonas), vividos egodistómicamente, sin poner en marcha conductas compensatorias para reducir o controlar el peso, y, además, el reciente diagnóstico de “*night eat syndrome*” que se podría traducir como “síndrome de las comidas nocturnas”, sujetos con una alteración de los ritmos vigilia-sueño que emprenden “atracones” nocturnos periódicos seguidos por trastornos del sueño y por restricción alimentaria durante el día.

La necesidad de definir el fenómeno del “trastorno alimentario” ha impulsado la utilización de diversos instrumentos de evaluación, desde sencillas fichas para la recogida de la información como, por ejemplo, el DSED, Diagnostic Survey for Eating Disorders (Johnson, 1985), hasta la muy utilizada EDE Eating Disorder Examination (Fairburn y Cooper, 1993), una escala clínica propiamente dicha que ha alcanzado ya la 12ª edición. La primera, la DSED, tiene el formato de una entrevista semi-estructurada de 12 secciones, y explora los aspectos demográficos, la historia del peso, la imagen corporal, el control de la dieta, los “atracones”, las conductas purgativas, el ejercicio físico, los comportamientos asociados, la historia sexual y menstrual, la historia médica y psiquiátrica y la historia social y familiar. Su objetivo es el diagnóstico y la formulación de un proyecto terapéutico adecuado.

La segunda, la EDE de Fairburn, es una escala de valoración de las más utilizadas, y evalúa la gravedad y la frecuencia de dos conductas fundamentales de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir, los excesos alimentarios y el control del peso. La escala se ha revelado un instrumento interesante para las investigaciones científicas sobre este fenómeno, y ha demostrado su validez desde el punto de vista discriminante y estadístico. Se ha desarrollado especialmente en relación a la evaluación de la bulimia, proporcionando hasta cuatro descripciones de excesos alimentarios, en base a la cantidad de la comida ingerida tanto objetiva, como subjetivamente, y a la sensación de pérdida de control, ofreciendo al clínico informaciones útiles sobre el fenómeno del “binge eating”.

Tanto más amplio se hace el fenómeno como más complejos se vuelven los intentos de encuadrarlos desde el punto de vista nosográfico y el fenomenológico,

manteniendo una visión tipológica de la patología, que a pesar de ser necesaria para la vertiente científica y descriptiva, crea unos límites que no se corresponden con la realidad polifacética de este tipo de trastornos.

Estimar la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria es bastante arduo, tanto por la variedad y la multiplicidad de niveles de gravedad del fenómeno como por la dificultad de evaluar las conductas “sumergidas”, es decir todas las situaciones límite no diagnosticables o no referidas que permiten vislumbrar una amplitud del problema superior a la demostrable por la investigación científica. Un estudio conjunto de los institutos de psiquiatría de Londres y de Boston, en que se examinan las bases de datos de 1988 a 1994, ha demostrado un incremento relevante de la detección de casos de bulimia nerviosa. La incidencia de casos en 1993 era de 12,2 por cien mil para la bulimia nerviosa y de 4,2 por cien mil para la anorexia nerviosa. El estudio muestra que la edad de mayor riesgo para desarrollar anorexia nerviosa es entre los 10 y los 19 años, donde la incidencia de la enfermedad alcanza un pico máximo de 34,1 casos por cien mil. La bulimia, en cambio, afecta mayormente a las edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, en las cuales alcanza un máximo de 56,7 casos por cien mil personas. Entre los 10 y los 19 años la incidencia de la bulimia es también muy elevada, alcanzando un pico de 41 casos por cien mil (Turnbull et al., 1998). Una revisión de los estudios epidemiológicos italianos sobre trastornos de la conducta alimentaria entre pre-adolescentes, adolescentes y jóvenes adultos (11-20 años), realizados entre 1988 y 1998, muestra una prevalencia del 0,5 por ciento para la anorexia nerviosa, del 1,0 por ciento para la bulimia nerviosa y del 3-14 por ciento para los trastornos de la conducta alimentaria atípicos, subclínicos o parciales (Di Pietro y Sorge, 2000).

COMORBILIDAD Y DIMENSIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Son muy frecuentes los estudios que asocian un trastorno de la personalidad a los trastornos alimentarios. La comorbilidad se refiere de forma variable a uno u otro diagnóstico en términos de gravedad y de inicio, y, a menudo es difícil establecer el predominio de un diagnóstico sobre el otro.

Los estudios examinados han mostrado predominantemente estas asociaciones:

Trastorno de la personalidad por evitación y diagnóstico de anorexia restrictiva (Díaz Marsà y cols., 2000).

Trastorno límite de la personalidad y diagnóstico de bulimia (Díaz Marsà y cols., 2000; Rosenvige y cols., 2000; Matsunaga y cols., 2000).

Trastorno límite de la personalidad y aumento del peso corporal, distorsión de la imagen corporal, obesidad (Sansone y cols., 2001).

Doble diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y trastorno alimentario (Zimmermann y Mattia, 1999).

Rosenvige y cols. (2000) han realizado una extensa investigación, utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV para la revisión de 28 artículos sobre la comorbilidad entre trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad, publicados entre 1983 y 1998. Los resultados ponen en evidencia una mayor asociación entre trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad con respecto a los grupos control con otro tipo de patología; el diagnóstico de bulimia se asocia más a menudo con trastornos de la personalidad del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y especialmente con trastornos límite de la personalidad; no se muestra, en cambio, ninguna diferencia entre anorexia y bulimia en relación a los trastornos de la personalidad del grupo C (por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo).

En definitiva, y aún quedándonos sencillamente con los diagnósticos efectuados con el DSM IV, asistimos a un mayor número de asociaciones diagnósticas entre trastornos de la personalidad y trastornos alimentarios, que indica la presencia de un contínuum entre el diagnóstico simple de anorexia y bulimia, las asociaciones entre trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad en el eje I y el eje II respectivamente, el diagnóstico principal de ambos en el eje I como síndromes establecidos y que se manifiestan simultáneamente, y, por último, el diagnóstico principal de “trastorno de la personalidad” en el cual los trastornos de la conducta alimentaria se consideran síntomas asociados.

Los diagnósticos y los síntomas varían desde formas menos graves de conducta alimentaria no adecuada hasta la real afectación de la personalidad del individuo, de manera que nos sugiere la posibilidad de una aproximación “dimensional” al trastorno, en contraposición a las anteriores aproximaciones tipológicas.

Liotti (2001) ya propone la aproximación dimensional y Davis y cols. (1997) proponen la dimensionalidad más en general como clave para entender la comorbilidad en los trastornos alimentarios, sugiriendo un contínuum entre factores de personalidad y preocupación por el peso y la imagen corporal.

En la aproximación cognitivo-evolucionista la dimensionalidad de la patología se entiende como variaciones del sistema motivacional del apego en cuanto a su “ubicación” en el eje “organización-desorganización”. En el ámbito de las relaciones interpersonales, el fracaso de las estrategias para activar el sistema de apego tendría funciones vicarias para la activación de otros sistemas motivacionales, como por ejemplo el agonístico. Para comprender la aplicación de este modelo a los trastornos de la conducta alimentaria se necesita una digresión sobre el modelo cognitivo-evolutivo.

EL MODELO COGNITIVO-EVOLUTIVO APLICADO A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La teoría cognitivo-evolutiva de los Sistemas Motivacionales Interpersonales (Liotti, 1994; véase también Liotti y Intreccialagli, 1992), junto al estudio de los

estilos (*o patterns*) de apego en los primeros años de vida (Ammanniti y Stern, 1992; Liotti, 1991) ofrece a muchos terapeutas las bases para la comprensión del comportamiento interpersonal.

Según la teoría cognitivo-evolutiva la conducta interpersonal humana se guía constantemente por un conjunto innato de Sistemas Motivacionales Interpersonales. A pesar de su base evolutiva, y por ello, innata, los Sistemas Motivacionales Interpersonales se plasman constantemente por medio de la experiencia tanto en su vertiente operativa como en cuanto a su mecanismo de activación y de desactivación. La mediación para la influencia de la experiencia sobre la base innata de los Sistemas Motivacionales Interpersonales la constituyen los “Modelos Operativos Internos” (M.O.I.), estructuras cognitivas referidas al sí mismo y a los otros.

De entre los Sistemas Motivacionales Interpersonales se distinguen de forma independiente: el “Sistema de Apego”, sistema que controla la conducta de demanda de cuidados, consuelo y protección; el “Sistema de Cuidados” recíprocos, que regula la conducta de ofrecimiento de cuidados; el sistema que gobierna la formación de la pareja sexual, “Sistema Sexual”; el sistema que regula la competencia por el poder en la relación, es decir, el que rige las “conductas agonísticas ritualizadas” dirigidas a definir los roles de dominio y de subordinación en los grupos sociales: “Sistema Agonístico”, según la terminología de muchos etólogos; el “Sistema Cooperativo”, que controla las conductas de consecución de un objetivo común. En cuanto a este último sistema, quisiéramos resaltar que se basa en una percepción interpersonal paritética: el sí mismo y el otro trabajan codo a codo para alcanzar una meta, enfatizando el interés común y compartido, mientras que las diferencias de competencias, de habilidades y de roles quedan en el “trasfondo” de la percepción interpersonal.

A cada uno de los Sistemas Motivacionales Interpersonales se asocian emociones específicas: la ansiedad de separación y la seguridad del consuelo recibido se asocian al sistema de apego; la ternura protectora, al sistema de cuidados; la ira competitiva, la vergüenza de la humillación y de la derrota, y el triunfo de la victoria, al sistema agonístico.

Es posible estudiar cómo estos Sistemas Motivacionales Interpersonales se alternan en la regulación de la conducta interpersonal, en función de señales activadoras específicas prevalentemente relacionados con la comunicación no verbal; por ejemplo, las lágrimas del niño activan el sistema de cuidados de la madre, el tono de voz elevado y hostil, el fruncir el ceño y la postura amenazante activan el sistema agonístico del interlocutor, etcétera.

Cada individuo va estructurando las relaciones recíprocas de activación de los propios Sistemas Motivacionales Interpersonales en base a los eventos personales que caracterizan el desarrollo de la personalidad: para unos, se desarrollará una propensión para la activación rápida del sistema agonístico (personalidades “agresivas”); para otros, en cambio, será el sistema de apego el que se active más

fácilmente en los distintos contextos interpersonales (personalidades dependientes); para un tercer grupo, el sistema de cuidados tenderá a regir gran parte de la vida relacional (personalidades “oblativas”); y así sucesivamente.

Cualquiera que sea la organización de las prioridades para la activación individual de los distintos sistemas motivacionales interpersonales, ningún ser humano podrá evitar la activación de cada uno de ellos cuando se encuentre en las situaciones que puedan desencadenarla.

La forma específica que adopte la activación de cada sistema motivacional interpersonal dependerá de la experiencia acumulada con anterioridad. Por ejemplo, la activación del sistema agonístico puede adoptar la forma del dominio imperioso (subrutina del dominio dentro del sistema) o la de la subordinación temerosa al otro (subrutina de sumisión). Es muy posible que al activarse el sistema agonístico la tendencia de una persona a percibirse como “destinada a la victoria” o “destinada a la derrota”, sea fruto de la experiencia vivida a partir de las primeras situaciones competitivas, más que de variables genéticas. Del mismo modo, en investigaciones ya conocidas, se ha demostrado que la forma de expresión del sistema de apego depende, incluso en el adulto, de las experiencias tempranas del niño con los padres, más que de cualquier factor innato (véase Ammanniti y Stern, 1992).

En el ámbito del sistema motivacional de apego, a través de importantes investigaciones sobre la reacción a la separación de la madre se han identificado cuatro modelos fundamentales llamados A, B, C, D (Ainsworth y cols., 1978). El modelo A también es llamado “inseguro-evitante”, el modelo C es llamado “resistente” en la terminología originaria de Ainsworth (1978), el modelo B, “seguro” y el modelo D, “desorientado-desorganizado”.

Para comprender los modelos A, C y D de apego “inseguro” hay que compararlos con el modelo de apego seguro (también llamado B). El niño B (es decir, con apego seguro), a los dos años de vida, puede protestar intensamente y de forma clara al ser separado de la madre, y también calmarse rápidamente cuando la madre vuelve y le ofrece consuelo. El niño A (inseguro-evitante) no protesta al ser separado de la madre y evita activamente una nueva aproximación. El niño C (inseguro ambivalente o resistente) sigue llorando y protestando cuando la madre, después de una separación, vuelve y se acerca para reconfortarlo, como si efectivamente mantuviera sentimientos opuestos de deseo y de rechazo del consuelo materno. Por último, el niño D, frente a la posibilidad de ser reconfortado por la madre al cabo de una breve separación, reacciona con un comportamiento falto de orientación y de organización, es decir, de manera incoherente y polivalente, por ejemplo, muestra al mismo tiempo actitudes de acercamiento y de alejamiento, o se bloquea como si estuviera bajo una especie de “trance”. (Véase Ammanniti y Stern, 1992; Liotti, 1994).

A estos estilos de apego del niño durante los dos primeros años de vida

corresponden unas actitudes determinadas y distintas por parte de las madres que les han cuidado: las madres de niños seguros pueden comprender rápidamente el significado de las señales emocionales del niño, así como sintonizar con ellos y responderles de forma adecuada; las madres de niños A (inseguros-evitantes) tienden permanentemente a rechazar o a ignorar las demandas de cercanía de los hijos; las madres de niños C (resistentes), en cambio, son imprevisibles y a menudo hipercontroladoras e invasivas en sus respuestas a las peticiones del niño de ser reconfortado; por último, las madres de niños D resultan excesivamente espantadas y/o atemorizantes para el niño para que les sea posible conectar con sus demandas de ser atendido y reconfortado (Liotti, 1994).

La transición de esta muy útil categorización tipológica hacia una aproximación dimensional pasa por la variación de la conducta del niño en relación a la figura de apego-cuidado a lo largo de dos dimensiones de la actividad mental. La primera es la de “seguridad-inseguridad”, que permite identificar los tres modelos de comportamiento B seguro, A inseguro y C inseguro resistente. La segunda dimensión está representada por el eje “organización-desorganización” del apego, que permite diferenciar los tres tipos organizados (A, B y C) del apego desorganizado o D. A la luz de los estudios efectuados en los últimos años y de la experiencia clínica, la presencia de un apego tipo D en un trastorno alimentario da lugar a una patología tanto más grave como más afectado esté el paciente en el eje “organización-desorganización”, dado que el apego desorganizado-desorientado es un precursor específico del trastorno de personalidad.

La secuencia diagnóstica comentada arriba se puede representar a lo largo de un eje imaginario que constituye la dimensión de la desorganización del apego, donde al diagnóstico simple de anorexia o de bulimia en el eje I corresponde un apego tipo C o A, inseguro resistente o inseguro evitante, y donde, aumentando la gravedad, el modelo D determina niveles crecientes de desorganización. A nivel de hipótesis, al diagnóstico de anorexia restrictiva con trastorno de personalidad por evitación (modelo de apego DA) seguiría el diagnóstico de bulimia con trastorno límite de personalidad (modelo DC) hasta llegar a niveles de desorganización del apego más intensos donde los trastornos de la personalidad con sus síntomas configuran el diagnóstico primario, y los síntomas alimentarios forman parte del conjunto de síntomas asociados a la patología principal.

La progresión de la desorganización del apego corresponde también a un cambio sustancial de los temas organizativos y de los Modelos Operativos Internos del paciente, que se vuelven cada vez más difuminados y menos claros, y, al mismo tiempo, las emociones relativas se hacen cada vez más incomprensibles para el paciente mismo. Los trastornos de la conducta alimentaria con una desorganización del apego ausente o de grado leve se manejan con temas organizativos bastante bien definidos: idealización-devaluación, crítica-juicio, y las emociones correspondientes de rabia, vergüenza, decepción y, secundariamente, tristeza. Los Trastornos de

la Conducta Alimentaria con una desorganización del apego paulatinamente más grave y una consecuente comorbilidad con trastornos de la personalidad, muestran una tendencia gradual a la multiplicidad de los temas organizativos, que, además de moverse entre la idealización, la decepción y la devaluación típicas de los trastornos alimentarios, se desplazarán hacia los temas más típicos de los trastornos de la personalidad como, por ejemplo, el miedo a ser abandonados, y aparecerán cada vez más difuminados y menos organizados. Todo ello provocará unos cambios emocionales muy rápidos entre la rabia intensa y la felicidad, y dificultades en el control de los impulsos.

El incremento progresivo del déficit de la capacidad para regular las emociones conlleva su emergencia imperiosa, y se caracteriza por una fuerte intensidad emocional tanto en la experiencia subjetiva como en la dimensión interpersonal. El paso sucesivo a estas experiencias emocionales dolorosas para el paciente con trastorno de la conducta alimentaria consiste en la puesta en marcha de intentos por manejarse a través, por ejemplo, de crisis bulímicas repetidas y vómito continuado o restricción de la alimentación llevada al extremo.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la formación de una relación interpersonal, y en particular de la terapéutica, se producen varios tipos de interacciones que confluyen no sólo en el sistema motivacional de apego, sino también en otros sistemas motivacionales específicos como el agonístico, el cooperativo y el sexual.

Manteniendo la visión “dimensional” propuesta anteriormente, sujetos con trastornos de la conducta alimentaria pueden haber estructurado en sus vidas modelos de apego a la madre del tipo C inseguro-resistente o A inseguro-evitante, con o sin asociación del modelo D desorientado-desorganizado. Como ya hemos comentado, un modelo D desorientado-desorganizado se asociará más fácilmente a un trastorno de la personalidad, y especialmente a un trastorno límite de la personalidad. La desorganización del apego temprano se convierte en un obstáculo para la organización de una visión unitaria de sí mismo con el otro, por lo tanto estos pacientes mantienen relaciones inconstantes y contradictorias, y en la relación terapéutica pasan fácilmente a otros sistemas motivacionales con funciones vicarias al sistema de apego.

Entre los otros Sistemas Motivacionales Interpersonales, el que más a menudo aparece en la relación con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es el “Sistema Agonístico”, es decir el sistema que regula las interacciones competitivas (La Rosa y Iannucci, 2000; Iannucci y La Rosa, 2001).

Al conceptualizar un apego inseguro y desorganizado en el desarrollo del niño como un problema para resolver, se identifica la activación de unas estrategias específicas para reducir el daño, a través de dos posibles modelos de solución: a)

seguir en la búsqueda de una base segura rigidificando la construcción ya por sí misma desadaptativa del sistema de apego, e incrementando las demandas incoherentes de cuidados, desvinculándolas progresivamente del contexto, y con repercusiones en el desarrollo de los demás Sistemas Motivacionales Interpersonales; o b) sustituir al modelo de apego el funcionamiento vicario de un sistema motivacional menos dañado, que se desarrolla precozmente y del que se espera resultados alternativos.

Las dos soluciones, que no se excluyen mutuamente, sino que, en parte, se superponen, llevan en todo caso a una rigidez constructiva de las habilidades sociales y afectivas y a un déficit metacognitivo. La experiencia clínica muestra que el sistema agonístico, el segundo sistema motivacional en desarrollarse de forma completa hacia el segundo año de vida, queda fácilmente involucrado en el desarrollo defectuoso del sistema de apego. De manera que, tanto si el sistema agonístico es vicario del sistema de apego, como si sencillamente precede la aparición del sistema de apego en terapia, la interacción principal entre terapeuta y paciente resultará agonística en las primeras fases de toma de contacto y vinculación, además de en las sucesivas de apertura y desvelamiento de temas y de memorias.

Desde el punto de vista clínico es interesante notar la marcada cualidad agonística de las relaciones con los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y con trastornos de la personalidad, en los cuales, como ya hemos mencionado, se detecta fácilmente la dimensión de inseguridad y/o de desorganización del sistema de apego.

Siguiendo la visión dimensional se podría decir que en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria el incremento de la afectación del sistema de apego en dirección de la desorganización corresponde a una cada vez mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad y a un aumento progresivo de la activación del sistema motivacional agonístico con funciones sustitutivas y vicarias en las relaciones interpersonales. Es decir, de forma más sencilla, que cuanto más se desorganiza el apego, tanto más se activa la competitividad.

El inadecuado predominio agonístico presente en las relaciones con estos pacientes tiene, por supuesto, consecuencias en la relación terapéutica, e influye en las variaciones de la técnica psicoterapéutica, que se orientará automáticamente hacia la necesidad de prever, manejar y reducir la intensidad agonística activada en la terapia. El sistema agonístico, con sus correlatos de rabia, vergüenza, humillación, rencor, triunfo, recriminación, huida, ruborización, confusión, desafío, críticas y enjuiciamientos, se convierte en un componente ineludible de la relación terapéutica con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La atención del terapeuta de orientación evolutiva se dirige a identificar la insurgencia de una transacción agonística, decodificando señales no verbales, relacionales, de contenido y de su propia reacción interior.

Esta visión dinámica de las interdependencias entre apego y agonismo parece mantener alguna analogía formal con la teoría de la cura psicoterapéutica de Weiss y de su grupo de investigación (Weiss et al., 1986). La teoría de Weiss sostiene que “los pacientes trabajan durante todo el curso de la terapia para desconfirmar las creencias patógenas, intentando inconscientemente ponerlas en tela de juicio en la relación con el terapeuta...” (Sampson, 1993). Según esta perspectiva, nuestros pacientes tienen un plan, y durante la terapia verifican sus creencias patógenas poniendo a prueba el terapeuta en la relación, a través de unos *tests*. Estos *tests* al terapeuta, bien ejemplificados por Weiss, pertenecen a menudo a categorías agonísticas de interacción, por ejemplo, provocación, amenaza de concluir la terapia, exageración, actividad repentina... Análogamente, el paciente con trastornos alimentarios con actitudes relacionales agonísticas acentuadas tiende con facilidad a imaginarse a sí mismo involucrado en una competición con el terapeuta, o siendo inevitablemente su víctima, activando comportamientos verbales y no verbales tales que le permitan ganar el desafío o, más a menudo, evitar la derrota, de la cual procederían desprecio, críticas o rechazo.

Por ejemplo, pensar de poder ser objeto de un intercambio agonístico con el terapeuta, interpretando sus indagaciones iniciales como una voluntad inquisitoria, sobre todo en la primera fase de la terapia, puede desencadenar conductas de evitación de los contenidos, dificultades para la revelación emocional, abandono, reticencia o protestas. Cada vez que el paciente se sienta a punto de hacer una revelación importante, cuyo relato es especialmente costoso porque el contenido “le da vergüenza” etcétera, es posible que, activando el sistema agonístico, realice un *test*, a fin de entender si el terapeuta le criticará y le juzgará o podrá acoger de modo neutral la comunicación y utilizarla de forma conjunta para entender sus dinámicas.

Dana es una mujer de 42 años, directora de una empresa, divorciada y sin hijos. Hace una demanda de psicoterapia dirigida a aclararse en su vida sentimental y especialmente en todo lo relativo a su dificultad para establecer relaciones duraderas y significativas. En el curso de la psicoterapia, al cabo de al menos dos meses, se pondrá en evidencia la existencia de un grave trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por bulimia y vómito autoinducido, que se manifiesta desde la adolescencia.

Dana es una mujer guapa, muy cuidada, hasta en los mínimos detalles, casi exageradamente. Además, por motivos de trabajo, debido a su imagen pública, tiene que cuidar notablemente su figura y la manera de vestir.

Desde la primera sesión no muestra ansiedad al hablar de su vida, y su manera de comunicar se caracteriza por la cordialidad, la simpatía, las habilidades sociales, la seducción y una distinción femenina. En el conjunto, la sensación es la de estar delante de una mujer muy competente y preparada, simpática y comunicativa, guapa y elegante.

La terapeuta desde un buen comienzo siente simpatía, curiosidad y un fuerte sentimiento de distancia emocional. La terapeuta se da cuenta de que los días en que tiene que ver a la paciente empieza a cuidar algo más su manera de vestir, y toma nota mentalmente.

Durante los primeros meses de la terapia se desarrollan los relatos de la historia de vida de la paciente y de sus difíciles y numerosas relaciones sentimentales. Se percibe una tensión creciente en la relación y la intensa exigencia de apertura por parte de la paciente, que, sin embargo, se encuentra bloqueada por un fuerte sentimiento de vergüenza y de miedo de ser juzgada. Al señalar con cuidado estas emociones, se abre la posibilidad para una revelación de la patología alimentaria, precedentemente negada y vivida en absoluta soledad. Declara que come desmesuradamente y que vomita desde hace años, sin embargo no se puede trabajar más allá sobre el trastorno de la conducta alimentaria porque la paciente es reticente, bosteza y lleva al fracaso cualquier exploración, tanto histórica como autorreflexiva. No recuerda el exordio de la sintomatología, no parece poder ponerla en relación con ningún evento, fracasa o ignora cualquier intervención del tipo del método cognitivo estándar (ABC), no sabe conectar ningún tipo de emoción con el síntoma: simplemente, cada vez que come, calcula racionalmente si atracarse o no, en función de las posibilidades posteriores de vomitar. Cómo y dónde vomitar son los únicos pensamientos que acompañan la conducta alimentaria. Hablar de ello le provoca manifestaciones de fastidio y genera estados disociativos caracterizados por distracción, fragmentación del discurso y somnolencia.

Al ser preguntada por su incomodidad responde negándola y justificándose, afirmando que no sabe en absoluto qué decir. Los estados disociativos y tipo trance de la paciente son tan intensos que contagian a la terapeuta, y ésta pierde el hilo del discurso, las intervenciones, la secuenciación lógica y el sentido, experimentando un fuerte sentimiento de ineficacia personal y de somnolencia que acompañarán a la terapia por más de dos años.

Sin embargo, la paciente parece mucho más tranquila al hablar de su vida sentimental, que mientras tanto se ha complicado a causa del inicio de una tormentosa historia sentimental con un hombre casado.

La situación sentimental la absorbe totalmente y la terapeuta no puede que seguirla, dada la imposibilidad de acceder a otras temáticas. La relación con este hombre se revela enseguida muy difícil: él, a pesar de su vínculo familiar, instauro con la paciente una relación exclusiva y controladora, al borde de la violencia y de la persecución. Mantiene una relación muy pasional y satisfactoria en el plan erótico, pero absolutamente tempestuosa: él está celosísimo, le controla los teléfonos y los desplazamientos, le

impide cualquier relación social, la insulta y la agrede verbalmente, y, a veces, incluso físicamente. Las principales acusaciones hacia la paciente son de infidelidad física y psíquica, y también intenta controlar sus pensamientos.

Durante la terapia la paciente habla exclusivamente de esta relación, que critica y condena, de este hombre al que también critica y de quien se queja constantemente, aun declarando una absoluta y para ella también incomprendible imposibilidad de separarse de él.

Los márgenes de intervención terapéutica son escasos, se perfila una analogía evidente entre este hombre y el padre de ella, posesivo y perseguidor, analogía patente también para la misma paciente, que, sin embargo, no aprovecha esta toma de conciencia, que se demuestra inútil y vacía de significado.

Las intervenciones empáticas y de soporte se aceptan, pero básicamente no surten efectos apreciables.

Durante los períodos en que la frustración procedente de la relación afectiva alcanza el máximo de intensidad, la paciente ataca la terapia y manifiesta su perplejidad acerca de la ausencia de cambio, lo que la terapeuta avala y señala como problema interpersonal, mostrando a la paciente su propia dificultad y el fuerte sentido de ineficacia experimentado en terapia.

Pasan más de dos años con márgenes de intervención aparentemente muy reducidos: la paciente lo decide todo: temas por tratar, retrasos, ausencias, quejas, críticas, desprecio; en consecuencia, actúa desde una posición absolutamente dominante. La terapeuta ofrece una participación intensa sobre todo en su dolor por las humillaciones continuadas perpetradas por el compañero.

La relación con este hombre se convierte en una extraña experiencia emocional correctiva, al interno de la cual la paciente experimenta emociones intensas de rabia, frustración, pasión, dolor y humillación, pero también univocidad de los sentimientos y adherencia, e inicia una revisión crítica de su propio comportamiento sexual anterior. La relación con este hombre, aunque violenta e hirpecrítica, se convierte en una especie de apoyo que la obliga a verse a sí misma, y ella empieza a experimentar y a contemplar la posibilidad de no mentir y de no esconderse incluso delante de sus aspectos negativos.

En terapia se señala y se refuerza este aspecto, también en términos de modelado por medio de frecuentes admisiones de ineficacia por parte de la terapeuta: la idea que se intenta transmitir a la paciente es que se pueden decir también las cosas negativas, las cosas que no se consigue hacer, las que no nos gustan de nosotros mismos.

El clima de terapia se vuelve más distendido y de colaboración, y para intentar incrementar la intimidad la terapeuta propone cambiar la forma de trato en tercera persona, usted, por el “tu” de la segunda persona, lo que es recibido en un primer momento con ambivalencia, luego aceptado con serenidad. Después de una de las muchas crisis con el compañero, Dana llega de repente a la consulta y empieza a contar que vomita más de tres o cuatro veces al día: no puede más, y por primera vez pide ayuda a la terapeuta sobre el síntoma. Empieza a confiar y a superar el sentimiento de vergüenza.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, esta paciente pone en marcha casi exclusivamente el sistema agonístico: lo activa con la terapeuta con la resistencia a hablar del síntoma, poniéndola constantemente a prueba, con críticas y ataques hacia la terapia, etcétera. La larga respuesta de la terapeuta consiste en poner de relieve la dificultad de la paciente para confiar, en mostrarle el predominio de la crítica sobre otros temas, y en proponerle constantemente una relación de colaboración y un trabajo de análisis acompañados por una intensa empatía. Además de la propuesta de colaboración, la terapeuta le ofrece participar y cuidarla en los momentos de crisis y de dolor intenso. Sin embargo, estos movimientos que se alejan del modelo competitivo y agresivo generan desorganización, confusión y alteración del estado de la conciencia, como si los demás sistemas motivacionales (apego, cooperación) se hubieran dañado masivamente y en edad temprana. La relación afectiva que la paciente establece también se organiza alrededor de una fuerte motivación agonística, en cuyo contexto experimenta, al igual que en la relación con el padre, la activación constante de una subrutina de sumisión. Cualquier forma de cooperación se invalida seguidamente, produciendo distancia y síntomas de tipo disociativo o respuestas agonísticas. La única alternativa vislumbrada por la terapeuta es la adopción de una posición agonística especular de sumisión, con sus relativos síntomas (sentimiento de ineficacia, somnolencia), la comunicación a la paciente de este sentimiento de incapacidad y la propuesta de la alternativa de cooperación en el seno de la relación, es decir, la lenta construcción de un clima de confianza por medio de la activación de los sistemas de cuidado y de cooperación, cuando la paciente lo permita. Muy lentamente la paciente va experimentando otro tipo de relación interpersonal en la cual las críticas no tienen peso ni influencia, sólo poseen una dimensión de dolor y de estancamiento. Al contrario, es un contexto en el cual se puede hablar de lo que se siente sin temor a reprensiones. Con gran lentitud la paciente se encariña con la terapeuta y con el uso del “tu”, de forma repentina se da cuenta de un vínculo y de la posibilidad de compartir, con lo cual puede por fin abrirse a la cooperación.

Toda la terapia se centra exclusivamente en la construcción de una relación cooperativa. El planteamiento agonístico inicial hace que los intentos por incrementar las capacidades metacognitivas de la paciente acerca del síntoma sean infructuo-

tos. La dificultad agonística de la paciente se ve relacionada con una desorganización del sistema de apego, que genera una puesta en marcha del sistema motivacional agonístico cada vez que se activa una relación interpersonal. Este modelo relacional desactiva fuertemente las capacidades metacognitivas de la paciente, que no puede reflexionar sobre sus síntomas y sobre su significado, dado que está demasiado implicada en el eje de la competitividad, y vive cualquier intervención de la terapeuta como una posible crítica. Una aproximación de este tipo a las relaciones interpersonales es característica, en diversos grados, tanto de los desórdenes de la conducta alimentaria como de los trastornos de la personalidad. Los trastornos alimentarios, son a mi manera de ver, la patología que más se aproxima y se interrelaciona con los trastornos de la personalidad, especialmente con las formas de relación interpersonal típicas de los trastornos límite, tanto es así que precisan primariamente y fundamentalmente una intervención terapéutica centrada, desde el principio y por largo tiempo, de forma exclusiva en la relación terapéutica y en su construcción.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, SISTEMA AGONÍSTICO Y METACOGNICIÓN

¿Qué ocurre cuando se desarrolla una relación terapéutica con una fuerte activación del sistema motivacional agonístico? La sensación primera y más importante, como en el caso de Dana, es que la terapia no avanza, se detiene y entra en una fase de estancamiento.

De hecho, si un paciente está ocupado en decodificar las señales que provienen del terapeuta en clave de crítica, de definición de los roles, de jerarquía o de poder en la relación, no podrá reflexionar sobre los significados de su sufrimiento personal, ni recibir las sugerencias del terapeuta como estímulos para incrementar la conciencia del síntoma. Todo ello se reflejará en una incapacidad generalizada por manejar las experiencias emocionales, que actualizarán ulteriormente los sentimientos de fracaso, típicos de una subrutina agonística de sumisión. El contexto emotivo aquí explicado se deriva de un déficit de las “capacidades metacognitivas”. Al hablar de capacidades metacognitivas nos referimos a la descripción de Semerari, es decir, a la presencia de capacidades autorreflexivas, a la capacidad de comprensión de la mente del otro –o descentración- y a la capacidad de *mastery* o dominio (Semerari, 1999).

Por otra parte, las capacidades metacognitivas se incrementan en el seno de una relación terapéutica cálida y de colaboración, así que el trabajo para construirla se vuelve prioritario en pacientes que presentan a la vez un trastorno de la conducta alimentaria y una patología *borderline*.

En el marco de la relación terapéutica el paciente vuelve a activar esquemas interpersonales típicos de sus experiencias tempranas y los dirige hacia el terapeuta. La ritualización de los esquemas en un contexto cálido y de colaboración, que no

valide el potencial patógeno de los esquemas mismos, favorece la toma de conciencia y la distancia crítica (metacognición).

La experiencia misma de una relación de colaboración determina una experiencia emocional correctiva que favorezca la toma de conciencia y el desarrollo de capacidades autorreflexivas (metacognición).

Estas dos afirmaciones presentan unos puntos de coincidencia fundamentales: para curar hace falta un clima cálido y de colaboración que genere un incremento de conciencia, lo que se traduce en un aumento de las capacidades metacognitivas.

Así, un proceso que altere la constitución de un clima paritético y de colaboración, desde el principio o en cualquier fase de la terapia, imposibilita automáticamente la construcción o la progresión de las funciones metacognitivas del paciente, y probablemente también las del terapeuta, cuyas capacidades de decodificación se podrían alterar.

Las capacidades metacognitivas aumentan con la activación del sistema cooperativo y ciertamente aumentan en una condición de apego seguro, como descrito por Fonagy, Main y otros estudiosos de la Infant Research (Fonagy, 1995; Main, 1990). Estos autores sostienen que existe una relación directa y una influencia recíproca entre apego y metacognición a lo largo de la vida: la metacognición se desarrolla en una condición de apego seguro, el apego a su vez se beneficia por las capacidades metacognitivas de los padres, especialmente por su capacidad por pensar el niño como ser pensante. Se puede entonces afirmar que las capacidades metacognitivas se incrementan por la activación del sistema de apego en la medida en que esta activación es capaz de evocar una respuesta de cuidado válida y reconfortante.

Al contrario, los sistemas que no favorecen y hasta detienen las capacidades metacognitivas son, sin lugar a dudas, el sistema agonístico y, en cierta medida, el sistema sexual.

Podemos entonces suponer una conexión entre sistema agonístico y metacognición según la cual a la activación del sistema agonístico sigue una ineficiencia de las capacidades metacognitivas, como sucede a menudo en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, para los cuales el tema de la crítica, dominante en las relaciones interpersonales, genera un estado de activación defensiva que impide pensar el otro como alguien distinto de un antagonista que juzga.

Lo mismo podría ocurrirle al terapeuta, que bajo la presión agonística activada por el paciente detiene temporalmente sus capacidades metacognitivas, al menos hasta que las señales de malestar personal se hagan suficientemente fuertes como para activar una autorreflexión que conduzca a decodificar el estado de la relación y, consecuentemente, a intentos de comunicación sobre los estados emocionales y sobre la relación, a fin de aumentar la conciencia propia y del paciente acerca de estos temas.

El constante monitoraje del “estado motivacional” de la relación terapéutica podría ser un factor clave para no perder demasiado frecuentemente los efectos benéficos de las funciones metacognitivas de la pareja terapéutica. Por ejemplo, en una pareja terapéutica bien coordinada, las “bajadas” de sintonía y la activación de otros sistemas motivacionales se convierten fácilmente en señales percibidas por ambos y son dirigidas hacia la identificación de áreas problemáticas aún no resueltas.

ABANDONO Y DOBLE ENCUADRE EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el contexto cognitivo-evolutivo que hemos esbozado, el sistema motivacional agonístico facilita interacciones de enfrentamiento, desafío o puesta a prueba entre paciente y terapeuta. Se trata de lo que desde otros paradigmas se puede describir como lucha por el poder en la relación, conquistar una posición *up* en el sistema, controlar temas y tiempos de la terapia, operar con una transferencia especular narcisista, volver simétrica la relación... Estas descripciones suponen una dimensión conflictiva que no favorece la psicoterapia, y que, sin embargo, a menudo constituye el terreno principal, o al menos inicial, de encuentro y de cura. Es importante salir de ese terreno cuanto antes, controlando atentamente el curso motivacional de la relación terapéutica. El riesgo técnico de mantener por largo tiempo e inconscientemente una relación agonística se paga no sólo con la validación de esquemas interpersonales desadaptativos para el paciente, sino también con la reducción de las capacidades metacognitivas en el ámbito de esa relación específica, es decir, con una pérdida de eficacia de la terapia. Además, la persistencia de un clima agonístico en la sesión obstaculizará las posibilidades de negociación de la alianza terapéutica, entendida como expresión de empatía y como proceso continuado de definición de unos objetivos compartidos y cada vez más significativos (Safran y Muran, 2000). Tanto es así, que la posibilidad de renegociar metas cada vez más razonables y menos elusivas es una actividad importante en la terapia con pacientes de trastornos alimentarios y de trastornos de la personalidad, cuyas capacidades de autorreflexión y de metacognición están mayormente dañadas.

Aceptar la configuración agonística inicial de la relación contribuye a construir el objetivo cooperativo en psicoterapia, pasando por su identificación y negociación.

Mucho más frecuentemente, sin embargo, la activación de un Modelo Operativo Interno desorganizado en el contexto de la relación terapéutica y la transición consecutiva a otros sistemas como el agonístico o el sexual puede llevar a consecuencias dramáticas, incluso a la interrupción de la terapia.

Los pacientes con anorexia y/o bulimia grave, trastornos de la personalidad y síntomas disociativos evidentes, durante la construcción de una relación terapéutica

vuelven a activar hacia el terapeuta los modelos operativos internos que han caracterizado su historia de apego. Cuando el modelo que se reactiva es un modelo desorganizado, el paciente inicia un proceso de elaboración de las informaciones y de la relación igualmente desorganizado, con las dimensiones emocionales relativas, es decir, caóticas, intensas y contrastantes. Todo puede contribuir a un rápido abandono de la misma terapia con fines defensivos: alternancia rápida de emociones positivas y negativas hacia el terapeuta, exasperación de los síntomas, experiencias disociativas desestructurantes.

Las interrupciones de la terapia con pacientes graves con trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes, y a menudo están motivadas por la imposibilidad del paciente para reflexionar sobre y verbalizar el estado emocional en que precipita con tanta rapidez.

En otras palabras, existe una correlación entre activación del sistema de apego desorganizado y frecuencia de abandono de la terapia, todo ello motivado por el incremento del estado de angustia del paciente y, a la vez, por la disminución de sus capacidades metacognitivas.

Linehan (1993) ha recientemente propuesto una posibilidad de prevención de los abandonos de la terapia con estos pacientes graves. La “terapia dialéctica conductual” de Linehan persigue el cambio terapéutico por medio de la construcción de un contexto altamente “validante” para el individuo, a través de una serie de estrategias dialécticas y de una fuerte alianza terapéutica. El encuadre prevé el uso de una co-terapia de grupo e individual con una supervisión constante de los terapeutas, que adhieren al mismo modelo de intervención, y por ello pueden mantener una comunicación eficaz entre sí.

Acerca de los trastornos de la conducta alimentaria el desarrollo paralelo de una terapia individual y de otra relación terapéutica con un compañero de la misma orientación, que se ocupa por ejemplo de los aspectos nutricionales, dietéticos, farmacológicos y psicoeducativos (diario de ingestas, etcétera) genera notables sinergias e incrementa más rápidamente las capacidades metacognitivas del paciente. La posibilidad de experimentar un diálogo cooperativo de varias voces donde la invitación a la autorreflexión sobre los síntomas y sobre el significado de las emociones interpersonales se lleva a cabo de forma continuada y unívoca contribuye a la integración más rápida de los elementos disociados de la vida psíquica del paciente y disminuye el riesgo de abandono de la terapia.

La autora aplica el modelo teórico-clínico cognitivo-evolutivo a los trastornos de la conducta alimentaria. Según esta perspectiva, los trastornos de la conducta alimentaria comórbidos con trastornos de la personalidad presentan una mayor prevalencia entre el modelo de apego D desorientado-desorganizado. La puesta en marcha del sistema apego en la relación terapéutica genera una reactivación del modelo desorganizado y da paso a la aparición del sistema agonístico como forma vicaria de la relación terapéutica, que se vuelve compleja, fragmentaria y, a menudo, se plantea de manera competitiva, dando lugar a acting outs e incluso a frecuentes abandonos de la terapia. La autora propone un modelo de intervención que tiene en cuenta estas dinámicas y sugiere la necesidad, en casos especialmente graves, de utilizar un doble encuadre terapéutico estructurado en función del paciente.

Palabras clave: evolucionismo, cognitivismo, trastornos alimentarios, agonismo, apego desorganizado, co-terapias.

