

LA ANOREXIA: UNA LOCURA CON SENTIDO.

Eduardo Torres Macho*

*Puedes contactar con el autor en la siguiente dirección de correo electrónico:
etorresmacho@gmail.com

ÍNDICE

- Introducción
- Capítulo I: Los simbolismos en la anorexia
- Capítulo II: La madre (y el padre) en la anorexia
- Capítulo III: La anorexia: su papel en la búsqueda del equilibrio narcisista
- Capítulo IV: Sexualidad femenina y anorexia
- Capítulo V: Anorexia e identidad
- Capítulo VI: Anorexia y adolescencia
- Capítulo VII: La anorexia como táctica de poder
- Capítulo VIII: La sensación de control y la anorexia
- Capítulo IX: La fantasía de la suciedad y la anorexia
- Capítulo X: la anorexia como evitación de la vida adulta
- Capítulo XI: La anorexia desde la perspectiva de las relaciones familiares
- Capítulo XII: La prevención de la anorexia en la infancia y la adolescencia: algunas propuestas concretas
- Capítulo XIII: La psicoterapia de las anorexias

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la anorexia? Normalmente, se define como una enfermedad mental cuyas características esenciales consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración de la percepción del tamaño y forma del propio cuerpo.

Una caracterización como ésta, aun teniendo cierto valor descriptivo, aporta muy poca luz sobre la esencia de la anorexia, y no facilita el camino para una terapéutica eficaz. Me parece más esclarecedor entender la anorexia como un **INTENTO DE SOLUCIÓN** para ciertas problemáticas y de alivio de la angustia que éstas conllevan. Es por ello que a la persona que padece anorexia le da miedo comer y, llegado el momento de poder hacerlo, “curarse”.

¿Cuáles son estas problemáticas que la anorexia trata de resolver? Éstas pueden ser diversas, pero hay un hecho evidente: la anorexia afecta casi con exclusividad a las mujeres. ¿Esto qué quiere decir? ¿Que la anorexia intenta solucionar problemáticas exclusivamente femeninas, o, más bien, que la dieta, la delgadez, el control del peso, etc. forman parte del repertorio de soluciones femenino? Posiblemente haya algo de las dos cosas.

A continuación enumeraré las problemáticas que, con más frecuencia, trata de solucionar la anorexia:

- Dificultades en la relación madre-hija, padre-hija y en el ámbito del apego.
- Dificultades en asumir alguno de los múltiples cambios que la pubertad supone.
- Dificultades en el ámbito del narcisismo
- Problemas de identidad
- Dificultades en las relaciones de poder
- Intensas sensaciones de falta de control sobre el entorno y uno mismo
- Ansiedades relacionadas con la sexualidad femenina.
- Problemáticas relacionadas con el equilibrio familiar.
- Dificultades relacionadas con el rol cambiante, ambiguo y contradictorio que la sociedad actual asigna a la mujer.

Teniendo en cuenta esta forma de ver las cosas, el tratamiento de la anorexia **NO DEBE** consistir en forzar (incluyo aquí las formas sutiles de hacerlo) a la persona a comer (salvo riesgo inminente de muerte, por supuesto), ya que se estaría cometiendo el error que supone tratar que alguien abandone algo que supone una solución sin que antes disponga de otra mejor; ni en hacerle ver lo irracional de su postura, que no deja de tener su lógica. Creo que dará mejores resultados identificar y comprender las

problemáticas en juego y ayudar a la persona a poder encontrar soluciones al menos igual de eficaces y mucho menos costosas.

¿Existe la anorexia en singular? La respuesta es no. La clínica muestra, como nos recuerda Emilce Dio Bleichmar (2000), por el contrario, “una diversidad y singularidad de configuraciones subyacentes que tienen sólo en común la profunda vulnerabilidad narcisista del periodo de la pubertad y la adolescencia femenina, des-balance que encuentra una ilusión de re-equilibrio en la fetichización de la delgadez que la cultura ofrece”. De cualquier forma, la configuración de una determinada anorexia no es nunca simple; en ella acaban convergiendo múltiples problemáticas y sus correspondientes intentos de solución. “Todo lo pago con la comida” es una expresión típica de estas chicas que han encontrado en el no comer la solución a todos sus males. En la práctica clínica, pues, habrá que identificar la configuración de cada caso concreto de anorexia, para así poder comprender bien las cuestiones que están en juego y poder dar una respuesta terapéutica adaptada a las mismas. **En este trabajo estudiaré los principales elementos que suelen formar parte de estas configuraciones, las posibles interconexiones entre ellos y plantearé propuestas para la prevención, en la infancia y en la adolescencia, y para una terapéutica eficaz.**

A la anorexia se suele entrar por la puerta de una dieta, para irse configurando, después, en ocasiones poco a poco, otras más bien en un movimiento único, en el complejo y enigmático cuadro que conocemos, al menos descriptivamente. “En un momento se me fue de las manos” es otra expresión típica de estas jóvenes. Lo que en un principio puede ser una forma alcanzar el equilibrio en el ámbito del narcisismo por medio de la consecución de unos logros valiosos va convirtiéndose en solución (ilusoria) para más cosas, algunas de ellas de profunda raigambre. Una vez que entran en juego problemáticas primitivas, como por ejemplo las derivadas de las dificultades del vínculo con la madre, también son puestas en juego modalidades defensivas y formas de pensar y sentir igualmente primitivas, que confieren a la anorexia el carácter altamente irracional que tanto sorprende al observador ingenuo.

