

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

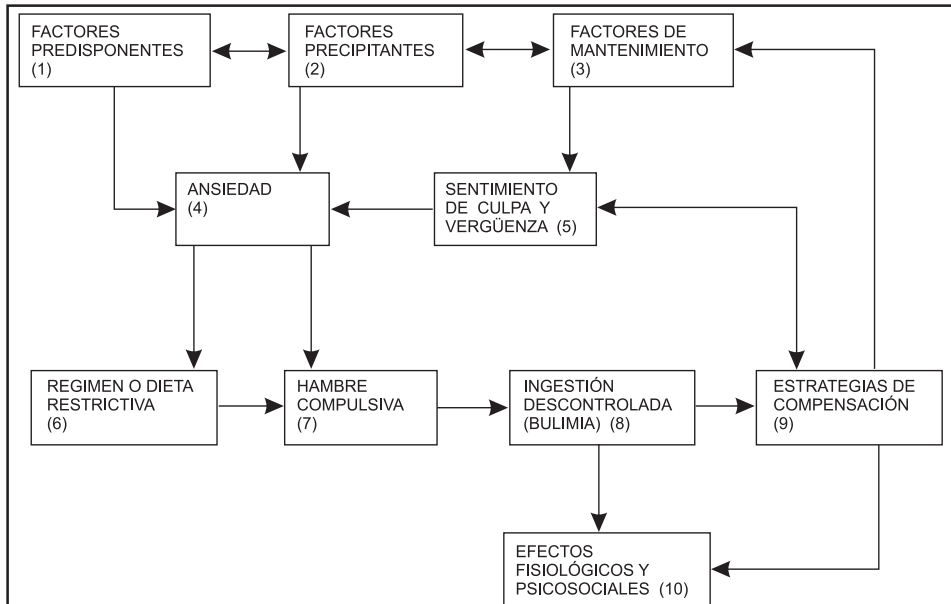
una pastelería y atracarse como unas locas, si después se vomitaba”. En un primer momento se lo tomó como una broma. Ese mismo día no lo hizo, pero la idea se le quedó grabada y a la semana siguiente lo probó. Por aquel entonces Esther estaba atravesando una serie de problemas familiares que le afectaban 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 delgá. 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 decírselo 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 socioeconómica 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 mi, 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?*

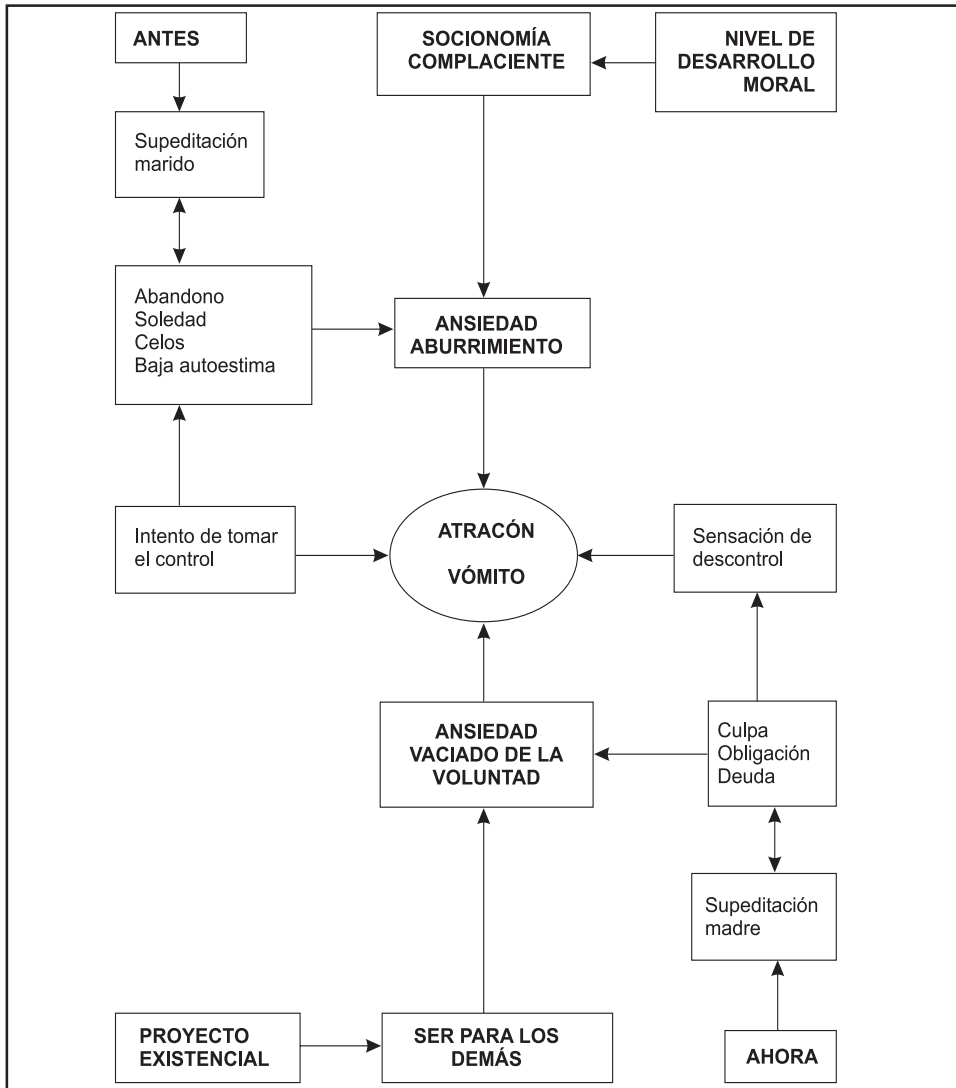
Síntesis macroproposicional del discurso de Juana

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 substituye 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 siconómica complaciente. La psicoterapia de estos trastornos se relaciona específicamente con el trabajo orientado al desarrollo moral hacia la autonomía.

Palabras clave: Anorexia, bulimia, heteronomía, sicononomía, 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