Traducción: Maria Monini

Nota Editorial: El presente artículo apareció publicado en la Revista *Psicobiettivo*, 3, 13-29 (2201), con el título “Anorexia Bulimia: Una prospettiva cognitivo-evoluzionista” Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E. & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale (NY): Erlbaum.
- AMMANNITI, M. & STERN, D. (1992). *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *DSMIV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson.
- DAVIS, C., CLARIDGE, G. & CERULLO, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: a continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31 (4), 467-480.
- DÍAZ MARSÀ, M. & CARRASCO, J.L. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), 352-359.
- DI PIETRO, G. & SORGE, F. (2000). Disturbi del comportamento alimentare in Italia: revisione degli studi epidemiologici. *Minerva Psichiatrica*, 41 (3), 145-153.
- FAIRBURN, C.J. & COOPER, Z. (1993). The eating disorders examination (12th edition). En: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp.3-14). Nueva York: The Guilford Press.
- IANNUCCI, C. & LA ROSA, C. (2001). Rapporti tra Sistema Motivazionale Agonistico e Relazione Terapeutica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4 (8), 8-42.
- LA ROSA, C. & IANNUCCI, C. (2000). *Il sistema motivazionale agonistico*. Roma: APC.
- LA ROSA, C. & LIOTTI, G. (1995). La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base dei sistemi motivazionali interpersonali. *Psicobiettivo*, 15 (1), 11-24.
- LINEHAN, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milán: Raffaello Cortina.
- LIOTTI, G. (1991). Patterns of attachment and the assessment of the interpersonal schemata. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5 (2), 105-114.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: la Nuova Italia.
- LIOTTI, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milán: Raffaello Cortina.

- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1992). I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica. En Sacco, G. & Isola, L. (Eds.). *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*. Roma: La Melusina.
- MATSUNAGA, H., KAYE, W.H., McCONAHA, C., PLOTNICOV, K., POLLICE, C. & RAO, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (3), 353-357.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. Nueva York: The Guilford Press.
- SAMPSON, S. (1993). Prefación en Weiss, J. *How psychotherapy works*. Nueva York: The Guilford Press. (Trad. italiana: *Come funziona la psicoterapia*. Turin, 1999, Bollati Boringhieri).
- SANSONE, R.A., WIEDERMAN, M.W. & MONTEITH, D. (2001). Obesity, brderline personality symptomatology and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (1), 76-79.
- SEMERARI, A. (1996). La relazione terapeutica. En Bara, B. *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Milán: Boringhieri.
- SEMERARI, A. (1999) (Ed.). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milán: Raffaello Cortina.
- ROSENVIGE, J.H., MARTINUSSEN, M. & OSTENSEN, E. (2000). The comorbidity of esting disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disorders*, 5 (2), 52-61.
- SPITZER, R.L., DEVLIN, M.J., WALSH, B.T., HASING, D., WING, R., MARCUS, M.D., STUNKARD, A., YANOVSKY, S., WADDEN, T., AGRAS, S., MITCHELL, J. & NONAS, C. (1992). Binge eating disorders: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- WEISS, J. & SIMPSON, H. (1986) (Eds.). *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. Nueva York: The Guilford Press.
- ZIMMERMAN, M. & MATTIA, J.I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 40 (4), 245-252.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayón Cobos, Mar Gómez, Leonor Pantinat Giné, Ramón Rosal Cortés.

Consejo Editorial: Alejandro Avila, Cristina Botella, Lluís Botella García del Cid, Isabel Caro, Guillem Feixas Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, José Luis Martorell, Mayte Miró, José Navarro, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Jaume Sebastián, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2005 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

- A.- Suscripción para el año 2005 (números 61-64): 40 euros.** (IVA incluido).
Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 57-60).
- B.- Suscripción al *resto de la colección* desde principios de 1990 hasta finales de 2005. Oferta por 200 euros.** (IVA incluido).
Comprende la suscripción para el año 2005 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.
- C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros.** (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S.L.)
C./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

ANOREXIA Y BULIMIA: NUEVAS TENDENCIAS DESDE LA ÓPTICA SISTÉMICA

Luigi Onnis, Angela Maria Mulè, Agostino Vietri
Istituto Terapia Familiare, Roma

Authors underline that the new modalities of dealing with anorexia and bulimia, in the systemic field, are connected with two types of factors: the first concerns the epidemiological evolution of these disorders, (F.I. the current prevalence of bulimic troubles); the second concerns the profound epistemological renewal that, in the last 20 years, has been interesting the systemic perspective.

This renewal has proposed new interpretations of the anorexic patients' family, seen as a complex system in which multiple systemic levels are interconnected: a level of interaction models, a level of histories, in a trigenerational dimension, a level of myths ("myths of unity" and "phantoms of break-up").

Consequently even the therapeutic strategy has become more complex.

A clinical example is presented which shows how, in this new perspective, the anorexic symptom is enriched by new meanings, and the therapeutic intervention becomes more complex and articulated, often using an analogical and metaphorical language (the "Sculptures of Family Time").

Finally the synthetic presentation of the preliminary data of a controlled clinical research, shows how, in the treatment of anorexia and bulimia, the best results are obtained with multidisciplinary and integrative therapeutic strategies (and therefore "systemic" in a large sense of the term).

Key words: anorexia, bulimia, systemic epistemology renewal, myths of unity, phantoms of break-up, sculptures of family time, optic of complexity, integrative therapeutic strategy.

En la última década, la orientación sistémica ha abordado la compleja problemática de la anorexia y de la bulimia desde perspectivas y tendencias nuevas, que nacen indudablemente de dos componentes: el primero se relaciona con las transformaciones epidemiológicas y clínicas que han caracterizado en tiempos recientes el panorama abigarrado de los trastornos alimentarios mismos; el segundo, consiste en la profunda renovación epistemológica que ha afectado el modelo sistémico en los último veinte años.

Antes de profundizar en este segundo componente, que se relaciona más estrechamente con nuestro discurso, veamos sintéticamente el primero.

PREMISA: UNA MIRADA A LA EPIDEMIOLOGÍA

Todos los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria realizados en las distintas regiones del mundo occidental muestran no sólo una tendencia global al incremento de estos desórdenes (tanto es así que algunos autores empiezan a hablar de trastornos con carácter de “epidemia social”), sino también una nueva configuración fisonómica de la manifestación clínica de los trastornos mismos: las formas de anorexia tienden a reducirse y las bulímicas tienden a aumentar.

Un ejemplo para todos lo representa el importante estudio de Turnboll y cols. (1996), que refleja una incidencia de la bulimia tres veces superior a la anorexia restrictiva, y un incremento paralelo de las formas de anorexia/bulimia masculinas. Esta tendencia está confirmada por todas las investigaciones, ya numerosas, sobre el argumento: en una muestra de la población italiana entre los 15 y los 20 años, Cuzzolaro (1993) constata la presencia del 0,4% de anorexia restrictiva frente al 1,2% de formas bulímicas con vómito autoinducido (para una reseña más completa de estos estudios, ver Onnis y cols., 2001).

Esta evolución clínica puesta en evidencia por los datos epidemiológicos ciertamente guarda relación, por su magnitud, con un proceso general de transformaciones del contexto socio-cultural más amplio. En particular, se pueden subrayar dos niveles de influencias: por un lado las referidas a los cambios de la condición y del rol femeninos, y por el otro, las que proceden de forma más general de una sociedad en transformación, en que el rápido cambio de modelos, hábitos, mitos e imágenes favorece también la evolución de las manifestaciones a través de las cuales se expresa el malestar. La expresión del disenso que domina el mundo juvenil de los años 70 y que halla en la radicalidad del rechazo anoréxico su imagen especular, se sustituye en los años 90 por formas de adaptación existencial más enmascaradas, aunque no menos dolorosas, que se manifiestan en la ambivalencia del ciclo constante “comer-vomitarse”, la conducta de aceptación-expulsión de la paciente bulímica. Mas no es este el contexto adecuado para profundizar en estas consideraciones (véase para ello Onnis, L., Modesti Pauer, C. et al., 2000), que sólo pretenden poner de relieve que la influencia de estos posteriores elementos socio-culturales en los trastornos de la conducta alimentaria, y en consecuencia la evidente complejidad del fenómeno, exigían instrumentos interpretativos y operativos igualmente complejos.

La orientación sistémica debía enriquecerse en complejidad para estar a la altura de esta y de otras tareas.

De hecho, en los últimos veinte años se ha producido un profundo proceso de evolución epistemológica que ahora quisiéramos describir sintéticamente.

DESARROLLOS EPISTEMOLÓGICOS DEL MODELO SISTÉMICO

Los aspectos relevantes que marcan este proceso son esencialmente tres:

a) Un primer aspecto tiene que ver con la superación de los *modelos homeostáticos*, todos ellos centrados en el concepto de estabilidad del sistema y en el estudio de las interacciones observables, en favor de *modelos evolutivos y constructivistas*. Los primeros introducen la dimensión del tiempo y de la historia en un sistema que, de otra forma, corre el riesgo de ser reducido al nivel puramente sincrónico del “aquí y ahora”; los segundos, evitan una evaluación mecánica del sistema como conjunto más o menos funcional de modelos interactivos (evaluación influenciada por la cibernética de primera generación, todavía tan impregnada de implicaciones conductuales). En consecuencia, se plantean interrogantes acerca de las motivaciones, de las intenciones y de las atribuciones subjetivas de significado que caracterizan y justifican las actuaciones humanas. Así es como aparecen en la escena sistémica los individuos con su subjetividad, y *el territorio de las relaciones reales se abre al mundo de las relaciones representadas*. Efectivamente, al desplazar la atención de la pragmática de las interacciones observables a la semántica de los comportamientos, los terapeutas familiares se encuentran delante de esa “caja negra” que la primera cibernética había considerado irrelevante o insondable; tienen que confrontarse con un nivel más profundo y oculto que el nivel de los modelos interactivos, un “mundo interno” y familiar en que los individuos participan intensamente y al que podríamos llamar “nivel mítico” (Caillé, P., 1990, Onnis, L. et al., 1994a, 1994b; Neuburger, R., 1995). Los terapeutas familiares se dedican entonces a explorar y a reconstruir estos “mitos familiares”, cemento emocional profundo de las familias, constituido por valores, creencias y afectos compartidos, y que introducen una dimensión trigeracional. Se recupera de esta forma una historia pasada, no en el sentido de que el pasado “causa” el presente, sino que el pasado está en el presente y sigue viviendo en el presente, a través de mitos y de fantasmas familiares compartidos.

b) El segundo aspecto que caracteriza la renovación epistemológica de la psicoterapia sistémica consiste en la caída de la ilusión del terapeuta como observador *externo y neutral*, impulsada por la primera cibernética, en favor de una concepción que vuelve a integrar al terapeuta en el sistema terapéutico y le hace corresponsable en la función de *co-construir* la realidad terapéutica. Esta concepción es referible a la “*segunda cibernética*” de H. Von Foester (1987), a los “sistemas de auto-observación y autorreferenciales” de Maturana y Varela (1985), y su precursor fundamental es Bateson, (1976), con su concepto de “psiquiatría reflexiva”. Esta transición de la primera a la segunda cibernética, o, más específicamente, de una epistemología de la descripción a una epistemología de la construcción, tiene una especial importancia porque interesa directamente la relación terapéutica. Efectivamente, si el terapeuta abandona el mito de la “neutralidad” y de la “distancia”, no sólo pierde el presupuesto de un conocimiento objetivo

de la realidad terapéutica entendida como “verdad absoluta”, sino que también tiene que renunciar a la pretensión de controlar el proceso terapéutico y de prever sus resultados. Su función es, sobre todo, la de introducir elementos de mayor complejidad en el sistema, y así aumentar sus posibilidades de elección, sin embargo, el mismo sistema y los individuos que lo constituyen serán los actores que crearán las formas y las direcciones, del todo imprevisibles, de su propio cambio. Estas reflexiones explican por qué actualmente en la terapia sistémica las actitudes terapéuticas de tipo directivo o rígidamente prescriptivo dejan paso a actitudes dialógicas, y por qué la empatía, la sintonía emocional entre el terapeuta y la familia, y cada uno de sus miembros, se considere esencial para la constitución de la alianza terapéutica.

c) El tercer aspecto que marca la evolución epistemológica de la orientación sistémica es el encuentro con la *óptica de la complejidad* (Morin, 1983). Ésta propone que en cada realidad humana existe una pluralidad compleja de niveles, que, a pesar de mantener su propia autonomía, presentan influencias circulares y puntos de intersección (Onnis, 1989b y 1994a). Esto significa que los modelos de interacción y los mitos familiares, las relaciones reales y las representadas, y el presente y el pasado, no constituyen niveles contrapuestos y separados, como proponen algunas concepciones reduccionistas y dicotómicas, sino complementarios. El objetivo del proceso terapéutico consiste, entonces, en recuperar no tanto el sentido holístico de una “totalidad” inalcanzable, sino el sentido de esta articulación compleja de la realidad humana. Si queremos que el cambio terapéutico no sea efímero debe relacionarse con respuestas terapéuticas que no ignoren esta complejidad.

EL SISTEMA FAMILIAR DE LAS PACIENTES ANORÉXICAS Y BULÍMICAS A LA LUZ DE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS

Obviamente, esta profunda renovación epistemológica que interesa la orientación sistémica modifica también los análisis interpretativos y las descripciones que los terapeutas empiezan a proponer a las familias (Ver Selvini Palazzoli et al., 1997, Onnis et al., 2000).

A medida que los terapeutas familiares van explorando el mundo interno, individual y familiar, y penetran esa “caja negra” que la primera cibernética había puesto entre paréntesis, a medida que la subjetividad de los individuos adquiere importancia en la escena sistémica, y a medida, que los terapeutas familiares proponen estas nuevas orientaciones interpretativas, empiezan a surgir también nuevas “representaciones” de los sistemas familiares.

La familia es descrita entonces como una realidad “compleja”, como una articulación compleja de niveles distintos pero complementarios y que se influyen mutuamente en un proceso circular.

Por lo que concierne específicamente el sistema familiar de las pacientes

anoréxicas y bulímicas, describiremos los siguientes tres niveles: los modelos de interacción, y las historias y los mitos, y pondremos en evidencia sus intersecciones y sus influencias recíprocas.

a) Modelos de interacción

Existen numerosas investigaciones sobre la organización relacional del sistema familiar de las pacientes anoréxicas y bulímicas, algunas de las cuales ya son clásicas (Minuchin y cols., 1980; Selvini Palazzoli, 1981).

De los datos de nuestros estudios (Onnis, 1985, 1988, 1994) se desprende que no es posible definir una “tipología” unívoca de la estructura familiar: hemos constatado variables múltiples y situaciones específicas insuprimibles que no permiten encuadrarlas en esquemas demasiados rígidos.

Sin embargo, de entre los modelos de interacción, ya subrayados en investigaciones recientes, algunos nos han parecido especialmente redundantes y merecedores de atención por sus posibles correlaciones con la aparición y la cualidad del síntoma anoréxico. Mencionaremos dos de ellos:

- el primero consiste en una marcada labilidad de los límites entre los individuos y entre los subsistemas generacionales, que hace posible una constante intrusión en los “espacios” físicos y sobre todo psicoemocionales de los individuos, reduciendo notablemente cada ámbito privado y autónomo. Se comprende, entonces, que esta escasa o inexistente demarcación de límites dentro de un “cuerpo familiar”, que parece presentarse como un amalgama indiferenciado, pueda crear dificultades inevitables en los procesos de individuación y de diferenciación, y permita una primera justificación de esas necesidades exasperadas de control que frecuentemente caracterizan la experiencia de las pacientes anoréxicas, esa exigencia de no dejarse invadir por elementos externos y que halla en el rechazo a la comida una defensa extremada y ambivalente;
- el segundo modelo de interacción que hemos apreciado de forma redundante en las familias de las pacientes anoréxicas es el que tradicionalmente se presenta con el nombre de “evitación del conflicto”. Con este término no hay que entender la ausencia de tensiones conflictivas, sino la dificultad o la imposibilidad por hacer que éstas lleven a una más clara y madura definición de las relaciones, por la tendencia a no aportar al conflicto soluciones que favorezcan los procesos de diferenciación o, además, por la frecuencia con que el conflicto se desvía hacia áreas más “neutrales” o menos amenazantes, entre éstas, y de forma privilegiada, las dificultades alimentarias de la paciente, ocultando cualquier otro problema.

Éste es el motivo por el cual ese extremo intento actuado por la anoréxica con el rechazo del alimento aparece como un intento atormentado, y a menudo desesperado, por la diferenciación, y, sin embargo, se queda en una protesta muda, confinada en el ámbito de lo implícito, del no-dicho. No porque no resuenen en la paciente vibraciones emocionales o le falten capacidades de simbolización, según

el concepto clásico, pero demasiado simplista, de “alexitimia” (ver Onnis y Di Gennaro, 1987), sino porque la anoréxica se ve obligada a conformarse con un lenguaje familiar, podríamos tal vez llamarle lenguaje del “cuerpo familiar”, que censura y veta la explicitación de cualquier conflicto.

Aquí encontramos, entonces, una segunda justificación del síntoma anoréxico, que aparece en toda su ambivalencia paradójica: intento doloroso y a menudo apabullante de introducir tensiones conflictivas y diferencias provocadoras en un sistema familiar que parece prohibirlas rígidamente, y que acaba por relegarlas, a través de un problema de nutrición, en un mundo infantil, para todos el más seguro y protector.

b) Historias familiares

Por supuesto, esta trama relacional tendría escaso significado si no estuviera enmarcada en una historia, si no se intentara reconstruir el proceso de su organización en el tiempo. Así mismo, bajo este punto de vista cualquier generalización es arbitraria, dado que nada tiene una especificidad tan singular como la historia de una familia.

Sin embargo, aquí también se encuentran redundancias interesantes. Explorando las historias familiares, de hecho, encontramos con frecuencia áreas profundas de conflictos no resueltos, no declarados y no afrontados en la relación conyugal, caracterizada por una grave insatisfacción recíproca. También encontramos, de forma paralela, esas alianzas transgeneracionales que involucran la anoréxica en coaliciones con un progenitor contra el otro, en que la paciente se convierte en un instrumento de lucha conyugal críptica y secreta (se trata de las dinámicas llamadas “juegos de instigación” por Selvini Palazzoli y cols., 1988, en una fase de su investigación).

La crisis anoréxica a menudo coincide con la decepción de la adolescente cuando, más o menos conscientemente, advierte que ha sido un “instrumento” más que una persona. Como veremos más adelante, los sentimientos de inadecuación, de frustración y de desvalorización que, bajo una máscara de eficiencia, caracterizan la experiencia personal de la adolescente y reproponen inevitablemente necesidades de dependencia, también nacen de estos complejos vínculos familiares.

Son estas implicaciones profundas, que se van estructurando a lo largo de una historia familiar y que a menudo quedan totalmente encubiertos, las que nos han impulsado a explorar los “mitos” de estas familias, una de las áreas de mayor interés de nuestra investigación clínica.

c) Mitos y fantasmas familiares

Los datos de nuestra investigación, todavía en curso acerca estos aspectos, ponen de relieve que frecuentemente se trata de *mitos de unión familiar*, como valor supremo que hay que preservar a toda costa, mitos cohesivos rígidos que mantienen,

por supuesto, una especificidad en relación a la singularidad de las historias familiares, y que, sin embargo, a menudo están acompañados de manera especular por los que hemos llamado “fantasmas de ruptura”, es decir, por temores que cualquier movimiento de autonomía o de separación, cada instancia para crecer o para distanciarse pueda representar una disgregación catastrófica de la unión familiar, antes que una transformación evolutiva de los vínculos afectivos. Veremos a continuación de qué manera exploramos estos mitos y fantasmas.

Sin embargo, ya nos parece posible proponer algunas reflexiones. Por empezar, es de especial importancia señalar que, a la luz de esta trama mítica, adquieren significado las dinámicas interactivas descritas anteriormente, que la escasa demarcación de límites encuentra una nueva atribución de sentido bajo el lema de los valores cohesivos de unión, y que la imposibilidad por explicitar y por resolver el conflicto se justifica por los temores profundos de ruptura y de pérdida irreversible, que bloquea los procesos de diferenciación.

Los dos niveles, el fenomenológicamente observable de los modelos interactivos y el más encubierto y profundo de los mitos y de los valores compartidos, no sólo mantienen una correlación recursiva, sino que se refuerzan mutuamente en un vínculo de coherencia.

Además, y de manera específica, mitos rígidos de unión y fantasmas de ruptura justifican e iluminan de significado el bloqueo evolutivo de un sistema en que la angustia de separación y de pérdida parece impedir cualquier proceso de transformación, congelando la familia en una especie de mítica “detención del tiempo”.

Algunos autores de orientación psicodinámica han definido la anorexia “experiencia del tiempo suspendido”, haciendo referencia al intento ilusorio de “suspender” la problemática transición por la adolescencia (Ferro y cols., 1992). Pero esta experiencia subjetiva de la paciente encuentra una correspondencia extraordinaria con una dificultad del núcleo familiar entero para realizar el paso de una fase a otra del ciclo vital, donde el vínculo a un mito que no se puede transgredir parece hipostasiar la familia en un eterno presente sin futuro: una “suspensión del tiempo”, justamente.

Y aquí también, a nivel del mito, la anoréxica vuelve a proponer su irreductible ambivalencia: paladina de la trasgresión del mito en cuanto su “huelga de hambre enmascarada” es una protesta clamorosa aunque implícita; paladina de la tutela del mito, dado que los que Boszormenyi-Nagy (1988) llama los “vínculos invisibles de lealtad” hacen prevalecer las valencias regresivas y protectoras.

LA IMPORTANCIA DE UNA DIMENSIÓN TRIGENERACIONAL

Abordar el tema de los mitos tiene ulteriores repercusiones sobre la terapia familiar, por cuanto inevitablemente abre una perspectiva transgeneracional: se hace necesario interrogarse sobre cómo se constituyen y se transmiten los mitos a través de las generaciones, se vuelve esencial reconsiderar las familias de origen,

con todas sus implicaciones reales y fantasmáticas en la situación problemática actual.

Uno de los pioneros de la terapia familiar, James Framo, escribe en: “La terapia intergenerazionale”, título en italiano de un libro suyo publicado, tal vez no casualmente, sólo recientemente, y que lleva una larga historia de elaboración: “Las dificultades que una persona tiene en el presente en la pareja, en la familia o consigo misma se pueden ver fundamentalmente como esfuerzos reparadores que tienen por objetivo corregir, dominar, volver inofensivos, elaborar o borrar antiguos paradigmas relacionales vividos como molestos o que proceden de la familia de origen”. Y además: “La mayoría de las personas no puede “ver” los cónyuges, los hijos y las parejas tal y como realmente son, porque se interponen viejos fantasmas” (Framo, 1996).

Nosotros también, en el curso de nuestra investigación sobre las familias con problemas de anorexia, nos preguntamos cómo se organizan en el tiempo los “mitos de unión”, de dónde emergen “los fantasmas de ruptura” que se vislumbran en las experiencias individuales y que al mismo tiempo constituyen el cemento que acerca y mantiene unidos los miembros de la familia. Encontramos algunas respuestas a través de la reconstrucción de una historia que hace referencia a las familias de origen de los padres, a lo largo de un recorrido como mínimo trigeracional.

Quedamos sorprendidos por la frecuencia con que en el pasado de estas familias se puede hallar la presencia de eventos traumáticos, como duelos tempranos no elaborados, abandonos, separaciones prematuras o enfermedades gravemente invalidantes: es decir, eventos que evocan el tema de la pérdida, que parece a menudo cernirse sobre estas historias y asociarse a experiencias emocionales profundas de “angustias de separación”.

Llegados a este punto, formulamos la hipótesis que los “mitos de unión” que se preservan a toda costa, tan frecuentes en estas familias, se forman como construcciones defensivas compartidas, que desarrollan una función de protección frente a estos miedos no elaborados de pérdida y a estas angustias de separación.

Se trata de una hipótesis que requiere, por supuesto, ser verificada y profundizada, pero nos pareció cautivante el hecho que se conecte a un tema importante de debate en el ámbito psicoanalítico, el de la “transmisión de la vida psíquica entre las generaciones”, que también es el título de una brillante compilación de ensayos, coordinada por René Kaës (1995), que escribe en la introducción: “En este conjunto de investigaciones, el análisis atañe la manera en que se transmiten los síntomas, los mecanismos de defensa, la organización de las relaciones objetuales, los significantes: concierne el modo en que los objetos y los productos de la transmisión psíquica estructuran correlativamente el vínculo intersubjetivo y la formación de cada sujeto”.

Sin querer, por supuesto, afrontar aquí un tema tan complejo, quisiéramos mencionar que este nos parece un terreno fértil desde el cual orientaciones aparentemente lejanas pueden hallar puntos de convergencia y de interés recíproco.

LA HISTORIA DE FRANCESCA Y DE SU FAMILIA

Francesca es una joven mujer de 26 años, hija primogénita de una familia de cuatro personas, que desde hace aproximadamente 8 años padece de desórdenes de la conducta alimentaria, al momento de la terapia de tipo mayoritariamente bulímico.

Los síntomas empiezan a la edad de 18 años, bajo la forma de una anorexia restrictiva: en la época en que estaba consiguiendo el diploma de Bachillerato (la “madurez” en Italia), Francesca comienza una dieta extremadamente rígida, que le hace perder unos diez kilos en dos meses. La bajada ponderal alarma a los padres que la convencen, con la ayuda del médico de cabecera, a dirigirse a una dietista para intentar reestablecer una alimentación correcta; en el curso de un año Francesca recupera el peso perdido, pero empieza a practicar una intensa actividad deportiva (corre alrededor de 20 kilómetros cada día, y no parece poder renunciar a ello, además, practica en el gimnasio y hace natación). Al mismo tiempo, se matricula en la Facultad de Derecho, donde estudia con un buen rendimiento en los exámenes. Sin embargo, la situación precipita nuevamente alrededor de los 23 años, al parecer a consecuencia de una decepción sentimental: empieza una fase bulímica con atracones frecuentes y dramáticas conductas de eliminación (vómito autoinducido), a la cual se añade un incremento de la actividad física (ir a correr diariamente de forma casi obsesiva); la bajada ponderal se acentúa, 48 kilos por 1,70 metros de altura, aparece la amenorrea, y Francesca, al llegar al último examen universitario, se bloquea, no consigue afrontarlo ni leer la tesis de fin de carrera. Un centro dietético-nutricional de un hospital de Roma, que la atiende, en primer lugar le aconseja una psicoterapia individual, que sin embargo interrumpe al cabo de tres meses, y luego, una terapia familiar, para la cual es enviada a nuestro servicio universitario.

a) La familia

La familia está compuesta por el padre, Giorgio, de 58 años, tipógrafo; la madre, Anna, de 56 años, ama de casa; Francesca, de 26 años; y un hermano menor, Alberto, de 23 años, estudiante universitario.

Las formas de interacción son las típicas en estas familias: confusión de funciones y de roles, implicación recíproca y actitudes intrusivas, gran labilidad de límites entre los individuos y entre los subsistemas generacionales.

La tensión por los conflictos entre los padres es desviada totalmente hacia el problema de la hija y cualquier desacuerdo se desplaza sobre los modos de manejar los comportamientos de Francesca, no sólo por lo que se refiere a su conducta alimentaria, sino también a las frecuentes manifestaciones de agresividad verbal hacia la madre, alternadas con actitudes de tipo regresivo, como constantes y agotadoras demandas de soporte, delegar frente cualquier decisión, incluso la más trivial, o imponerse para que la deje dormir con ella en la cama de matrimonio, separándola, en consecuencia, del marido.

Lo que llama la atención, frente a estas conductas de Francesca, son las reacciones constantes de los padres: mientras que la madre intenta protestar, oponerse y contener la agresividad o las demandas infantiles de Francesca, el padre parece, al contrario, casi animarla y sostenerla con mensajes verbales de soporte y, sobre todo, con actitudes no verbales, extremadamente ambivalentes y seductoras, de cercanía, de condescendencia y de aprobación. Durante las peleas entre Francesca y la madre, el padre se posiciona explícitamente al lado de la hija, llegando a acusar la mujer de no tener suficiente paciencia y no ser un punto de referencia seguro.

Se van configurando de esta forma dos alianzas transgeneracionales disfuncionales al interno de la familia: Francesca es la princesa de papá, y Alberto, en cambio, el caballero de mamá. Pero es principalmente Francesca la que se halla en una posición delicada e incómoda: encerrada en la trampa de una coalición intensa con el padre, de la cual la madre queda sistemáticamente excluida; prisionera de esa triangulación rígida que, en lenguaje sistémico, se indica como “triángulo perverso”.

b) Las historias familiares

Estas configuraciones relacionales se enriquecen de significado a la luz de las historias de las familias de origen de los padres. La historia de Giorgio es muy dolorosa: a los dos años se queda huérfano del padre, que muere en un bombardeo¹; la madre tuvo que dejarle con los abuelos para ir a trabajar, y él todavía recuerda, con los ojos llenos de lágrimas, el dolor agudo por esas separaciones diarias. Para poder realizar los estudios ingresa en un internado, del cual sale al principio de la adolescencia, a los 16 años, cuando la madre vuelve a casarse. De este enlace nace una niña, por la cual la madre dejará el trabajo. Giorgio acepta la presencia del padrastro, tanto es así, que se irá a trabajar con él en la imprenta que actualmente sigue llevando.

La vida de este hombre parece marcada por la inseguridad afectiva y por la sumisión: “Era obediente, hacía todo lo que me decían”. Y hoy por hoy aún propone un profundo sentimiento de inadecuación en relación a su papel de marido y de padre.

Anna, la madre, al contrario del marido, procede de una familia muy cohesionada de cinco hijos: “Nos las arreglábamos solos, no necesitábamos a nadie más para ser felices”.

Sin embargo, aquí también la historia familiar está marcada por una herida profunda, una enfermedad crónica e invalidante de la madre, que dura casi treinta años, y alrededor de la cual se habían concentrado todas las atenciones y la protección del marido y de los hijos. De esta forma, la figura de la madre se había convertido al mismo tiempo en un símbolo de valor y de fragilidad.

Como podemos ver, ambas historias están marcadas por eventos traumáticos y son acompañadas inevitablemente por experiencias de pérdida que si no son elaboradas, representan la herencia profunda que cada uno lleva consigo y que

condiciona el encuentro con la pareja, por cuanto cada uno proyecta en el otro la expectativa ilusoria de que se pueda convertir en la compensación y en la reparación de las propias necesidades irresueltas.

De este modo Giorgio espera de Anna ese cuidado materno que no pudo recibir de su propia madre, y que Anna espera de Giorgio ese reconocimiento protector, como mujer y como madre, que ha caracterizado su familia de origen.

Pero se trata inexorablemente de expectativas ilusorias, que al estar acompañadas por la decepción, provocan insatisfacciones recíprocas y abren unos vacíos afectivos dolorosos.

Aquí es cuando intervienen los “mitos cohesivos de unión” como construcciones defensivas y reparadoras, y, bajo el lema de esos mitos y con el fin de llenar esos vacíos, se ponen en marcha procesos de triangulación con uno de los hijos.

Francesca parece haber sido llamada tempranamente para desempeñar ese papel, entrando en el triángulo como aliada de papá, aquí también bajo el lema de una ilusión: representar para el padre esa mujer idealizada que la madre no podía o no sabía ser.

Sin embargo, una vez en una etapa avanzada de la adolescencia, explota la crisis, dado que al lado de las gratificaciones fusionales empiezan a surgir necesidades subjetivas de individuación y de autonomía. Como ya hemos mencionado, la solución sintomática a menudo se convierte en la manera oscura y ambivalente de evitar el dilema de la elección, actualizando el intento imposible de permanecer fiel al “mito de unión familiar” (necesidad fusional) y, al mismo tiempo, de tomar en cuenta una exigencia naciente de autonomía (necesidad de distanciamiento y de individuación).

c) El lenguaje del cuerpo en terapia

¿De qué manera intentamos extrapolar la complejidad de estos significados del síntoma y, al mismo tiempo, las tramas míticas a las que están vinculados esos significados?

A través de la utilización de un lenguaje terapéutico más homogéneo al lenguaje del síntoma, que es un síntoma que se expresa en el cuerpo: un lenguaje no verbal y analógico, entonces, que propone una representación metafórica de la familia en forma de escultura familiar.

Es esta representación por imágenes y por metáforas que permite que lo que no tiene acceso a la palabra llegue a una expresión, permitiendo a la vez la explicitación de ese no-dicho que es el “mito” de la familia.

En nuestro método habitual, al que hemos llamado método de las “*esculturas del tiempo familiar*”, y que hemos tenido ocasión de describir también en otros contextos (Onnis y cols., 1990, 1994d y Onnis, 1992), pedimos a cada miembro de la familia que haga dos esculturas, es decir que “ponga en escena” en el espacio de la sala de terapia dos representaciones de la familia: una del *presente* y otra del

futuro. En el trabajo con las familias con problemas de anorexia introducimos una tercera escultura, la del *pasado*.

Intentamos así explorar y reintroducir la dimensión del tiempo en un sistema que parece haberla perdido, y es exactamente aquí, en la comparación entre estas representaciones, que el aspecto mítico de estas familias queda desvelado: preservar a toda costa la unión familiar por medio del bloqueo de cualquier potencialidad evolutiva, a través de una imposible detención en el tiempo.

En la larga y cautivante secuencia de las esculturas representadas por los distintos miembros de la familia, se desenreda la trama narrativa del todo especial: a través de la utilización del lenguaje analógico y metafórico (que es el que mejor conoce) la familia se relata y se revela, en un juego fascinante de imágenes, de ecos, de interrogantes y de recuerdos en que los miembros de la familia “hablan” entre sí, las emociones afloran y los significados quedan desvelados.

Volviendo a la familia de Francesca quisiéramos hacer un breve comentario acerca de la escultura que la misma Francesca propone, cuando se le pregunta que represente la familia como ella la ve en el *presente*.

Francesca nos regala una imagen emotiva y significativa en que aflora toda su ambivalencia emocional. Francesca, en el centro de la escena, coloca toda la familia alrededor suyo: la madre y el hermano a su izquierda, el padre un poco distanciado a su derecha. Francesca atrae la mirada de todos los demás sobre sí y responde con un doble gesto, rico de alusiones y de significados: con un brazo semiflexionado indica un abrazo con el que parece querer mantener unida la familia; con el otro, extendido delante de ella, parece querer expresar la exigencia de una distancia, de un espacio para sí misma. Por la específica dinámica en que Francesca está involucrada (que hemos mencionado), no es ciertamente de escasa importancia que el brazo extendido sea especialmente dirigido hacia el lado del padre (hacia el cual se hace necesario un distanciamiento). Pero, más en general, la imagen propuesta por Francesca expresa con la potencia evocativa del lenguaje metafórico la oscilación emocional de la paciente entre la tendencia a adherir al “mito familiar de unión” (las necesidades *fusionales* representadas en el abrazo) y la exigencia subjetiva de *individuación* (la necesidad de un *límite* y de un espacio propio, representado por el brazo extendido que reclama distancia). Pero esta exigencia subjetiva no se puede abrazar si el riesgo es la pérdida del vínculo (el “fantasma de ruptura”). De esta forma se queda en la indefinición y en la oscilación.

Es interesante notar que este movimiento emocional doble de carácter oscilante encuentra una correspondencia perfecta en la doble característica fenomenológica del síntoma bulímico: *incorporar*, con el atracón alimentario, y *expulsar*, con el vómito compensatorio, introyectar y rechazar.

En consecuencia, estos aspectos sintomáticos, tan claramente somáticos, adquieren un valor simbólico que los enriquece de significado, sugerido por la misma paciente.

A partir de las imágenes metafóricas propuestas por la misma familia por

medio de las esculturas, el terapeuta puede a su vez devolver un sentido a los síntomas presentados por la paciente, que se convierten en una metáfora esclarecedora no sólo de un dilema subjetivo irresuelto, sino también de un sufrimiento familiar más extenso.

Por supuesto, no es posible en este contexto extenderse sobre los desarrollos del trabajo terapéutico con la familia de Francesca que, en todo caso, llevaron a resultados satisfactorios.

Sólo quisiéramos subrayar que en este, como en otros casos, la utilización del método de las Esculturas del Tiempo Familiar es a menudo una clave para llegar a un punto focal en el proceso terapéutico.

Esta forma de “narrativa analógica” (ver Onnis, 1996), que la familia y el terapeuta construyen conjuntamente es otra de las contribuciones innovativas que nuestro grupo de trabajo ha intentado introducir en la psicoterapia sistémica de la anorexia y de la bulimia.

UNA INVESTIGACIÓN SISTÉMICA EN CURSO

Con el discurso desarrollado hasta aquí hemos intentado documentar como la psicoterapia sistémica de la familia de las pacientes anoréxicas y bulímicas es actualmente más compleja, tanto en el plan interpretativo que en el plan clínico.

Pero llegados a este punto se nos plantea una pregunta esencial: ¿seguir una aproximación sistémica significa limitar la atención a la familia?

Como es obvio, creemos que un concepto de este tipo propondría una visión extremadamente restringida de la perspectiva sistémica. Aunque el trabajo terapéutico se centra básicamente en la familia, la orientación sistémica es por naturaleza una epistemología que busca las relaciones circulares entre los distintos componentes de un fenómeno, y entre la pluralidad de niveles sistémicos en que éste se articula.

Inspirarse en una perspectiva sistémica al afrontar el problema de la anorexia y de la bulimia significa actualmente no sólo trabajar con el sistema familiar, sino preocuparse por buscar las correlaciones entre los componentes relacionales, las psico-biológicas individuales y las socio-culturales, ninguna de las cuales es suficiente para generar el trastorno de la conducta alimentaria.

En referencia a una óptica sistémica de este tipo, y para verificar su utilidad, hemos puesto en marcha una investigación clínica controlada, de la cual presentamos aquí los rasgos esenciales (para una descripción más detallada del proyecto ver Onnis y cols., 1997).

En colaboración con el grupo de trabajo sobre los TCA del Departamento de Ciencias Psiquiátricas y Neurológicas de la Edad Evolutiva, coordinado por el profesor M. Cuzzolaro, hemos constituido dos muestras de pacientes anoréxicos y bulímicos, homogéneos según el diagnóstico, la cronicidad del trastorno, la edad y el sexo de los pacientes, la composición del núcleo familiar y el estatus social.

- 1) La primera muestra (grupo experimental) se trató no sólo con el planteamiento tradicional dietético-nutricional, sino asociando una psicoterapia familiar y en los casos para los cuales se viera útil o necesaria, una psicoterapia individual.
- 2) La segunda muestra (grupo control) fue tratada con terapia médico-dietético-nutricional y, seguidamente, con terapia centrada exclusivamente en el síntoma.

En las dos muestras, antes y después del tratamiento, se han realizado evaluaciones a niveles distintos, según diversos tipos de parámetros:

a) *Parámetros biológicos*, estrechamente relacionados con las características de los síntomas somáticos, como peso, Body-Mass Index, amenorrea, etcétera.

b) *Parámetros psicodinámicos individuales*, con especial atención a los problemas referidos de la imagen corporal y de la identidad en general, además de aspectos psicopatológicos más generales.

c) *Parámetros relacionales familiares*, con una atención específica hacia los modelos de interacción familiar, a la organización de los vínculos afectivos y a los mitos familiares.

Mientras que en el grupo experimental las correlaciones entre estos dos niveles distintos no sólo se han valorado, sino también tratado terapéuticamente, no lo han sido en el grupo control.

Se han comparado así dos metodologías de trabajo distintas: una inspirada en la epistemología sistémica y abierta a la complejidad, la otra, anclada a un modelo de tipo reduccionista.

¿Cuáles han sido los resultados clínico?

Por ahora son parciales, dado que la investigación está en curso y sólo se ha tratado al 50% de las muestras. Sin embargo, los datos actualmente a disposición sugieren de forma inequívoca que los pacientes del grupo experimental presentan mejorías clínicas decididamente superiores a los correspondientes casos control, y que estas mejorías clínicas están correlacionadas con transformaciones evidentes de las dinámicas familiares y de las experiencias psicológicas subjetivas (para mayores detalles, ver Onnis y cols., 2002).

CONCLUSIONES

Creemos que las conclusiones que se pueden sacar de todas las consideraciones anteriores son sobretodo de dos tipos:

a) La primera se refiere a la indicación de que a trastornos de elevada complejidad como la anorexia y la bulimia, donde se reconoce una pluralidad de niveles de sufrimiento, se den respuestas que tengan en cuenta esta complejidad. La orientación sistémica, con sus desarrollos actuales, se propone como metodología que abre el camino a la complejidad, ciertamente no por medio de una autorreferencialidad omnicomprensiva, que sería, además, la cara especular del

reduccionismo, sino activando la comparación entre dos puntos de vista, estimulando la cooperación de las competencias e impulsando de esta manera la *interdisciplinariedad*, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

b) La segunda reflexión concierne la importancia adquirida por la cualidad de la respuesta del profesional bajo esta perspectiva. Como se pone de relieve en los resultados de la investigación mencionada anteriormente, la estrategia terapéutica puesta en práctica al afrontar problemas tan complejos como la anorexia y la bulimia tiene una influencia específica en la definición, la evolución y la perspectiva de curación de estos trastornos.

El campo se enriquece de un nuevo nivel sistémico que acrecienta su complejidad: la relación con el profesional, con sus teorías de referencia, con sus formas de pensar y de actuar.

El profesional nunca es neutral o externo con respecto a la realidad en que interviene, sino que, tal y como ponen de manifiesto los actuales desarrollos de la terapia sistémica, siempre forma parte integrante de esta realidad, co-partícipe de sus movimientos, co-responsable de sus desarrollos. Desde esta óptica, el terapeuta pierde su presunta y arbitraria inocencia y vuelve a encontrar su propia responsabilidad, juntamente a una dimensión ética.

Éste también es uno de los aspectos importantes de los desarrollos de una perspectiva sistémica que se abre a la complejidad.

Los autores ponen de relieve como en el campo sistémico los nuevos abordajes de la anorexia y de la bulimia están relacionados con dos tipos de factores: los primeros se refieren a la evolución epistemológica de estos trastornos, por ejemplo, la prevalencia actual de las formas bulímicas por encima de las anoréxicas; los segundos son concernientes a la profunda renovación epistemológica que ha atravesado la orientación sistémica en los últimos veinte años.

Esto ha llevado los terapeutas sistémicos a ver la familia de los pacientes anoréxicos como un sistema complejo en que se encuentran múltiples niveles: el de los modelos de interacción, el de las historias de dimensión trigeracional y el de los mitos familiares, como los "mitos de unión" y los "fantasmas de ruptura".

En consecuencia, las estrategias terapéuticas también se han vuelto más complejas. Se presenta aquí un caso clínico que pone de relieve como, desde esta perspectiva, el síntoma se enriquece de significados, y la intervención se vuelve más articulada, utilizando a menudo el lenguaje analógico y el metafórico, por medio de las "Esculturas del Tiempo Familiar".