Conviene dejar algo bien claro: la búsqueda por medio de dietas, por muy obsesivas que éstas sean, de una determinada forma e imagen corporal vista como ideal por una parte importante de la sociedad, incluso cuando estas dietas sean altamente restrictivas, no es un subtipo de anorexia. En la anorexia hay algo más, o, mejor dicho, mucho más. Estas dietas, como digo, pueden ser la puerta de entrada, pero, si la cosa queda ahí, coincidirá en cuanto a estructura con otras muchas empresas en las que nos embarcamos los seres humanos en los más diversos terrenos, en las que de lo que se trata es de hacer algo que nos permita sentir y mostrar que somos aceptables, valiosos, superiores e incluso únicos; es decir, de lograr satisfacción en nuestra dimensión narcisista. La persona que busca unos logros académicos o profesionales, que persigue hazañas amorosas, ¿no está haciendo lo mismo que aquella que busca la perfección de su cuerpo? Por supuesto que en estas empresas puede (y suele) pasar lo mismo que en las anorexias, es decir, que paulatinamente vayan convirtiéndose, ilusoriamente, en una especie de panacea, medio de acceso a la felicidad y refugio frente a las frustraciones de la vida¹. La diferencia

¹ Yates, Leehey y Shisslak publicaron en 1983 un artículo titulado *Running an analogue of anorexia* en el que planteaban la similitud entre la anorexia y el “correr obligatorio”. En efecto, el corredor compulsivo, cuando no corre, siente una ansiedad comparable a la de las anoréxicas cuando comen más de lo estipulado. Sin embargo, el correr compulsivo suele darse en varones de edad más avanzada, superior a la treintena, por lo que puede establecerse que el correr, en estas personas, trata de dar

radica en que no comer mata. Hay personas que necesitan trabajar 16 horas, o hacer una ingente cantidad de ejercicio físico, o mantener continuas relaciones sexuales para vivir. En la anorexia se necesita no comer para vivir, con lo que, como resulta obvio, con ello se alcanza un máximo de tergiversación de la lógica natural. En esto la anorexia coincide con las adicciones a drogas altamente letales en las que la persona necesita para vivir algo que le mata. El tema de las adicciones nos conecta con la dependencia y ésta, a su vez, con la madre. Es por ello que, en estos últimos planteamientos, podemos atisbar ya a una madre que es vivida por su hija como portadora de estos dos atributos: es necesaria y es letal. ¿Qué hacemos ante algo necesario y letal? ¿Qué haríamos en el desierto ante un pozo de agua contaminada?

Al entender la anorexia como intento de solución no esperemos encontrar una linealidad, es decir, un problema y una solución directa, sino, más bien, soluciones de compromiso, soluciones a tendencias en conflicto, a paradojas, a propuestas inaceptables, a problemas arcaicos formulados según los principios del “proceso primario”², a problemas planteados sobre la base de “teorías infantiles”. Es esto a lo que hay que llegar para poder ayudar a la persona a no necesitar no comer para vivir, a resolver este entramado de dificultades, a crecer, y, en última instancia, a querer vivir.

Resulta sumamente interesante el material que ofrecen las páginas pro-anorexia y pro-bulimia, en las que las chicas inmersas en sus anorexias expresan con libertad sus pareceres. En las mismas se plantean la cuestión de por qué serlo, preguntándose qué beneficios trae. Si bien la respuesta más común alude a la búsqueda de la perfección para lograr ser aceptada por una sociedad que la reclama, allí también se hace referencia, por ejemplo, a la consecución de la felicidad, a la alegría o al dolor. Sea como fuere, estas muchachas confirman, ya de antemano, algo en cuya pista nos habían puesto nuestras pacientes así como otros autores y colegas: **la anorexia es un intento de solución.**

Es por ello que no me parece adecuado considerar la anorexia como una enfermedad, cuando lo que implica es la adaptación de amplios sectores de la personalidad a un entorno inadecuado para el crecimiento, o, en otras palabras, la lucha de la persona por compensar la inseguridad de los vínculos de apego, la vulnerabilidad narcisista y la conflictividad sexual³. Por medio de la anorexia la persona está luchando por algo. Está luchando para defenderse de lo ocurrido y para defenderse de lo que teme que va a ocurrir, y, como es natural, aunque pueda ser juzgado como irracional, se resiste a las presiones que la instan a cejar en su empeño.

respuesta a problemáticas (narcisistas, de identidad, sexuales...) que cristalizan, no en la pubertad, como las que trata de resolver la anorexia, sino, más bien, en la edad madura.