Finalmente, se presentan sintéticamente los datos preliminares de una investigación clínica controlada que sugieren que las estrategias terapéuticas multidisciplinares e integradas, es decir, sistémicas en el sentido amplio de este término, obtienen resultados mejores en el tratamiento de la anorexia y de la bulimia.

Palabras clave: anorexia, bulimia, renovación de la epistemología sistémica, mitos de unión, fantasmas de ruptura, esculturas del tiempo familiar, óptica de la complejidad, estrategia terapéutica integrada.

Notas:

¹ De la 2ª Guerra Mundial, nota de la traductora.

Nota del autor: Han colaborado al artículo en varia medida también los demás miembros del grupo: M. Antenucci, M. Bernardini, S. D'Amore, R.C. Dentale, A. Giambartolomei, M. Giannuzzi, D. Giovannetti, A. Leonelli, G. Marino, A. Pizzimenti, C. Romano, A. Squitieri e F. Tarantino.

Nota Editorial: El presente artículo apareció publicado en la Revista *Psicobiiettivo*, 3,31-46, (2001), con el título “Anoressia Bulimia: Nuovi indirizzi nell’ottica sistemica” Agradecemos el permiso para su publicación.

Traducción: Maria Monini

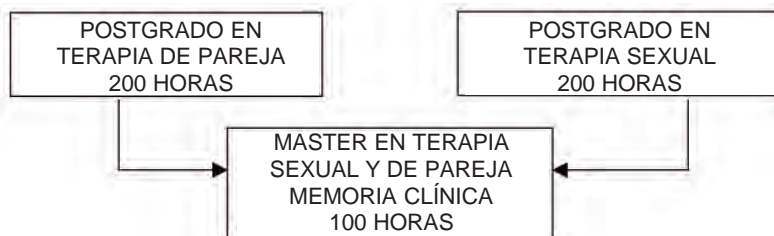
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATESON, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milán: Adelphi.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G.M. (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio.
- CAILLÉ, P. (1990). *Il rapporto famiglia-terapeuta*. Roma: NIS.
- CUZZOLARO, M. (1993). Epidemiology of eating disorders. Some remarks on long term trends in incidence and prevalence in Western Countries. *Advances in Biosciences*, 90, 105-112.
- FERRO, P.M., TONNINI FALASCHI, M.C., IPPEDICO, L. (1992). Anoressia: esperienza di un tempo sospeso. *Psychopathologia*, 1 (1), 13-18.
- FRAMO, J. (1996). *La terapia intergenerazionale*. Milán: Raffaello Cortina.
- KAES, R. (1995). *Il soggetto dell' eredità*. En: Kaes, r., Faimberg, H., Enríquez, M. & Baranes, J.J. (Coord.). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Roma: Borla.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venecia: Marsilio.
- MORIN, E. (1983). *Il metodo*. Milán: Feltrinelli.
- MINUCHIN, S. ROSMAN, B. & BAKER, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio.
- NEUBURGER, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris: ESF.
- ONNIS, L. (1985). *Corpo e contesto*. Roma: Nis.
- ONNIS, L. & DI GENNARO, A. (1987). Alexitimia: una revisione critica. *Medicina psicosomatica*, 32 (1), 45-64.
- ONNIS, L. (1988). *Famiglia e malattia psicosomatica*. Roma: Nis.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESPÀ, G., AGOSTINI, B., CHOUHY, A., DENTALE, R.C. & QUINZI, P. (1990). Le sculture del “presente” e del “futuro”: un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche. *Ecologia della mente*, 10, 21-46.
- ONNIS, L. (1992). Langage du corps et langage de la therapie: la sculpture du “future” comme model d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques. *Therapie familiale*, 13 (1), 3-20.
- ONNIS, L. (1994a). *La terapia sistemica e i suoi attuali sviluppi nella teoria e nella pratica*. En Onnis, L. & Galluzzo (Coord.). *La terapia relazionale e i suoi contesti*. Roma: Nis.
- ONNIS, L. (1994b). L'anoressia mentale nell'ottica della complessità: aspetti socio-culturali, psicodinamici, familiari. *Attualità in psicologia*, 9,(2), 17-29.
- ONNIS, L., LAURENT, M., BENEDETTI, P., CESPÀ, G., DI GENNARO, A., DENTALE, R.C., DE TIBERIIS, F., FORATO, F. & MAURELLI, F.M. (1994c). Il mito familiare: concetti teorici e implicazioni terapeutiche. *Ecologia della mente*, 2, 94-112.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESPÀ, G., AGOSTINI, A., CHOUHY, A., DENTALE, R.C. & QUINZI, P.

- (1994d). Sculpting present and future: a systemic intervention model applied to psychosomatic families. *Family process*, 33 (3), 341-355.
- ONNIS, L. (1994e). Verso un'etica della complessità. *Psicobiettivo*, 14 (3), 59-64.
- ONNIS, L., DI GENNARO, A., CESA, G., BENEDETTI, P., BELCASTRO, M., FORATO, F., MAURELLI, F.M., SQUITIERI, A., MULÉ, A. & IERARDI, S. (1997). Research project on the treatment of anorexia and bulimia: an integrative, multidimensional approach. *Eating and Weight Disorders*, 2 (3), 164-168.
- ONNIS, L., PAUER MODESTI, C., ANTENUCCI, M., BERNARDINI, M., DI GREGORIO, L., GIANNUZZI, M. & GIOVANETTI, D. (2000). Anoressia e bulimia: aspetti epidemologici e socio-culturali di un fenomeno diffuso. *Psicobiettivo*, 20 (1), 123-138.
- ONNIS, L. & COLS. (2000a). Quando il tempo è sospeso: individuo e famiglia nell'anoressia mentale. *Ecologia della mente*, 14 (1), 11-25.
- ONNIS, L. & COLS. (2000b, abril). *Dinamiche familiari e D.C.A.: valutazioni quantitative e qualitative in una prospettiva di ricerca*. Comunicación presentada en el congreso de la S.I.S.D.C.A., Ancona.(Actas en prensa).
- ONNIS, L. & COLS. (2002, abril). Un approccio sistemico multidisciplinare ai D.C.A.: una ricerca in corso. Comunicación presentada en el congreso de la Sociedad Italiana de Psiquiatria Social ("Stigma") de Roma.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1981). *L'anoressia mentale*. Milán: Feltrinelli.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milán: Raffaello Cortina.
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1997). Ragazze anoressiche e bulimiche. Milán: Raffaello Cortina.
- TURNBULL, S., WARD, A. ET AL. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.
- VON FOESTER, H. (1987). *Sistemi che si osservano*. Roma: Astrolabio.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
BIENNIO 2005-2007
4ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios para la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA:

- **Requisitos:** Licenciatura en Psicología o Medicina
- **Plazas:** 15/20 por curso
- **Precio de la matrícula** completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

- Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es
- Herminia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos: Laura Contino

Lcontino@ub.edu

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

PSICOPATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (IV). ANOREXIA PURGATIVA Y BULIMIA O EL DESCONTROL DE LA CORPORALIDAD

Manuel Villegas i Besora

Facultat de Psicologia

Universitat de Barcelona

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

mvillegas@ub.edu

From the moral development point of view the restrictive or purgative ways of eating disorders are considered as the extremes of two polarities. The restrictive type, as the anorexia, are attributed to a heteronomic structure, while those of purgative type, as the bulimia, are better explained from a socioeconomic point of view. The psychotherapy of these disorders is related specifically with the work guided to the moral development toward the autonomy.

Key words: Anorexia, bulimia, heteronomy, socioeconomy, psychotherapy

INTRODUCCIÓN

Al término de un artículo anterior dedicado a la anorexia restrictiva (Villegas, 1997) nos referíamos a la necesidad de continuar profundizando sobre la significación existencial de los trastornos alimentarios con las siguientes palabras:

“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 corporeidad”.

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, que la anorexia restrictiva 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. Para la anoréxica restrictiva el ayuno es un fin en sí mismo, mientras que para las llamadas anoréxicas purgativas en el DSM IV o para las bulímicas las dietas, regímenes y demás eventuales restricciones alimentarias no son más que un medio, compensado rápidamente por atracones y seguido de vómitos o controlado con el uso de laxantes o enemas. 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.

ANOREXIA Y BULIMIA: UN MISMO EJE, MOTIVACIONES OPUESTAS

La anoréxica restrictiva no desea 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.

*“He estado veinte años sometiéndome a los ayunos, a las privaciones y a los deseos de anulación. Era como **observar** desde la ventana. Yo estaba allí **mirando** el mundo; en algunos momentos me hubiera gustado meterme de lleno en él, pero me faltaba el impulso... Pasaba los días estudiando mi **dieta**, disminuían mis **fuerzas** y yo con ellas. Apenas tenía veinte años: mi cuerpo no había terminado de crecer y me acuerdo de sentirme muy triste al ver cómo se transformaba, adquiría redondeces. No me gustaba y decidí hacerle perder **peso**. Y de este modo he seguido durante veinte años más... Es como si hubiese querido detener el **tiempo**. No he tenido la **regla**: he tenido problemas en las articulaciones, caída de cabellos y graves problemas con los **dientes**, que he tenido que sustituir por una prótesis: ahora llevo **dentadura** postiza. No puedo decir en qué momento he notado un cambio: ha sido como si la cadena que me tenía atada a la anorexia me tirara hacia la vida. Se necesita una gran **fuerza de voluntad**. Muchas*

chicas no lo consiguen: con frecuencia se recae y si no viene sustituido por un interés interior todo se viene abajo y tienes que empezar de nuevo...“
(María, 40 años, en Donati, 1999)

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.

*“Porque yo estaba muy pendiente siempre de mi cuerpo y bueno, comencé a salir con un tío, comencé... bueno a mirarme y pensé quiero adelgazar un par de kilos y me veía los muslos un poco gordos... Y entonces ya perdí el control, comencé a hacer un régimen de los míos y... Por ejemplo un día comía fruta, un día a la semana, después sólo una manzana o un zumo, al principio no comía, incluso cuando bebía agua me sentía gorda también. Me quedé en 48 kilos, pero después de repente empecé a comer... Cada vez podía hacer menos régimen, o sea, al principio, no comía casi nunca, ¿no? Y entonces me encontraba normal y al día siguiente volvía hacer régimen, y entonces pasó un día en el que dije: “ya no comeré”, entonces fui enseguida a la nevera, la abrí y comencé a comer de golpe, pero no me di cuenta yo. Pensé: “bueno, tengo hambre”, y entonces esta fue la primera vez en la que comí mucha cantidad todo en una vez... Del dinero que ganaba, de las 70.000 pesetas que ganaba, me lo gastaba prácticamente todo en comida. Primero gasté todo lo que tenía en la libreta y después empecé a gastar todo el dinero y no me llegaba... como estaba todo el día comiendo, pues iba cogiendo dinero que tenía en el banco, que cobraba y por esto también se notaba. Era como una droga, porque te cogía... o sea, por ejemplo estaba trabajando ¿no? y te cogía una ansiedad y decía: “me gustaría comer” y decía “no, no vayas a comprar, no vayas”, pero al final tenía que salir corriendo a comprar una gran cantidad de pastas, con la excusa de que era para repartir con las compañeras de trabajo. **Después vomitaba, unas 15 o 20 veces al día. En casa no se habían dado cuenta; por la noche saltaba por la ventana de mi habitación para ir a la cocina pasando por la terraza de manera que mis padres no me vieran. Al final conseguí que se dieran cuenta y me ingresaran porque me tomé una sobredosis de pastillas y no fue porque quería morirme... o sea, sí que en esos momentos quieres morir, pero yo quería que me ingresaran en algún sitio donde no pudiera comer, o sea no solo para no engordar, sino que no tengas que comer, lo único que quería era que desapareciesen todas las tiendas de comida del mundo”** (Sandra de 21 años, en Huguet, 1996).*

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. No solamente someten su organismo a ayunos rigurosos, sino que obligan su cuerpo a practicar esfuerzos físicos inhumanos para domar sus apetitos y reducir su apetecibilidad. Su motivación es la de espiritualizar el cuerpo, negando su dimensión carnal.

*“Desde que empecé a seguir la **dieta** y haber perdido los primeros seis kilos me desapareció la **regla**. Cuantos más kilos perdía tanto más se alejaba de mí el deseo de ser mujer y, por tanto de tener la **regla**... Quería negar la **identidad femenina**. En mi caso siempre me ha producido asco la imagen redondeada de la **mujer**, las formas, los pechos hinchados.. Es una imagen que no me gusta. Prefiero las formas lisas, el vestir des preocupado y más bien **masculino**... Con los **chicos** me siento más a gusto. Con las **chicas** no tanto, las encuentro frívolas y superficiales.*

*Lo de la **dieta** empezó en un período en que iba bien en el colegio..., pero sentía rivalidad por parte de mis compañeros... había un **chico** que me gustaba, pero que no me hacía caso. Para darle en las narices me he puesto a salir con otro **chico** que no me atraía. Después he dejado también a este **chico** y me he quedado con la **soledad**. En aquellos momentos ha aparecido la **dieta** como ancla de salvación y compañera fiel de mis días...”.* (Samanta en Donati, 1999).

No intentan agradar 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.

*“Me gustaría tener alguien a quien **amar**. Pero el problema es que no consigo soportar la proximidad física de los **chicos**; la primera vez que he besado a un **chico** he sentido náuseas. Me gustaría un amor sin implicaciones **físicas**. Con frecuencia sueño con **ángeles** y me gustaría tener uno solo para mí...”* (Sasa, Donati, 1999)

“No sé que me está pasando, pero veo que el engordar se me ha convertido en una meta imposible. Lo veo lejos de mis posibilidades ya que estar tan delgada me produce beneficios. Uno de ellos, supongo, es la relación con los chicos; es una forma de mantenerlos alejados. Así sé que no se fijan en mí. Y si se fijan ni caso, pues si se fijan en mí, es que están más enfermos que yo”. (citada por Pubill, 2005)

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.

“Me gusta mucho atraer a la gente por la calle. Pero entre la gente y yo hay siempre una barrera. Soy consciente de ser distinta y esta particularidad me atrae cada vez más. Es como si formase parte de mí... Tengo treinta y tres años (Francesca, en Donati, 1999)

«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, rien. Todo lo que me rodea es obsceno y desagradable» (De Clerq, 1990).

Las bulímicas, por su parte, 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).

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.

OSCILACIONES ANOREXIA/BULIMIA. CUESTIONES DE DIAGNÓSTICO

Pero ¿pertenecen en efecto anorexia y bulimia a un mismo eje o se trata de dos fenómenos de naturaleza distinta o de un mismo y único fenómeno? La respuesta puede resultar más compleja de lo que parece a primera vista. En el DSM-IV encontramos criterios para todas las opciones. Lógicamente se trata de fenómenos que afectan a los sistemas de regulación del hambre y por ello han sido catalogados bajo la categoría de trastornos de la alimentación. Hasta la tercera versión del DSM de 1980 la bulimia nerviosa no adquiere categoría propia, antes era considerada dentro de la fenomenología variante de la anorexia. De hecho cuesta distinguir según los criterios actuales la anorexia nerviosa purgativa de la bulimia nerviosa purgativa, puesto que ambas incluyen atracones y vómitos, siendo el único criterio distintivo el contexto exclusivo de aparición. Nos preguntamos ¿no podría ser que una anorexia inicialmente restrictiva derivara hacia una anorexia purgativa o simplemente bulimia purgativa o no purgativa o al revés? El caso de Ellen West (Binswanger, 1945), que hemos analizado profusamente en otros escritos (Villegas, 1988, 1997) y que empezó con una sintomatología anoréxica restrictiva, derivando en los últimos años de su vida antes de suicidarse hacia una anorexia purgativa desencadenada a partir de atracones incontrolables, nos induce a plantearlo, así como los innumerables episodios iniciales de dietas restrictivas que desembocan en atracones compulsivos y vómitos. En consecuencia, una perspectiva evolutiva del fenómeno como la que nos propone el siguiente texto de Marya Hornbacher (1998), tal vez nos convenga más que una estricta distinción categorial:

“A los nueve años empecé a ser bulímica y a los quince anoréxica. No conseguía decidirme y he estado alternando entre los dos síntomas hasta los veinte años; ahora que tengo veintitrés me he convertido en un caso interesante: un trastorno de alimentación no especificado... En el trans-

curso de los últimos trece años, mi peso ha oscilado entre 71 y 23 kilos, subiendo y bajando como una montaña rusa... Una ecuación muy extraña y una convicción demasiado extendida: el valor de una persona crece de manera exponencial al avance de su desaparición.

La bulimia cede a las tentaciones de la carne, mientras que la anorexia es ascética, una total separación del mundo animal. La bulimia recuerda la época hedonista romana de los placeres y de los grandes banquetes; la anorexia, la era medieval de la mortificación y del ayuno voluntario. En general, las bulímicas, no llevan el estigma del cuerpo esquelético. Su tortura es privada y mucho más secreta y culpable que la denuncia visible de las anoréxicas de las cuales se admira el cuerpo degradado como emblema de la belleza femenina. No hay nada de femenino, delicado o admirable en ponerse dos dedos en la boca para vomitar o en pasar la mitad del día con la cabeza en el frigorífico y la otra en la taza del water.

Además de las evidentes oscilaciones en el comportamiento alimentario el texto de Marya nos plantea otras cuestiones fundamentales, por ejemplo la relación de los comportamientos restrictivos y purgativos con la voluntad, el control y la autorregulación, con los conflictos característicos de la adolescencia, con las expectativas sociales y culturales. ¿Tendrá esto algún significado en la comprensión del fenómeno de los trastornos alimentarios o es simplemente una cuestión de regulación del peso y para qué? En efecto, según el DSM-IV, el único criterio psicológico identificable en tales trastornos es la preocupación por el peso (rechazo a mantener el peso corporal, miedo a ganar peso, alteración de la percepción del peso para la anorexia e influencia exagerada del peso y la silueta corporales en la autoevaluación para la bulimia), pero naturalmente no se plantea ninguna cuestión sobre su significado, ni sobre los interrogantes que despiertan la presencia de componentes obsesivos, adictivos, compulsivos, etc., puesto de manifiesto de modo diferencial en uno u otro trastorno y, todavía menos, con los desencadenantes que pueden precipitarlos.

Por lo demás, anorexia y bulimia podrían ser consideradas igualmente trastornos independientes e incluso pertenecientes a categorías distintas, puesto que los primeros criterios para un trastorno y otro hablan de cosas totalmente diferentes. En la descripción de la anorexia lo fundamental es la preocupación por el peso (rechazo, miedo, alteración de la percepción) sin la más mínima referencia a los ayunos que sólo aparecen en uno de los subtipos, el restrictivo, mientras que lo que define inicialmente a la bulimia es un comportamiento alimentario compulsivo y abusivo, los atracones. La pregunta es ¿anorexia y bulimia son trastornos alimentarios porque unos comen y los otros no comen o porque ambos utilizan la balanza del metro o la de la farmacia para ver lo que pesan? ¿Tiene que ver esta preocupación por el peso con el instrumento de medida omnipresente en los departamentos psiquiátricos dedicados al tratamiento de los trastornos alimentarios o con el mundo

intencional o al menos comportamental de las pacientes? ¿de qué estamos hablando, realmente? Algunos estudiosos, como Beaumont (1999), han llegado a insinuar, incluso, que se trata de categorías diferentes, señalando evidencia en estudios genéticos que detectan genes similares entre anorexia y obsesión, que no aparecen en la bulimia. Naturalmente no es este un debate que se pueda dirimir de una vez por todas, ni el objetivo que podemos pretender plantear y resolver en este escrito, sino el de dejar abiertas una serie de cuestiones que nos permitan profundizar en el significado de tales trastornos y, en concreto, en el significado del que particularmente se ocupa este escrito, el del fenómeno de la bulimia.

EL CÍRCULO BULÍMICO

Según los criterios diagnósticos actuales la bulimia es uno de los dos grandes trastornos del comportamiento alimentario. El DSM – IV la define, como hemos visto, en función de un criterio ponderal, la preocupación por el peso, como indicador del mantenimiento de la silueta, aunque sin distorsión de la percepción de la imagen como sucede en la anorexia. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas acostumbran a mantener su peso dentro de unos límites de variabilidad, debida a la alternancia entre episodios de ingesta y ayuno u otros correctivos. Lo que caracteriza la bulimia son las ingestas alimentarias excesivas, atracones, con sensación de pérdida de control, promovidas inicialmente por una sensación de hambre intensa que no se puede separar de la sensación de ansiedad. La palabra bulimia del griego “*bous*” (buey) y “*limós*” (hambre) significa “hambre de buey”; es un hambre muy intenso fruto de una sensación de ansiedad que sólo se puede satisfacer o eliminar mediante la ingesta excesiva dirigida a eliminar el hambre y la ansiedad (Toro, 1996). El problema es que a continuación aparece otro tipo de ansiedad, provocada por la pérdida de control, por el miedo al aumento de peso, por la culpa y la vergüenza. Y a partir de este momento se entra en un círculo vicioso que provoca y mantiene el trastorno y es que para compensar los excesos aparecen diferentes procedimientos que son: los vómitos, el uso de laxantes, la restricción alimentaria con el ayuno, el ejercicio físico excesivo, o sea diferentes técnicas y procedimientos de compensación. Con esto se altera por una parte el peso y por otra los sistemas de regulación de las sensaciones de hambre del organismo. A partir de este momento, no se sabe comer, se pierde la noción de hambre y de saciedad, introduciéndose otro factor de riesgo importante, el fundamental: las alteraciones alimentarias desencadenantes de la bulimia crean un mecanismo parecido al mecanismo de una adicción.

Esther, una de las pacientes bulímicas que de forma pública expuso su caso en el programa de televisión dirigido por Maria Pau Huguet (1996) recrea muy bien la naturaleza del ciclo bulímico a lo largo de su testimonio. Esther, de 27 años se inició en la dinámica bulímica a los 19, después que una compañera, que como ella hacía un poco de régimen, le comentó que se podía comer de todo, “se podía incluso ir a

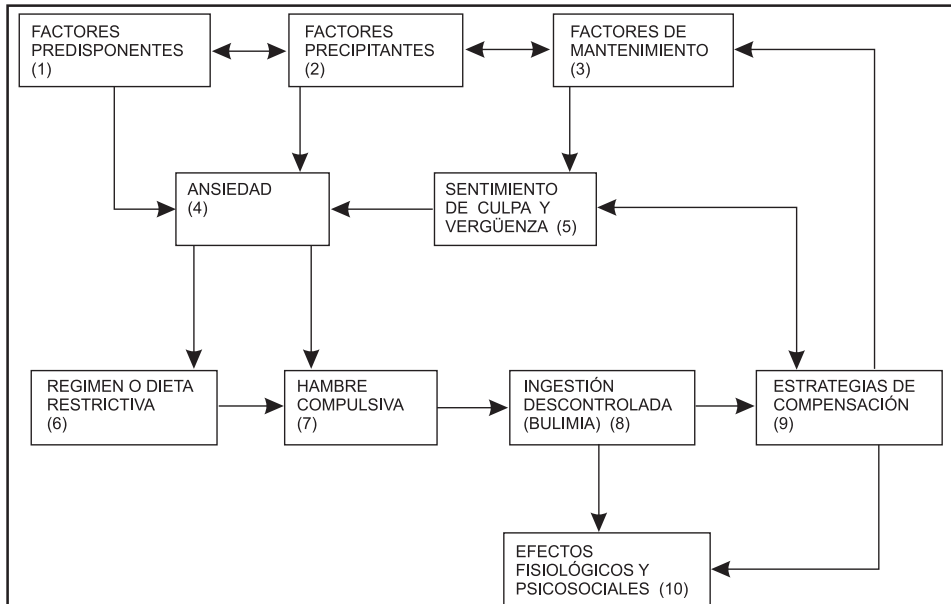
una pastelería y atracarse como unas locas, si después se vomitaba”. En un primer momento se lo tomó como una broma. Ese mismo día no lo hizo, pero la idea se le quedó grabada y a la semana siguiente lo probó. Por aquel entonces Esther estaba atravesando una serie de problemas familiares que le afectaban mucho. Hasta este momento comía de todo sin restricciones, pero pensaba en perder algunos kilos. El régimen que empezó consistía en una dieta un poquito fuerte, desayunaba con un yogur, comía dos yogures y una manzana y cenaba con una ensalada, y esto no se aguantaba:

“Al segundo día ya tenías unas ganas que no podías, y entonces fue en ese día que comencé, a partir de ese día comía lo que quería y después lo vomitaba. Así comienzas un día y es como un adicción y una vez que has comenzado no puedes parar, es cada día. Acabado el régimen ya estás comiendo compulsivamente. Los atracones consistían en todo tipo de dulces, salados, en gran cantidad para sentirme muy llena, entonces iba al lavabo, lo sacaba todo, y volvía a comenzar y así mi media de vomitar en un día podía ser unas doce o trece veces. Me pasaba el día comiendo y vomitando... Lo comparo un poco, para entendernos, con el alcoholismo y las drogas, porque llega un momento que esto se convierte en una adicción. Crea una adicción y te sientes enganchada con los vómitos y no puedes dejarlo, necesitas ayuda. Te das cuenta enseguida que estás enferma, porque ves ciertas cosas que la gente no lo hace esto de vomitar, y que la gente disfruta de la comida. Comes compulsivamente, comes muy rápidamente y lo tragas. Yo tenía un drama con el comer, no quería comer; entonces te das cuenta que estás enferma. Después de un año veía que cada día vomitaba doce veces y que me encontraba fatal.

El siguiente esquema o diagrama de flujo trata de sistematizar las interrelaciones existentes entre los diversos factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, así como las mutuas incidencias entre los diversos componentes emocionales y comportamentales implicados en su fenomenología. (Véase pág. 102)

Factores predisponentes

Entre los factores predisponentes hemos señalado genéricamente tres: contexto sociocultural, momento evolutivo, estructura sacionómica del desarrollo moral. No hemos considerado la variable género (ser hombre o mujer) como un factor predisponente, porque, al margen de la presencia de un pequeño porcentaje de pacientes masculinos entre la población bulímica que pondría en entredicho tal planteamiento, no consideramos que existan psicopatologías, salvo excepciones muy específicas de base endocrina, exclusivamente femeninas como la mal llamada “histeria” en la psicopatología del siglo XIX, sino condiciones sociales que afectan diferencialmente a hombres y mujeres en determinados contextos históricos y culturales.



1) Factores predisponentes:

Contexto cultural: sociedades opulentas.
Ciclo evolutivo: adolescencia o primera juventud
Estructura siconómica complaciente.

2) Factores precipitantes:

Conflictos relacionales (familiares, pareja).
Preocupación por la imagen

3) Factores de mantenimiento:

Ocultación, mentiras, disimulo

4) Ansiedad:

Sensación de vacío, inquietud, aburrimiento

5) Sentimiento de culpa:

Culpa, vergüenza, sentimiento de descontrol e ineficacia

6) Régimen o dieta restrictiva:

Reducción aportes calóricos o energéticos (dieta de frutas y yogures)

7) Hambre compulsiva:

Desregulación del sistema de homeostasis del metabolismo alimentario

8) Ingestión descontrolada:

Atracones monumentales de comida porquería, pérdida del placer

9) Estrategias de compensación:

Con purgantes: vómitos, lavativas, diuréticos

Sin purgantes: ejercicio físico exagerado, ayunos

10) Efectos fisiológicos y psicosociales

Efectos fisiológicos producidos por las descompensaciones nutritivas, los desarreglos metabólicos y las agresiones indirectas sobre el tracto digestivo, esófago, faringe, boca y dientes.

Efectos psicosociales: pérdida de amistades, retraimiento social, abandono estudios, "cambio de carácter", mayor irritabilidad, cambio de humor, distorsión del pensamiento, descontrol, baja autoestima, comportamiento adictivo

La primera constatación es que los trastornos alimentarios afectan selectivamente a sociedades opulentas en las que hay abundancia, disponibilidad y accesibilidad exagerada de alimentos y en las que se privilegian aspectos superficiales de la vida, como la imagen corporal o la silueta, el vestido, la moda, en contraste con sociedades en las que no se llegan a cubrir las necesidades básicas, pudiéndose hablar de patologías etnoculturales (Devereux, 1955; Gordon, 1990; Bordo, 1993; Toro, 1996). En las sociedades opulentas el acto de comer, al igual que el de beber, se encuadra preferentemente en el contexto de una actividad de consumo, a veces como acto social orientado a la celebración de cualquier evento o como pretexto para el encuentro familiar o amistoso, otras en el marco de una cultura del consumo rápido y abundante, raramente en el contexto de una cultura de la alimentación. Incluso, en este caso, con frecuencia no se trata de una práctica natural, sino de rituales sofisticados mediatizados por alguna creencia dietética de naturaleza vegetariana, macrobiótica, etc., inductoras potencialmente de otras patologías alimentarias como la “ortorexia” (obsesión por comer correctamente).

La segunda es la constatación del momento de aparición del trastorno que suele coincidir con el periodo evolutivo de la adolescencia o primera juventud, el momento de “entrar en el mundo” como dice Marya Hornbacher (1998), sobre cuyo significado evolutivo tendremos ocasión de volver más adelante, por lo que sólo dejamos apuntada aquí su relevancia:

Los trastornos de la alimentación son unas muletas, pero son también una dependencia y una enfermedad, una manera de evitar el sufrimiento cotidiano; te aseguran un pequeño drama privado, se alimentan del deseo de una exaltación constante, todo se juega a vida o muerte, todo es terriblemente sublime y devastador... estas ideas de grandeza esconden el miedo fundamental de ser engullida por el mundo en el momento de entrar. Era anoréxica porque tenía miedo de ser humana... La gente a menudo reduce los trastornos de alimentación a una expresión de vanidad, de inmadurez, de locura. Lo son, de alguna manera; pero también son una reacción, aunque distorsionada a la cultura, a la familia, a uno mismo.

La tercera, hace referencia a la naturaleza de la estructura del conflicto moral en el camino hacia la autonomía psicológica, que así como en la anorexia se planteaba en el nivel heteronómico (Villegas, 1997), en la bulimia se caracteriza por la modalidad siconómica complaciente, la necesidad de agradar a los demás para ser aceptado. Vittorio Guidano (1994) caracterizaba precisamente esta actitud complaciente como “dápica” (acrónimo de las iniciales de la categoría “**d**isturbo **a**limentare **p**sicogeno”), característica de los trastornos alimentarios en general, incluida la anorexia restrictiva, que para nosotros quedaría excluida de esta modalidad de construcción moral. Pero sobre eso tendremos también ocasión de redundar con mayor detenimiento más adelante, en el último apartado, por lo que nos remitimos a él.

Factores precipitantes

A través de las historias o relatos de pacientes bulímicas encontramos casi siempre la referencia a algún acontecimiento vital sobre todo de carácter relacional, problemas familiares, inicio de relaciones de pareja o amenaza a su continuidad. Los casos referidos en este y otros artículos publicados en este número dan suficiente testimonio de ello. A veces el factor precipitante aparece descrito de modo más genérico como una preocupación por la imagen, cuyo significado es naturalmente relacional, puesto que ¿a quién importa una imagen si no hay un espejo, el espejo de los demás? No se trata de una preocupación hipocondríaca por el sobrepeso como un problema sanitario, sino de una preocupación por la imagen como carta de aceptación social pero, sobre todo, relacional. La falta de autoestima detectada sistemáticamente en estos trastornos, tiene que ver con la dependencia de esta imagen para la aceptación: “no me puedo querer sino gusto” y, naturalmente la imagen viene dictada por los prototipos propuestos y aceptados socialmente, profusamente difundidos por los distintos medios de comunicación. La fantasía de un cuerpo especialmente esbelto como condición para la aceptación y la autoestima lleva a muchas mujeres a la tortura de las dietas, los ayunos y los vómitos 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 gustaré a mi 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 estropecé 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, 1993).

La ansiedad

Tales planteamientos pueden considerarse específicamente como factores de estrés generadores de ansiedad, así como la preocupación por la imagen puede serlo considerada de un modo más general. Esta ansiedad puede dar lugar a un intento de corregir la situación intentando mejorar la imagen practicando dietas restrictivas, las cuales posteriormente pueden desencadenar episodios de hambre compulsiva o pueden desembocar directamente en atracones descontrolados como forma de calmar de forma inmediata la sensación de vacío, desesperación o aburrimiento. Unas frases de Juana, testimonio que transcribiremos más adelante, explicitan claramente la relación entre ansiedad o aburrimiento con sensación de hambre e ingesta compulsiva

“Y claro, tanto machacarme con estás gorda. Y venga hacer dieta, venga esto y venga las pastillas. Me metía de todo para adelgazar, pero no adelgazaba, engordaba más. Y me quedaba en ochenta y seis quilos. [T: O sea, ¿tú lo hiciste para adelgazar?]. No, porque ya tenía la tensión nerviosa. Sí, porque se me mete los nervios aquí en el estómago como si fuera un bajón. Y mira, me dio por comer, por comer. Es comer y como si fuera un bajón. Entonces comía, comía, comía... Y luego vomitaba. Porque era lo único que podía mantener. Era lo único que yo hacía por mí misma, mandaba yo y punto. No lo podía controlar nadie. [T.: Ajá]. Y bueno, me quedé en cincuenta y un quilos. En menos de tres meses, perdí treinta y pico de quilos... Pues desde que me dan ataques de ansiedad. Porque me da por comer... Pero cantidades, a ver... que me puedo comer ya te digo... Él (en referencia al marido) hacía su vida, pasando de mi total. Él se iba a trabajar y venía a los tres días, se venía. Y se venía con algún problema, y me dejaba en casa allí, como si yo no existiera. Tú te quedas aquí, que yo ya... Pues yo que sé, a mi me daba por comer, por comer, por comer. Nada más pensar qué estará haciendo, qué no estará haciendo, que esto, que lo otro, me daba por comer. Si estaba todo el día en casa. ¿Qué hacía? Pues, comer... De los mismos nervios, pues el aburrimiento me daba por comer”.

La dieta

Aunque no siempre la bulimia se desencadena a partir de una dieta restrictiva, ésta se encuentra la mayoría de las veces en sus inicios (Saldaña y Tomás, 1999),

incluso se puede tratar de un episodio de inapetencia debido a una experiencia depresógena. Esta dieta suele estar basada en la restricción de alimentos calóricos, lípidos y proteicos, limitándose a frutas y algunos yogures. Aunque la casuística es ilimitada el caso de Marta nos puede servir de ejemplo paradigmático para ilustrar con un sólo texto el recorrido a través del círculo bulímico. Marta (en Huguet, 1996), de 23 años, sitúa el desencadenante de su bulimia en una mala experiencia con un chico, a partir de la cual dejó de comer limitándose, durante las dos semanas siguientes al abandono, a una manzana al día o ni eso. Reproducimos su testimonio secuencialmente a través de distintos fragmentos:

*“Me encontraba fatal, me mareaba casi siempre, muchos dolores de cabeza, tampoco la vista estaba bien. Llegué a bajar de peso en manera considerable unos 16 o 17 quilos de golpe y después vi que así no podía seguir, pero que bueno había bajado de peso y que me podía quedar allí... De todos modos, desde que tengo uso de razón siempre hice **dieta**. No me gustaba mi cuerpo en absoluto. Me producía repulsión. Repulsión y, a veces prefería quedarme en casa, no salía mucho y si salía entonces cuando me daba cuenta que había demasiada gente en el ambiente ya decía que me iba a dormir. No sé, una serie de comportamientos totalmente atípicos era lo que yo hacía”.*

La dieta o restricción alimentaria no produce, sin embargo de modo automático, un hambre compulsiva, ni mucho menos el atracón incontrolable. Las anoréxicas restrictivas, por una parte, mantienen el ayuno de forma constante hasta conseguir una regulación estable de la sensación de hambre. Largos siglos de experiencia, por otra, en distintas culturas y países han practicado el ayuno como una praxis religiosa o dietética o forzada por los ciclos de producción sin que ello produjera la necesidad de sobrecompensaciones descontroladas. La razón puede buscarse en las normas culturales compartidas que regulan tales prácticas.

Hambre compulsiva e ingestión descontrolada

“Después vi que realmente no podía seguir así y decidí comer poca cosa, comencé comiendo pero vi que si hacía una ingesta al día o dos no me bastaba nunca. Y comencé con los atracones y después con el vómito provocado.

En el texto que estamos transcribiendo se puede ver claramente el paso de la dieta al atracón: éste consiste en una ingestión exagerada de aquellos elementos, particularmente calóricos, ausentes en la dieta restrictiva. En general las bulímicas escogen los alimentos no en función de su contenido nutritivo sino calórico, por ejemplo comen más bien dulces que carnes, como ponen de relieve los estudios comparativos entre comedores compulsivos y bulímicos (Cooke, Guss, Kissilef, Devlin et al., 1996).

“Entonces comencé a comer compulsivamente y a provocar el vómito. Un

día salí a comprar, el día en que decidí comer compulsivamente, y compré... dos croissants, un paquete de donnettes, dos donuts, una manzana porque si no, no me habría sentido bien, un bocadillo de queso, uno de fuet, creo que también bocadillos de chocolate y más cosas de las que no me acuerdo. En veinte minutos o media hora me lo comí todo. Pero al cabo de dos minutos ya lo volvía a sacar”.

Los atracones no son una novedad en la historia de la humanidad. En la Roma imperial las orgías y bacanales consistían en comilonas ininterrumpidas en las que se usaba el vómito como medio para permitir continuar comiendo sin límite. La diferencia, sin embargo, en relación a la bulimia es clara: tales comilonas se “celebraban” en grupo y podían durar toda la noche hasta el amanecer, con el único objetivo de sacar el máximo placer. Incluso el vómito se producía en público en vomitorios contruidos a este propósito. El banquete o “*convivium*”, era el pretexto para encuentros de todo género desde amistosos, a filosóficos o políticos. Lo que sí tenían en común es el contexto de producción, sociedades opulentas donde el alimento se puede malgastar, porque no pertenecen a la cultura de la necesidad sino a la del consumo.

Sentimiento de culpa

El atracón por sí mismo y en un primer momento ayuda a reducir la ansiedad percibida en muchas ocasiones como un vacío físico en el estómago. Rosen *et al.* (1986) arguyen que el atracón puede producir alivio, pero que es esencialmente la conducta purgativa la que ayuda a disminuir el estrés del afecto negativo. De esta manera aunque el atracón pueda resultar en un primer momento relajante y liberar la ansiedad, este efecto sería momentáneo y vendría seguido a continuación de la aparición de sentimientos de culpa. El hecho de pensar que se ha roto la dieta desencadenará un atracón como una suerte de efecto de violación de la abstinencia (Raich, Sánchez-Carracedo, Mora y Torras, 1999).

“Ahora, después de comer todo esto me sentí fatal, tenía un sentimiento de culpa por haber comido, además una vez que lo había ingerido para machacarme más me iba apuntando todas la calorías que cada cosa llevaba y entonces al final pensaba: “mira, mira cuantas calorías, pero ¿cómo eres capaz...?”. Durante la semana lo tenía muy fácil, porque no hacía ninguna ingesta en casa, pero en el fin de semana, al estar en familia, en mi casa no sabían nada, en absoluto y entonces comencé un fin de semana que podía irme de casa y me fue muy bien, pero el fin de semana siguiente tuve que quedar en casa y comenzar a comer y claro entonces teniendo que comer tenía también que sacarlo de alguna manera, porque no me sentía cómoda”.

Estrategias de compensación:

El efecto saciativo de estos atracones puede explicar su relación con la ansiedad (Raich, Sánchez Carracedo, Mora y Torras 1999), construida como sensación de vacío parecida al hambre, que sólo se calma con la ingesta de alimentos de rápida absorción. Pero al propio tiempo desencadena sensaciones tanto físicas como psicológicas de desagrado e incomodidad que estimulan al vómito. Detrás del vómito pueden camuflarse una gran variedad de problemas, desde crisis pasajeras y circunstanciales, a cuadros con graves trastornos de personalidad. Por ejemplo, el uso del atracón y del vómito aparece como recurso compensatorio en personalidades límite, a la vez que circunstancialmente es practicado como regulador del humor ante un fracaso o desencuentro, igual que lo es el alcohol o las drogas. No se trata pues de estrategias exclusivas de los trastornos alimentarios, aunque sean específicas de estos.

“Era muy consciente de lo que hacía, pero no podía parar, pensaba: “bueno como después irás al lavabo ya lo harás, ya lo harás...” y así bueno después lo iba a sacar. Al principio comencé a provocarme el vómito con los dedos; después con dos gotas de agua ya prácticamente salía solo. Bebía de tres litros a tres litros y medio de agua al día era mucho más fácil y en parte me sentía mucho mejor, porque con la ingestión de poca comida y el agua me llenaba mucho más y era mucho más fácil que después volviera a salir. Llegué a un estadio psicológico tan tenso que yo misma no podía soportar. No podía porque quería decir salir de la tienda de comprar comida, y entrar en la farmacia para comprar los diuréticos y los laxantes, las 50 y las 60 pastillas que ingería al día y también era... para adelgazar, sí, sí, laxativos y diuréticos sobre todo”.

Factores de mantenimiento

Como factores de mantenimiento cabe señalar la ocultación, las mentiras y el disimulo. Como dice Marya, a quien hemos citado anteriormente *“las bulímicas, no llevan el estigma del cuerpo esquelético”*, por lo que les resulta más fácil la ocultación de su comportamiento. En la anorexia restrictiva, en cambio, resulta casi prácticamente imposible ocultar el problema una vez se ha conseguido una reducción drástica del peso, lo que no impide utilizar la mentira para otros múltiples fines:

Hubo un periodo en que las mentiras me salían de la boca como sapos, en que era más importante autodestruirme que admitir que tenía un problema y aceptar que necesitaba ayuda”. (Hornbacher, 1998).

En la bulimia, por el contrario, el mayor o menor éxito en el mantenimiento del peso permite ocultar durante años, incluso a los familiares más próximos las irregularidades en el comportamiento alimentario. Hemos visto cómo Sandra saltaba por la ventana de su habitación para ir por la terraza hasta la cocina, mientras sus padres dormían y poder atracarse o, como veremos en el caso de Juana, era capaz

de diferir durante horas el vómito a fin de que su madre no se enterara. El texto de Marta dice a este propósito:

Y era tanta la tensión a la que llegué en la universidad que realmente todos lo comenzaban a notar. Todos desayunaban y yo no, pero claro, yo me llevaba el desayuno desde mi casa y siempre lo regalaba y entonces algún compañero lo comentó a la profesora y entonces me dijo que si no lo decía yo en casa lo diría ella. Yo lo dije a mi madre que ya se había dado cuenta de algo, porque no era tonta... por el cambio de carácter, por más malhumor, no sé diferentes cosas que realmente pues se notan. Y a partir de aquí, empecé el tratamiento.

Cabe hacer mención explícita en este contexto del papel contradictorio que pueden ejercer los novios amantes y condescendientes, que esperan al volante del coche a sus compañeras mientras éstas acuden al psicólogo sin pedir nada a cambio, renunciando frecuentemente a la sexualidad o contentándose con una apariencia ficticia de la misma (Argentieri y Rossini, 1999), los cuales pueden entrar fácilmente en el círculo bulímico ocupando un puesto específico como factores de mantenimiento, en colusión bienintencionada con la patología de sus novias, como puede colegirse de la lectura del siguiente texto:

*“Aunque pueda parecer absurdo, yo vivo para su mejoría. Con frecuencia me dicen: ‘pero ¿por qué lo haces? ¿Por qué no la dejas ahora que todavía estás a tiempo?’. Pero yo no lo hago por piedad, sino porque la quiero como es. Sé que su **enfermedad** es el **síntoma** de una **desadaptación**, de una **crisis existencial**, de una búsqueda de la verdad y me siento solidario con ella en todo esto. Juntos buscaremos durante toda nuestra vida. La siento como una compañera de viaje única y concentraré todas mis energías en entender momento a momento cada una de sus ansias y bloqueos”.* (cfr. Donati, 1999)

Efectos fisiológicos y psicosociales

El comportamiento bulímico produce efectos sobre la salud física y psicológica, así como incidencias en el ámbito social. Algunos son a corto plazo, otros van afectando lentamente al cuerpo, al área de las relaciones sociales, los estudios, el trabajo, produciendo efectos parecidos a los de una adicción que repercuten sobre el desarrollo personal y psicosocial. Esther (1996), la bulímica a la que nos hemos referido más arriba lo explica muy sucintamente:

Físicamente me sentía muy mal, me dolía la cabeza, me dolía la barriga, me dolía el cuello, te sientes cansada porque normalmente estás agotada, pero lo peor para mi era cómo me sentía psicológicamente, te sientes muy mal porque pierdes totalmente el control. Anímicamente, me sentía fatal, me quería morir, no quería seguir en esa situación, porque no es vida estar todo el día comiendo y vomitando. Yo ya al final, cuando llevaba tres o

cuatro años enferma, quería acabar de una vez y no quería sufrir más porque cuando te curas muy bien, pero cuando estás enferma es insopor- table. Más de una vez llegué a pensar que o me curaba o me tiraba desde el balcón. Para mí era la única solución para dejar de sufrir de esa manera. Se sufre mucho, toda la vida se acaba, se han acabado los estudios, los amigos, no tienes ganas de hacer nada. Dejé mis estudios de derecho, mis amigos. Nadie me podía ayudar porque yo no se lo decía a nadie. Te da vergüenza decirlo, piensas que si lo dices a alguien dejarán de quererte o ya no les gustarás, porque una persona que pierde el control no está bien vista por parte de la sociedad, y yo me callaba.

La ruptura del círculo

Una vez constituido el círculo bulímico, éste tiende, como hemos visto, a mantenerse. Siguiendo la tendencia universal hacia la homeostasis de todos los sistemas el círculo bulímico reinicia incansablemente las veces que haga falta, utilizando los mecanismos de compensación y mantenimiento necesarios a fin de proteger su funcionalidad.

*Desde la última crisis en que me quería morir he entendido que **algo no iba bien**. Ahora sigo una **terapia** y llevo una **dieta equilibrada**. El problema es que en cuanto llego a los 46 kilos, que es un peso aceptable, ya me siento **gorda**. Me entra el miedo a **engordar** infinitamente y ya me veo llevada a **restringir la comida**. Lo hago durante semanas y en cuanto me apetece alguna cosa en particular me **atraco** y después **vomito**. De este modo vuelvo a empezar... A veces me veo como una **enferma** y a veces como una **heroína** que no consigue llegar hasta el final... (Sasa, en Donati, 1999)*

La posibilidad de ruptura del círculo pasa por la inversión del balance funcional del mismo (Villegas, 2001). La crisis del sistema requiere reconocer que sus ventajas son indeseables y que sus desventajas son insoporables. Serena (cfr. Donati, 1999), convaleciente de una anorexia purgativa, describe este balance de la siguiente manera:

*“He empezado a sentirme mejor desde que he vuelto a **comer** un poco de todo, sobre todo aceite y azúcar. Me cuesta todavía superar el **peso bajo**; pero por suerte me ha vuelto la **regla**. Cuando me asaltan sentimientos de culpa y me siento llevada a **vomit**ar, me paro a pensar en la **regla** y me digo a mí misma: “No puedo renunciar a **ella**; con lo mal que se pasa sin **ella**”. Intento **hablar**, no cerrarme en mi habitación o ponerme a cocinar para los demás. Voy a mi madre y le pido que me **escuche**. Me libro de todo y después me siento mejor. Pero eso vengo a verte, porque eres una persona **sensible**, pero no **débil**. Yo asociaba la **sensibilidad** a la **debilidad**. Deseo ser **fuerte**, muy **fuerte**; así si caigo no me hago tanto daño... En este momento me definiría como una luciérnaga que va buscando encontrarse*

con las otras en la oscuridad. Estoy descubriendo la luz y sin luz no podría vivir. Me aprecio, me gusto, me acaricio interiormente”.

Como hemos tenido ocasión de ver en varios de los testimonios transcritos la situación puede ser tan insoportable que se llegue a pensar en la muerte o se hagan intentos de atraer la atención de los otros a fin de conseguir un ingreso y así se llegue a poner al descubierto el problema y se haga posible un tratamiento.

En el plano operativo la ruptura del círculo bulímico implica un cambio de actitudes que van desde reconocer la problemática, compartirla con otras personas, particularmente los familiares más próximos, siempre que éstos tengan una actitud favorable y no formen parte del sistema de mantenimiento, en cuyo caso es aconsejable la terapia familiar, hasta ponerse en manos de profesionales. Esther (en Huguet, 1996), parte de cuyo testimonio hemos transcrito más arriba describe su proceso de curación de este modo:

“Al principio no sabía qué era esto, no sabía si tenía una enfermedad o si me estaba volviendo loca o si tenía un nombre esta enfermedad y entonces un día mirando la tele en una serie americana he visto una chica que decía que tenía bulimia y fue entonces que dije a mi padre: “...mira resulta que estoy enferma, y resulta que lo que tengo se llama bulimia”; entonces lo hemos escrito en un papel porque era una cosa muy rara en esos momentos. En un primero momento, la verdad es que se puso a reír y pensó que era una cosa fácil de superar y que lo habríamos acabado rápidamente “esto de comer y vomitar parece una tontería”. Después con el tiempo ha visto que este asunto se tenía que tomar en serio, que es una enfermedad muy grave - ya sé que existen cosas peores - pero es una enfermedad muy grave que puede ser no se vaya nunca en tu vida, que te corta totalmente la vida y que al final te puedes morir... Inicialmente fui a un médico que me ayudó a darme cuenta que estaba enferma y durante el espacio de un año, un año y algo, me quedé con este señor y me hice la idea de que estaba enferma; pero yo lo que quería era salir de eso, no aceptarlo. Quien no está consciente de estar enfermo, no se curará, tienes que ser tú quien digas tengo esto y quiero salir de esto, pero no basta. El segundo médico me ayudó mucho y me dijo cosas prácticas para salir de eso que era lo que quería: una táctica o otra para salir de allá. Entonces lo que me decía yo lo seguía a la letra porque no podía más: lo primero de todo, dejar de vomitar. Para curarte has de dejar de vomitar, y entonces él me dijo que podía comer lo que quería, y no sacarlo, porque cuando vomitas te vuelven las ganas de comer y entonces necesitas volver a comer, pero si no lo vomitas no tienes ganas y no tienes que volver a comer de nuevo. Y bueno, poco a poco lo he conseguido, tienes recaídas, poco a poco vas bajando la frecuencia de los vómitos. Ahora ya dejé de vomitar hace tres años y medio, pero a veces aún me quedan esas manías, que parece mentira, pero

aún te acuerdas... A la persona que está enferma le diría sobre todo que lo diga a su familia, que no lo esconda porque ocultarlo quiere decir potenciar la enfermedad. Decirlo porque ellos te ayudaran en todo lo que puedan y te llevaran a un buen especialista y comenzar a atacarlo desde el principio y no dejar que la cosa se haga peor“.

En la práctica requiere acciones tan concretas como dejar de vomitar, reaprender a comer y a cambiar la rutina diaria, reintroduciendo los hábitos de la vida cotidiana como estudios o trabajo, diversiones y salidas con amigos que se habían visto interrumpidas por su incompatibilidad con el círculo bulímico. Laila, cuyo testimonio está recogido en Donati (1999) lo cuenta de esta manera:

*Ahora no pierdo tanto tiempo **cocinando**: antes pasaba días enteros **cocinando** para los demás y no les quitaba el ojo de encima hasta que se lo **comían** todo. Yo en cambio no **comía** nada. A veces me hubiera apetecido **comer** algo, pero sabía que lo habría **vomitado** y entonces lo dejaba estar... Ahora me siento más libre respecto a la **comida**; **como** lo que quiero; estoy aprendiendo a ser autosuficiente.*

Los cambios no siempre se obtienen de forma inmediata, sino que requieren una aproximación gradual y progresiva, como se deduce del testimonio de Esther al que nos hemos referido más arriba o del de Samanta (cfr. Donati, 1999), que relata su vuelta al trabajo, pero no a los estudios.

*“Ahora estoy mejor... hace seis meses que ya he salido de la clínica, pero no he continuado los estudios. Me he puesto a trabajar. Quería ganarme la vida y sentirme **independiente**. Si eres **independiente** económicamente te sientes más **libre** y, por tanto, más feliz”*

Sobre la diversidad de tratamientos específicos para la anorexia purgativa y la bulimia no entraremos en detalle. Los abordajes son muy variados, sistémicos, psicoanalíticos, cognitivo-conductuales, etc. y la mayoría han demostrado en distintas circunstancias efectos positivos al igual que fracasos. Algunos textos que contienen indicaciones terapéuticas son citados en la bibliografía, entre ellos Barnhill y Taylor (2000), Cooper (1993), Crispo, Figueroa y Guelar (1994), Dalle Grave (1996), Fairburn (1996), French (1994), Göeckel (1991, 1994, 1998), Nardone (2002), Pipher (1998), Raich (1998), Rausch y Bay (1990), Recalcati (1997), Schmidt y Treasure (1995), Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), etc. No podemos entrar aquí en su valoración que nos apartaría del objetivo de este trabajo. Sólo subrayar que, en general la intervención terapéutica en los trastornos alimentarios suele requerir una aproximación multidisciplinar, que puede estar compuesta de distintas fases y que aprovechando momentos de mejora y de estabilización conviene plantearse una terapia en profundidad para favorecer el desarrollo integral de la persona que se ha visto interrumpido en su proceso evolutivo a causa del desequilibrio alimentario y del proceso adictivo que supone la conducta relacionada con el vómito autoinducido.

VIAJE AL INTERIOR DE LA BULIMIA: EL DISCURSO BULÍMICO

En el artículo anterior a que nos referíamos al inicio de este escrito nos centramos en identificar los constructos discursivos que caracterizan la anorexia restrictiva, los elementos ideológicos que presentan 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. Algunas de ellas han muerto en el empeño, otras con el paso del tiempo se han estabilizado evolucionando hacia modalidades purgativas, otras han encontrado una dieta de supervivencia, llegando a estar sólo «parcialmente curadas», o si se quiere estabilizadas. Otras se han curado completamente; a la mayoría de éstas debemos los testimonios publicados sobre la experiencia anoréxica y bulímica que sirven de textos de referencia para este artículo [Bills (1995), Bordo (1993) De Clerq (1990, 1995), Donati (1999), Garzón (1995), Gianini (1993), Hall (1995), Horrnbacher (1998), Huguet (1996), Liu (1979), Memmo (1997), Raimbault y Eliacheff (1991), Rubel (1995), Schelotto (1992), Toro y Artigas (2000). Trattner y Thomson (1998), etc.].

En este artículo nos referimos específicamente al discurso característico de la bulimia, al intento de poner de manifiesto el significado del comportamiento compulsivo en el comer y los métodos orientados a neutralizar sus efectos perniciosos sobre el aumento de peso a través del vómito u otros sistemas purgativos. Con el objetivo de poder sintetizar nuestras propias conclusiones al respecto hemos escogido el comentario a una entrevista transcrita con una paciente a la que llamaremos Juana, que tiene la virtud de poner de manifiesto los aspectos esenciales que caracterizan el discurso de la bulimia de una manera muy directa y espontánea.

Juana, paciente de 31 años, madre de dos hijos, separada vive con sus padres, habiendo iniciado una nueva relación con Marcos, aunque no convive todavía con él, porque no ha formalizado la ruptura con la pareja anterior, toxicómano que la había recluso y maltratado física y psicológicamente. Inicia la sesión relatando que ha acudido a una entrevista en un hospital público para ser aceptada en un programa de tratamiento para trastornos alimentarios. Expresa una intensa decepción por el trato burocrático a que fue sometida en esta entrevista que duró apenas dos minutos y el impacto que la causaron las chicas anoréxicas con las que tuvo ocasión de cruzarse por los pasillos del departamento. A continuación sigue la transcripción de la entrevista que hemos ido comentando en función de los criterios señalados en el diagrama de flujo del ciclo bulímico.

Factores precipitantes: Preocupación por el peso sin distorsión de la imagen

JUANA: Es que nada más llegar allí (el hospital) y ver lo que hay. Ya empiezo a pensar... porque todas las chavalas están tan delgadas, digo ¡si

yo estoy de gloria!: Yo veo las otras... a ver... porque yo he perdido más de treinta quilos, pero claro... yo a lo mejor tenía, a ver, "chicha". Y la otra se hace lo mismo que yo, y no tiene chicha. Pero es que eran delgadas, delgadas... La otra semana cuando fui, a dos de ellas les dio un ataque de ansiedad, se mareaban allí. Pero es que no tienen chicha, estas no comen ni...; yo me veo gorda al lado de ellas. A ver, yo por sí no me veo gorda, yo me veo normal. Son sacos de huesos andantes... Yo sé que estoy compensada por mi peso. Lo que pasa es que mi constitución es de ser más ancha. Porque veo a mi madre, a mi hermana... De toda mi familia estoy delgada. Mi madre pesa ciento diez quilos y mi hermana noventa. Pero anoche, después de ver todo aquello en el hospital, me comí un bocadillo enorme, ¡eh! He pasado una noche de perros, pero no vomité el bocadillo. Pero es que recuerdo lo que había allí y me pongo enferma, se me quitan las ganas de vomitar.

TERAPEUTA: *Porque ¿lo que comes, lo vomitas?*

JUANA: *Sí, porque se me mete los nervios aquí en el estómago como si fuera un bajón. Es comer y como si fuera un bajón. Pero me puedo comer, a lo mejor... o no como nada o tomo un litro de zumo, un litro de agua... Yo que sé, todo lo imaginable, porque yo me pongo a comer vamos, lo que pillo, y luego claro, me siento mal. Se me pone todo aquí (señalando el estómago) bum, bum, bum, bum... Y una mala leche... Pensaba en decirselo a mi madre, a mi padre..., hasta que no vomito pues no me quedo... Pero anoche me quedé pensando, no se me quitaba de la cabeza todo lo que vi. Me comí el bocadillo, y... como y me voy a vomitar. Me tengo que curar, me tengo que poner bien... Una vez que ya lo supere todo, por una parte los nervios se me quitarán, algo de nervios se me quitarán. Me encontraré un poquito más centrada, creo yo. Es que a veces me pongo histérica, a la hora de la comida me pongo histérica. Mi madre siempre está diciendo: ¡come!... Si no como, mi madre se pone: "¡Ay! es que siempre estás igual". Pues como porque así están contentos. Pues a comer se ha dicho. Aunque luego me... A lo mejor como con ellos a las dos, y puedo vomitar a las nueve de la noche tranquilamente. Porque estando con ellos no puedo entrar al lavabo, porque me siguen. Han quitado el pistillo, del lavabo. A ver como me aguanto. Así que hasta que no llego a mi casa, no... Y si me voy con alguien me siguen. Hasta mi prima pequeña me sigue. Prefiero aguantarme y no darle el mal rato, y cuando llego a mi casa ya... Si me siento mal, ya vomitaré... Puedo aguantar tranquilamente, ¿eh? Con el recurso ese, de que voy aguantando y me voy hinchando de agua. Entonces el estómago se sigue inflando, inflando y no puedo vomitar.*

TERAPEUTA: *A ver, vamos por partes... Una cosa importante que has dicho es que tú no te ves gorda.*

JUANA: *No, yo me veo bien. Yo me veo bien. Bien.*

TERAPEUTA: *Así me gusta.*

JUANA: *Yo me pongo la ropa, y digo... sí. Me pongo la ropa, sólo me puedo poner los pantalones. Pero bueno tengo la esperanza de engordar un poquito porque no veas como tengo el vestuario.*

TERAPEUTA: *O sea, tú te ves bien. Eso es...*

JUANA: *Yo me veo bien.*

Relación con la ansiedad

TERAPEUTA: *Muy bien, estupendo. Tenemos un punto ganado, que tú te ves bien. Eso es muy importante para este tipo de problema. Por lo que dices parece que todo esto está relacionado con la sensación de ansiedad.*

JUANA: *Sí, sí es. Siempre me ha pasado cuando..., las temporadas que he estado muy nerviosa me ha pasado. Esto ya viene de años, ¿eh? Esto no es de ahora. Es como una escapatoria que tengo a ver. Como una cosa... Cuando me pasó lo de mi marido hace ya años. Entonces estaba muy gorda, pesaba ochenta y seis quilos. Paseábamos por la calle. Me daba vergüenza, con veintitrés años de mira como está. A ver me hacía sentir mal de "mira esa que buena está, mira tú que da pena verte, con ese cuerpo". Y mira, me dio por comer, por comer. Y claro, tanto machacarme con estás gorda. Y venga hacer dieta, venga esto y venga las pastillas. Me metía de todo para adelgazar, pero no adelgazaba, engordaba más. Y me quedaba en ochenta y seis quilos.*

TERAPEUTA: *O sea, tú lo hiciste para adelgazar.*

JUANA: *No, porque ya tenía la tensión nerviosa. Entonces comía, comía, comía... Y luego vomitaba. Porque era lo único que podía mantener. Era lo único que yo hacía por mí misma, mandaba yo y punto. No lo podía controlar nadie. [T.: Ajá]. Y bueno, me quedé en cincuenta y un quilos. En menos de tres meses, perdí treinta y pico de quilos. Cuando mi madre me vio. Cuando vine pacá, y mi madre me vio: "Tú estás enferma, al médico. Que si esto, que si lo otro, que si no se qué". Claro pues se enteró. Y a mi madre del mismo de esto que le dio... Y entonces, pues bueno, al poco tiempo me quedé embarazada. Y mi madre, por su cuenta se fue a hablar con el doctor y se lo dijo. El doctor me llamó y me dijo: ¡O tú o el niño! Lo que tú quieras, si quieres seguir con la tuya, pues sigue; pero no te pongas a tener un hijo por que lo vas a tener mal. Entonces ya me lo planteé y dije voy a dejarlo, aunque no coma voy a dejarlo. Me ponía dieta, pero yo le decía no me pongas dieta porque no la voy hacer, ahora que puedo comer, voy a comer. Me sentía... yo que sé. Que ya me daba igual yo, porque voy a tener el niño. Y se me quitó. Pero ahora con los nervios, otra vez mal. Porque antes yo no estaba gorda, a ver, que yo estaba normal setenta,*

sesenta y ocho, setenta, setenta y dos. Pero a ver, es que va subiendo y va bajando, supongo. Pero ahora, otra vez, ahora pesaré, no sé sesenta, cincuenta y ocho, sesenta, ... no lo sé porque no me he vuelto a pesar desde el verano, y desde el verano aquél he perdido bastante.

TERAPEUTA: *Vayamos por partes. Primera parte, tu no te ves gorda lo cual es... es bueno. Segunda parte, esto lo relacionas con los nervios.*

[JUANA: Sí.] *¿Cuánto hace que empezó, empezaste a... a utilizar este sistema para calmar los nervios?*

JUANA: *Pues desde que me dan ataques de ansiedad. Porque me da por comer... Pero cantidades, a ver... que me puedo comer ya te digo...*

TERAPEUTA: *Sí, sí, sí. O sea, desde que te dio el ataque de ansiedad. ¿Y cuando te dio el ataque de ansiedad?*

JUANA: *En verano, en verano. El día siete de agosto.*

TERAPEUTA: *Bueno, pero eso es ahora. ¿Antes? [JUANA: ¿Antiguamente?] Porque dices que esto ya lo hacías antes. [JUANA: Sí.] Cuando te decía tu marido que estabas gorda ¿Cuánto hace de esto?*

JUANA: *Esto hace, a ver siete, ocho o nueve años.*

TERAPEUTA: *Eso es. Muy bien. Entonces vamos continuando por partes. Eh, has dicho también algo muy interesante, que era la única cosa que podías controlar. ¿Qué significa, que era la única cosa?*

JUANA: *El mundo de alrededor, a ver... Él hacía su vida, pasando de mi total. Él se iba a trabajar y venía a los tres días, se venía. Y se venía con algún problema, y me dejaba en casa allí, como si yo no existiera. Tú te quedas aquí, que yo ya... Pues yo que sé, a mi me daba por comer, por comer, por comer. Nada más pensar qué estará haciendo (el marido), qué no estará haciendo, que esto, que lo otro, me daba por comer. Si estaba todo el día en casa. ¿Qué hacía? Pues, comer.*

TERAPEUTA: *Muy bien. O sea, que estabas todo el día en casa, y estabas pensando qué estaba haciendo.*

JUANA: *Sí, de los mismos nervios, pues el aburrimiento. Me daba por comer*

TERAPEUTA: ***El aburrimiento, los nervios...***

JUANA: *Me da por comer. Si me podía comer dos pasteles, si bajaba a la pastelería me compraba un pastel, me lo comía, bajaba y me compraba otro.*

Hambre e ingesta descontrolada: atracón

TERAPEUTA: *Muy bien. Y ¿qué sentías cuando te lo comías?*

JUANA: *¡Qué bueno estaba! [T.: ríe] Yo me ponía a comer y uf, tranquilamente, yo no estaba pensando en... Pero claro, me comía el pastel, me tomaba el agua, el zumo, lo otro, lo otro. Y claro me ponía tan hinchada*

(abriendo los brazos) que no podía ni respirar. Es que me ahogaba. Claro, a ver ya te digo era un pastel! Es que ahora mismo lo tengo en la mente. Tengo el recuerdo de eso. Sabes, de estar sentada en el sofá con mi pastel. Es que después de comérmelo, me tumbaba en el sofá. Es que no me podía mover. No me podía mover.

TERAPEUTA: *Ya. O sea que cuando estabas, cuando te lo comías pensabas qué bueno que está. [JUANA: Sí.] Y al pensar qué bueno está, dejabas de pensar ¿qué estará haciendo él? O que...*

JUANA: *Sí. Nada más en mi cartera. No me acordaba de él.*

TERAPEUTA: *No te acordabas de él. Muy bien, y además, y además no te aburrías en aquél momento. [JUANA: No]. O sea que el comer te servía para esto.*

JUANA: *Mira me acuerdo perfectamente. Me estaba comiendo el pastel y salió por televisión que se había muerto Lola Flores. Y dejé de comer el pastel.*

TERAPEUTA: *¿De qué era el pastel?*

JUANA: *De nata!*

TERAPEUTA: *[ríe] Te acuerdas de hasta de qué era el pastel. Y en aquel momento dejaste de comerlo.*

JUANA: *Sí, porque me hizo cosa. Pero luego seguí*

TERAPEUTA: *Ah! Luego seguiste. Hasta que lo terminaste. [JUANA: Claro.] Y en esa época, cuando murió Lola Flores, ¿tú dejabas de comer luego ya un poquito más?*

JUANA: *A ver, era cuando, a lo mejor me tiraba semanas sin vomitar. Pero luego, según el estado de nervios que tuviera pues eso me hacía..., según lo aburrida que estuviera. A ver, si no tenía nada que hacer. ¿Dónde iba? Si estaba en un sitio que yo no conocía. Lo único que tenía para hacer era comer. Es lo único que hacía comer, comer, comer. Hasta que un día digo 'bueno tendré que conocer Córdoba'. Yo no salía del piso y no conocía Córdoba. Yo, el piso, me perdía. Hasta que un día me lié la manta en la cabeza y digo, me voy a pasear y ya... Entonces se me pasó la temporada, encontré trabajo... Cambió un poco lo que era, un poquillo el ritmo de Córdoba. Pero claro yo estuve bien la temporada. Era como, cada vez que me ponía nerviosa me daba por comer y vomitar. Los nervios los controlaba así.*

Estrategias de compensación: el vómito

TERAPEUTA: *Muy bien. Y luego vomitar, ¿para qué te servía?*

JUANA: *Pues para quedarme tranquila.*

TERAPEUTA: *¿Tranquila de qué?*

JUANA: *Hombre, porque me hinchaba tanto de comer. A ver, era*

imposible que mi estómago hiciera esa clase de digestión, porque me podía comer dulce, salao... todo. Claro, luego estaba allí y no podía ni respirar. De la ansiedad que tenía dentro, de haber comido tanto, si era imposible. Si me podía comer lo que se come una familia. [T.: Ya.] El otro día fui a la panadería, y compré tres bollos de pan. Llegué a casa y me los comí. Tres barras así (indicando el tamaño con las manos) me las comí.

TERAPEUTA: *Pero bueno, permíteme que vayamos por partes. Porque quiero entenderlo bien. Y... y a lo mejor también te sirve a ti entenderlo bien. Entonces resulta que estabas aburrída o estabas ansiosa y comías, y luego vomitabas porque te ahogabas de tanta comida. Cuando vomitabas ¿pensabas en liberarte de la sensación física, o en qué pensabas?*

JUANA: *No pensaba en nada. **Pensaba en quitarme esa pesadez que tenía en el cuerpo.***

TERAPEUTA: *Del cuerpo. **O sea, era algo físico una sensación corporal.** Que necesitabas como liberar.*

JUANA: *Igual que ahora, es lo mismo que me pasa ahora, ahora mismo como y me siento pesada, mal, ... mala leche que me entra. Cambio de humor, me entra cambio de humor... Pero con todo el mundo. Hasta con Marcos (la pareja actual), él no sabe nada de nada, él no sabe nada. Sabe que lo pasé antiguamente y ya está. Y a lo mejor me dice algo y yo le digo: "ay déjame no se qué, vete a tomar algo no tengo ganas de hablar". Todo el día bien y luego te enfadas. Claro él se pregunta el porqué. En el rato después de comer no quiero ni que me hablen, que me dejen tranquila, no soporto a nadie. Muchas veces prefiero no comer, para no sentir también esa mala leche. Porque luego me siento culpable de hablarle mal a los demás, no tienen culpa, ni saben de lo que va el tema. Entonces pues, a veces prefiero casi no comer. Pero si no comes, Marcos: "Pues come! Chiquita que has comido muy poco, no se qué". Empieza así mi madre: "come chiquilla que has comido muy... Porque a lo mejor me como yo un huevo así, sólo. Pues come, que eso es muy poca comida, que si no se qué, ¿dónde vas con eso? ¿Pues qué haces?" Pues para no llevarle la contraria, pues comer.*

TERAPEUTA: *Vale. Fíjate en una serie de cosas que estás diciendo.*

JUANA: *Ay! Qué calor me está entrando [estirándose el cuello alto del jersey]*

TERAPEUTA: *Ya. ¿Quieres que continuemos?*

JUANA: *Sí, si sé que tengo que arreglarlo. Ya por mi misma, tengo que arreglarlo de alguna manera. Porque sino cada vez es peor.*

TERAPEUTA: *Vale.*

Factores de mantenimiento: ocultación

JUANA: Lo que yo no quiero es que mi familia se vuelva a enterar y vuelva pasar lo de antes. Ahora que están todos que confían en mí, que están tranquilos. Pues lo que no quiero, es otra vez, preocuparlos a todos. Porque mi madre entraba detrás de mí al lavabo. Y yo lo dejaba muy limpio. Pero mi madre limpió el agujero de las tuberías. Limpió hasta las tuberías y sin poner la tubería para ponerme al descubierto. Claro mi padre ya se puso en medio. Empezó a meterse conmigo a decirme: ¡Eres una tonta! Que lo vas echar a perder. Que no se qué no se cuanto... que no estaba pensando en mi madre, que sólo me importaba yo, que no me daba cuenta lo que hacía a los demás. Y ya por no volver a hacerles daño a todos, prefiero arreglarme yo sola. A ver, que se me quite esto. Por que tarde o temprano se van a volver enterar. Como siga así se van a volver enterar. Se va a notar. Prefiero arreglarlo antes de que se note más. Antes de hacer más daño a todos. No quiero que se preocupen.

TERAPEUTA: Tú has dicho: que se me quite esto. Y antes has dicho que era lo único que controlabas.

JUANA: Sí, pero a ver yo quiero estar bien, quiero volver a trabajar, quiero...

TERAPEUTA: Lo que, lo que quiero entender es como dices por una parte: que se me quite. Y por otra que era lo único que controlabas. No se entiende eso.

JUANA: Sí! Pero yo quiero controlar eso! [T.: Ajá] No quiero que me entre la sensación de vomitar! Y si no vomito no me siento bien! A ver... [T.: Ajá] Yo quiero que se me quite, es que...

TERAPEUTA: Claro, vamos, vamos por partes. Entonces, una de las cosas que convienen en ese momento es no ponerle prisa al asunto. Ponerle interés, pero no prisa. ¿Vale? Entonces, yo intento comprender cómo puedes hacer coherente el hecho de decir que era lo único que controlabas, con esa expresión de que se me quite. O sea, por una parte es como si... es algo que no fuera tuyo, y por otra parte es como algo que es tuyo, que lo controlas. Como se entiende eso?

JUANA: A ver, antes era lo único que podía controlar. Cuando estaba con Juan, cuando me ponía esa clase de nervios, esa ansiedad de la... espera, desespera. Así todo muy... Pero ahora, no. Es que se me ha puesto el corazón aquí (tocándose la barriga) como los nervios. Me late de aquí a aquí (señalando primero el pecho y después el estómago), y empieza bam, bam. Yo que sé, es una sensación muy rara, aquí en el estómago. [T.: Ajá] Como el que no le aguanta la comida. Es que se me sale sola. Si estoy sentada, no quiero, no quiero, y que me están entrando las ganas y estoy sentada en el sofá!

Factores precipitantes: Socionomía complaciente

TERAPEUTA: *Claro, pero ayer te comiste el bocadillo. [JUANA: Sí.] Y no vomitaste.*

JUANA: *Pero tampoco hice caso a lo que me dijeron los demás.*

TERAPEUTA: *¡Aaaaquí va! [señalándola con el dedo]. Bravo! [aplaude]*

JUANA: *Porque Marcos: “¿Ese bocadillo te vas a comer?! Esa porquería de bocadillo, pero si sólo te has puesto una salchicha!” Yo: “Pero es que no tengo hambre, es que no voy a comer más!”. Él: “Chiquita come, que no se qué!”. Yo: “Que no quiero nada más!! A ver... que no se qué! Qué no quiero ya, jolín! Que si quiero algo más, ya cogeré fruta, cogeré algo”. Él: “Bueno haz lo que quieras!” A ver, pero siempre **por tener contentos a los demás.***

TERAPEUTA: *Aaahora!*

JUANA: *Pues qué hago? Comer como el que... normal. Y me estoy dando cuenta de que estoy mal.*

La alternativa como camino hacia la autonomía

TERAPEUTA: *Eso es. A ver vamos a... Primero, que es lo que te curaría? A ver si estamos de acuerdo.*

JUANA: *Tranquilidad, paz...*

TERAPEUTA: *No, no. Eso es la consecuencia.*

JUANA: *¿Que me curaría?*

TERAPEUTA: *Sí.*

JUANA: *Que me dejen un poquito a mi aire.*

TERAPEUTA: *No, que me dejen, no!*

JUANA: *También se preocupan demasiado.*

TERAPEUTA: *Porque los demás no te dejarán.*

JUANA: *Ya lo sé que no me dejarán.*

TERAPEUTA: *Lo que te curaría sería que tu...*

JUANA: *decidiera lo que puedo comer.*

TERAPEUTA: *Eso es... O sea, no pongas la solución en lo que comes cuando comes. La solución está en tu..., en tu entidad interna. Porque si tu ayer te comiste esto y no lo vomitaste, fue porque tú no hiciste caso a los demás. [JUANA: Claro.] Pero no tanto porque no hiciste caso a los demás, sino, porque te hiciste caso a ti misma. Es decir, no te dejaste influir. Porque tu vas a casa tu madre y comes para no llevarle la contraria. O sea, no comes por ti.*

JUANA: *Claro.*

TERAPEUTA: *¿Cómo quieres regularte, si, si cuando alguien te dice come, tu comes?. Como si el que tuviera hambre fuera el otro y no tú. A ver, solo mi cuerpo puede saber si tiene hambre o no tiene hambre. Sólo yo lo*

puedo saber. Nadie más lo puede saber. Si no pongo el centro de las decisiones en mi mismo, entonces, mi organismo funciona como una especie de autómatas, que no tiene criterio.

JUANA: *Lo que quiero comer. Pero otras veces... Sí, pero otras veces, me entra la ansiedad...*

TERAPEUTA: *Aja. Entonces, cuando hay ansiedad no eres tú.*

JUANA: *Claro.*

TERAPEUTA: *Tienes que preguntarte porque te entra la ansiedad?*

JUANA: *No lo sé.*

TERAPEUTA: *¿Y por qué te entra la agonía entonces?*

JUANA: ***La ansiedad me entra porque me pongo nerviosa.***

TERAPEUTA: *Claro.*

JUANA: *Me pasa una película por la cabeza...*

TERAPEUTA: *Claro. Pues qué película?*

JUANA: *Bfff, todo, todo, todo... Todo es una película!*

TERAPEUTA: *Volvamos otra vez a Córdoba. Qué pasaba en Córdoba. En Córdoba te sentías como?*

JUANA: *Mal.*

TERAPEUTA: *No, mal no me dice nada.*

JUANA: *Ansiosa, nerviosa,...*

TERAPEUTA: *Ansiosa y nerviosa no dice nada.*

JUANA: *Vale. Y como me sentía?*

TERAPEUTA: *Te sentías abandonada.*

JUANA: *Sí. Ahora soy yo y ya está! A ver, tuve la temporada de estar vomitando y eso. Y luego dije, ahora soy yo arriando, andando.*

TERAPEUTA: *Eso es!*

JUANA: *Y me puse los zapatos de tacón y me fui a taconear por ahí.*

TERAPEUTA: *Eso es. Eso es.*

JUANA: *Me daba vueltas a la cabeza, y ya me daba igual irme a la piscina, que irme con otra, que irme a tomar algo con una amiga. Me daba igual todo.*

TERAPEUTA: *Entonces para que necesitas un tratamiento, si lo que necesitas es liarte la manta a la cabeza.*

JUANA: *Porque no puedo.*

A vueltas con la estructura sacionómica complaciente

TERAPEUTA: *Aaaah, pues vamos ahí! ¿Por qué no puedes?*

JUANA: *Porque tengo mis obligaciones.*

TERAPEUTA: *¿Qué obligaciones?*

JUANA: *Mis hijos, mi casa, mi vida, mi todo...*

TERAPEUTA: *¿Qué sería liarte la manta a la cabeza?*

JUANA: *Bufff, yo que sé! Es que a ver, a lo mejor es mucho para mi sola. A ver, tengo a Marcos que me ayuda. Pero es una vida que es mía, no es de él! Y a veces me siento presionada. Porque quiero hacer las cosas tan bien, y no puedo a lo mejor hacerlas bien. Bien por todos, más que por mí.*

TERAPEUTA: *O sea, tú haces las cosas por...*

JUANA: *Por los demás. Ahora me paso todos los días con mi madre... Por que esté contenta ella, porque está bien. Todo el día!*

TERAPEUTA: *Eso está muy bien hacer las cosas por los demás, si estas cosas que haces por los demás te van bien a ti. Porque si no te van bien a ti, no!*

JUANA: *Ya. Hay días que sí y días que no. Hay días que me siento presionada por hacer las cosas que a lo mejor no me apetece hacer. Porque muchos días no me apetece salir, no tengo ganas de salir a la calle. Y tengo que hacer un esfuerzo por mi madre, o por mi tía. Por que todo el día las tengo encima. Es que todo el día! O mi hermana, o mi tía, o mi madre, o mi prima...*

TERAPEUTA: *Y tu dices que en tu casa, cuando comes en tu casa, ¿eso no te pasa?*

JUANA: *Sí, a veces no quiero salir. Es que preferiría estar en mi casa sentada en el sofá tranquilamente. A estar de aquí para allá, haciendo lo que ellas quieren. Aunque a mi no me apetezca, pues tengo que hacerlo! Y hay días que me apetece estar con ellas y otros días no. Me tengo que adaptar...*

TERAPEUTA: *A ver, ¿por qué vas a cenar a casa de ellas?*

JUANA: *Porque estén más tranquilas.*

TERAPEUTA: *Y en lugar de estar más tranquilas...*

JUANA: *Ellas están más tranquilas, pero yo estoy peor.*

TERAPEUTA: *Eso es. No, ellas están más engañadas. [JUANA: Ya]. No más tranquilas.*

JUANA: *Más confiadas.*

TERAPEUTA: *Pero más engañadas.*

JUANA: *Porque mi madre de ver que no entro ni al lavabo. Ayer mismo, para el mediodía. Pues comí en su casa. Comí paella que la hizo, porque a mi me gusta. Y no había comido nada, desde el día anterior. ¡Ya me dirás! Hizo una paella, vale. Pues me la comí, nada, un plato. Y que me comí más? Un plátano y me dormí la siesta. Y mi madre estaba muy contenta de ver que yo...*

TERAPEUTA: *Un momento, y tú como te sentiste?*

JUANA: *Estaba bien, pero la barriga me dolía. La paella la tenía dándome vueltas todo el rato, ¿sabes? Estaba pesada, me encontraba pesada. A ver,*

ella creo que se hace la confianza de que...

TERAPEUTA: *Y luego, ¿lo vomitas?*

JUANA: *Claro, al llegar a casa. A ver,...*

TERAPEUTA: *A ver, el plato de paella que te comiste, ¿era el que te querías comer?*

JUANA: *No. Era muy grande!*

TERAPEUTA: *Era muy grande. ¿Quién te lo sirvió?*

JUANA: *Yo me eché mi plato. Y mi madre, toma una gamba, toma una ala de pollo,...*

TERAPEUTA: *Lo que necesitas absolutamente, es cortar esta influencia de los demás sobre ti. [JUANA: Ya.] Todos los medicamentos y todos los tratamientos, no servirán de nada, si tú no te pones en tu centro. Si comes una paella, sírvetela tu! Y no admitas que te añadan, ... dices como me pongáis algo que no me he puesto, me levanto y me voy.*

JUANA: *Pero ya es buscar un pique. Porque yo tengo muy mal genio.*

TERAPEUTA: *No es buscar un pique. Es establecer un límite. Porque lo que le pasa a la persona que le sucede como a ti, es que no tiene límites. No sabe lo que está dentro y fuera del cuerpo. No tiene límites. Le entra le sale, ... no sabe dónde está! Entonces dice, basta, hasta aquí.*

JUANA: *Pero es que me pasa con todo, ¿vale? Ya no sólo con la comida. Ya es con los críos, ya los regaña y se mete mi madre. Y siempre está...*

TERAPEUTA: *Por eso mismo! Por eso mismo!*

JUANA: *Y se lo digo, que se mantenga al margen. Aunque no está bien, que se calle! Pero ella no puede, no puede. A ver, lo quiere controlar todo tanto!*

TERAPEUTA: *Bueno, pero no es que ella lo quiera. Es que tu te dejes!*

JUANA: *Entonces me tendría que separar de ella.*

TERAPEUTA: *Bueno, pues sepárate de ella. O le pones condiciones.*

JUANA: *Ya. Pero yo también sé que no está muy católica de los nervios, y tampoco no quiero tocarle mucho...*

TERAPEUTA: *Sí. A ver, pero vamos a ver, ella se puso mal de los nervios porque tu estabas mal de los nervios. O sea, que tu te pones bien de los nervios y ella se encuentra bien de los nervios! Aunque en el camino, eh, se lo va a pasar mal. Pero, tú te tienes que poner bien de los nervios. Y ponerse bien de los nervios significa básicamente, que tu te conviertas en el centro de ti misma! Que no estés desparramada por ahí.*

JUANA: *(Se toca mucho las manos) Bueno.*

TERAPEUTA: *¿Qué significa bueno?*

JUANA: *Que lo intentaré.*

TERAPEUTA: *Y qué quiere decir que lo intentarás?*

JUANA: *Pues que intentaré ponerme en mi sitio y no dejar que me...*

TERAPEUTA: *¿Cuál es tu sitio?*

JUANA: *No dejar que los demás decidan por mí, lo que tengo que hacer.*

TERAPEUTA: *Aja. ¿Y como lo ves eso?*

JUANA: *Difícil.*

TERAPEUTA: *¿Pero, necesario?*

JUANA: *Claro.*

TERAPEUTA: *Pero, porque lo hemos hablado aquí o porque lo piensas tu?*

JUANA: *No, necesario porque yo me quiero sentir bien conmigo misma. Y poder ir a sitios. Porque yo evito ir a comer por ahí, evito el ir a comer casa de nadie. Evito, a ver, relacionarme... Hoy mismo he quedado con una amiga para comer. [T.: Sí] Y no sé como me va a venir la comida?! Porque ya se me hace un mundo!*

Trabajo con el nivel operativo

TERAPEUTA: *A ver, imagínate esta comida con esta amiga. ¿Dónde vais a comer?*

JUANA: *Vamos a ir a un chino.*

TERAPEUTA: *A un chino. Y ¿qué quieres, qué quieres exactamente comer y qué no quieres comer?*

JUANA: *Pues no lo sé. Me voy a comer una ensalada...*

TERAPEUTA: *Aja, una ensalada.*

JUANA: *No sé si comer arroz o fideos. [T.: Aja.] Y pan. A ver, lo que como siempre normalmente.*

TERAPEUTA: *Un momento.*

JUANA: *Pero mi estómago no aguanta eso.*

TERAPEUTA: *Tu estómago no lo aguanta. Pues entonces haz un..., un menú para tu estómago.*

JUANA: *Tres platos de lechuga.*

TERAPEUTA: *Tres platos de lechuga. Y por qué tres y no... uno más grande o dos más pequeños.*

JUANA: *Bueno, a ver, como en el restaurante chino son tres platos.*

TERAPEUTA: *Y ¿por qué tienen que ser tres platos?!*

JUANA: *Bueno, pues me comería dos platos de lechuga.*

TERAPEUTA: *O sea, tres platos. ¿Por qué? Porque está puesto ahí.*

JUANA: *No, por que es lo que más me gusta. A ver, sí está puesto, son tres platos.*

TERAPEUTA: *Pues no! El otro se lo regalo, mire, quédeselo de propina, no lo traiga, no lo quiero!*

JUANA: *Como voy a decir eso?*

TERAPEUTA: *¿No le gusta? Sí me gusta, pero no tengo más hambre. ¿Quiere que le hagamos no se qué? No, muchas gracias. [JUANA: Ja, ja, ja]. Pero a ver, tu mal, tu mal Juana, no es el comer o no comer. Tu mal es*

no estar, es vivir para los demás.

JUANA: *Pero yo pienso que si los demás se pueden comer esa cantidad. ¿Por qué yo no puedo y me sienta mal?!*

TERAPEUTA: *Pues porque tu en ese momento, a ti en ese momento, te sienta mal.*

JUANA: *Pero si es que encima no me acabo ni la comida que me ponen! A ver, si es que ni me la acabo!*

TERAPEUTA: *Pero fíjate lo que has dicho: la comida que me ponen!*

JUANA: *Y yo veo los demás que se comen lo suyo y lo mío.*

TERAPEUTA: *No has dicho lo que me pongo. No has dicho lo que me pongo. Pero ¿tú te quieres comer lo suyo y lo tuyo? ¡Deja estar a los demás. Este es tu mal! Todas las personas que les pasa este trastorno, tienen el mismo problema. El problema no es si comen o no comen, si vomitan si dejan de vomitar. Esto es el síntoma. El problema es que han llegado a estar tan descentradas de sí mismas, que ni si quiera se pueden regular desde dentro. Todos los demás comen, me ponen, dicen, en el menú pone tres platos, no se qué, el otro me dice come más, y... y... no sé. Yo intuyo que tú, precisamente eres una persona que si te pones en ti misma, te pones muy...*

Être pour soi ⇔ être pour autrui

JUANA: *Tengo que estar en mi sitio, y mantener, y si digo esto es esto, y no hay vuelta de hoja.*

TERAPEUTA: *Eso es. Sí señora!*

JUANA: *Si con mis hijos lo hago. Digo esto y es esto. Pero conmigo no es igual...*

TERAPEUTA: *Pues lo que haces con tus hijos, tienes que hacerlo contigo.*

JUANA: *A ver, pero todo lo puedo hacer con los demás, conmigo no lo puedo hacer!*

TERAPEUTA: *Por que como lo haces con los demás, tú ya no cuentas. Es que esto es el problema! Tú no cuentas.*

JUANA: *Por ejemplo, vamos a poner ejemplos, Marcos me dice ves al banco o ves a hacienda y me arreglas esto. Pues voy. Tengo una carta, en el bolso, para echarla mía. Hace más de un mes, y no soy capaz de ir a correos.*

TERAPEUTA: *Y por qué por ti no. Y los demás sí. ¿Qué pasa ahí que tu no cuentas?*

JUANA: *Pues que me siento con la **obligación de complacer a los demás, y lo mío puede esperar.***

TERAPEUTA: *Has dicho la palabra exacta: **complacer.***

JUANA: *A los demás. **Que los demás estén bien y lo mío todo puede***

***esperar.** A ver, eso en todo, ¿eh? En todo, la ropa. A ver, voy bien económicamente porque me llega. Pero prefiero comprarle a mis hijos unas bambas de diez mil pesetas y un chándal también de diez o de quince, que comprarme yo unos pantalones de... tenerlo ellos, mejor que yo. Eso pasa con los hijos, eh? Y con Marcos igual. A ver, en cosas que yo para mi, me miro bueno... me lo miro todo y para mi me conformo con cualquier cosa. Sin embargo con ellos me voy a la tienda de deportes y si me tengo que gastar doscientos o trescientos euros, me los gasto. Y no me duele. Y el mío me duele. Que yo toda mi vida he querido unas Nike, pues yo en mi no soy capaz de gastarme unos setenta y pico de euros para unas Nike. Yo soy la última, para todo soy la última.*

TERAPEUTA: *Pues mira, ese., tu has definido muy bien tu problema. Ése es tu problema, y lo otro es consecuencia de esto. Si te quieres curar del todo, tienes que empezar por ahí.*

JUANA: *Ya pero es muy fácil, a veces decir...*

TERAPEUTA: *No, no. Muy fácil, no es. Es lo único que se puede decir.*

JUANA: *Pero si yo, ya soy así por naturaleza, a ver.*

TERAPEUTA: *¿Eres así por naturaleza?*

JUANA: *De **toda la vida he sido siempre para los demás...** Sí a ver yo tengo mi genio, tengo mi carácter, tengo muy mala leche. Pero luego a la hora de la verdad no soy nadie, a ver. Yo no soy nadie. Me puedo pelear, y luego hablando puedo decir oye perdona, o oye que no me ha dado cuenta, lo siento. Y a lo primero te puedo matar. Porque cuando yo tengo mi genio, yo no conozco a nadie. Me pongo de una mala leche que me da igual quien sea, me da igual. Yo le echo cara a quien sea. [Cuenta a este propósito una anécdota que le sucedió hace unos días cuando se enfrentó con una pandilla de chavales de unos trece o catorce años que le habían quitado las gafas a un niño obeso del que se burlaban, imponiéndose con autoridad a los chicos y recuperando las gafas del niño. Esta anécdota reciente le lleva a evocar un recuerdo de infancia cuando defendía a tortazos una prima suya de la que se reían los compañeros de escuela por una minusvalía física]*

TERAPEUTA: *Y luego te arrugas porque te hacen comer un plato de arroz.*

JUANA: *¿Ves? Pero es que no es un plato, es todo, todo, todo, todo. A ver, si yo sé que puedo aguantar carros y carretas, pero llega un momento que también te agachas y dices, joder, no puedo tirar para adelante, no puedo, parece que tenga un freno allí. Después de todo lo que he tirado, que ahora no podría tirar, si ahora en sí no tengo nada, si ahora en sí no tengo nada, yo pienso con todo lo que he podido tirar que ahora no pueda tirar, ahora que podría estar bien. No es que no lo entiendo, a ver.*

Debilidad selectiva: cuestión de límites

TERAPEUTA: *Es que para estar bien necesitas ponerte en tu sitio.*

JUANA: *A ver, si ahora en sí no tengo problemas.*

TERAPEUTA: *Sí que tienes problemas.*

JUANA: *A ver, pero, después de todo lo que he pasado, que yo he estado en mi casa y he tenido de pensar qué hago de comer mañana, no tengo un duro y no tengo comida, a ver, no tenía ni para comprar el pan cuando yo estaba en Córdoba y yo no podía decirle a mi suegra esto o lo otro, porque encima, uf. Con tal de no dar explicaciones a la gente prefería callarme, me iba a la otra punta de Córdoba para comprar tres barras de pan que valían, no sé si eran cuatrocientas o así. ¡Me iba a la otra punta de Córdoba! Por ahorrarme a lo mejor cinco duros. Es decir, ahora que estoy bien, [...] que tenemos dinero, ¡que estoy bien! Ahora decir que no puedo tirar pa adelante, que no puedo andar... A ver, ¿por qué no puedo andar ahora? Ahora que no tengo ningún problema. Bueno, los que tengo son los mínimos con los que tenía antes.*

TERAPEUTA: *Pero antes... La gran diferencia es que antes luchabas. [Claro] y ahora no luchas.*

JUANA: *No puedo, pero si es que no puedo. Es que me siento débil.*

TERAPEUTA: *Pero no luchas, te sientes débil porque, porque te has dado a los demás.*

JUANA: *Ahora me siento débil, me siento muy floja, cansada, yo qué sé, o será cansada de tanto luchar que ya... Es que me siento de que no puedo tirar, a ver, necesito tranquilidad y no la tengo, aunque no trabaje, ¿sabes lo que es cada día?, mira, ayer en el hospital, tantas horas desesperada, hoy aquí, esta tarde al médico de cabecera, el otro día al logopeda, otro día al otro lao, otro día... Que no tengo un día de decir: voy a hacer lo que yo quiera, no puedo hacer lo que yo quiera, es que ningún día, aunque no trabaje... No sé si cortar con todo, hombre, dejarme un día para mí, porque es que no puedo. ¡No tengo tranquilidad!*

TERAPEUTA: *Entonces, ¿cuándo te aburres?*

JUANA: *A la hora de la comida, a la hora de la comida. [riéndose]. [A continuación cuenta dos anécdotas con su pareja actual, Marcos, al que sí le sabe poner límites claramente sin que eso le angustie]*

TERAPEUTA: *Los dos ejemplos que has explicado en los que te has puesto en tu sitio son en relación a Marcos. Con él te atreves, porque a él lo tienes a raya, él sabe que si no estáis casados...eh, él sabe que te puede perder. Con las otras personas: con tu madre, con tu tía, con no se qué... no te sabes poner en tu sitio. Porque allí no las puedes poner a raya, porque esta relación no la puedes romper. Y es por allí por donde estás cogida, porque además cuando tú te viniste de Córdoba para acá te refugiaste en tu*

familia.

JUANA: Claro, es normal, a ver, me han ayudado en todo.

TERAPEUTA: Sí, sí, sí, sí, me refiero a que te han ayudado; pero hay un aspecto dónde aunque quieran ayudarte no pueden, y encima que no pueden te hacen daño, que es el aspecto dónde tú no pones límite. Si ellos te han ayudado me parece estupendo y muy loable y...

JUANA: Cuando me separé y volví a casa de mis padres ellos se creyeron que yo era otra vez de ellos, a ver, ellos me querían organizar la vida.

TERAPEUTA: No sólo se creyeron eso sino que posiblemente se creyeron que tú sola... [JUANA: No podría] no podrías..., y entonces ese geniecillo valiente que eres tú resulta que ahí no eres nada, y ese es tu problema; y estará muy bien si haces un tratamiento de la alimentación pero si sólo intentas comer mejor no resuelves tu problema. Tu problema es no saberte poner en tu sitio, el no tomarte a ti misma como punto de referencia, ese es tu problema y es el de todas las mujeres que les pasa lo mismo: que comen, vomitan, no controlan... es ese el problema y si atacas por ahí te curarás pronto.

JUANA: [Suspiro] Lo intentaremos. [Explica una serie de anécdotas referidas a su madre que se inmiscuye en todo]

TERAPEUTA: Pero es que tú no le pones los límites. Si no le pones los límites... Esto de los límites a ti...

JUANA: Pero a mi madre no le gu... A ver, mi madre lo lleva todo organizado, ella manda en todo: en mi padre, en mi abuelo... ¡en todos! En todos, en mi hermano... A mi madre le gusta tenerlo todo organizado. Ahora me abre las cartas. Ya se lo he dicho, eso son mis cosas, aunque sean del colegio de mis hijos, aunque sea de... "Es que por si acaso era algo importante". Pues si es algo importante que se espere. Ahora mi hermano se ha comprado un aire acondicionado y ahora resulta que quiere pagarlo a plazos, de esos de doce meses, veinticuatro meses... [Explica que la madre le ha puesto el dinero en el banco] Es que te invade el espacio. Pero, a ver, si mi hermano se compra un aire es su problema, oye él sabrá lo que está haciendo con su dinero, con su casa... Es que es con todo, ya no es conmigo; lo hace con todo el mundo. No tiene solución.

Naturaleza relacional del conflicto

TERAPEUTA: Y tú, ¿tienes solución?

JUANA: ¿Yo? Creo que sí [T.: Ah.] Yo creo que sí.

TERAPEUTA: ¿Y por dónde pasa la solución?

JUANA: Ay, pues pondremos confianza en mí misma. [T.: Mhmmm] Pondremos confianza y además mandar yo en lo que quiero hacer, porque ahora mismo ya me quiere poner a trabajar mi madre... "Ponte a trabajar,

que te de el aire..” “Mama, pero si es que no puedo”, entonces le dije: “Mama, cuando yo me encuentre bien iré a trabajar”. “Es que ya es mucho tiempo, a ver si te van a despedir”. “Pues si me despiden ya me buscaré otra cosa. ¿Estoy manca? Tampoco soy coja, pues ya me buscaré otra cosa, a ver, ¿Qué voy a hacer?” Si ahora mismo no, tampoco por contentarla a ella tampoco no me voy ahogar en un autobús o en un metro. [T.: Claro]. Porque a lo mejor en otras cosas puedo ceder, pero en eso no, en eso no puedo, porque yo sé que eso va a traerme a mí consecuencias peores, que ella me está mandando y... por ahí no me vale, que el trabajo...eso lo decidiré yo; vete a trabajar tú si quieres.

TERAPEUTA: Bueno, pero lo mismo que dices esto le puedes decir otras cosas.

JUANA: Pero bueno, por allí no me duele, a ver, no me altero.

TERAPEUTA: A ver, pero ¿porqué eso no te duele y lo otro sí?

JUANA: No lo sé.

TERAPEUTA: ¿Qué diferencia hay?

JUANA: Porque yo sé por ahí no me va a contestar y por otro lado sí me va a contestar.

TERAPEUTA: Ah, y por allí no te va a contestar.

JUANA: No, porque allí voy a decidir yo si me voy a trabajar o no.

TERAPEUTA: Sí, ¿y lo otro no lo vas a decidir tú?

JUANA: No porque no me dejan porqué están todo el día venga, venga, venga...

TERAPEUTA: No, no te dejan pero... pero...

JUANA: Si la vieras cuando se pone en plan [imitando la voz de la madre] “Qué flaca estas, escucha qué de huesos, escucha no sé qué...” Así todo el día, todo el día. ¿Tú sabes lo que es martirizarme? Es que hasta se enfada. Pues mi madre lo arregla así, hace un bizcocho, así de grande, me dice: “córtate un trozo y te lo comes por el camino”. “Mama, no tengo ganas de comerme un bizcocho”. “Pues llévate el bizcocho aunque no te lo comas”. “Pues no tengo ganas. Venga, vámonos que es tarde”, cambiando de tema para que me dejara tranquila. Claro, le cambio de tema para que..., pero por narices me tenía que llevar un trozo de bizcocho para comérmelo por el camino. Como los niños, ala, “cómete el bizcocho, para que hayas comido algo”. Y me coge del hombro: “qué saco de huesos”. ¿Tú sabes qué martirio es eso? Y que viene a casa, todas las veces que quiera, y a Marcos: “tú vigílala, que coma”. “Pero si ya come, si come más que yo”; claro y encima el otro le dice: si come más que yo. Y la otra: “pues no sé dónde lo echa...”. Claro, a ver, entonces se ponen los dos: “sí come”, “pues escucha...”, Y yo en medio, digo: “o os calláis o me voy”. A veces los dejo hablando y me voy. Sí pero ella dice que no tengo brillo en la piel, que tengo

no sé qué y “come y come que no tienes brillo.. Y come y come y come. A ver lo ojos, a ver los ojos, tienes no sé qué...”. Es que ya es... el colmo. A veces estoy sola, y me pregunto: ¿si estoy sola por qué me entra el ataque de comer ese que me entra? Si es que la estoy escuchando: “come, come, come”. Pero si es que voy a comer con mi tía, con la Loli, con la pequeña que se lleva diez años conmigo, vamos a comer por ahí, y después de comer mi madre llama a mi tía por teléfono para preguntarle lo que he comido. Es un martirio chino, y se lo digo: eres más pesada, eres no sé qué, eres no sé. [Cuenta a continuación una escena del domingo anterior en que en una comida en grupo su madre se sentó a su lado y no le dejaba en paz insistiendo continuamente en lo que tenía que comer y el modo en que intentaba escabullirse de su insistencia] Y porque no le quise contestar en lo que me hablaba. Pasaba de escucharla, la dejaba y me iba a lo mejor con la mujer de mi primo, Julia, luego con la otra... Para no escucharla, pero es que si está cerca la tengo que escuchar por narices, es que tengo que escucharla, no hay más. Además como está de baja está todo el día conmigo, ¡todo el día conmigo! A ver, ella me hace compañía y yo le hago compañía, estamos todo el día juntas, todo el día.

TERAPEUTA: Pues ya ves por dónde van los tiros, ¿no?

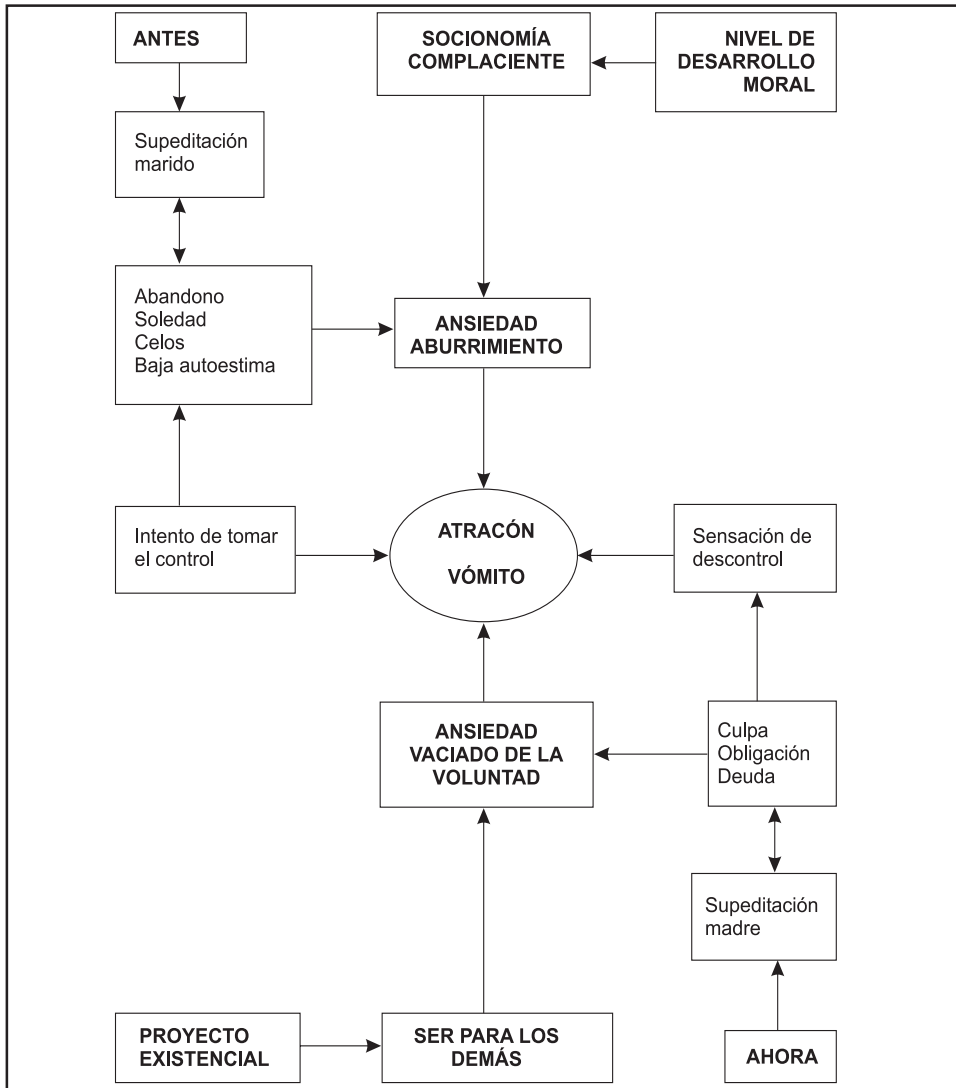
Síntesis macroproposicional del discurso de Juana

La síntesis macroproposicional del discurso de Juana puede extraerse de la macroestructura que se representa en la Gráfica. (Véase pág. 131).

Si partimos del centro de la gráfica ocupado por la sintomatología bulímica compuesta de atracón y vómito, vemos como estos comportamientos son el resultado tanto de los intentos fallidos de control como de una sensación de descontrol. Por una parte el comer es lo único que llena la existencia vacía de Juana, mientras que por otra el vómito es lo único que puede controlar. En cuanto el comer llena el vacío y calma la ansiedad adquiere una dinámica propia, que escapa al control voluntario de Juana, de ahí el carácter compulsivo y adictivo del síntoma. Juana no consigue controlar la ingesta, pero tiene la ilusión de poder controlar sus efectos, de convertir en reversible su conducta, a través del vómito.

Juana ha llegado a esta situación por la posición existencial en que se ha proyectado en el mundo, como “un ser para los demás” que no cuenta para sí mismo. Esta proyección es coherente con el nivel de desarrollo moral de carácter sionómico complaciente. En efecto, sus problemas han empezado a surgir en el contexto de las relaciones interpersonales y en el momento evolutivo en el que el pasaje a la autonomía entra en conflicto con la regulación sionómica. En este momento evolutivo existencial ha tenido que escoger entre ser ella misma o supeditarse a una relación.

Primero fue el matrimonio, en cuyo espacio relacional naufragó, desconside-



rada por un marido que “iba a la suya” y “la dejaba tirada a ella, sola y abandonada”. Ser para los demás, en este caso para el marido, pronto se mostró como un proyecto vacío e inútil, puesto que nadie la tomaba en cuenta. En esta circunstancia el comer aparecía como la única actividad que podía hacer para dejar de pensar, convirtiendo pensamientos y sentimientos (ansiedad y aburrimiento) en sensaciones físicas de hambre compulsiva o bulímica. Luego la vuelta al hogar materno, huyendo de una relación invalidante e insoportable, la colocó en una posición de deuda y obligación hacia la madre, la cual la controla hasta en las cuestiones más íntimas, puesto que la considera incapaz y enferma. En estas condiciones se ve “obligada” a hacer todo

lo que le dice “come, come, come” y a complacerla en todo, acompañándola a todas partes, puesto que está “de los nervios”. La ausencia total de libertad, tanto por los sentimientos de obligación y deuda, como por la incapacidad de decidir por sí misma favorecen el recurso al vómito, aunque sea diferido varias horas, como la única forma de ejercer la propia voluntad.

La síntesis macroproposicional podría resumirse en estas palabras: El proyecto fracasado de ser para los demás y complacerles ha vaciado de sentido mi existencia. El atracón intenta colmarlo, pero es ajeno a mi voluntad; el vómito ejerce la función ilusoria de reencontrar un núcleo volitivo, entendido como rechazo, y una forma de control.

EL SIGNIFICADO EXISTENCIAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La concepción existencial de la psicopatología concibe los síntomas como manifestaciones de desadaptaciones o crisis existenciales, no como enfermedades que tiene que ser curadas, a pesar de los innegables efectos generales o específicos sobre la salud, característicos de los trastornos alimentarios, sino como conflictos en el proceso de proyección en el mundo que deben ser superados a fin de poder dar continuidad a una existencia enajenada, liberándola de las constricciones a las que se ve sometida

La anorexia es la expresión de unas tendencias totalmente legítimas: es la búsqueda de una identidad, de una independencia, de una autonomía propia, de una purificación de un mundo generalmente interesado sólo en los bienes materiales y de consumo, de un contacto con lo más profundo de uno mismo. En este sentido constituye, particularmente en la adolescencia y la juventud una elección consciente y lúcida, como una forma de diferenciación y rebelión contra lo establecido que se libra como una batalla con los propios apetitos.

No es una enfermedad ni un trastorno, aunque puede llegar a tener serias consecuencias sobre la salud física, porque nuestro cuerpo necesita una alimentación sana y equilibrada. Es el síntoma más bien de un pasaje, a veces lleno de conflictos y de sentimientos contradictorios hacia una plenitud mayor: en este sentido puede entenderse como una crisis, es decir un momento de crecimiento, propia de la adolescencia y de la juventud, como expresión de una dificultad de llegar a ser uno mismo. Un pasaje para el que nuestra sociedad actual no cuenta con rituales sacralizados y para el que los propios adolescentes crean los suyos propios, desconectados de sus raíces antropológicas relacionadas con la madurez sexual y los roles femeninos o masculinos característicos, en consonancia más bien con aspectos superficiales de nuestra civilización: apariencia, consumo, hedonismo, satisfacción inmediata, paraísos artificiales, nada que lleve a la maduración personal y social, sino a su postergamiento indefinido. Un pasaje que la mayoría retrasan cuanto pueden y al que las anoréxicas se resisten aun a costa de su propia salud y

desarrollo físico y psíquico:

*No te diré nunca que estoy mal, o que lo mío es una **enfermedad** y mucho menos un **trastorno**... desde hace tres años la **dieta** es la única forma de vida que conozco... La **dieta** consistía en restringir: lo había eliminado casi todo, excepción hecha de la fruta: sólo manzanas, naranjas, fresas y muchas tisanas. Perder peso significaba una profunda ligereza, mayor dinamismo mental, desprendimiento del **mundo** y un mayor control sobre él. Lo veía como un monstruo maligno, inclinado a juzgarme, a castigarme, a condenarme. Incluso la gente buena me resultaba adversa porque sienten compasión por tí y quieren ayudarte... La familia para mí era inexistente; o mejor era el único punto de referencia, pero debía permanecer distante. La presencia de mis padres era indispensable porque me daba seguridad, pero en el momento en que se inmiscuían en mis planes o en mi deseo de **aislarme** me hacían sentir mal y por tanto les **negaba**. Y en este estado me sentía como **privilegiada**; nunca me he sentido como una **enferma**. Son los demás quienes te dan esta etiqueta. Me hubiera gustado que me vieran como una persona **distinta**. Era una especie de **rebelión** contra todo. Una forma de **negarlo todo y a todos**. Todos los modelos preestablecidos para fabricar el mío propio. Estaba buscando mi **diversidad** y quería imponer mi identidad **original**. Día a día voy leyendo, clarificándome a mí misma, voy siguiendo. No tengo un terapeuta o escuela de pensamiento que seguir: simplemente sigo el sentido de la vida, el mío”.*

Este pasaje es hoy día particularmente conflictivo para la mujer, por muchas razones, entre ellas:

- el cambio de roles que han experimentado las mujeres jóvenes con respecto incluso a la generación inmediatamente precedente de sus madres;
- la dificultad en llegar a conseguir las condiciones sociales de autonomía personal e independencia económica;
- las relaciones contradictorias con los chicos, que las abocan al amor y la sexualidad, vividos como sinónimo de apego, dependencia y sumisión física, a la vez que enajenación personal;
- las expectativas contrapuestas frente a la perspectiva de la maternidad que es vivida de una forma ambigua;
- la dependencia de la aceptación de los demás respecto a la propia autoestima y el papel de la imagen corporal en este campo.

Todo esto y muchas otras cosas más ejercen su peso a la hora de escoger el camino de las restricciones alimentarias, que llevadas a sus expresiones más extremas, la anorexia restrictiva, pueden ser causa de alteraciones fisiológicas, entre ellas la dismenorrea, y de vivencias psíquicas de soledad, depresión y miedo.

La bulimia, por el contrario, pone de manifiesto una tendencia inversa. Si la

anoréxica contraponen disociativamente ser persona a ser mujer, la bulímica entiende que su forma de ser persona pasa por ser mujer, es decir por tener un cuerpo apetecible para los demás. Parodiando una canción que ha triunfado en televisión, cantada por una niña de corta edad, “antes muerta que sencilla”, la bulímica podría cantar “antes muerta que no apetecible”.

El momento evolutivo del desarrollo moral: la socionomía complaciente

Los trastornos alimentarios manifiestan en su conjunto una dificultad en el proceso de consecución de la autonomía en un momento muy preciso del desarrollo evolutivo, el paso de la adolescencia a la edad adulta. Antes de la adolescencia los chicos y las chicas permanecen bajo la custodia de los padres y habitualmente se dejan guiar por sus criterios. Mientras subsiste la necesidad de apoyo y sostén, el niño permanece -a excepción de los casos de trastornos precoces- en una posición de sumisión y obediencia.

Al llegar a la pubertad los jóvenes adolescentes se vuelven conscientes de su propio poder, producto de su maduración física y sexual, del desvelarse de su propia personalidad y de la adquisición de nuevos roles sociales. Se trata de un proceso dirigido a la individuación y la adquisición de su propia autonomía. El rechazo de la autoridad y de los criterios de los padres constituye el primer paso en este proceso. Se podría llamar incluso libertad, “si no fuera por el hecho de que también esta forma de autonomía se materializa en un comportamiento convencional: la pertenencia al grupo” (Carotenuto, 2003).

El vacío siguiente a la “muerte del padre”, la superación de la autonomía, se llena con la formación de una neoestructura criteriología, llamada por nosotros (Villegas, 1993, 2001) *socionomía*, a causa del predominio del criterio grupal y de las influencias interpersonales, ligadas a la amistad o el amor. El proceso de formación de esta neoestructura es largo y con frecuencia también tortuoso. En el intento por superar la dependencia heterónoma, propia de la infancia, los adolescentes buscan regularse en base a los criterios del grupo. Están dispuestos igualmente a aceptar las críticas y las burlas de los compañeros, con tal de no verse marginados. En una primera fase siguen al grupo y se adaptan a sus reglas y exigencias, tratando de resultar agradables para los colegas y ser aceptados por ellos.

Al principio los jóvenes adolescentes buscan identificarse con sus coetáneos para sentirse parte del grupo. Estos, por su parte, buscan signos de identidad para distinguirse de todos los demás, empezando por el vestido y el peinado, los piercing y los tatuajes, y continuando por la jerga en la que hablan entre ellos o por la elección de sus ídolos musicales y deportivos a los que siguen entusiásticamente en macroconciertos o eventos deportivos. La ley de la uniformidad del grupo sustituye la ley impersonal de la fase heterónoma. La trasgresión de las normas establecidas puede también ser una manera de demostrar la pertenencia al grupo que dicta sus propias reglas. No sentirse acogido por parte del grupo es una de las

experiencias más dolorosas, es una forma de exclusión vivida como una muerte social, que el adolescente quiere evitar a todo coste. Pero al mismo tiempo, se siente la necesidad de satisfacer otra tendencia, la de volverse una persona diferente, reconocida por los demás, de donde nacen intentos de sobresalir sobre los otros, rara vez en los estudios, convirtiéndose en líder, exasperando los comportamientos de provocación o los desafíos, siguiendo modas extremas, etc.

Superada esta fase inicial de rebelión y ruptura con el pasado de la infancia a través la identificación con el grupo, y a veces aún coexistiendo con ella, muchos jóvenes son capaces de mostrarse sensibles a las problemáticas que trascienden su pequeño grupo, adhiriendo a los movimientos sociales de acuerdo con las tendencias de la época: romanticismo, fascismo, comunismo, movimiento hippie, ecológico, voluntariado, etc., es el despertar de la dimensión política. O en una fase más avanzada de preocuparse e incluso sacrificarse por el bienestar de los otros, lo que puede dar lugar a una actitud *oblativa* de entrega a los demás, sean éstos allegados inmediatos o extraños, o sea capaz de dar o de amar sin la expectativa de ser correspondido, al menos de forma inmediata, dispuesto al sacrificio de sí mismo por el bien de los demás, como ocurre frecuentemente en las relaciones de pareja, de trabajo, con los padres ancianos o enfermos, y de manera particular con los hijos, que piden una dedicación que tal vez va en contra de los propios intereses o necesidades.

En este largo proceso la aparición del amor es otra experiencia trascendental: el enamoramiento, a diferencia de la confusión grupal, nos arrastra a la individuación fusional. Nos descubrimos en la mirada del otro, nos sentimos reconocidos como personas individuales y al mismo tiempo deseamos unirnos con el otro. El amor nos lleva a percibir el otro, a querer satisfacer sus mínimos deseos, a recubrir de belleza su persona, sus palabras, sus gestos. Descubrimos el sentido de nuestra existencia en ser para el otro. Las relaciones interpersonales, incluidas las de amistad, acaban por ser más significativas que las del grupo y, naturalmente, que las familiares.

Desde el punto de vista del desarrollo moral la sustitución de los criterios heteronómicos por los socionómicos se afianza a través de repetidos intentos de *complacer* a los demás a fin de asegurarse la aceptación por parte de ellos tanto desde el punto de vista grupal como personal, sustituyendo las normas impersonales de las construcciones heterónomas por criterios interpersonales, regulados por la necesidad de agradar y, en consecuencia, resultar atractiva.

Irene, una mujer joven de 29 años, soltera, la mayor de tres hermanos, hija de padre español y madre sudafricana, trabaja en un restaurante. Su gran ilusión desde pequeña era llegar a ser escritora, como su padre. Pero él siempre se opuso frontalmente a esta idea y la obligó a dejar los estudios a los dieciséis años para trabajar como camarera. La forma específica en que expresa su problema es la siguiente:

“Para mí son muy difíciles las relaciones con los demás. Desde que tengo uso de razón, padezco de un gran complejo de inferioridad. No salgo nunca con nadie. Los hombres no me pueden soportar más de dos horas. Tengo muchos problemas. En el trabajo todo el mundo hace conmigo lo que quiere, me manipulan totalmente. Pienso que lo que ocurre es por mi culpa y me tengo que aguantar. Como si fuera un castigo por algo que he hecho. No puedo quitarme de la cabeza este pensamiento: “Entérate, tú sirves sólo para esto, para lavar los platos”...”

Voy a las discotecas para divertirme y me gustaría sentir al menos una vez que las personas quieren estar conmigo. Puede que sea a causa de mi actitud, pero me gustaría sentirme deseada. Para mí ser mujer quiere decir ser persona, y ser persona significa sentirme deseada por alguien. Pero nunca he experimentado algo parecido. Pero para ser deseada tendría que ser atractiva. Me gustaría saber sólo lo que se siente. Nunca me sentí deseada por nadie y si lo fuera imagino me sentiría también atractiva.

Con el inicio de las relaciones más íntimas esta tendencia se dirige hacia características más específicas de la complacencia sexual. Algunas chicas en particular ven un criterio de valor personal en las señales de aprobación que reciben por parte de sus compañeros o por parte de algunos chicos en referencia a su *sex appeal*: volverse sexualmente atractivas se convierte para algunas de ellas en la razón de su propio ser. 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... Cualquiera 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 Göeckel (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, su calor, su 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 sacaba de

paseo, 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”.

En la búsqueda de aceptación la chica puede perder también el sentido de su cuerpo como organismo que hay que cuidar y alimentar, confundiéndolo con una imagen en el espejo, después de lo cual toda su atención se dirige a mantener atractiva su “figura”, intentando manipularla a través de la comida. En este contexto especular, donde el control de la comida parece una manera adecuada para conseguir el objetivo propuesto, se desarrollan rápidamente los trastornos alimentarios, que comportan la alteración de los mecanismos naturales reguladores del hambre; las descompensaciones en las dietas abren con facilidad la puerta a la bulimia, dando origen a la sensación enloquecedora de pérdida del control y anulación de la voluntad:

*“No hay nada en el mundo que me espante más que ser bulímica. Llegado a un cierto punto a fin de sobrevivir el cuerpo empieza a comer por su cuenta. La pasividad con que me expreso es intencionada... **Experimentas la sensación de ser poseída, de no tener una voluntad propia, de estar en lucha continua con tu cuerpo y de perder. Él quiere vivir y tu quieres morir. No podéis ganar los dos a la vez, de modo que se produce una escisión entre tú y tu cuerpo y acabas enloqueciendo por el miedo. Así la bulimia se insinúa en la escisión entre tú y tu cuerpo y tú acabas por volverte loca de miedo. La inanición es tremendamente cruel cuando al final busca venganza. Y cuando sucede te quedas sorprendida. No era lo que tú querías. Espera un momento; no, esto no. Después te engulle y te hundes.**”*

Los comentarios de Marya Hornbacher (1998), en su fase bulímica, expresan con gran vivacidad la experiencia de escisión interna del Yo como pérdida de voluntad. Así como el obsesivo experimenta la sensación de estar enloqueciendo al no poder controlar sus rituales o sus pensamientos, la bulímica siente haber perdido el control sobre su apetito, la regulación de ingestas y atracones y lo que es más grave la de su voluntad. Consustancial a esta experiencia es la sustitución de un criterio interno para la autoestima por un criterio externo de aceptación social. Continuando con sus propias palabras:

Generalmente una persona afectada con un trastorno de la alimentación se preocupa más de la percepción que los otros tienen de ella que de los propios sentimientos.

De esta manera la persona se disocia de sí misma para volverse en palabras de Jean Paul Sartre “*un être pour autrui*”, un ser “para los demás”, que se debate desesperadamente entre el ser y el parecer, entre el cuerpo y la imagen, que llega a hacer de esta lucha el objetivo final de su existencia, olvidándose de cualquiera otra dimensión existencial que pudiera dar un sentido a su vida.

“En realidad, yo siempre creí, que la salida era bajar de peso, eso me iba a cambiar la vida. Todavía hoy me aferro a esa mentira, porque es una mentira enorme que nos decimos a nosotras mismas para no enfrentarnos a situaciones, para no crecer, para evitar hacer cosas, que nos dan miedo, tanto miedo...” (citada por Mallor, 2005)

CONSIDERACIONES FINALES

A finales de los años 70 y principios de los 80 la distinción entre anorexia y bulimia parecía nítida y clara, constituyendo dos síndromes bien descritos dentro de la categoría de los trastornos alimentarios. En el primer caso se trataba básicamente de chicas en el pasaje de la pubertad que se obstinaban en reducir su peso hasta los límites de la supervivencia, maniobra con la que intentaban sustraerse a la enajenación de su ser en el momento de verse arrastradas por la voluptuosidad de su cuerpo y la concupiscencia de la mirada objetivante del mundo. Se trataba con frecuencia de mujeres excepcionales, anticonformistas, rebeldes, llenas de coraje, autocontrol y carácter, cualidades al servicio de su patología, pero que eran rescatables para el proceso de su curación. En el caso de las bulímicas era el deseo de resultar agradables el que las llevaba a querer moldear su cuerpo en referencia a una imagen idealizada que las mantenía en relación al mundo del que no querían huir, pero del que se tenían que esconder para llevar a cabo sus prácticas. En este sentido estaban menos enfermas que las anoréxicas, las cuales en su lucha contra el mundo podían llegar a perder la vida, pero a diferencia de ellas no habían aprendido el control de sus impulsos ni sentían tener un valor por sí mismas, carecían de autorregulación, lo que les provocaba la sensación de un vacío angustiante que intentaban llenar comiendo y reparar vomitando.

Con el paso del tiempo los límites entre anorexia y bulimia se han ido difuminando. Continúan percibiéndose bien definidos en los casos extremos, pero cada vez es mayor la presencia de sintomatología mixta y oscilante, la edad de aparición puede anticiparse e incluso retardarse hasta la treintena, la proporción de varones aumenta en relación al pasado. Como efecto posiblemente de un cierto alarmismo social, el número de casos está aumentando de forma desproporcionada, los políticos están intentando hacer campaña a través de los medios de comunicación de la necesidad de orientarse a la prevención y la rápida intervención, y los periódicos hablan de epidemia que alcanzará un 10% de la población adolescente femenina. Internet da cobijo a foros donde anoréxicas, bulímicas y otras “almas en pena” intercambian trucos y estrategias para llevar adelante con éxito sus objetivos.

Si admitimos que el criterio ponderal constituye el determinante específico de los trastornos alimentarios según el DSM y que éste se halla supeditado a una preocupación por la figura o la silueta corporales podemos concluir con Rosen (1995) que en realidad los trastornos alimentarios son esencialmente trastornos dismórficos (Raich et al., 1999) que utilizan preferentemente la restricción o la

purgación de la ingesta como método para moldear la imagen corporal. El cuerpo, además, se puede moldear mediante otras técnicas inducidas por el negocio, cotizado en bolsa, de la cirugía estética, regímenes dietéticos, masajes, liposucciones, cremas reafirmantes y tratamientos anti-envejecimiento.

La hipótesis de la dismorfia plantea, sin embargo, cuestiones muy interesantes, como por ejemplo: ¿se trata en el fondo de la misma motivación que lleva a centenares de miles de personas en todo el mundo a someterse a diversas intervenciones de tipo estético desde algunas superficiales y nada agresivas limitadas a la piel hasta otras más agresivas como liposucciones, reducciones o aumento de mamas, cirugía estética, reducción quirúrgica del estómago, etc....? ¿o por el contrario es más específica?

Dos consideraciones que han aparecido reiteradamente a lo largo de este artículo parecen decantar la respuesta hacia la alternativa de la especificidad. La primera tiene que ver con la naturaleza comportamental de los trastornos alimentarios, es decir, éstos consisten básicamente en una conducta específicamente orientada a modificar las formas y el peso del cuerpo mediante la manipulación de la cantidad y características nutricionales de los alimentos y las formas de su ingesta, sea a través de ayunos o de atracones seguidos de vómito. La segunda hace referencia a la implicación de la voluntad en la consecución de este objetivo: a diferencia de las intervenciones estéticas de naturaleza médica que requieren una intervención exterior al cuerpo, anoréxicas y bulímicas ceden a la ilusión del dominio de las formas del cuerpo desde su interior; por eso la sensación de control o de descontrol, de éxito o fracaso de la voluntad en todo el proceso resulta fundamental en este tipo de trastorno. Y por eso también la sustitución del criterio de *control* por el de *autorregulación* resultará crucial en su superación terapéutica.

La sociedad occidental ha hecho del cuerpo, particularmente el femenino (Bordo, 1993, Bruch, 1974, 1978, MacSween, 1993, Miller, 1997; Rubel, 1995) pero también cada vez más el masculino, un fetiche disociado de la persona, destinado a ocupar un lugar en el “gran escaparate del mundo”, convertido en objeto autorreferencial de admiración, comparación y cotización narcisística. El ideal se ha concentrado en una franja de edad que no supera la treintena, donde los años se cuentan a partir de los dieciocho y continúan hasta los veintidiez, veintionce, veintidoce, veintitrece... Los niños pequeños quieren ser mayores (es decir jóvenes legalmente independientes, económicamente cubiertos por sus padres, eternamente en concierto, bien pertrechados de teléfonos móviles, juegos electrónicos, motos y coches, con todos los derechos pero sin ninguna responsabilidad ni proyecto de futuro). Los jóvenes disfrutan de todas estas ventajas, naturalmente sin trabajar a ser posible, y asumen la filosofía del “*carpe diem*” evitando a toda costa hacerse mayores o madurar.

Los márgenes de la adolescencia y juventud se han ampliado en sus dos extremos, cada vez los niños se comportan antes como adolescentes y los jóvenes

adultos tardan más en dejar de serlo. Así las patologías ligadas a la adolescencia afectan a una mayor capa de población y se eternizan en el transcurso de los años. La patología que antes afectaba a un núcleo reducido de personas con características muy particulares hoy día se generaliza y banaliza. Los trastornos alimentarios han dejado de constituir un síndrome preciso para convertirse en un síntoma, junto con otros, más general de “la dificultad de crecer” (Argentieri y Rossini, 1999)

El aumento de chicos varones que se ven afectados por este tipo de comportamiento puede comprenderse, en consecuencia, en este contexto donde al retraso en la maduración va unido el fenómeno de la indiferenciación sexual. La desaparición de la función de los rituales de iniciación a los roles sexuales masculino y femenino en nuestra sociedad se produce simultáneamente en la dirección de una mayor prevalencia de la indiferenciación u homologación unisex, sin que ello haya redundado necesariamente en beneficio de una mayor igualdad y respeto entre los sexos, como demuestra el aumento de la violencia de género incluso en parejas adolescentes. Con la aproximación hacia la uniformidad entre sexos también las formas de expresión patológica del malestar o la angustia del crecer se van aproximando.

Las patologías actuales, pobres desde el punto de vista interno parecen más bien una operación de defensa ante la angustia del crecimiento y tienen una dimensión regresiva, como una defensa hacia niveles de indiferenciación, donde hacerse adulto, ser hombre o mujer, no tiene todavía un significado determinante. Existe una especie de colusión cultural por la cual las diferencias entre adulto y adolescente, hombre o mujer carecen de significado. Todo se somete a la uniformidad hasta el punto de que las fronteras entre patologías parecen desaparecer. Detrás de los síntomas en lugar de crisis existenciales profundas encontramos con frecuencia falta de consistencia, ausencia de proyecto vital, supeditación a criterios externos y superficiales, autorreferencialidad narcisística, falta de compromiso con la existencia y desubicación en el mundo, características, por otra parte, esperables en una época postmoderna.

Las consideraciones que hemos llevado a cabo a lo largo de este artículo sobre la fenomenología de los trastornos alimentarios responden naturalmente al análisis de materiales textuales proporcionados por pacientes de un determinado momento histórico y sometidas, por tanto, a los cambios que puedan verse reflejados en otros momentos anteriores o posteriores. Desde que Freud describió la histeria a finales del siglo XIX hasta nuestros días hemos aprendido entre otras cosas que las patologías que se presentan como cuadros bien definidos pueden experimentar variaciones en virtud de cambios contextuales históricos, dando lugar a transformaciones profundas o incluso a la desaparición de unos y a la aparición de otros en su lugar. Y que esa condición se halla relacionada igualmente con los contextos sociales y culturales. Al igual que los géneros literarios relacionados con el teatro han evolucionado desde la tragedia al drama y la comedia para terminar en el sketch

televisivo o el deplorable espectáculo sin guión ni texto del “Gran Hermano”.

Lo que parece no haber variado sustancialmente es la necesidad de desarrollarse personalmente siguiendo una línea de crecimiento que va del nacimiento a la muerte y la de encontrar un lugar en el mundo siempre en relación a un momento concreto de la historia, pero, también inevitablemente, respecto al significado de la propia existencia, única e intransferible. Esta tarea ineludible, para la que Erik Erikson (1997) describió hasta ocho etapas en un ciclo evolutivo completo, plantea en momentos particularmente determinantes como los de la adolescencia crisis existenciales que suponen un pasaje de iniciación a la vida no por costoso menos trascendental en el que no solamente se prefigura el sentido de la existencia sino también se configuran los instrumentos mentales y morales con los que afrontarla. Para ese largo y tortuoso camino la psicoterapia puede ser útil cuando nuestros pasos se han perdido por él. Lo síntomas pueden tal vez desaparecer o incluso en ocasiones remitir espontáneamente con o sin la ayuda de una terapia. Pero ninguna terapia ni tratamiento resulta eficaz si, como dice Marya Hornbacher (1998) “no te curas tu misma”. Se trata en definitiva, de un compromiso ético con la vida:

*He seguido un montón de dietas, he visitado innumerables especialistas he seguido distintos tratamientos psicoterapéuticos, he estado ingresada en hospitales generales, en centros especializados, cerrada en manicomios... Con el paso del tiempo me doy cuenta que la única cosa que me está curando es un acto de fe: **se trata en el fondo de una cuestión ética en la que creo: ya que estoy viva tengo la responsabilidad de enfrentar la vida.** La enfermedad es la solución más fácil, pero la salud y la vida son más interesantes... La idea equivocada de que los trastornos de alimentación son una enfermedad en el sentido tradicional de la palabra no sirve de ayuda. Una pastilla no los resuelve y lo mismo se debe decir de la psicoterapia, del apoyo incondicional de la familia y los amigos. **Te curas tú misma.** Es la empresa más difícil que haya nunca enfrentado y me he vuelto más fuerte por haberlo hecho. Mucho más fuerte.*

En este artículo se consideran los trastornos alimentarios situados en los extremos de dos polaridades, caracterizadas por las conductas de ingesta restrictiva o purgativa en el contexto de la teoría del desarrollo moral. Las conductas alimentarias de tipo restrictivo, como la anorexia, se atribuyen a una estructura heteronómica, mientras que las de tipo purgativo, como la bulimia, se entienden desde una estructura sacionómica complaciente. La psicoterapia de estos trastornos se relaciona específicamente con el trabajo orientado al desarrollo moral hacia la autonomía.

Palabras clave: Anorexia, bulimia, heteronomía, sacionómica, psicoterapia

Referencias bibliográficas:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – III (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: Author.
- ARGENTIERI, S. & ROSSINI, S. (1999). *La fatica di crescere. Anoressia e bulimia: i sintomi del malessere di un'epoca confusa*. Varese: Frasinelli.
- BARNHILL, J.W. & TAYLOR, N. (2000). *Si crees que tienes trastornos de la alimentación*. Barcelona: Robin Book.
- BEAUMONT, P.J. (1999) Aún no sabemos la causa de la anorexia. *El País*, 09-07, p 34.
- 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 für Neurologie und Psychiatrie*, LIII, LIV & LV. Traducido por R. May, E. Angel & H.F. Ellenberger (1967). *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid: Gredos.
- BORDO, S. (1993). *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body*. Regents University California.
- 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.
- CAROTENUTO, A. (2003). *Il gioco delle passioni*. Milano: Bompiani.
- COOKE, E.A., GUSS, J.L., KISSILEFF, H.R. & DEVLIN, M.J. (1997). Patterns of food selection during binges in women with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 22 (2) 187-193.
- COOPER, P.J. (1993). *Bulimia nervosa. Una guida alla guarigione e un manuale di autoaiuto per chi ne soffre*. Roma: Armando
- CRISPO, R., FIGUEROA, E. & GUEJAR, D. (1994). *Trastornos del comer*. Barcelona: Herder.
- DALLE GRAVE, R. (1996). *Anoressia nervosa. I fatti*. Verona: Positive Press.
- 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.
- DEVEREUX, G. (1955). Basic problems in ethnopsychiatry. Chicago: University of Chicago Press.
- DONATI, M. (1999). *Angeli senza ali. Incontri e storie di anoressia e bulimia*. Verona: Positive Press.
- ERIKSON, E. (1997). *The cycle life completed*. New York: Norton and Co.
- FAIRBURN, C. (1996). *Come vincere le abbuffate*. Verona: Positive Press
- FRENCH, B. (1994). *Coping with bulimia*. London: Harper & Collins
- 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 di animo nei bulimici*. Tesi licenciatura. Universidad de Riga.
- GÖECKEL, R. (1991). *Donne che mangiano troppo*. Milano: Feltrinelli.
- GÖECKEL, R. (1994). *Finalmente liberi dal cibo*. Milano: Feltrinelli.
- GÖECKEL, R. (1998). *Ne ho abbastanza. Vincere l'ossessione del cibo*. Milano: TEA
- GORDON, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic*. Oxford: Blackwell.
- GUIDANO, V.F. (1994): *El Si Mismo en Proceso: Hacia una Terapia Cognitiva Posracionalista*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- 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.
- HORNBACHER, M. (1998). *Wasted*. New York: Harper & Collins.
- HUGUET, M. P. (1996). *L'ora de Mari Pau Huguet*. Programa nº 299: Entrevista sobre la bulimia con la participación del Dr. Josep Toro y distintos testimonios. Barcelona: TV3
- LIU, A. (1979). *Solitaire*. New York: Harper and Row.
- MacSWEEN, M. (1993). *Anorexic bodies*. London: Routledge.
- MALLOR, P. (2005). Bulimia: ¿Cómo llenar un vacío existencial? Una aproximación a los trastornos de la alimentación. *Revista de Psicoterapia*, 58-59
- MEMMO, S (1997). *Un volo nel vuoto. Storia di un viaggio nell'anoressia*. Verona: Positive Press.
- MILLER, D. (1997). *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli

- NARDONE, G. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Herder
- PIPHER, M. (1998). *Hunger pains*. New York: Ballantine Books.
- PUBILL, M. J. (2005). Viaje al país de nunca jamás: trastornos alimentarios y conflictos en torno a la identidad sexual. *Revista de Psicoterapia*, 58-59
- RAIMBAULT, G. & ELIACHEFF, C. (1991). *Las indomables*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- RAICH, R. M. (1998). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide
- RAICH, R. M., SÁNCHEZ-CARRACEDO, D., MORA, M. & TORRAS, J. (1999). Bulimia nerviosa. ¿Más allá del DSM-IV? *Anuario de Psicología*, 30 (2). 97-115.
- RAUSCH, C. & BAY, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Buenos Aires: Paidós.
- RECALCATI, M. (1997). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano: Mondadori.
- ROSEN, J. C. (1995). Assessment and treatment of body image disturbance. En K.D. Brownwell & C.G. Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive book*. New York: Guilford Press.
- 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.
- SALDAÑA, C. & TOMÁS, I. (1999). Importancia de la alimentación en la obesidad. *Anuario de Psicología*, 30 (2). 117-130.
- SCHMIDT, U. & TREASURE, J. (1996). *Aprender a comer. Un programa para bulímicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- SCHELOTTO, G. (1992). *Una fame da morire. Bulimia e anoressia. Due storie vere*. Milano: Mondadori.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S. SELVINI, M. A. & M. SORRENTINO (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- TORO, J. & ARTIGAS, M. (2000). *El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Martínez Roca
- TRATTNER, R. & THOMSON, R. (1998). *La magia dello spago. Gli inganni de la bulimia*. Verona: Positive 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. (1995). Psicopatologías de la libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- VILLEGAS, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso de cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 73-118.
- VILLEGAS, M. (2005). Los valores: Análisis existencial. En Begoña Rojí y Luis Angel Saúl, *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas*. UNED: Madrid

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 30 euros.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

BULIMIA: ¿CÓMO LLENAR UN VACIO EXISTENCIAL? UNA APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Pilar Mallor Plou

Master en Terapia Cognitivo Social UB

vallvidrera@hotmail.com

This article considers eating disorders from an evolutionary and existential perspective as manifestation of a difficulty to grant meaning to the own existence. Different texts of anorexic or bulimic patients serve driver without stopping to argumentative purposes.

Key words: Anorexia, bulimia, existence, adolescence, evolutionary psychology

¿Qué se podría decir sobre la anorexia y la bulimia, sobre esta terrible enfermedad que está afectando actualmente al 4,5% de mujeres de entre 12 a 21 años? De entre las pacientes atendidas en centros privados de Cataluña, cerca de medio millar de personas padecían trastornos alimentarios. De todas formas estos datos, son sólo la punta de un gran iceberg, pues existe una gran cantidad de mujeres que mantienen el trastorno en secreto durante muchos años, sin que nadie de su alrededor sospeche nada, y por supuesto sin que acudan a ningún profesional a pedir ayuda.

¿Qué decir, de una enfermedad de la que todo el mundo habla?.

¿Tal vez, que es una moda, o una plaga de fin de siglo, una epidemia explosiva, o algo provocado por la tiranía a la que está sometido el cuerpo de la mujer, en esta sociedad en la que vivimos, centrada en la belleza, la estética, la liposucción y todo lo light?.

El culto a la perfección impera en nuestra sociedad creando verdaderas adictas al consumo de todos los productos relacionados con la belleza, con el único propósito de encontrar, eso que llamamos “satisfacción personal” y “reconocimiento de los otros”. Muchas de las revistas que encontramos en los kioskos, hacen referencia a las últimas tendencias en moda, cosmética y estrategias posibles para ligarte al chico que te gusta y a la vez triunfar en la vida gracias a la dieta de la

alcachofa. Lo que está claro es que todas ellas venden autoestima e ilusión y fomentan el mito de la felicidad, (el mensaje implícito sería, “deja de ser tú, para convertirte en otra”, “los gordos fracasan y los delgados triunfan”... Y encima pagas dinero por ello).

Los españoles, son los ciudadanos europeos que más se dejan tentar por la cirugía estética y los expertos aseguran que dentro de unos años, acudir al cirujano estético será algo tan habitual como ir al dentista.

En el último barómetro del CIS, un 53% de la población española declaró estar pendiente de su peso, y no sólo eso, sino que además, cada vez empiezan antes a preocuparse por su cuerpo. Los problemas de autoestima por la imagen corporal empiezan a los 5 años, según un estudio que analizaba la relación entre peso, actitud de los padres y autoestima en niñas de edad pre-escolar. Las niñas con sobrepeso suelen tener menos autoestima que las niñas sin sobrepeso, tanto en lo que se refiere a la imagen corporal como a la habilidad física y cognitiva.

¿Qué no se ha dicho ya?, y en todo caso ¿Qué se podría decir para entender mejor a estas muchachas anoréxico-bulímicas que se sienten desgraciadas a causa de su físico, obsesionándose por el control del peso, llegando así a adoptar medidas extremas para lograr tal fin?.

Realmente, ¿qué piensan? ¿Qué sienten? ¿Cómo viven su realidad? :

Para ello, nada mejor que empezar leyendo el relato-diario que escribió una de mis pacientes(después de 16 sesiones de terapia) al proponerle que analizara su proceso bulímico:

“Es curioso, porque existen diferentes mundos,cada uno, dependiendo de la mente que lo interpreta y le da forma. Y esas mentes, que somos en definitiva, cada uno de nosotros, pueden permanecer estáticas, pero pueden evolucionar, cambiar y al hacerlo, provocar asombro. En mi caso, la sorpresa fue conocer una nueva dimensión de las cosas, una realidad que desconocía hace apenas unos meses.

El origen del problema lo desconozco y quizás no sea lo más importante, seguramente no sea uno, sino varios factores los que me condujeron a pensar, sentir y actuar como lo hacía.Quizás tuvo algo que ver con la represión. Evitar expresar lo que uno siente y piensa, por miedo a no sé exactamente qué, puede crear mucho conflicto.

Partía de una autoestima bajísima y como consecuencia de ello, me validaba a través de elementos externos, ya fuera por medio de retos o bien de la opinión de terceras personas hacia mí. Esta situación se mantuvo durante bastante tiempo e iba supliendo esta carencia interna, marcándome objetivos; si los conseguía era buena, si no lo hacía, era mala.También ocurría con la gente, tenía que mantener constantemente la imagen que los demás querían tener de mí, ser la chica perfecta para ellos, estar pendiente de la voluntad de los demás,intentar agradecerles, aunque todo ello

supusiera mucha presión para mi.

No sé si como origen o consecuencia de esto, yo era una persona hiperperfeccionista y eso me llevaba muchas veces a la frustración, cuando ves que no puedes alcanzar el ideal que tú mismo has creado y que es inviable y estúpido y cuando además ese ideal obedece a las necesidades de los demás y no a las propias, empieza a quemarte algo por dentro, difícil de sofocar, una rabia que consume y que yo sacaba con los prontos que tenía con mis padres, pensando ellos, que eran causa de una típica etapa adolescente de rebeldía. Todavía no era evidente del todo el trastorno alimentario a nivel de conducta, pero ya se cocía.... Yo no era rebelde, no hacía nada que pudiera llamar la atención, sacaba buenas notas, no fumaba, no bebía, no salía por las noches, no hacía campanas en el colegio, no hacía nada de lo que hace un adolescente para rebelarse contra la autoridad de los padres, profesores o adultos en general. Nada llamaba la atención en mí, no hacía nada para reafirmar mi identidad, para decir: aquí estoy. Mi problema de alimentación empezó con un dolor de estómago que al principio fue cierto, pero que después fue la excusa ideal para no comer como lo hacía antes, es decir, para evitar alimentos prohibidos. Creo que fue mi forma de rebelarme, porque cuanto más se enfadaba mi madre, más se agudizaba el problema. Con este comportamiento conseguía captar la atención de mis padres, sin necesidad de ser una “niña mala” y tenía un mayor control sobre las cosas, ya que no podía dominar esa timidez que tanto me molestaba. Con los prontos y las ingestas compulsivas, conseguía calmar ese sentimiento de culpa al que te lleva la frustración por no conseguir tus ideales.

Creo que este esquema de pensamiento se creó por varios motivos: un cole de niñas buenas o malas, un grupo de amigas cerrado formado por chicas modositas que se mantuvo hasta que vine a vivir a Barcelona, luego el vivir en una ciudad (Lerida) donde prima la imagen que das a los demás, por encima de lo que eres, donde no existe el anonimato porque todo el mundo te conoce, preocupándote de que no te critiquen ni te compadezcan y de intentar ser la niña perfecta que tus padres desean y esperan y no defraudarlos (como si los hijos tuviésemos que estar a la altura de las expectativas que los padres han creado para nosotros).

A partir de venir a Barcelona hay muchos cambios, pero yo sigo siendo la misma, me amoldo a lo que mi nuevo grupo me exige o pienso que me exige. Para conseguir que me acepten tenía que ser como los componentes del nuevo grupo, siempre buscando figuras que me validaran, agudizándose así el problema alimentario, aunque nunca llegando a extremos, seguramente por mi aprensión a las enfermedades y porque me desahogaba compulsivamente por medio de otros canales, como el alcohol (olvidando-

me de lo que me pasaba o sintiéndome así más rebelde, desinhibiéndome y siendo más divertida y habladora, venciendo así mi timidez y gustando más a la gente). Cada vez voy restringiendo más mi identidad y van apareciendo más pensamientos todo-nada, y conductas muy extremas, o me atraco o no como nada; o salgo y no bebo nada o acabo arrastrándome borracha por el bar; en el sexo o soy la virgen María o me enrolló con cualquiera. Me empiezo a sentir fea y mi autoestima es bajísima durante muchas épocas, coincidiendo habitualmente con mi control a la comida, cuanto mayor control, es decir, menos como, mejor me siento.

Los sentimientos que más predominan en esta época son los de culpabilidad, impotencia por la imposibilidad de llevar las riendas de mi vida: estudiar y no aprobar, no ser capaz de expresar mis emociones ni sentimientos, en definitiva, tragar con demasiadas cosas. Es una época de confusión, de vivir rápidamente sin plantearme que tengo un problema, porque la situación todavía era sostenible, el entorno me hinchaba ese globo que era mi autoestima y que yo no sabía hinchar por mí misma....y lo peor viene cuando el globo se deshinchaba o lo pinchan directamente porque entonces caes en un pozo de desesperación. Lo único que me hacía salir de allí, era proponerme retos difíciles y conseguirlos para aumentar mi valía personal, al menos eso dependía de mí y no de los demás, pero con ello tampoco solucionaba el problema, sabía que tenía que buscar ayuda pues la situación duraba ya varios años y yo me sentía incapaz de vencerla.

Ahora, después de un tiempo de terapia, me siento parcialmente otra persona, me acuerdo de todo mi pasado, pero no me reconozco, ni siquiera cuando escribo estas líneas y eso que todavía queda mucho camino por andar.”

Según el DSM IV, el trastorno de bulimia nerviosa se caracterizaría por los siguientes criterios:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (ejem. en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejem.. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo.

C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante un promedio de 3 meses.

D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

La diferencia más significativa entre un trastorno anoréxico y uno bulímico según el DSM IV, es que la persona anoréxica, sea de tipo restrictivo (no recurre habitualmente a atracones o purgas) como de tipo compulsivo/ purgativo (durante el episodio anoréxico, el individuo recurre habitualmente a atracones con vómitos o purgas), tiene un rechazo a mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo, considerando la edad y la talla; mientras que la persona bulímica es capaz de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Ambas patologías manifiestan una preocupación por mantener el control sobre los alimentos y el cuerpo, compartiendo los mismos temores, aunque con motivaciones, métodos y resultados distintos; la anoréxica restrictiva y hambrienta mantiene el control perdiendo cada vez más peso y sintiéndose triunfadora, mientras que la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y a lo que come, envidiando a la anoréxica y siendo la pesadilla de ésta.

Cuadro 1 (TABLERO por el que se mueven las personas anoréxico-bulímicas)	
CONTROL 1) Inanición voluntaria	PERDIDA DEL CONTROL 2) Ejercicios agotadores
CONTROL INTERMITENTE 3) Vómitos autoinducidos Abuso laxantes	PERDIDA DEL CONTROL 4) Comer alimentos prohibidos Atracones

Las anoréxicas restrictivas, se mantienen inamovibles en el 1) mientras que las bulímicas se pasan la vida recorriendo todo el tablero con rapidez, pues no logran llevar adelante el régimen que se imponen, aunque su deseo sería quedarse en la inanición voluntaria.

Es importante destacar que las personas que caen en un trastorno bulímico casi siempre han iniciado antes una dieta alimentaria restringida. Ésta provoca apetito y una gran necesidad de ingerir aquellos alimentos que durante ese periodo de tiempo se han considerado prohibidos, como los hidratos de carbono (pan, pastas, galletas, bollería etc...) de ahí que se produzcan los atracones de comida, pues si uno se resiste a estos alimentos, la necesidad crece con el tiempo, hasta que el organismo no puede más y se tiene el primer atracón. A continuación aparece el sentimiento de culpa y de fracaso personal debido a la falta de voluntad que han tenido y llegan al vómito autoinducido (en el que se liberan endorfinas provocándoles placer

inmediato) y a la consiguiente y reiterada promesa de que nunca más volverán a atracarse y que serán fieles en el futuro a esa dieta restrictiva. Este círculo o proceso se retroalimenta durando años y años sin encontrar solución.

Por supuesto, inician la dieta por un problema de inseguridad, sumisión, de falta de asertividad, de una falta de reconocimiento de sus propios derechos y de recursos para enfrentarse a situaciones que consideran difíciles. En definitiva, por una falta de identidad, y por un yo poco definido y muy dependiente del juicio de los demás. Buscan ese cuerpo esbelto (que ellas creen que les proporcionará autoestima y aceptación), que no tienen o al menos no es percibido como bello ni como deseable, recurriendo así a las dietas.

Por todo lo mencionado anteriormente hay que tener en cuenta, que la mayor diferencia entre ambas patologías radica no tanto en el lugar de la tabla en la que se encuentran (cuadro 1) sino en su actitud, en el tipo de pensamiento y en la construcción que cada una de ellas hace de su realidad, así como de la funcionalidad que tienen sus síntomas y del momento del desarrollo moral en el que se encuentran.

Disociación entre cuerpo y mente

La anoréxica (restrictiva) a la que hace referencia Villegas (1997) en su artículo “La anorexia o la restricción de la corporalidad” es un sujeto que niega su propio yo corporal y reivindica su yo espiritual o etéreo. Su pensamiento se construye desde el principio básico de: “No quiero ser cuerpo porque me convierto en un ser sexual para los demás y podría despertar deseos y ser desposeída de mí misma. No quiero ser un ser para el otro, sólo para mí”. En el mismo artículo, se dice que “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”.

La anoréxica a diferencia de la bulímica no pretende gustar al otro, sino todo lo contrario, intenta alejarse de los demás para no ser desposeída de su propio Yo. Busca la autosuficiencia radical y absoluta. La bulímica es la parte sumisa y la anoréxica representa la parte más rebelde y la feminista radical (no quiero ser para el otro, sólo para mí).

Existe un elemento en común entre las dos: la disociación entre cuerpo---mente:

La anoréxica, no quiere tener cuerpo, sólo quiere ser espíritu.

La bulímica quiere ser cuerpo (esbelto para gustar) pero está vacía a nivel existencial o espiritual. Disociación entre lo que soy y lo que debería de ser, y eso hace que le lleve a una búsqueda de la belleza (un juego de espejos inacabado, que engancha toda la vida). Pero la sociedad refuerza este conflicto de lo que me gustaría ser, entrando en una dinámica perversa, pues esta sociedad no valora que las personas sean o existan y éste es un problema gravísimo que lleva al desarrollo de muchas patologías de hoy en día.

Lo que realmente existe es el ser: el sujeto es lo que existe, puede ser, pensar, sentir y puede proyectarse, pero el cuerpo no.

La bulímica, al contrario que la anoréxica restrictiva, presenta en términos de Vittorio Guidano una estructura DÁPICA (Disturbo Alimentare Psicógeno), caracterizada por:

- Depender del concepto que tienen los demás de ella.
- Vivir por y para los demás. Sumisa
- Yo soy el reflejo del otro. Leo mi self en el otro, pues yo por mi misma no soy.
- Poca entidad, es un ser relativo no sustancial.
- Se define por las relaciones del otro. No tiene construido su Yo.
- Deseo de afecto, miedo a ser rechazada por los demás.
- Se sienten infravaloradas por considerar que no son el tipo de persona que la gente espera de ellos. Su mayor deseo es gustar al otro.

La bulímica, construye su realidad desde una visión Socionómica, complaciente cuyo criterio dominante, es el interpersonal: el agradar a los demás es lo más importante para ella y lo que sostiene su identidad (para conseguir ésto, se suelen comportar de una forma sumisa y dependiente).

Para llegar a la Autonomía, como puede verse en el cuadro adjunto (Villegas, 2002), es necesario pasar por todas las fases del desarrollo moral e integrarlas, y la bulímica no valida, legítima ni integra su parte más Anómica. Cuando vomita (impulso) no se basa en un criterio egocentrado, (reconocimiento de sus deseos) sino que existe un descontrol y la voluntad desaparece. A este propósito resulta muy significativo un comentario que hizo Lorena una paciente de 30 años, ya dada de alta, con respecto al comportamiento que tenía con los demás en el pasado:

“Yo quería gustar a mis amigos, me daba igual que no estuviera de acuerdo con lo que hicieran o dijeran, yo aguantaba como una idiota, era un todoterreno emocional” “mi oxígeno era el otro, incluso salía con chicos exitosos, sin gustarme, porque así mi imagen era buena delante de los demás” (Véase pág. 152)

La funcionalidad del síntoma

Normalmente, expresamos nuestros sentimientos y experiencias a través de nuestra actitud física, nuestros movimientos y nuestro cuerpo.

Así, como en la alegría, todo nuestro cuerpo, tiende a movilizarse dentro de diferentes actividades, (sonreír, bailar, cantar,) y ante el miedo, se inmoviliza, se vuelve tenso o reacciona activamente, corriendo etc.. La persona bulímica como es respetuosa y sumisa y no puede exteriorizar sus emociones a nivel verbal (alexitimia), también lo expresa a través de un simbolismo disfrazado, es decir a través de su cuerpo, (debido a la disociación cuerpo-mente.)

Todo ello nos indica que para poder entender mejor el comportamiento

PRENOMÍA

Criterio indeferenciado → necesidades
Patología: depresión



ANOMÍA

Criterio egocentrado → deseos
Patologías: sociopatía, conductas impulsivas, adicciones



HETERONOMÍA

Criterio impersonal o enajenado → la norma (interna, externa o el juicio social: perfección, deber, obligación, culpa, vergüenza)
Patologías: anorexia, obsesión, claustrofobia, fobia social



SOCIONOMÍA

Criterio interpersonal → las relaciones con los demás
Patologías: altruismo

- complaciente (agradar): bulimia
- oblativo (cuidar/proteger): agorafobia



AUTONOMÍA

Criterio personal → juicio propio
Experiencia subjetiva de libertad y coherencia.
Bienestar sintomático

bulímico, es importante descubrir cuál es la funcionalidad de ese síntoma, cuál es la demanda, y qué mensajes intentan comunicarnos estas jóvenes (aunque sea a nivel no consciente) mediante el cuerpo. Un trastorno alimentario, como ya hemos comentado anteriormente, no es solamente un problema vinculado a la comida o peso, sino que se debe en gran medida, al intento desadaptativo de responder a dificultades o a conflictos de distintos órdenes.

Lo que parece estar claro es que es una forma de expresión, una forma de comunicar que algo no va bien, de utilizar el cuerpo como método discursivo. La función del psicólogo consiste en averiguar qué es y que les ha llevado a actuar así, por ello es importante a nivel terapéutico conseguir que emerja ese discurso y sacarlo y separarlo del cuerpo:

Marta es una paciente de 20 años, que viene a terapia obligada por una madre muy preocupada, ya que su hija, ha tenido 2 ingresos en urgencias por comas étlicos en menos de 3 meses. Existe además consumo de pastillas de éxtasis y cannabis. Durante las primeras sesiones en ningún momento Marta hace referencia a problemas alimentarios, pues dedica su tiempo a hablarme de las 3 violaciones sexuales que ha sufrido en el último año; todas ellas ocurridas en los alrededores de la discoteca a la que suele acudir los fines de semana. Los hechos suceden de la siguiente manera:

- *Se emborracha para desinhibirse, sentirse más segura, perder la timidez o ahogar las emociones de rabia, impotencia o tristeza que le provocan las amigas (lee el self en el otro). Bebiendo, no piensa ni se “come la olla”, todo le da igual, tanto el estar sola, como gorda.*

- *En el estado en el que se encuentra, a cualquier chico que se le acerque y le proponga un rollo dice que sí (se siente bien porque alguien se fija en ella).*

- *Salen de la discoteca y ella no controla la situación (borracha) –ni el resto de su vida,– por lo que se deja llevar.*

- *El siguiente paso es que el chico o se la lleva a un descampado o dentro de un coche etc.. se enrolla con ella. En el momento de la penetración a veces intenta defenderse mediante la fuerza (pero no puede porque está muy borracha) o a veces se deja hacer, sin resistirse porque sabe que aunque le diga que pare, el otro no le hará caso y la obligará haciéndole todavía más daño. “No importa lo que yo quiera o no, ellos continúan”.*

- *Después existe culpa. En esta situación como en tantas otras, Marta calla y no expresa como se siente y cuando llega a casa, se atraca de comida o se autolesiona. Las autolesiones consisten en hacerse cortes en los brazos con una cuchilla:*

“Te apetece hacerte daño porque te sientes tan mal... que es una forma de expresar y sacar la rabia que tengo dentro y eso alivia. Me siento tan mal que quiero sentir dolor”

Resulta sorprendente oírle decir, que cuando era niña y se caía en el patio y se hacía daño, se sentía muy bien, porque la cuidaban y estaban por ella. Gracias a su cuerpo (dañado) notaba cariño por parte del otro y aprendió a comunicarse de esta manera: mediante su cuerpo podía hacer que los demás se acercaran a ella. *“Si me hago daño y siento dolor (a nivel corporal), me hacen más caso; pero si siento dolor emocional nadie me escucha”*.

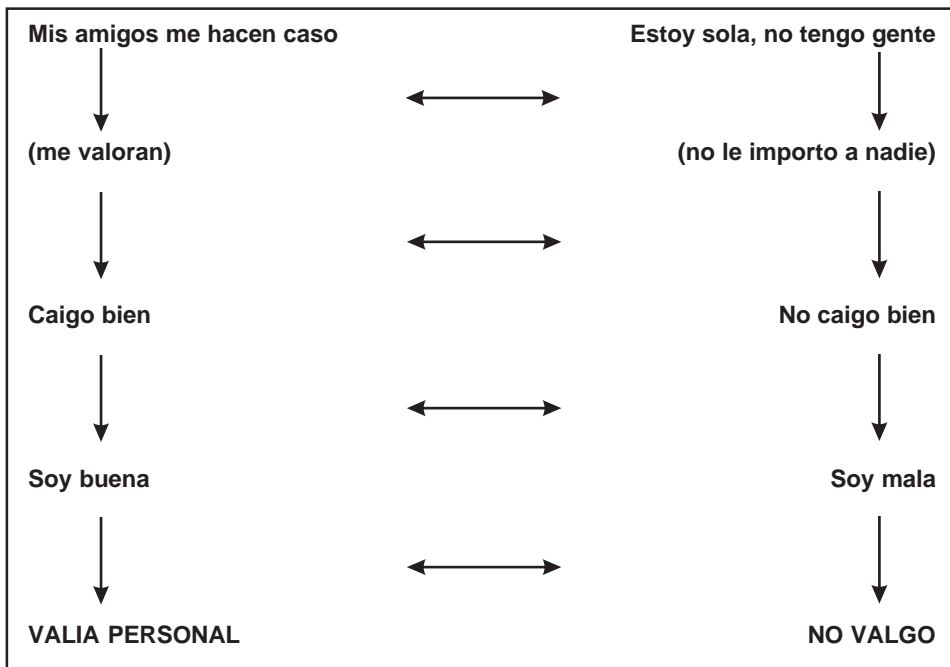
Disociación entre cuerpo y mente. La paciente, debida a esta disociación, necesita desplazar el dolor psicológico-emocional, al dolor corporal, porque es mediante éste cómo ha aprendido a comunicarse. No sabe como manejar ese dolor emocional, no sabe expresarlo verbalmente ni elaborarlo de forma adaptativa. En estos momentos Marta, sólo siente que es un cuerpo en el que desplazar sus angustias, su rabia, su sentimiento de culpabilidad, su impotencia, y mediante los atracones traga comida, traga rabias, traga violaciones, traga con todo lo que no se ha atrevido a decir en su vida cotidiana.

En todas las etapas evolutivas de su historia de vida existe un elemento en común que se repite invariablemente :

Desde que era una niña le insultaban y rechazaban porque estaba gorda, provocando en ella un gran sentimiento de soledad. Lloraba porque toda esta situación le hacía sentir muy insegura y débil, no sabiéndose enfrentar a los insultos. A los 8-9 años, sentía que su vida no le gustaba y pensó varias veces en tirarse por el balcón. Su madre la iba cambiando de colegio y se seguía repitiendo la misma historia: insultos por su gordura y sensación de impotencia por no saberse defender. No fue hasta los 15 años, al iniciar un régimen muy rígido y adelgazar muchos kilos, cuando sus compañeros de clase la empezaron a aceptar. Siempre ha pensado, que si hubiera sido una niña delgada sus amigos la hubieran querido y no se hubiera sentido tan mal durante toda su vida.

En la adolescencia, la disociación se hace muy evidente, porque te miras en el espejo de los demás, preocupado por la aceptación del otro. Te planteas ¿qué tendría que hacer para que me aceptaran?... pero la respuesta que se dan nunca es: “aceptarme a mí misma”.

La construcción de la realidad de Marta, ha sido:



Desde pequeña, Marta aprende a ser el reflejo del otro, leyendo su self en los demás. La esencia, su esencia, la busca en el exterior, en gustar al otro.

- Los obsesivos buscan la esencia en el exterior: en las normas, los deberías, el juicio externo o interno.

- Los bulímicos-dápicos, buscan la esencia en el exterior: en los demás (en agradarlos).

Ninguno de los que sufren estos trastornos, se escuchan a sí mismos.

- Los narcisistas buscan la esencia en el exterior; no necesitan al otro, sino la confirmación continua de los demás, pues aunque ya se lo crean, les gusta que le digan lo maravillosos que son (la típica narcisista, sería la madrastra de Blancanieves, que pregunta continuamente al espejo, quien es la más guapa del reino).

La terapia con las bulímicas consistiría en ayudarlas en ese proceso hacia la Autonomía, buscando convertirse en la referencia de sí mismas y aprendiendo a aceptarse de forma incondicional. Lo que se podría denominar a nivel popular, un trabajo de autoestima.

Este tipo de pacientes son muy responsables y perfeccionistas, asumen como propias las exigencias de su entorno, chicos y chicas modelo, que siempre han vivido para cumplir con lo que le demanda la sociedad, porque con el reconocimiento de los demás, consiguen un reconocimiento que a sí mismas no pueden darse. Este ideal de perfección (suelen presentar rasgos obsesivos) aparece casi siempre a los ojos de los demás, visión que sirve de guía, en ausencia de criterios propios:

“Estaba tan preocupada y obsesionada en intentar dar una imagen que no decepcionara ni desencantara a los demás, que olvidé como era yo; en las fiestas me obligaba a ser payasa, divertida, extrovertida, chistosa, porque así sería apreciada, valorada y querida. Cuando a veces no tenía ganas porque estaba triste, me quería morir porque toda mi imagen se iba a pique y la gente ya no me querría. Era muy cansino tener que dar una imagen siempre perfecta”. Paciente Lorena

Jorge Bucay (en su libro “Cartas para Claudia” escribe:

“¿Para qué hago las cosas? ¿quiero que los demás me quieran, me aprueben, que me acepten, que estén contentos de conocer a una persona tan agradable y gentil como yo?. Tengo miedo de que me rechacen, que me abandonen, que me critiquen, que no me quieran.

Y entonces abro el baúl de los recursos y me disfrazo: una nariz redonda, un poco de colorete, un sombrero atractivo, unos zapatos graciosos y sobre todo, traje y corbata (porque no hay que perder la formalidad...). Entonces te engaño, te estafo, te miento....

Tu aceptas mi disfraz, quieres mi disfraz, admiras mi disfraz...Y si lo hago bien quizás ni siquiera te des cuenta y creas que te estás relacionando conmigo.

Un día yo me doy cuenta y empiezo a echarte de menos. Quiero que contactes conmigo.... Conmigo de verdad.

Y me quito la nariz, el colorete, el sombrero, los zapatos, el traje y la corbata. Y lo guardo todo en el baúl de los recursos y guardo el baúl bien lejos, para que no estorbe el paso.

Ahora sí

Ahora soy yo.

Ven conmigo.

Mírame. Tócame

Huéleme

Escúchame.....

Soy Yo

Es cierto. Ahora muchas más personas me rechazan y también es cierto que muchas menos personas me quieren, pero cuando te encuentro a ti, a ti, que me aceptas así, tal como soy...! Que placer! Imagínatelo, ¡ Que placer!
¡NO TE DISFRACES PARA MI!! ¡LO QUE YO QUIERO ES ESTAR CONTIGO!

Pili otra de mis pacientes, describía así sus inicios en el mundo de la bulimia:

“... me aterraba estar sola, ya que no podía vivir sin la aprobación continua de alguien. Fue en aquel año, uno de los más duros en mi labor como maestra, cuando comencé con la bulimia... recuerdo que cuando salía del colegio, después de un día de mucha ansiedad, en el coche y de

camino a casa me atiborraba a pastas, ya las dejaba preparadas allí por la mañana, porque sabía que más tarde, las iba a necesitar. La situación era complicada, pero temía que si decía algo en la escuela sobre lo que me ocurría, pensarían que no era una buena profesional. Y así acabé, con 20 Kg. de más y derrotada. Pensaba que al acabar las vacaciones todo iría mejor, descansaría para enfrentarme mejor al nuevo curso, pero caí en una depresión que no quiero ni recordar. Todo se complicaba.

Durante todos estos años de bulimia, he sido insegura, dependiente de los demás, necesitaba la valoración de todos, su permiso, ya que yo me sentía insegura, inferior. Consideraba que mis compañeros de trabajo lo hacían bien y yo no, siempre poniendo en duda mis conductas y con el temor de perder a mi marido por pensar que yo no era lo suficiente para él, debido a este complejo de inferioridad.

Siempre he intentado agradar a todo el mundo, sintiéndome culpable por todo lo que ocurría a mi alrededor, me obsesionaba el ser perfecta, cualquier fallo era una confirmación de mi inferioridad. Me he pasado 10 años de mi vida necesitando la aprobación de los demás, de todo lo que hacía”.

ADOLESCENCIA

Estas jóvenes bulímicas, se van especializando en perfeccionarse a ellas mismas (buenas estudiantes) para demostrarles a los demás su propio valor y poder complacerlos, se vuelcan tanto en el bienestar de los demás, que dedican muy poco tiempo al desarrollo de su propia identidad. Muchas veces, su alrededor no lo controlan, pues no consiguen todo lo que pretenden o se encuentran en situaciones desagradables que no saben resolver, pero mediante el control de la comida, consiguen darse sentido a sí mismas.

La paciente bulímica, no sabe valorar sus propios logros o éxitos, por eso, es tan importante para ella, que los demás, todo su entorno, la apoyen continuamente y le hagan sentir bien. Sólo con el reforzamiento externo podrá encontrarse mejor y quererse un poco más (la esencia la buscan en el exterior).

Se compara con una imagen idealizada, y procura ser como ésta; lógicamente cualquier intento que realice la llevará al fracaso, a la ansiedad y por tanto a la ingesta de comida. Pero sólo cuando maduran emocionalmente se adquiere la objetividad necesaria para darse cuenta de que es imposible ser perfecta:

“En realidad, yo siempre creí, que la salida era bajar de peso, eso me iba a cambiar la vida. Todavía hoy me aferro a esa mentira, porque es una mentira enorme que nos decimos a nosotras mismas para no enfrentarnos a situaciones, para no crecer, para evitar hacer cosas, que nos dan miedo, tanto miedo...”

De todos es sabido, que la adolescencia es una época difícil, pues todavía no

se han formado criterios claros sobre las cosas y existe una mayor inestabilidad emocional. Esto, sumado al malestar que provocan los cambios corporales típicos de esta etapa, (pues no dejan de compararse con las amigas o las modelos), les puede llevar a hacer régimen, cómo una conducta mediante la cual obtendrán la aprobación del otro y un aumento de la autoestima, ya que se acercarán más al ideal, o al menos a lo que la sociedad pide, pues no olvidemos que hoy por hoy la delgadez está asociada al éxito. El adelgazamiento es vislumbrado como una salida a una situación que ha dado lugar a un evidente derrumbamiento emocional.

Hay muchos jóvenes que se asustan, en esta etapa adolescente, pues no se atreven a desear, a manifestar sus deseos por temor a no ser aceptados, rechazados o abandonados. Tienen poca valía personal, dándole más importancia a las necesidades del otro, que a las suyas propias y esto dificulta la creación de su proceso de elección y toma de decisiones.

“Abrir la nevera nunca puede herirnos, la gente sí”

Todo ello, facilita el desarrollo posterior de un trastorno bulímico, que le sirva para recuperar el control, que le es tan necesario para ser alguien, si controlo la comida, mi peso, controlaré mi vida. Los episodios cíclicos de glotonería e inanición, o de comer compulsivamente para vomitar después, le proporcionaran temporalmente cierto sentido de orden, en contraste con la confusión de otros aspectos de su vida. En este sentido, los episodios bulímicos, les proporcionan a muchas jóvenes cierto alivio, pues las liberan de un estado de ansiedad y contención interior importantes, utilizando estos periodos de atracón como un espacio que tienen para olvidar, para “vomitar” (metafóricamente hablando) todo aquello que la falta de asertividad, junto con la autoestima baja, les ha obligado a “tragar”. Durante mucho tiempo han estado “tragando” con todo lo que les ocurría a su alrededor, por no creer tener derechos a expresar opiniones, deseos, etc...o sobre todo, por ese miedo a qué pasará si dicen lo que piensan:

“cuando tengo problemas, tengo ganas de comer, me bloqueo y necesito comer y vomitar y no enfrentarme a nada”

En lo que coinciden varios autores es en el hecho de que el control alimentario, es una fuente de identidad para estas jóvenes y su curación implica el abandono de ésta y el paso una vez más hacia lo desconocido.

Durante el proceso terapéutico, es importante que la paciente aprenda a descubrir y distinguir qué sensaciones le provoca la comida, pues ha perdido la percepción o el gusto por el comer a nivel sensitivo. Ha dado a la comida un simbolismo que no tiene y mediante este ejercicio se pretende cambiar esta cognición: la impulsividad y el descontrol del acto de comer, transformarlo en “yo que quiero o deseo”. Aprender a disfrutar de la comida:

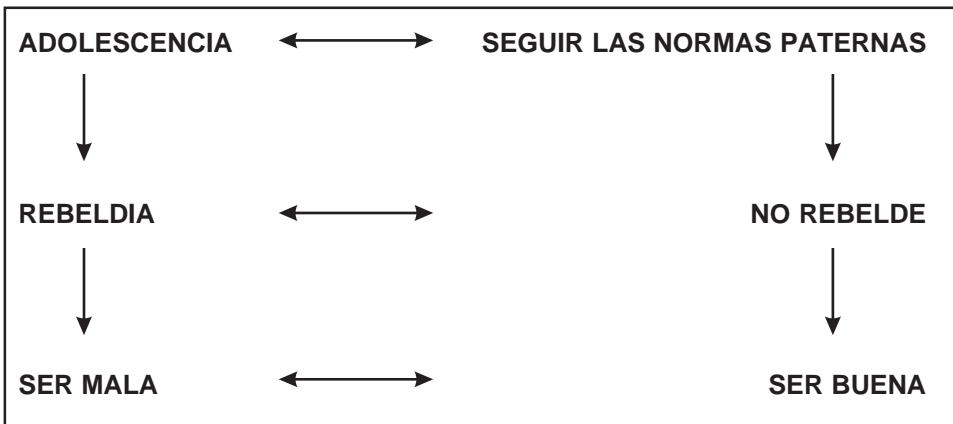
- Si tiene hambre
- Si desea o no comer
- ¿Qué tipo de alimento me apetecería comer?

- ¿Me gusta?
- Está caliente o frío.
- Como rápido o lento.
- Textura de los alimentos

El caso de Pili pone de manifiesto que la cognición que tenía de su etapa adolescente le creó un conflicto que posteriormente desembocó en un trastorno bulímico. Para ella, la adolescencia se asociaba a rebeldía, a un “sentirse mala”, ya que suponía romper con muchas de las normas ya instauradas durante su infancia y eso le provocaba mucha ansiedad, (no podía defraudar a sus padres y dejar de ser la niña responsable, seria y buena que ellos querían, tenía que mantenerse en ese rol a pesar de sus deseos o necesidades). Así que decidió no comportarse como la típica adolescente y así no haría sufrir a su familia ni se sentiría culpable (estructura dápica: agradar a los demás) sin saber, que con ello, también estaba empezando a negar su propia identidad.

El self que leía en el otro (en este caso su familia) y la rígida construcción que tenía de su la realidad, le impidieron ir creando con el tiempo, sus propios derechos, normas u opiniones. El hecho de buscar la validación de sí misma en el otro y de no legitimar su anomia le impidieron crear una idea de sí misma (de lo que era y quería) y por lo tanto una gran dificultad para poder evolucionar hacia la autonomía.

Construcción de su realidad: (siguiendo el patrón de funcionamiento Todo-Nada, típico de bulímicas).



Durante muchos años, mantuvo este esquema de funcionamiento, sin creer tener derecho a opinar, ya que se sentía culpable por ello, y por tanto sin oportunidad para poder crear su propia experiencia, pues el referente siempre estaba fuera de sí misma. La esencia se busca en el exterior (en los demás, en agradecerles)

- Dificultad para regirse por emociones (desconexión emocional).
- Y expresarlas (alexitimia).
- Dificultad para pasar del “tengo que”... “al quiero”. No hay agrado desde

el tengo que... Sólo desde el elijo o el decido me estoy haciendo responsable, soy dueño de mí, soy plenamente Yo.

- Dificultad para decidir por sí misma. (pues dependen del otro) en cosas que no sean la comida (tipo y cantidad...).
- Dificultad para entender que es imposible gustarle a todo el mundo, y que lo importante es gustarte a ti misma.
- Dificultad para creer que su identidad no únicamente se la da el control hacia la comida.
- Dificultad para formular deseos, pues no tienen integrada la parte más anómica.
- Dificultad para coger las riendas de su propia vida.
- Dificultad para diferenciar entre Alexitimia e “incontinencia emocional”.
- Dificultad para asumir que no puede controlar todo su alrededor, como a ella le gustaría.
- Dificultad para ser asertiva (le causa mucho conflicto disgustar a alguien, si expresa lo que ella opina, por lo tanto, lo contiene, creándole ansiedad y luego tiene la necesidad de comer compulsivamente).
- Dificultad para la introspección de deseos o emociones, buscando validadores externos que la regulen.

---Querida bella durmiente

Según G. Morandé: *“la sintomatología bulímica ayuda a olvidar, de manera que cuanto más fuerte es la enfermedad, mayor olvido existe; es como una poderosa goma que todo lo borra”*. Pero la realidad, es decir, su historia tanto familiar como personal, vuelve a aparecer cuando hay mejoras, y se comprueba que algunos de estos problemas estaban latentes y que aparecen de nuevo cuando se superan las fases más activas de la enfermedad.

“creí que quería ser delgada, pero descubrí, que lo que quería era ser invulnerable”

Si en la anorexia nerviosa, 1/3 de los factores desencadenantes se encuentra en el marco familiar, en la bulimia es aún mayor, pero sea cual sea el problema, la única forma de librarse de él, es resolviéndolo, no mediante la comida, pues ese medio no es más que una forma de huir de una realidad poco agradable.

“Cuando como, es como un yoga, no siento, todo desaparece.”

La insoportable levedad del ser.

“La percepción obsesiva, respecto al cuerpo, al aspecto y al peso, eran tan solo la parte del iceberg. No había aspecto de mi personalidad que no me disgustase. Sentía que no valía nada tal y como era, pero que sin esa identidad bulímica, no era nada”.

“A veces, pienso que me gustaría decir que soy bulímica para despertar

interés, para que los demás me atiendan: Así soy algo que los demás no son y que sólo yo sé lo que es y lo que se siente”

Como dice el Dr. Toro:

“La preocupación por la imagen corporal es tan acusada que ocupa un lugar privilegiado, central en los pensamientos sobre sí misma. La paciente bulímica, se siente plenamente identificada con su cuerpo que rechaza angustiada. Su autoimagen, la imagen global que tiene de sí misma como persona, está casi totalmente determinada por la imagen corporal. Sus otras características personales ocupan un segundo plano. Por ello, hará todos los esfuerzos por controlar su peso, porque si lo consigue, habrá sido gracias a su propia voluntad. Está controlando su hambre, su cuerpo, la situación; está controlando su malestar y su bienestar; Esta sensación de control, satisface a la persona bulímica de todos sus sufrimientos.”

En busca de una nueva identidad.

“To be or not to be, that’s the question” (William Shakespeare).

“Soy bulímica desde los 15 años, y temo dejar de serlo”.

Marilyn Duker y Roger Slade (1995) piensan que como el sentido de identidad de la paciente anoréxico-bulímica depende de que pueda controlar su hambre, el terapeuta no debería realimentar a la paciente (en el caso en el que se encuentre en la fase anoréxica) sin tener en cuenta sus valores de identidad, pues podría aniquilar el sentido de autoestima de la enferma. Ya que el sentido o valía propia, depende de que puedan establecer o mantener regímenes, manteniéndose delgada, el control es todo lo que tienen para mantener su autoestima.

Se trata de personas que han llegado a comprender, experimentar sus alegrías, su capacidad y todo su ser, con base a su habilidad para restringir alimentos. Por eso cuando a la bulimia (en la etapa de restricción de alimentos) se le hace comer, no siente que se le ha liberado de ningún síntoma molesto, más bien se siente destruida, pues su voluntad ha caído bajo una fuerza superior.

“La belleza es un estado de ánimo” (Emile Zola)

La terapia consiste en la necesidad de crear y desarrollar un sentido más firme de sí misma, que ya no esté centrado en el control alimentario y corporal. El verdadero yo, ha de comenzar a evolucionar y a manifestarse, ha de comprender más de su existencia, prestando mayor atención a sus emociones y sensaciones, darse cuenta de sus propias vivencias, identificando sus propias necesidades y a expresarlas de forma más sana, no mediante su cuerpo. Aprender a quererse a sí misma tal y como sé es. Sólo la plena aceptación y expresión de un sentimiento, permite completarse y dejar camino para algo más.

Hay que intentar explorar en la paciente, y enseñarle a tener una actitud sobre

la vida, no importa que haga las cosas bien o mal, lo importante es que salgan de dentro de ella, porque haga lo que haga, todo ello supondrá una fuente de aprendizaje, imprescindible para crear su propia experiencia.

...Y a veces, cuando la “bella durmiente” poco a poco va despertando de ese sueño, empieza a descubrir lo que realmente necesita y antepone sus necesidades a la de los demás (sin por ello creerse egoísta), reclamando sus derechos, recién adquiridos. Entonces... sólo entonces, podrá dedicar más tiempo a saber lo que quiere y a enfrentarse a situaciones largamente postergadas, pudiendo a veces, crear malestar a algunas personas de su alrededor:

Una de mis pacientes, después del proceso terapéutico escribe:

“Mi madre todavía dice que con la terapia que hice con la psicóloga, me dio por rebelarme y que estaba insoportable, dice que la confirmación de mi propio yo, lo hice hiriéndola a ella y poniéndome en su contra y todo esto lo piensa, porque durante el proceso terapéutico empecé a expresar a nivel verbal lo que sentía y pensaba sobre cosas que durante mucho tiempo tenía dentro y no sacaba ”

“Cuando por fin, abrí los ojos y me di cuenta de lo que ocurría a mi alrededor, muchas cosas cambiaron en mi vida. Las discusiones con mi marido, cada día eran más fuertes... y en una de ellas me dijo: ¡Cariño, te prefería bulímica! Entonces me di cuenta, de que por miedo a una posible ruptura, había estado negando esa situación durante mucho tiempo.

En el proceso de cambio, la paciente pasa por varias etapas:

Al principio es sumisa, siempre pensando en los demás, con la necesidad de no crear conflicto, y sin expresar emociones u opiniones por miedo a que los demás se enfaden o disgusten con ella. Prefiere que todo el mundo estuviera contento. Llenando su vacío existencial mediante la comida.

La alexitimia es típica de estas pacientes, porque muchas de ellas creen que expresar sentimientos significa dar rienda suelta a sus impulsos, sus rabias o iras, de forma agresiva o descontrolada, con el propósito de sentirse bien, aunque los demás se molesten por ello... Y hay que explicarles que se pueden expresar de un modo adecuado y en según qué circunstancias, sin perder el respeto hacia el otro. (Romper con el constructo todo-nada). Tienen que entender que una cosa es ser alexitímico y otra muy distinta tener incontinencia emocional.

Conforme va pasando el tiempo y el proceso terapéutico va avanzando, la paciente siente rabia y la escucha, le hace caso a ese sentimiento que durante mucho tiempo intentó negar, esconder o rechazar. Poco a poco va cambiando la visión de sí misma y de lo que ocurre a su alrededor, va expresando sus emociones, probablemente de forma más agresiva al principio, pues durante mucho tiempo ha existido contención y aún no tiene recursos para hacerlo de otra forma más asertiva. Ya no traga con todo, empieza a *vivir a sentir y a expresar*. Empieza a entender, que puede comer, sin dejar de ser.

Poco a poco, va creando una identidad y adquiere recursos asertivos que le ayudan a diferenciar agresividad de asertividad, por lo que va perdiendo el miedo al rechazo. Ya no salen tanto las rabias y se inicia un periodo de asimilación de su realidad. En estos momentos ya se encuentra más serena con un mayor conocimiento de sí misma y con tiempo para elaborar todos los cambios que ha provocado su “curación”. Aprenden a “digerir” las cosas que le ocurren, no mediante el estómago, como habían hecho hasta ahora, sino mediante la razón o la coherencia.

Muchas de mis pacientes en este momento toman determinaciones con respecto a su vida y su futuro, cuando se enfrentan por primera vez a su realidad, teniendo en cuenta sus propios criterios, otorgándose el poder a sí mismas, sin buscar la validación en los otros. Este momento no es fácil, pero se sienten con fuerzas para vivirlo, pues gracias a él, estarán creando su propia experiencia.

Este es el relato que escribió Sandra una de mis pacientes bulímicas, dirigiéndose a su pasado de enfermedad:

“Mi nostálgico pasado:

A pesar de que me pises los talones despiadadamente, aunque cada día que pasa pretendas integrarme en tus dominios, créeme cuando te digo que cada día estás más lejos.

Aún no sé por qué te escribo, supongo que algo de mí se siente en deuda contigo, por lo que fuiste en su momento.

No sé si creer en tu ingenua inocencia y pensar que has hecho las cosas sin intención o malpensar en una clara decisión por amenazar mi persona como si hicieras prácticas de tiro, pero por alguna extraña razón, no te guardo rencor. Jugaste conmigo, es cierto, utilizaste mi debilidad emocional y mi temprano entendimiento para sumir en un torbellino de dudas mis pensamientos, mis sentimientos, mi vida. De alguna forma, te estaré eternamente agradecida porque con el poder del tiempo y la paciencia de la razón conseguí hacer de cada sensación un nuevo universo del que aprender, y del que sigo aprendiendo, pero ahora no tengo miedo, no temo a mi propia sombra, no me avergüenzo de ser yo misma, no quiero huir de mí, quiero recrearme en el presente y observar apaciblemente tu rostro mientras te demuestro que ahora puedo expresar mediante palabras lo que siento.

Sé que pude ser mejor, que debí aprovechar más aquellos momentos que me brindabas, no busco un culpable, no creo que me trataras mal, cada cual se queja de sus males y yo tal vez hice mal en acallarlos y sufrirlos en silencio, creyéndome una mártir.

Tal vez, no llegue a cambiar el mundo en el que vivo, pero intentaré hacer que tu recuerdo (ahora plácido) me ayude a mejorar el mío. “

Este artículo considera los trastornos alimentarios desde una perspectiva evolutiva y existencial como manifestación de una dificultad para otorgar significado a la propia existencia. Diversos testimonios de pacientes anoréxicas y bulímicas sirven de hilo conductor al desarrollo del entramado argumental.

Palabras clave: *anorexia, bulimia, existencia, adolescencia, psicología evolutiva*

Referencias Bibliográficas:

- A.P.A (1995). *DSM–IV. Manual de Trastornos Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BOUSOÑO GARCIA, P GONZALEZ, J BOBES GARCIA, G PASTILLA (1994). *Psicobiología de la Bulimia Nerviosa*. Laboratorios Dr. Esteve. S.A. División Neurofarm
- BUCAY, J. (2003). *Cartas para Claudia*. Barcelona: Integral.
- CALVO SAGARDOY, R, (2002). *Anorexia y Bulimia (Guía para padres, educadores y terapeutas)*. Barcelona: Planeta
- CRISPO, R., GUELAR, D. & FIGUEROA, E. (1996). *Anorexia y Bulimia (lo que hay que saber)*. Barcelona: Gedisa.
- DUKER- SLADE (1995) *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Edit Uthea (Noriega)
- MORANDE GONZALO (1995). *Un peligro llamado Anorexia*. Edit Temas de Hoy
- MORANDE GONZALO (1999). *La anorexia (como combatir y prevenir el miedo a engordar en las adolescentes)*. Edit Temas de hoy
- PEGGY C. P. (1998). *¡Alerta Anorexia y bulimia!* Barcelona: Vergara
- RAUSCH H. C. (1996). *La esclavitud de las dietas*. Barcelona: Paidós.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S. SELVINI, M. A. & M. SORRENTINO (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- SHERMAN C. F. & SOROSKY. D. A. (1988). *Trastorno de la Alimentación*. Edit Nueva Visión
- TORO y Artigas (2000). *El cuerpo como enemigo*. Barcelona: Martínez Roca
- UGAZIO, V. (2000). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.
- VILLEGAS. M (1997) Psicopatologías de la Libertad (II): La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de psicoterapia* 30-31. 19-91
- VILLEGAS. M (2002). ¿Dónde vas con mantón de Manila?: el proceso de convertirse en persona... autónoma. *Revista de Psicoterapia*, 50-52, 102-162

TRATAMIENTO INTEGRADO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE UNA ÓPTICA COGNITIVO-EVOLUTIVA

José Luis Pascual Pérez

RECURSOS PSICOPEDAGÒGICS BCN

jpascualp@uoc.edu

GIP (Grupo de Investigación en Psicoterapia de Orientación Cognitiva Postracionalista)

www33.brinkster.com/gipsicoterapia

This work tries to integrate the contributions that outstanding cognitive therapists make to the psychotherapy and that they will be guided to the treatment of eating disorders. This boarding is framed in the context of the cognitive-evolutionary epistemology of Vittorio Guidano, with the contributions of the cognitive etiological model of Vitousak's and Ewald's nervous anorexia, and of the contributions on the therapeutic relationship of Safran and Segal and on meta-cognitive Semerari's functions et al. It is intended to offer some strategies and tools to make in front of this epidemic that they are eating disorders.

Key words: eating disorders, cognitive-evolutionary therapy, methacognitive function.

Introducción

Un **trastorno de la conducta alimentaria** puede definirse (Kirschman y Salgueiro, 2002) como “un conjunto de complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal, junto con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenadas y generan una serie de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos” (p. 45).

Entre estas consecuencias, y a diferencia de otros trastornos emocionales, los desajustes fisiológicos adquieren una importancia capital porque su regulación determinará en buena medida el pronóstico del trastorno. Entre estos desajustes fisiológicos, se incluyen las consecuencias físicas provocadas por la restricción

alimentaria, los atracones y/o las purgas y el *síndrome de inanición*, que se caracteriza por una preocupación obsesiva por la comida y una alteración de la conducta alimentaria, irritabilidad, labilidad emocional, trastornos en la concentración y el estado de alerta, trastornos en el sueño, disminución del interés sexual, etc.

Estos cambios cognitivos y conductuales se constituyen en un importante factor de perpetuación.

Como Kirszman y Salgueiro (2002) señalan, existen síntomas de la anorexia nerviosa (AN) que no aparecen en los estados de inanición de otro origen; son una negación acerca de la severidad de los cambios corporales y de los riesgos que esos signos constituyen para su vida y unos niveles elevados de energía y actividad.

En la AN, el *mecanismo subyacente* no está constituido por un déficit en la regulación del apetito. Con la restricción se persigue un ideal de delgadez y autocontrol, así que se lleva a cabo una autoinducción y una autodeterminación a dejar de comer.

Entre las consecuencias de un trastorno de la conducta alimentaria destaca la extrema concentración en sí mismos y la forma obsesiva que asumen las preocupaciones por el tema del peso/alimentación. Esto provoca manifestaciones de padecimiento y alienación que se expresan en la forma de ansiedad social, aislamiento, secreto y desconfianza en los demás; además de una necesidad de mantener el control, sentimientos de culpa, indefensión, desesperanza e inestabilidad emocional.

Cualquier modelo psicoterapéutico que incorpore el tratamiento de los trastorno de la conducta alimentaria debe considerar necesariamente los desajustes fisiológicos, la modificación de los hábitos alimentarios y el descentramiento progresivo de la obsesión que estos pacientes tienen por el cuerpo, de otro modo, su efectividad se verá seriamente comprometida. Asimismo, se hace imprescindible que los psicoterapeutas trabajen conjuntamente con otros profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, enfermeras, etc.) que traten estos aspectos. Además, el que diversos profesionales trabajen coordinadamente permite “amortiguar” movimientos antiterapéuticos o bloqueos de la terapia producidos por discusiones con los pacientes acerca de temas relacionados con el peso o la alimentación.

El trabajo presentado se centra principalmente en las sesiones de psicoterapia individual, pero los temas pueden trasladarse a otros espacios terapéuticos, como los grupos, los talleres de técnicas expresivas, etc, siempre que se respete la especificidad de cada espacio.

EPISTEMOLOGÍA COGNITIVO-EVOLUTIVA: EL MODELO TERAPÉUTICO DE VITTORIO GUIDANO

El modelo terapéutico de Vittorio Guidano asume una perspectiva evolucionista, considera la conciencia como un proceso dinámico en el que el procesamiento consciente deriva del afectivo-sensorial, y donde la *búsqueda de coherencia* es el

principio regulador que guía todo el proceso.

En “*El sí mismo en proceso*” (Guidano, 1994), el ser humano es entendido como un sistema cognoscitivo complejo que ordena constantemente la realidad que lo envuelve; el observador es autorreferencial: toda observación introduce en la realidad una distinción ordenadora en la que se van eliminando ambigüedades.

Este sí mismo autoorganizado es un incesante y activo constructor de significados personales (Lambruschi, 2001).

El **significado personal** representa el modo como un sistema organiza todas las posibles tonalidades de su dominio emocional en una configuración de conjunto capaz de proporcionarle una percepción estable y definida de sí mismo y del mundo (Guidano y Quiñones, 2002).

Toda comprensión resulta del proceso de regulación mutua entre *experimentar* y *explicar*: La **experiencia inmediata** (*YO*) es el conocimiento analógico (sensorial, emocional...), la vivencia, el sentido de mí mismo, de mi ser en el mundo. La **explicación** (*MI*), que surge con el lenguaje y es lo que nos caracteriza a los humanos, es la reorganización que damos a la experiencia inmediata (conocimiento analítico, racional).

El significado personal es el resultado de la articulación de estos dos niveles de la experiencia humana.

Guidano defiende una *concepción explicativa de la psicopatología* frente a la concepción tradicional, que es descriptiva, en la que el diagnóstico se fundamenta en una correspondencia entre un conjunto de síntomas criterio y los que un observador externo ve en una persona. La construcción de un orden nosológico en términos evolutivos, sistémico–procesales y explicativos (Guidano, 1994) se orienta hacia la comprensión y explicación de los procesos de significación; de este modo, conceptualiza la psicopatología como una ciencia explicativa del significado personal

La función básica de cualquier sistema que se autoorganiza es la de construirse un sentido de sí mismo (identidad) y mantenerlo lo más estable posible en el transcurso de su vida.

Así, la autoconciencia está orientada a reducir las discrepancias, a manipular los datos para hacerlos consistentes con la imagen consciente de nosotros mismos. Así, “no hay autoconciencia sin autoengaño” (Guidano, 1994). Si el autoengaño es excesivo, la persona no se explica gran parte de su experiencia inmediata y la vive como extraña, generando la aparición de los *trastornos psicológicos*.

Guidano (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2001; Quiñones, 1998) afirma que dentro de cada una de las modalidades de significado personal pueden existir diversas formas de procesamiento de significado, relacionadas a su vez con los niveles de autoengaño. Estas modalidades de procesamiento no son entidades independientes, sino que forman parte de un *continuum* que va de la normalidad a la psicosis, pasando por la neurosis, dependiendo del mayor o menor grado de

organización e integración del procesamiento.

De este modo, el objetivo de la *psicoterapia* se centra en la interconexión de estos dos niveles -experiencia inmediata y explicación- e implica hacer cada vez más consciente el proceso de atribución de la experiencia inmediata, y ayudar a construir una identidad más abarcativa, plástica y adaptativa.

Procesos vinculares y Organizaciones de Significado Personal

Los primates vivimos en una *realidad intersubjetiva*, en la que el conocimiento de sí mismo y del mundo siempre está en relación con los otros. Existe una continua y estrecha interdependencia entre procesos de apego y el sí mismo.

Durante el primer año de vida, la sensibilidad materna es el determinante primario de la calidad de apego: las madres sensibles tienen hijos seguros; las madres inconsistentes tienen hijos ambivalentes y las madres que interfieren y rechazan tienen hijos que evitan.

Crittenden (2002) ha realizado una descripción de la evolución que siguen los patrones de apego a lo largo del desarrollo y que marcan el camino que conduce a la configuración de las distintas organizaciones de significado personal.

Guidano describió cuatro organizaciones de significado personal: fóbica, depresiva, obsesiva y dápica o de los trastornos alimentarios.

Los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria generalmente presentan una organización de significado personal dápica u otras organizaciones de significado personal con un componente dápico.

Se va a describir la organización de significado personal dápica y algunos rasgos de las otras organizaciones, teniendo en cuenta que en el caso de que se presente una organización mixta (compuesta por rasgos de dos organizaciones de significado personal), ambas deberán considerarse a la hora de diseñar el tratamiento.

Organización de significado personal dápica o de los trastornos alimentarios (Guidano 1987; 1994; Guidano y Quiñones, 2001).

Los procesos de significado personal se basan en un *sentido borroso y difuso de sí mismo*. Las polaridades emocionales de estos individuos oscilan entre una *necesidad absoluta de aprobación por los otros significativos y el miedo a ser invadido por ellos*.

El origen lo hallamos en unos padres que redefinen constantemente los estados internos de sus hijos, generando en éstos un sentido de desconfianza respecto a su habilidad para reconocerlos y descifrarlos. El niño solamente puede conseguir una auto percepción estable mediante una relación cohesionada con una figura de apego, correspondiendo a sus expectativas.

Guidano asume la tipología de los patrones vinculares de Crittenden y, en el caso de esta organización, habla de padres exigentes y hostiles que generarán un

patrón de apego A4 o complaciente compulsivo, que puede tener o no un componente coercitivo (A4/C). En la anorexia este componente coercitivo es activo, mientras que en la bulimia y en la obesidad está ausente o es más pasivo.

Crittenden (2002) habla de los cuidadores de los niños con un apego A4 (complaciente compulsivo) como hostiles, que exigen agresivamente atención, respeto y obediencia que los niños dan inhibiendo sus propios deseos y ordenando su conducta alrededor de las expectativas de los padres. Por supuesto, que la hostilidad y la agresividad de la que habla Crittenden no se halla presente en todos los padres; la frialdad emocional y la exigencia pueden representar la hostilidad a la que se refiere esta autora.

Esta interferencia en la diferenciación entre sí mismo y los otros estructura un *sentido indefinido o difuso de sí mismo*, que provoca sentimientos desafiantes de ineficacia personal y vacío.

El equilibrio entre estos dos sentidos de sí mismo se consigue: seleccionando la figura preferida de apego como una imagen criterio para descifrar sus estados internos y/o manifestando actitudes controladoras y autosuficientes; excluyendo de la conciencia las emociones discrepantes con su sentido de sí mismo, estructurando una autoimagen según las expectativas percibidas del padre seleccionado y mediante variaciones en las sensaciones corporales como el hambre y la motilidad.

En la adolescencia, relativizan la figura de apego (decepción) con la que se correspondían y despiertan los sentimientos desafiantes que pretendían evitar. Esta decepción puede vivenciarse de dos modos distintos:

Modalidad activa (atribución causal externa): La decepción tiene lugar a los 14-18 años. La decepción es enfrentada activamente, se atribuye la desilusión al otro y se lucha por ello. El desequilibrio puede dar lugar a los *desórdenes anoréxicos típicos*.

Modalidad pasiva (atribución causal interna): La decepción se produce a una edad más temprana (10-11 años). No disponen de las capacidades necesarias para luchar activamente contra esta decepción. Las desilusiones anticipadas y las invalidaciones se atribuyen a rasgos específicos y concretos de sí-mismo. El desequilibrio puede dar lugar a la *bulimia nerviosa y la obesidad*.

El estilo afectivo dápico se caracteriza por tener una persona de referencia e intentar tener el máximo de confirmación afectiva con el mínimo de exposición.

La reflexión dápica destaca por las características de la *maximalidad*: si no es posible afrontar la exposición siendo el máximo, se evita.

La falta de confianza y fiabilidad de su autopercepción provoca una *sobredependencia a los marcos externos de referencia* en una *actitud perfeccionista*.

El sentido de sí mismo sólo puede alcanzarse estableciendo una relación afectiva íntima (que lo confirme), pero esto, a su vez, genera el riesgo de ser desconfirmado. Este rasgo se muestra en la *vulnerabilidad de los individuos con*

orientación dápica a los juicios negativos de los otros.

La activación de sentimientos desconfirmantes de ineficacia personal y/o vacío son explicados y controlados a través de las modificaciones de su imagen corporal producida por las alteraciones de su conducta alimentaria.

Organización de significado personal dápica mixta

Las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria generalmente manifiestan los rasgos descritos de la organización de significado personal dápica; pero en muchas ocasiones, se añaden rasgos de otras organizaciones; es decir, presentan una organización mixta en la que uno de los componentes es el dápico.

En estos casos, además de tener presente los temas básicos de la **organización de significado personal dápica** (sentido de sí mismo borroso y oscilante, no tener confianza en su mundo interno, necesidad de adecuarse a marcos externos de referencia -confirmación a través del otro-, etc.), deberán considerarse los rasgos propios del otro significado personal.

Si el otro componente es el **fóbico** hay que tener en cuenta las siguientes características: Tonalidades emocionales que oscilan entre la necesidad de protección y la búsqueda de libertad (evitación de la constricción); una actitud controladora sobre sí mismo, que se manifiesta principalmente en el intento de controlar sus estados emocionales, y en el intento de controlar al otro en la relación. Este control puede ser sobre todo espacial, conocer su ubicación física para proporcionarle una sensación de protección. Las emociones no son procesadas conscientemente, sino por medio del cuerpo. Tienden a reaccionar intensamente a las variaciones de su equilibrio afectivo: ante las amenazas de separación y ante cualquier aumento de implicación emocional en una relación afectiva estable (constricción)..

Si el otro componente es el **depresivo** hay que tener en cuenta las siguientes características: Tendencia a percibir las situaciones de activación emocional como pérdidas, rechazos o fracasos, que se conectan a un sentido de sí mismo como despreciable e indigno, con la sensación de tener que depender solamente de uno mismo (“dependencia compulsiva en uno mismo”). Presentan una oscilación emocional primaria entre la tristeza y la rabia; y desconfían de los demás que son considerados rechazantes. Estructuran una atribución interna, estable y negativa de pérdidas y fracasos. Pueden mantener dos actitudes hacia el sí mismo: una de autculpa (en la que predominan conductas autodestructivas); y otra que se organiza en los patrones de autoconfianza compulsiva. Perciben un vacío entre la propia experiencia y la de los otros...

Si el otro componente es el **obsesivo** hay que tener en cuenta las siguientes características: Predominio de un procesamiento analítico (dominio del lenguaje y evitación de lo emocional y de los impulsos biológicos); actitud dicotómica (si no se es totalmente positivo, se es totalmente negativo); necesidad de obtener una

certeza absoluta para no experimentar una falta total de control. La certeza pueden buscarla a través de una actitud perfeccionista que se sustenta en la adecuación a estándares morales, religiosos, políticos, etc., y en la duda sistemática...

El modelo cognitivo de Vitousek y Ewald (1993)

Vitousek y Ewald (1993) consideran que la anorexia nerviosa (y también otros trastorno de la conducta alimentaria) son no sólo un trastorno cognitivo, sino también del sí mismo; en estos trastornos se produce una asociación entre la identidad personal y las dimensiones del cuerpo. La vida de las personas con un trastorno alimentario está dominada por la idea nuclear y sobrevalorada de un aspecto del sí mismo: que la valía personal está representada (o por lo menos delimitada) por el peso y la forma corporal. Una vez formada esta idea, en la que el contexto sociocultural tiene una influencia considerable, aumentan las creencias y las conductas subsidiarias, los errores característicos de procesamiento de la información, los cambios psicológicos inducidos por el hambre, que sirven para mantener y reforzar esta premisa subyacente.

Estos autores, en el marco de los modelos cognitivos sobre los trastornos alimentarios, y al igual que algunas teorías psicodinámicas (como la de H. Bruch) ponen un énfasis especial en la motivación (el propósito y el significado) y la función de las conductas y creencias sintomáticas. Así, afirman que la anorexia nerviosa (como el resto de los trastorno de la conducta alimentaria) no son sólo una expresión de los elementos básicos del sí mismo, sino también un intento activo de *crear* un self. A pesar de sus consecuencias adversas, el trastorno de la conducta alimentaria les proporciona algunas ventajas adaptativas, ello explicaría la resistencia de algunas pacientes al tratamiento.

Vitousek y Ewald (1993) respaldan una perspectiva multidimensional en la consideración de las variables que intervienen en el inicio y el mantenimiento de los trastorno de la conducta alimentaria. Consideran los rasgos de personalidad que muchos autores citan en las personas que van a desarrollar un trastorno alimentario (mujeres jóvenes que han sido inseguras, solitarias, conformistas, excesivamente “buenas”, poco preparadas para ser adultos independientes y competentes...) y los agrupan en tres clusters:

- El “**self indigno**”: se caracteriza por una baja autoestima, sentimientos de desesperación e ineficacia, un pobre desarrollo de su identidad, una tendencia a obtener la verificación externa, una extrema sensibilidad a la crítica, y conflictos sobre la autonomía/dependencia.
- El “**self perfeccionable**” incluye los siguientes elementos: perfeccionismo, incluyendo los dos aspectos de altos estándares y la evitación del error, grandiosidad, ascetismo, y el estilo cognitivo de la resolución del Año Nuevo (“Justamente debo hacer X, para que la Y llegue a ocurrir, y seré la mejor persona por mis esfuerzos”).

- El “*self desbordado*”, que tiene las siguientes características: una preferencia por la simplicidad (manifestado en un estilo de enfoque cognitivo y una tendencia a reducir la información compleja), una preferencia por la certeza (manifestado en un deseo por la predictibilidad, las claras tareas demandadas, y un elevado grado de control personal), y una tendencia a retirarse de contextos sociales complejos o intensos (manifestada en la incomodidad por los afectos intensos, la evitación interpersonal y ansiedad, y los temores a la madurez psicosexual).

Cada uno de estos rasgos del sí mismo, puede descompensarse (entrar en crisis) en un momento de transición vital como es el paso de la infancia a la adolescencia, y ponerse en peligro su autoconcepto provisional: el *self indigno* se ve confirmado por repetidas experiencias de fracaso autodefinido, el *self desbordado* está abrumado por la multiplicidad e identidades y roles posibles, y el *self perfeccionable* gatea frenéticamente para restaurar un sentido de orden y un propósito.

El inicio del trastorno a menudo tiene lugar con la vivencia de un sentimiento de confusión y desconfianza en sí misma, y con la idea de que perder peso las aliviará de alguna manera de su desasosiego. Una vez que la premisa básica de la importancia de la delgadez se confirma, el conjunto de creencias y conductas anoréxicas funcionan de modo independiente al input ambiental.

Respecto al procesamiento de los esquemas cognitivos, el desarrollo de esquemas del sí mismo relativos al peso prolongan los síntomas casi de modo automático, afectando el modo cómo los individuos perciben e interpretan su experiencia. Se producen errores sistemáticos en el procesamiento de información relativa a ese dominio: uso excesivo del esquema, atención selectiva, perseverancia, correlación ilusoria, sesgo confirmatorio, sesgo egocéntrico, falso consenso y disponibilidad y representatividad heurística.

El mundo de los anoréxicos está dominado por los significados relativos al peso, su respuesta a estímulos externos y su autovaloración y autocrítica producen una focalización excesiva en el tamaño y la forma del cuerpo. Los cambios en el peso influyen poderosamente en el afecto y la cognición.

El procesamiento de estos esquemas actúa para simplificar, organizar y estabilizar la experiencia percibida del self y del ambiente externo. Las anoréxicas tienen una necesidad urgente por la simplicidad, organización y las funciones estabilizadas: dan la bienvenida al dominio de estructuras cognitivas monolíticas que reducen la complejidad y ambigüedad de la vida diaria.

El modelo cognitivo de Vitousek y Ewald sugiere que los síntomas de fondo de la anorexia nerviosa adquieren sus propiedades reforzadoras porque expresan o cumplen los componentes del sistema de creencias de los sujetos vulnerables. Así pues, pueden asociarse algunos elementos clave del sí mismo y las funciones que puede tener el trastorno alimentario, como se puede observar en la **tabla 1**.

Tabla 1. La función adaptativa de los síntomas anoréxicos para los aspectos del sí mismo (Vitousek y Ewald, 1993).

Aspectos del sí mismo	Funciones de la sintomatología anoréxica
<p>“Self indigno”</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Sentimientos de impotencia e ineficacia</p> <p>Pobre desarrollo de su sentido de identidad</p> <p>Tendencia a buscar la confirmación externa</p> <p>Extrema sensibilidad a la crítica</p> <p>Conflictos sobre la autonomía y la dependencia</p>	<p>La pérdida de peso lleva a sentimientos de orgullo y logro. La báscula permite valorar diariamente el valor personal.</p> <p>El control personal se establece sobre un área de funcionamiento. La negación de sí mismo mejora el sentido de autoeficacia. Control sobre otros incrementos.</p> <p>Se adquiere la identidad de un anoréxico. La delgadez y la gordura ayudan a definir los límites del sí-mismo. Se desvían los asuntos complejos circundantes de la identidad adulta.</p> <p>El peso llega a ser el marco para determinar la conducta correcta. Aprobación social por la delgadez y el autocontrol.</p> <p>Se atormenta por el peso aislado. Importancia del peso que hace disminuir la sensación de vulnerabilidad en otros dominios.</p> <p>El trastorno permite la reivindicación desafiante de independencia mientras simultáneamente manifiesta preocupación, asistencia y atención por parte de los demás.</p>
<p>“Self perfectible”</p> <p>Perfeccionismo</p> <p>Grandiosidad</p> <p>Ascetismo</p> <p>Estilo cognitivo de la “resolución del Año Nuevo”</p>	<p>El peso, las calorías y el ejercicio físico ofrecen estándares cuantificables de logro. Se ejercerá el foco del esfuerzo en un dominio tratado.</p> <p>Supera visiblemente a otros en un dominio altamente valorado por los otros. Sensación de ser único y superior que deriva del trastorno.</p> <p>Supresión de los deseos corporales a través del autocontrol y la inanición. El pecado de comer en exceso puede expiarse mediante el ayuno, las purgas y con el ejercicio físico.</p> <p>Preferencia por los sistemas satisfechos de reglas dicotómicas bueno/malo. El conjunto del trastorno obtiene una sucesión de cambios.</p>
<p>“Self desbordado”</p> <p>Preferencia por la simplicidad</p> <p>Preferencia por la certeza</p> <p>Tendencia a retirarse de los ambientes sociales complejos</p> <p>Evitación de los afectos intensos</p>	<p>Foco cognitivo limitado a la restricción y al procesamiento esquemático. El control de peso produce un sistema de reglas simple y predecible.</p> <p>Creencia en que la delgadez nos libra de desconfiar en la experiencia. El peso y las calorías producen un feedback cuantificable.</p> <p>El hacer dieta y la inanición ayuda a retirarse hacia sí mismo. Las demandas y expectativas sociales llegan a perder relevancia. Se alivia el conflicto creado por la maduración sexual.</p> <p>Las emociones se adormecen por la inanición. Comer, purgarse y hacer ejercicio se usan para regular la emoción.</p>

Vitousek y Ewald explicitan la secuencia que debería seguir el tratamiento: la restauración de la ingesta normal de comida y el peso; la atención a las distorsiones causadas por el procesamiento esquemático, por las contingencias internas de mantenimiento de las creencias y conductas anoréxicas, por las influencias socioculturales, y finalmente, por los aspectos subyacentes del self. A través de todas las fases, se destaca la calidad adaptativa y funcional de los trastorno de la conducta alimentaria.

El establecimiento de una relación terapéutica de apoyo y segura es visto como un prerrequisito para el éxito de este esfuerzo (para enfrentar la terrible perspectiva de ganar peso). Más tarde, en el tratamiento, la relación también sirve como un modelo para explorar creencias sobre otros asuntos interpersonales de la vida del cliente.

Los clientes son amablemente disuadidos a transferir su tendencia a confirmar sus expectativas externas en la persona del terapeuta; la meta del tratamiento no es adoptar por ellos los estándar de otros, sino desarrollar la capacidad de valorar, seleccionar y decidir por ellos mismos.

Se reconoce explícitamente que la pérdida de peso debe conferir algunos beneficios significativos, que deben lograrse sin llevar a cabo conductas disfuncionales para su salud física y psicológica.

La mayoría de las primeras sesiones de terapia se desenvuelven ayudando a la cliente a construir una lista exhaustiva de los pros y los contras de su trastorno de la conducta alimentaria, en sus propios términos, y empezar el proceso de exploración de sus implicaciones. Sin menospreciar las creencias, el terapeuta pregunta al cliente sobre si sus mecanismos de afrontamiento (las funciones y motivaciones del trastorno de la conducta alimentaria) han cumplido con el objetivo inicial que pretendían, y cuáles han sido los costes.

Este énfasis deliberado en los aspectos funcionales de las actitudes y conductas y sobre todo de los costes, harán que las pacientes compartan con el terapeuta y empiecen a desear otra forma alternativa de superar su inseguridad, confusión e inadecuación personal. Están a menudo cansadas de su hambre, afligidas por su preocupación continua con las trivialidades del control del peso, apuradas por una cantidad considerable de síntomas físicos y psicológicos de la inanición, y lastimadas por competir por una metas incompatibles.

Una vez que esta línea de averiguación ha comenzado a dar alas a algunas dudas incipientes acerca del valor del patrón anoréxico, el terapeuta puede comenzar a impulsar al paciente a esforzarse en desarrollar algunas de las alternativas más satisfactorias que puede servirle mejor a sus propios intereses.

A lo largo del tratamiento, a las anoréxicas se les enseña a testear la validez de sus suposiciones y las contingencias de refuerzo percibidas que les influyen, en lugar de aceptar la visión de la realidad que tienen ellas o el terapeuta. Se les anima a experimentar con nuevas estrategias para lograr sus metas, nuevas fuentes de

refuerzo positivo para experimentar placer y orgullo, y nuevos estándares para calcular su autovalía.

Sobre el curso de la terapia, gradualmente la atención cambia de posición desde el foco de la sintomatología anoréxica hacia los aspectos más generales del self que pudieron predisponer al individuo a desarrollar su trastorno.

Metodología y estrategia terapéutica cognitivo-evolutiva

Una vez trazadas las características principales de las personas que pueden presentar un trastorno alimentario, y su recorrido evolutivo, pasemos ahora a delinear el modo cómo se puede trabajar en terapia con estos pacientes.

Quisiera destacar aquí, que he realizado un intento de integrar diversos modelos terapéuticos, que aunque tienen en común sus fundamentos epistemológicos y se nutren de aportaciones de la misma procedencia, puede que no coincidan en la manera concreta de plasmar su concepción de la terapia ante los pacientes. A pesar de ello, creo que esta integración aporta más herramientas a la hora de enfrentarnos a las dificultades de nuestros pacientes.

En primer lugar se va a describir la metodología y la estrategia de trabajo de Vittorio Guidano, para posteriormente pasar a describir el trabajo sobre la relación terapéutica de Safran y Segal y las funciones metacognitivas de Semerari et al., con aportaciones Liotti. En este punto, daré unos apuntes sobre un tipo particular de bulimia nerviosa. Finalmente, siguiendo la estructuración que Semerari et al.(2001) realizan de las dimensiones de la vida mental, intentaré integrar las aportaciones que los diferentes autores hacen en cada una de ellas, y los objetivos y las tareas terapéuticas que los profesionales de la salud mental pueden llevar a cabo.

METODOLOGÍA POSTRACIONALISTA.

Los pacientes acuden a terapia porque sufren por la presencia de emociones que irrumpen en su conciencia y que no puede dominar ni explicarse, por lo que le parecen ajenas y extrañas (Guidano y Quiñones, 2002).

El terapeuta alienta al paciente a una exploración y examen de su mundo afectivo que lo conduzca a la comprensión de la estructura de su propia dinámica emocional.

Este modelo defiende que *no hay cambio posible sin emociones* (Guidano y Quiñones, 2001). Entiende el *sí mismo* como un proceso, un fluir permanente hacia niveles más complejos e integrados de estructuración; y las *perturbaciones emocionales* como el resultado de intentos fallidos de cambio en el orden de ese constante proceso reestructurante.

El objetivo de la terapia cognitiva post-racionalista es la construcción de un equilibrio progresivo que se va logrando como resultado de una reorganización del significado personal, como una reorganización de las categorías emocionales que resulten críticas para la persona. El método para alcanzar ese objetivo es la

comprensión por parte del paciente mismo del funcionamiento de aquellas reglas básicas con las que ordena su experiencia mediante la *autoobservación*.

El rol del terapeuta es el de un perturbador emocional estratégicamente orientado (Guidano, 1994; Guidano y Quiñones, 2002). La reorganización del significado personal se genera a partir de discrepancias que perturban al paciente obligándolo a reorganizarse y que en el proceso terapéutico, pueden proceder de tres fuentes (Guidano, 1994):

La primera de ellas, al comienzo de la relación terapéutica, es la percepción por parte del paciente de la forma en que el terapeuta enfoca las perturbaciones emocionales que lo aquejan.

La segunda fuente es el efecto discrepante provocado por las explicaciones ofrecidas por el terapeuta que desencadenarán cambios en los puntos de vista que el paciente tiene sobre sí mismo.

La tercera de las fuentes de discrepancia es una relación terapéutica con un alto grado de implicación emocional.

El método de autoobservación puede concretarse en la *técnica de la moviola* (Guidano, 1997, p.376):

“Utilizamos una metáfora cinematográfica para estructurar el proceso de observación del sí-mismo... Como si estuviera en una sala de montaje de una película, se entrena al paciente para dividir una experiencia particular en una secuencia de escenas (“visión panorámica”), enriqueciendo los detalles en cada escena con aspectos sensoriales y emocionales (“reducción”), y finalmente, reinsertar la escena, ya enriquecida, en la secuencia de la historia (“ampliación”). Cuando el paciente se ve a sí mismo, tanto desde el punto de vista subjetivo (al analizar la escena en primera persona) y la perspectiva objetiva (analizar la escena en tercera persona, desde la perspectiva de un observador), el paciente comienza a construir nuevas abstracciones sobre el sí-mismo”.

Guidano (1994) describe diferentes fases del proceso terapéutico, que siguen una secuencia que va desde el presente hasta el pasado, y en la que no es imprescindible alcanzar la última de ellas. El proceso terapéutico puede delimitarse del siguiente modo (Guidano 1994; Guidano y Quiñones, 2002):

Fase 1. Preparación del contexto clínico e interpersonal.

Se empieza con la pregunta clásica: «¿Qué problema le ha traído aquí?». Mientras el paciente responde delineando su cuadro clínico, el terapeuta debe formular, lo antes posible, una hipótesis sobre la probable organización de significado personal que está en el origen de la sintomatología.

El terapeuta debe llegar a una reformulación del problema presentado como «interno» y evitar atribuir los síntomas a una enfermedad externa al paciente (debemos llevar el desequilibrio a la interconexión entre las vivencias que tiene el

paciente y la manera en qué se las atribuye).

El terapeuta empieza definiendo el contexto interpersonal como una colaboración recíproca, y la relación terapéutica como una herramienta de indagación para construir una comprensión que de momento está ausente.

Fase 2. Reconstrucción de la vida actual

Reconstrucción del presente. El presente significa ver desde cuándo empezó el desequilibrio hasta la fecha actual. El terapeuta, empleando el dispositivo de la moviola, debe instruir repetidamente al paciente para que enfoque en cada escena la diferencia entre la experiencia inmediata y su explicación, introduciendo la distinción entre el “cómo” (la experiencia) y el “por qué” (la explicación).

En esta fase se enfrenta la *dinámica dápica*, la manera en la que el paciente se siente impulsado a cumplir con las expectativas del otro y su sensibilidad al juicio ajeno.

En el análisis de las escenas en la moviola, el terapeuta promueve la capacidad del paciente para reconocer y evaluar sus estados emocionales, especialmente en aquellas situaciones en las que el paciente manifiesta una sensación de incomodidad por miedo al juicio ajeno.

Es, en estas situaciones, dónde el terapeuta inicia la estructuración de un mecanismo de autoobservación que aumenta la flexibilidad para adoptar la perspectiva ajena y promover una modificación del punto de vista sobre él mismo ligado a la modificación de su modo de ver a los otros. El otro es percibido con una actitud crítica; se entrena al paciente a enfocar la conducta de esa persona desde dos puntos de vista:

la percepción de la conducta del otro como información sobre uno mismo; y como información sobre ese otro.

El contraste entre estos dos puntos de vista genera una diferenciación y un descentramiento en el paciente, que lo ayudará a definirse de un modo no dependiente a esa persona.

Fase 3. Reconstrucción del estilo afectivo.

En esta fase se reconstruye toda la carrera afectiva/sentimental del paciente, todas las relaciones afectivas significativas se ponen en secuencia y en cada relación se reconstruye cómo se formó, cómo se mantuvo y cómo se separaron. Se pasa repetidamente por la moviola, las secuencias de escenas significativas que caracterizan cada relación distinguida por el paciente como significativa, con el objetivo de que reconstruya las tramas invariantes que unifican y dan continuidad a su trayectoria afectiva. El paciente puede reconocer y apreciar de qué modo diferentes estados emocionales se combinan a lo largo de un vínculo afectivo, y cómo la percepción de otro ser significativo llega a regular la autopercepción.

Fase 4. Reconstrucción de la historia evolutiva

Los acontecimientos significativos se identifican por el tipo de resonancia emocional que provocan, y por el modo en que el cliente actúa para reconocerlos y autorreferírseles. Los recuerdos que parecen significativos son los que suscitan emociones y sensaciones “discrepantes”.

El análisis de cada escena, una vez que ha sido reconstruido el punto de vista subjetivo con el que se ha experimentado un acontecimiento, es posible confrontarlo con dos puntos de vista objetivos diferentes:

Cómo se vería uno desde afuera con los “ojos” de aquella edad.

Cómo ve uno desde afuera, mientras enfoca esa edad, reconstruyendo con los “ojos del presente”.

Metodología cognitiva-interpersonal de Safran & Segal (1994), Semerari et al. (2002) y Liotti (1994)

La relación terapéutica

Safran y Segal (1994) establecen el concepto de *ciclo cognitivo interpersonal*, que explica la permanencia en el tiempo de esquemas interpersonales desadaptados, que funcionan como profecías autocumplidoras.

Los estados emocionales problemáticos tienen lugar de modo sutil en una interacción, pero pueden ser percibidos por nuestro interlocutor gracias a la capacidad innata de los seres humanos para reconocer las expresiones corporales de las emociones. Así, nuestro interlocutor puede responder también de modo negativo, manteniéndose de este modo el ciclo interpersonal problemático.

Si el terapeuta toma conciencia de estas señales expresivas puede reconstruir la naturaleza del ciclo interpersonal en el que está involucrado, y llegar a comprender el esquema interpersonal del paciente, evitar las confirmaciones de las expectativas negativas de aquel y ayudarlo a hacerlo consciente.

Semerari (1991) considera que el paciente somete al terapeuta a continuos tests (“testing”) para valorar el grado de seguridad interpersonal que es capaz de garantizar y para evaluarlo como fuente autorizada de información sobre sí mismo.

Mediante estos tests, el paciente construye modelos del modo de pensar del terapeuta, sobre todo de cómo lo percibe. A medida que el terapeuta supera estos tests, el paciente irá asimilando sus puntos de vista y asumiéndolos como explicación y regulación de la propia conducta (el terapeuta es asumido como una fuente autorizada de información).

En los diálogos internos que el paciente mantiene con el terapeuta en el intervalo entre sesiones, se van formando las *neoestructuras terapéuticas*, estructuras supraordenadas que aumentan las capacidades metacognitivas.

Liotti (1993, 1994) mantiene que en el paciente, en la relación terapéutica, compiten diversos *sistemas motivacionales interpersonales* (SMI) para acceder a

la conciencia, siendo únicamente uno el que lo consiga para que surja una representación coherente de sí mismo y de los demás. El SMI (de apego, de asistencia, agonístico, sexual o cooperativo) que accede a la conciencia provoca la activación de un SMI recíproco en el interlocutor.

El funcionamiento de los procesos que regulan el acceso a la conciencia de la información inconsciente procesada en paralelo por los diversos SMI está influenciada por la historia de las relaciones afectivas y la cualidad de las relaciones actuales. Así, en los niños desorganizados (apego D), en las interacciones con sus cuidadores, se manifiestan comportamientos y emociones contradictorias, que generarán un acceso a la conciencia simultáneamente de diversos SMI con la existencia de múltiples imágenes de sí mismo y del otro a la vez.

Para lograr una idea de la relación con el cuidador se produce una competición entre diversos SMI para acceder a la conciencia, y esto se refleja en un estado alterado de conciencia (disociación). Esta situación puede observarse en algunos casos de *bulimia nerviosa “multiimpulsiva”* como refieren Vanderlinden y Vandereiken (1999).

BULIMIA NERVIOSA “MULTIIMPULSIVA”

Según Vanderlinden y Vandereiken (1999), las pacientes bulímicas presentan las siguientes características clínicas: una experiencia corporal negativa, impulsividad (agresividad), tendencias a la adicción, inestabilidad del humor, experiencias disociativas, sugestión incrementada e historial de psicotrauma. Estos autores presentan un modelo multifactorial de trauma y disociación en el que expresan que el lugar que ocupa el trastorno de la conducta alimentaria de un paciente con antecedentes traumáticos puede verse de diferentes modos:

Cabe considerar que la conducta bulímica (atracones, vómitos, purgas) es una forma de hacer frente a sentimientos, recuerdos, sensaciones y cogniciones estrechamente ligados al trauma. La bulimia nerviosa (BN) sería una variante de descontrol de los impulsos en estado de disociación.

El trastorno de la conducta alimentaria también puede entenderse como una manera de superar una autoimagen negativa, y más particularmente una experiencia corporal negativa, resultante del abuso físico y/o sexual. En muchos casos, esta imagen corporal negativa se expresa también en otros actos autodestructivos.

En los trastorno de la conducta alimentaria, la gravedad de los antecedentes traumáticos parece relacionada con una mayor sintomatología bulímica y una mayor comorbilidad, en especial respecto de los trastornos del estado de ánimo, los rasgos de personalidad límite y los problemas de impulsividad.

Los datos referidos a la comorbilidad de los trastorno de la conducta alimentaria indican un nexo especial entre la conducta bulímica y la impulsividad. En un número considerable de estos pacientes, el descontrol de los impulsos parece vinculado a experiencias disociativas y/o a antecedentes traumáticos (abuso físico o sexual).

Tal como Varderlinden y Vandereiken (1999) expresan, este grupo de pacientes se acoge bien al concepto de “síndrome de reinstauración del trauma” de Dusty Miller (1994):

- 1) el sentimiento de estar en guerra con el propio cuerpo;
- 2) el secreto excesivo como principio organizador central de la vida;
- 3) un tipo específico de fragmentación del self; y
- 4) relaciones personales en las que la lucha por el control deja todo lo demás en segundo plano.

En la línea de Semerari et al. (2002), los pacientes que presentan bulimia multiimpulsiva, y en pacientes con trastorno de personalidad límite y los que tienen trastornos disociativos, presentan oscilaciones bruscas en la capacidad de funcionamiento metacognitivo: alternan períodos de estabilidad con crisis que coinciden con momentos en los que se rompe la sintonía interpersonal.

Semerari et al. (2002), al considerar el déficit de regulación de los objetivos, afirma que algunos clientes en ausencia de representación de objetivos, por la no existencia de una persona significativa, experimentan una sensación de vacío y nulidad, junto a una sensación de abulia y astenia. En esos momentos pueden llegar a tener una sensación de pérdida de cohesión del esquema corporal, por lo que buscan estados de activación erótica o conductas bulímicas como intentos de “sentirse” (intentan crear una condición somática que permite una nueva toma de contacto con el propio cuerpo).

REGULACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

De acuerdo con Safran y Segal, 1994; Semerari, 1991; y Liotti, 1993; 1994, es posible favorecer en el paciente estados de mayor integración y mayor funcionalidad de la conciencia, modulando la sintonía interpersonal en la sesión. Una vez hecho esto, puede intervenir con las técnicas cognitivas sobre los aspectos esquemáticos y de contenido.

El paciente puede utilizar la seguridad de compartir con el terapeuta alguno de los elementos del estado mental para comprender y controlar mejor los propios procesos psicológicos y así construir una representación válida de la mente del terapeuta.

Según Semerari et al. (2002a, 2002b), la regulación de la relación terapéutica con el paciente difícil se basa en dos principios técnicos:

- la construcción del estado mental compartido, que requiere la disciplina interior del terapeuta -o sea aquellas operaciones mentales que el terapeuta debe realizar para evitar verse involucrado en un ciclo interpersonal problemático-;
- y la señalización de la participación por parte del terapeuta., mediante una indicación implícita a través de la comunicación no verbal, el uso del plural mayestático, la referencia a estados mentales o a intereses del terapeuta, y la narración de episodios de su vida.

INTERVENCIÓN SOBRE LAS FUNCIONES METACOGNITIVAS

Para Semerari et al. (2002a), la **metacognición** alude a la capacidad de reconocer y dirigir estratégicamente los procesos mentales. Puede subdividirse en las siguientes tres funciones: conocer el propio funcionamiento mental (*capacidad autorreflexiva*), realizar inferencias sobre el estado mental ajeno (*capacidad de comprensión de la mente ajena y/o descentramiento*), y elaborar estrategias adecuadas para la resolución de problemas (capacidad de control del propio estado emocional con el fin de hacer frente a los problemas que se le presentan a uno (*mastery*)).

De acuerdo con estos autores, el sufrimiento aparece cuando los pacientes no tienen conciencia ni control de sus estados mentales. Esto nos remite a la concepción de Guidano sobre la psicopatología como aquella parte de la experiencia inmediata (nuestras vivencias) que el sujeto no reconoce como propia y la vive como ajena a sí mismo. Así, determinar el déficit nos puede permitir orientar la terapia hacia la recuperación o comprensión de esa función deficitaria específica.

En los pacientes que presentan déficits en las funciones metacognitivas, el aspecto principal de la intervención, según estos autores, es la gestión consciente y orientada estratégicamente de la relación terapéutica.

Las intervenciones en las funciones metacognitivas enfatizan el componente psicopedagógico. El terapeuta presenta al paciente una conceptualización descriptiva y explicativa de sus síntomas, con el objetivo de tratar de normalizar su situación.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a la integración, Semerari et al (2002b) señalan tres técnicas cognitivas no estándar: Greenberg y Safran (1987) ayudan al paciente a ser consciente de sus emociones inhibidas; Liotti (1994) se plantea la identificación del sistema motivacional interpersonal activo en el paciente y Guidano (1994) establece la técnica de la moviola.

El trabajo con autorregistros para intentar hacer patentes al paciente las conexiones entre las situaciones, los pensamientos, las emociones y las conductas serían un recurso de la terapia cognitiva estándar que favorecería la integración.

Respecto a la intervención sobre la comprensión de la mente ajena/descentramiento, Semerari et al. (2002a) hablan del uso del role playing, donde se pide al paciente que interprete el papel de otro, mientras el terapeuta personifica el propio paciente.

Estos autores, citan a Dimaggio, Procacci y Semerari (1999), que han elaborado un *procedimiento técnico específico “de diseño del espacio mental”* dirigido a favorecer el descentramiento. A los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria, que son muy sensibles al juicio ajeno, les podemos aplicar esta técnica para ayudarlos a descentrarse.

TRABAJO SOBRE LOS ESTADOS MENTALES, LOS DÉFICITS METACOGNITIVOS Y LOS CICLOS INTERPERSONALES EN LOS TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ENFOQUE COGNITIVO DE SEMERARI ET AL)

Siguiendo la línea de trabajo de Semerari et al. (2001), quienes consideran cinco dimensiones de la vida mental en la construcción de los modelos de descripción de los trastornos de personalidad, me basaré en estas dimensiones para organizar la información sobre el funcionamiento de los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. Esto implica asumir que los pacientes trastorno de la conducta alimentaria tienen una estructura de personalidad específica, o en la línea cognitivo-evolutiva seguida, que presentan unas características definidas por una organización de significado personal concreta. Pasemos a delinear cada una de estas cinco dimensiones de la vida mental:

Los contenidos (los estados mentales en las relaciones).

Tal como Guidano (1987, 1994, 2001) ha puesto de manifiesto, los pacientes con un trastorno alimentario se caracterizan por presentar una identidad borrosa, difusa o poco delimitada, y por ello tienen una necesidad apremiante de aprobación por parte de los otros significativos y, al mismo tiempo, miedo a ser invadidos por ellos. Este sentido de sí mismo difuso provoca sentimientos de ineficacia personal y vacío, que tratan de compensarse mediante la búsqueda de confirmación de una persona de referencia. Han sido niños que han conseguido lograr mantener un acceso emocional con sus padres de forma estable y segura, en la medida que en cada momento han correspondido a sus expectativas. De esta forma se ha establecido una construcción de la identidad del sí mismo sobre criterios externos.

Su estilo afectivo se caracteriza por tener una persona de referencia e intentar tener el máximo de confirmación afectiva con el mínimo de exposición. Ésta es la estrategia de “*poner al otro a prueba*”.

Respecto a su estilo cognitivo, éste puede presentar una característica que Guidano denomina “*maximalidad*” (Comunicación personal, 1999): Esto implica, desde el punto de vista dápico, que *no hay tiempo para el aprendizaje*, ya que el máximo debe estar presente desde el inicio. Aquí encaja la actitud perfeccionista mostrada por las personas con una organización dápica: tienen la fantasía de que o se es perfecto o no se es válido. Si no es posible afrontar la exposición siendo el máximo, se evita (cada exposición correspondería a un juicio negativo, y eso implicaría una autoimagen negativa).

En estas personas, los sentimientos de ineficacia personal y vacío prevalecen y encajan en la posibilidad de tener una imagen del cuerpo inaceptable. Es aquí donde tienen su explicación todos los mecanismos que utilizan para tener un control sobre su cuerpo. La dependencia de su sentido de sí mismo a la imagen que obtenga de los otros explica la vulnerabilidad de los individuos con orientación dápica a los juicios negativos.

Ya se ha hecho referencia a cómo Vitousek y Ewald (1993) organizan las características de la personalidad de los individuos candidatos a presentar un trastorno de la conducta alimentaria en tres clusters: el self indigno, el self perfeccionable y el self desbordado o abrumado.

Los perfiles de las funciones metacognitivas

Semerari et al (2001), consideran que son cuatro las variables fundamentales, que constituyen los perfiles de las disfunciones metacognitivas. Al mismo tiempo que vayamos haciendo referencia a ellas, se irá incidiendo en los déficits de las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria.

Función de monitoraje: Semerari et al. (2001) se refieren a ella como “la capacidad de reconocer los estados internos y asociarles sus (relativas) causas internas o externas” (p.9).

Debido a su estilo de crianza, en la que los padres han interferido el reconocimiento y la atribución que estos niños debían hacer de sus estados internos (Guidano y Quiñones, 2001), pueden presentar una gran dificultad en identificar y hacer una adecuada interpretación de sus estados emocionales, de ahí que necesiten “orientarse” externamente, en lo que los otros puedan “aportarle” de su sí mismo.

Función de diferenciación: Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de reconocer la naturaleza representacional del pensamiento, de diferenciar entre representación y realidad y de realizar operaciones de descentramiento captando las diferencias entre el funcionamiento mental propio y ajeno” (p.9).

Las personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria tienen un pensamiento egocéntrico; pueden tener una buena comprensión de la mente ajena, pero tienen dificultades en descentrarse: ven a los otros desde sus propios parámetros. Pueden tener dificultades para empatizar con el otro.

Función de integración: Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de captar los nexos entre los diversos estados mentales y modalidades de funcionamiento propio y ajeno, organizando las descripciones en narraciones coherentes y comprensibles para el interlocutor” (p.9).

Esa falta de confianza en sus propios estados internos, produce déficits de integración, ya que en sus conclusiones las expectativas de los otros se colocarán por delante de sus propias conclusiones personales. Por eso viven en un estado permanente de confusión. En momentos extremos, la desconexión con la información analógica y lo corporal puede producir estados disociativos (tal y como se ha comentado al hacer referencia la bulimia nerviosa multiimpulsiva).

Función de mastery. Semerari et al. (2001) la definen como “la capacidad de definir los propios problemas en términos psicológicos, formularlos adecuadamente y activar estrategias apropiadas para su solución o para hacer frente al sufrimiento psicológico que se deriva de ellos” (p.9).

Las pacientes trastorno de la conducta alimentaria presentan dificultades

operativas derivadas de sus déficits autorreflexivos y de la comprensión de la mente ajena/descentramiento. Por su actitud perfeccionista y el estilo de afrontamiento caracterizado por la *maximalidad*, pueden evitar aquellas situaciones en las que no tienen la certeza de que su actuación será intachable. Esto limita mucho su capacidad de dominio.

En lo que se refiere al propio organismo, se puede apreciar una diferencia considerable entre pacientes anoréxicas y bulímicas; mientras que las primeras pueden llegar a tener un control casi absoluto de su cuerpo y sus impulsos biológicos, las segundas pueden llegar a descontrolarse totalmente, dejándose llevar por sus impulsos en algunos momentos, mientras en otros hacen el intento infructuoso por mantenerlos bajo control.

Los ciclos interpersonales disfuncionales

Una persona con una identidad poco definida de sí misma, que tiene una especial sensibilidad al juicio ajeno, que requiere la confirmación de los otros significativos y, que da una especial importancia a los aspectos formales y a su apariencia externa (los esquemas cognitivos que procesan esta información sobresalen sobre los demás, o lo que es lo mismo, el resto de dominios son mediatizados por éste), que presenta las características de la *“maximalidad”* y una actitud perfeccionista, y además como resultado de los déficits que presenta en las funciones metacognitivas, puede involucrarse en alguno de los siguientes ciclos interpersonales problemáticos (sin excluir la existencia de otros diferentes):

Ante la actuación interpersonal, si no se sienten competentes al cien por cien, pueden distanciarse cognitivamente, adoptando el rol de espectador (evalúan reiteradamente qué imagen tendrán los demás de ellos, y se compararán –infravalorándose– con los otros), con lo que también se distancian emocionalmente. Esto lo pueden percibir los otros y retroalimenta un círculo vicioso de distanciamiento mutuo.

En las relaciones interpersonales, por su tendencia a adecuarse a marcos externos de referencia, para obtener la confirmación de los otros, puede priorizar aquellas metas que sugieren los otros (éstas regularán sus objetivos); esto puede generar tres situaciones, tal y como Semerari et al (2002a) han puesto de manifiesto: una sensación de vacío, nulidad, abulia, etc., una sensación de desbordamiento, y una sensación de coerción de las relaciones interpersonales. Cualquiera de estas situaciones puede provocar una respuesta complementaria del interlocutor, lo que no sólo mantiene sino que potencia el ciclo.

En sus relaciones afectivas, la gran sensibilidad al otro, no sólo por la necesidad de ser confirmado, sino porque existe la posibilidad de desconfirmación, puede generar el mecanismo de “poner a prueba” constantemente a su pareja, exigiéndole cosas al límite de lo que un ser humano puede aguantar. Esta situación puede provocar en el otro la respuesta que tanto temía: la desconfirmación.

Debido a la continua adecuación a las expectativas del otro, reaccionan continuamente y de modo anticipado a lo que creen que los demás piensan de ellos, por encima de sus propios deseos, que generalmente se desconocen porque están más orientados externamente que internamente. De este modo, provocan en algunas situaciones las respuestas que esperaban. Por ejemplo, en un contexto en el que pueden sentirse inseguros o inferiores, con su comportamiento no verbal pueden provocar una reacción adversa: “si me siento rechazado, reaccionaré en consecuencia, y si los otros se sienten atacados, se defenderán...”, perpetuando de este modo el ciclo interpersonal problemático.

En este desconocimiento o desconfianza de su mundo interno, es posible que el sujeto disocie algunos aspectos de sí, que de modo no-verbal aparecerán en la relación con los demás, y reforzarán la idea que había conducido a disociarlos. En algunos casos, la desconexión con su cuerpo les puede llevar a adoptar conductas autolesivas, bulímicas, etc., como un intento de volver a “sentir” y conectar con el propio cuerpo.

La regulación de las elecciones

Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria presentan déficits de representación de los objetivos, (Semerari et al. 2002a). Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria, al igual que los que presentan trastornos de personalidad por dependencia, tienen dificultades en ponerse objetivos y organizar planes para alcanzarlos. Según Semerari et al. (2002a), la regulación equilibrada de las elecciones requiere los siguientes elementos:

- La marcación somática de la experiencia emocional. Según la hipótesis de Damasio (2001), las emociones marcan somáticamente (en un sentido agradable o desagradable) algunos escenarios mentales.
- El self de valores (self ideal): el sistema de valores y las ideas sobre cómo quisiéramos ser.
- La regulación interpersonal.

Estos autores (Semerari et al., 2002a) afirman que cuando alguno de estos factores se vuelve deficitario, los otros tienden a hacerse hipertróficos para compensar el déficit. El tratamiento supone potenciar las funciones metacognitivas deficitarias, en lugar de ir contra la hipertrofia compensatoria de las otras. La déficit de representación de los objetivos puede manifestarse de diversas formas:

- Sin una persona como referencia no pueden reprenderse un objetivo o una secuencia de acciones; no logran pensar en sí mismos y experimentan una *sensación de vacío y de nulidad*, acompañado de una sensación de abulia y astenia (colorido emocional vago o propenso al humos disfórico).
- En presencia de múltiples demandas relacionales se representan demasiadas metas, produciéndose una representación caótica y simultánea de muchos objetivos y tareas, sin poder seleccionar uno en el que centrar su

atención consciente. En este estado predominan las *experiencias de confusión, ineficacia personal y desbordamiento*. Una herramienta terapéutica para hacer frente a la experiencia de desbordamiento es la *Estrategia de Augusto* (descrita en Semerari et al., 2002a), que supone un esfuerzo por ayudar a gestionar el espacio mental del paciente.

- La *tendencia a vivir las relaciones interpersonales en forma de coerción* derivada de su dependencia de la coordinación interpersonal. Cuando las expectativas del otro significativo no son compatibles con sus objetivos personales, se sienten obligados a conformarse, a la que pueden reaccionar rebelándose emocionalmente. Su dificultad para asumir objetivos propios les empuja a la sumisión a objetivos ajenos. Esto provoca un sentimiento de abatimiento.

En los trastorno de la conducta alimentaria, la capacidad de comprensión de la mente ajena se mantiene intacta, pero desde una *perspectiva egocéntrica*. Los pacientes están atentos a captar los contenidos mentales del otro, aunque lo hacen desde la preocupación de qué se espera de ellos o cómo les juzgaran. Los pacientes trastorno de la conducta alimentaria tienen dificultades en llevar a cabo una representación consciente del contraste entre sus propios objetivos y los de los otros. También manifiestan una incapacidad para negociar o decidir libremente si los asumen o no. Es ahí donde debemos centrar la intervención terapéutica.

¿Cómo intervenir ante el DRO?

Como Semerari et al. (2002a) defienden, junto al setting de terapia individual, se recomienda el grupal y familiar para captar la dependencia a las expectativas del otro.

Los pacientes con déficit de representación de los objetivos, cuando no presentan dificultades en la comprensión de la mente ajena, resultan muchas veces simpáticos y de trato agradable (tienen la tendencia a complacer a los otros). El terapeuta debe tener esto en cuenta para no potenciar ese aspecto de la actitud del paciente.

El terapeuta también puede sentir la dependencia del paciente hacia él como una dura responsabilidad de la que puede intentar liberarse, manteniendo un ciclo interpersonal problemático. El terapeuta debe captar estas dinámicas y neutralizarlas, ya que el paciente necesita tener una representación estable de la actitud del terapeuta.

El problema de los pacientes con déficit de representación de los objetivos no es la dependencia a una figura de referencia que les ayude a regular sus elecciones y acciones, sino la carencia de mecanismos de regulación autónoma. Así que el terapeuta puede aceptar el aumento de dependencia del paciente respecto a él si esto es utilizado como un proceso compensatorio que se dirija a potenciar los procesos de toma de conciencia de los propios objetivos y de regulación de los planes.

El primer objetivo del tratamiento del déficit será la comprensión, por parte del

paciente, de la naturaleza del trastorno y de sus manifestaciones. Este objetivo suele ser perseguido a través del análisis de las experiencias de vacío y de desbordamiento. El terapeuta debe ayudar a normalizar la experiencia del paciente y buscar momentos de compartición. Posteriormente, se acuerda el contrato terapéutico, que no se formula contra la dependencia sino hacia una mayor capacidad de regular las elecciones.

El terapeuta tiene que perseguir cuatro **objetivos** fundamentales (según Semerari et al., 2002a):

- **El aumento de la conciencia de los objetivos:** Utilizando la marcación emocional de las situaciones de concordancia o contraste entre las propias aspiraciones y las demandas del contexto interpersonal. Se alienta al paciente a que confíe en su propia percepción emocional como una información pertinente para conocer su propia posición en el mundo, las metas a las que aspira, las cosas que desea o las que evita.
- **La gestión de las problemáticas interpersonales** que surgen de la experiencia de coerción. El terapeuta debe favorecer el descentramiento y la negociación entre los objetivos mediante la marcación somática y por medio de experimentos conductuales que favorezcan la diferenciación de los deseos. También hay que facilitar una comprensión de la mente ajena mediante operaciones de descentramiento relativas a estas figuras. En estas situaciones es aconsejable el doble setting terapéutico. Combinar el trabajo individual con la terapia familiar.
- **La gestión de la experiencia de vacío** se alcanza: a) recordando los diálogos de las sesiones (el paciente instaura una conversación imaginaria con el terapeuta que le permite integrar la experiencia y organizar un pensamiento que impide que su experiencia se vea abocada al vacío, y b) empleando tareas de autoobservación y acordando con el paciente pequeños planes de acción que respalden la conciencia de la propia acción.
- **La gestión de la experiencia de desbordamiento** se consigue mediante la estrategia de Augusto.

La regulación de la autoestima

Tal como Guidano ha descrito, el desarrollo de las personas que presentan una organización dápica o de los trastornos alimentarios se caracteriza por un estilo de crianza que promueve la inseguridad y la desconfianza en los propios estados internos, cosa que generará una dependencia a las expectativas de una figura de referencia que se ha elegido como imagen criterio para regular sus estados internos y para tomar sus decisiones.

Los sentimientos de ineficacia personal y vacío, que provienen de un sentido difuso de sí mismo, intentan compensarse mediante la adecuación a marcos de referencia externos, y esto explica su dependencia a las expectativas de los otros significativos, (y su gran sensibilidad a la crítica o juicios negativos) y, la adopción

de los estándares corporales que la sociedad occidental promueve sobre todo en la mujer. Su autoestima va ligada a la forma como perciben su forma corporal y su peso.

La inseguridad personal, que proviene de su dificultad por reconocer y regular sus estados internos, intenta compensarse con este esfuerzo por adecuarse a lo que creen que se espera de ellos, junto a su focalización y obsesión por lo estético y corporal, y también por el mantenimiento de una actitud perfeccionista, que supone un intento por acercar su self real y su self ideal (éste sería una síntesis de lo que cree que es lo mejor que se puede esperar de ella). La dificultad por mantener continuamente los estándares que dicta su perfeccionismo, como un requisito mínimo para conseguir una imagen de sí mismo válida, explica la baja autoestima que tienen estas personas.

Me gustaría finalizar este trabajo reproduciendo los parámetros generales que guían el tratamiento según el modelo de Semerari et al. (2001) y que amplían los aspectos estratégicos descritos de la psicoterapia con estos pacientes:

- “Reconocer los estados mentales dominantes, ayudar al paciente a dominar los estados mentales desagradables y a entrar en los deseados;
- compensar o recuperar las disfunciones metacognitivas,
- en la relación terapéutica: buscar los estados de compartición, reconocer los ciclos interpersonales disfuncionales, hacerlos explícitos y encontrar el camino para salir de ellos junto al paciente;
- promover la activación normal de la marcación somática de los objetivos, contrastando el uso masivo y unilateral del contexto interpersonal, o la limitación de la marcación de los objetivos producidos por las creencias relativas a los valores y al self ideal;
- mostrar que las modalidades de regulación de la autoestima favorecen el acceso a los estados mentales desagradables (la búsqueda de estándares perfeccionistas expresa el riesgo del fracaso);
- reconocer en las fases avanzadas de la terapia, las modalidades de funcionamiento mental e interpersonal, los modos de los circuitos patológicos y encontrar nuevos estados intrapsíquicos y de relación” (p. 15, 17).

Este trabajo trata de integrar las contribuciones que destacados terapeutas cognitivos hacen a la psicoterapia, orientadas al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Este abordaje se enmarca en el contexto de la epistemología cognitivo-evolutiva de Vittorio Guidano, con las aportaciones del modelo cognitivo etiológico de la anorexia nerviosa de Vitousek y Ewald, y de las contribuciones sobre la relación terapéutica de Safran y Segal y sobre las funciones metacognitivas de Semerari et al. Se pretende ofrecer algunas estrategias y herramientas para hacer frente a esta epidemia que son los trastornos alimentarios.

Key words: eating disorders, cognitive-evolutionary therapy, metacognitive function.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria*. Barcelona: Medical Trends, S.L.
- CRITTENDEN, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DAMASIO, A. R. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- DIMMAGIO, G. PROCACCI, M. & SEMERARI, A. (2002, original de 1999). *Déficit de compartición y de pertenencia*. En Semerari, A. (2002). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- DIMMAGIO, G. SEMERARI, A. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Editori Laterza
- GREENBERG, L. S. & SAFRAN, J. D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect Cognition and the Process of Change*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva post-racionalista*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- GUIDANO, V. (1997). *El estado de la cuestión en la terapia cognitiva postracionalista*. En I. Caro (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. & QUIÑONES, A. (2001). *El modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: DDB.
- KIRSZMAN & SALGUEIRO (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA
- LAMBRUSCHI, F. (2001). *Centralidad de la óptica evolutiva en el cognitivismo clínico postracionalista y nuevos argumentos explicativos de la psicopatología infantil*. Revista de Psicoterapia, 48, pp. 5-32.
- LIOTTI, G. (1993). *La discontinuità della coscienza*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Nis.
- MILLER, D. (1994). *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. New York: Basic Books.
- PROCACCI, M.; DIMAGGIO, G. & SEMERARI, A. (2001). *El trastorno de personalidad por evitación. De la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno*. Revista de Psicoterapia, 45, pp. 5-18.
- QUIÑONES, A. T. (1998). *Significado social e viabilidade emocional narrativa*. En F. Franklin & C. Nabuco (Eds). *Psicoterapia e constructivismo: considerações teóricas e práticas*. Brasil: Editora Artes Médicas.
- SAFRAN & SEGAL (1994). *El proceso interpersonal en terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991).
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nis.
- SEMERARI ET AL. (2001). *Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad*. Revista de Psicoterapia, 45, pp. 5-18.
- SEMERARI, A. (2002a). *Psicoterapia del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: DDB.
- SEMERARI, A. (2002b). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- VANDERLINDEN, J. & VANDEREYCKEN, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios*. Barcelona: Granica.
- VITOUSEK, K. B. & EWALD, L. S. (1993). *Self-representation in Eating Disorders: A Cognitive Perspective*. In SEGAL, S. V. & BLATT, S. S. (eds), *The self in emotional distress: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York: Guilford

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, 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.

HISTORIA, TEORÍAS Y TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

Antonio Semerari

Editorial Paidós

Barcelona, 2002

El libro que presentamos aborda un tema relativamente problemática, la de plantearse el desarrollo de la historia de una disciplina o movimiento que está todavía afirmándose en el ámbito de la psicoterapia, pero que ha ido adquiriendo en las últimas décadas un puesto de privilegio. Se trata de la terapia cognitiva. No queda claro, sin embargo, qué se entiende por psicoterapia cognitiva si mantenemos el concepto en singular, puesto que desde sus orígenes se han manifestado diversas tendencias en el seno de este movimiento. La terapia de los Constructos Personales de George Kelly, planteada en los años cincuenta ¿se puede considerar cognitiva? ¿Lo sería en comparación con los planteamientos posteriores de Beck y Ellis? ¿Se debería reservar el nombre de terapia cognitiva al desarrollo experimentado por las terapias conductuales, conocidas hoy como cognitivo-conductuales? ¿Pueden continuar considerándose terapia cognitiva las aproximaciones de corte constructivista o postracionalista, aparecidos con posterioridad?

El autor asume una perspectiva amplia e histórica para abordar todos estos temas. Amplia en el sentido de inclusiva, histórica en el sentido de encuadrar en su contexto la aparición y significado de cada una de ellas. Su relato se extiende hasta el presente, considerando con un criterio también geográfico los ultimísimos avances en cada uno de los países donde existe una actividad terapéutica e investigadora en este campo.

Al análisis de estos desarrollos dedica el autor los primeros capítulos que actúan de parte introductoria. Después de considerar las relaciones entre mente y teoría clínica desde el punto de vista cognitivo, en la segunda parte se plantea la relación existente entre teoría clínica y teoría terapéutica, a fin de guiar los comportamientos los efectos de la intervención del terapeuta. En los capítulos 4 y 5 se habla de los objetivos de un terapeuta cognitivo en el momento de afrontar un caso clínico y de los procesos cognitivos que aparecen en la relación terapéutica.

En la tercera parte se pretende proporcionar al lector una primera noción, lo más clara posible, de cómo piensa y actúa un terapeuta cognitivo competente. Este punto de vista se prefiere al determinado por la consideración de los cuadros

nosográficos específicos. Así, por ejemplo, no se habla de la terapia cognitiva de la depresión, ni de la terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Se remite para ello a la bibliografía especializada, a fin de evitar reiteraciones de escritos que actualmente están al alcance de todos. Se mantiene con todo la distinción entre pacientes neuróticos y pacientes “graves”, aplicando a esta última expresión a pacientes psicóticos y pacientes con graves trastornos de personalidad.

Antonio Semerari y su grupo de trabajo de investigación en Roma han desarrollado un estudio sistemático de los déficits metacognitivos presentes en los trastornos de personalidad, razón por la cual el libro se extiende particularmente en su consideración. Las características clínicas de tales déficits conllevan, a juicio del autor, modificaciones específicas en las modalidades de tratamiento, relativas tanto a la técnica, como a la duración y la regulación de la relación terapéutica, razón por la cual merecen una dedicación especial en este libro. Así se consideran dos tipos de operaciones terapéuticas: operaciones de valoración y encuadramiento del caso y operaciones dirigidas a la curación y el cambio.

En este sentido el libro se muestra crítico con aquellos enfoques de corte cognitivo que prescinden o dan poco relieve a la relación terapéutica. Puede que ésta no genere problemas en una intervención con pacientes “neuróticos”, pero los causará casi inevitablemente en las relaciones con los pacientes que hemos denominado “graves”. En consecuencia, concluye el autor, la psicoterapia cognitiva utiliza, al igual que cualquier otra psicoterapia, “posibilidades terapéuticas presentes potencialmente en cualquier relación humana e intenta incluirlas dentro de un modelo teórico que permita su control técnico. Por tanto, quien quiera aprender a ejercer la psicoterapia cognitiva debe tener presente que las operaciones de valoración y de contención sobre contenidos, funciones y relación constituyen un todo inseparable y que, todas juntas, definen la práctica de la disciplina”.

Manuel Villegas

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com