² “Proceso primario”: concepto freudiano que hace referencia al modo de funcionamiento del sistema inconsciente.

³ En la misma línea de pensamiento se sitúan otros autores que afirman que la anorexia no es una enfermedad. Así, por ejemplo, Froján, González y Cristobal (2006), desde un perspectiva cognitivo-conductual, prefieren entenderla como un problema de comportamiento que se acaba convirtiendo en “un estilo de vida en el que la delgadez y la perfección del cuerpo se convierten en el objetivo primordial que hay que conseguir y mantener, y al que subordinan cualquier otra ambición u objetivo en la vida”. Una buena parte de las propias chicas inmersas en un funcionamiento anoréxico, sobre todo aquellas que más defienden lo que están haciendo, utilizan esta misma expresión, “estilo de vida”, para justificarse ante las diversas presiones, familiares y sociales, que las instan a remitir en sus conductas. Desde una perspectiva psicoanalítica, Juan Pundik (2003) la entiende, al igual que yo, como un intento (inconsciente) de encontrar una solución. Por su parte, Georgio Nardone (2003) opta por hablar de la anorexia y la bulimia en términos de “problemas complicados”.

No quería finalizar esta introducción sin señalar que la perspectiva socio-cultural, imprescindible para una completa comprensión de las anorexias, será la menos tenida en cuenta en este trabajo. No obstante, remito al lector interesado a dos excelentes trabajos que sitúan los factores socio-culturales como el elemento central desde el que abordar el estudio de las anorexias: *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad* (Toro, J., 1996) y *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social* (Gordon, R.A., 1990).

CAPÍTULO 1

LOS SIMBOLISMOS EN LA ANOREXIA

Es un hecho de fácil constatación que buena parte de la realidad humana, si no toda, está cargada de significados que trascienden su sentido original. Por tanto, tanto comer como no comer, así como determinados alimentos u otras realidades afines a la función de alimentarse, por ejemplo, la boca, la gordura, la delgadez, vomitar, etc., pueden revestir múltiples significados. Los alimentos no sólo son importantes por su aporte nutricional, sino también porque tienen significados únicos para cada persona.

He decidido comenzar este trabajo sobre la anorexia por aquí porque considero que estar familiarizado con este hecho y con algunos de estos significados facilitará tanto la exposición, para mí, como la comprensión, para el lector, de los contenidos de los siguientes capítulos. Si no tuviéramos en cuenta los simbolismos en la anorexia, no comprenderíamos prácticamente nada de los que le sucede a una persona que ha decidido hacer del no comer el *leitmotiv* de su vida; pensaríamos que es una locura y un sin sentido lo que está haciendo, y, si es nuestra intención ayudarla a que preserve la función alimenticia en cuanto tal, no sabríamos hacer otra cosa que mostrarle lo irracional y pernicioso de su postura. Una locura puede que sea, un sin sentido, no

El simbolismo de la comida se constituye a través de nuestras experiencias individuales en las distintas fases evolutivas. En la lactancia, en la relación diádica madre-hijo, la comida, la leche, se convierte en símbolo de amor, confianza, seguridad, tranquilidad, es decir, en símbolo de algo bueno, siempre que la madre ejerza su papel de una manera mínimamente adecuada a las necesidades de su hijo; o, por el contrario, en símbolo de hostilidad, desconfianza, inquietud, prisas, es decir, en símbolo de algo malo, si es que no lo hace. La alimentación es uno de los principales ámbitos donde se producen los cambios, hecho éste que contribuye también a otorgarle su valor simbólico. Después, la mesa familiar (si se constituye en lugar de encuentro) supone un espacio donde ganar autonomía y probar nuevas capacidades, donde sufrir la presión de la educación de los padres y, de igual forma que la leche materna, los diferentes elementos que la constituyen irán cobrando para la persona un signo positivo o negativo. La comida puede convertirse, en el seno de la vida familiar, en medio para transmitir amor o para mostrar enojo, para premiar o para castigar. De igual forma, en el comedor escolar, con la comida de por medio, el niño vive importantes experiencias que facilitan o interfieren con su desarrollo. **La comida, pues, propicia un espacio relacional privilegiado para que el niño pueda ir comprobando lo que cuenta su voluntad y el papel que le va a tocar desempeñar: dirigir su propia vida, someterse, rebelarse o aislarse.**

En este capítulo me referiré a algunos de los significados más frecuentes que se manejan en la anorexia. Sobra decir que, en la clínica, estos significados habrá que deducirlos en cada caso concreto a partir del material que proporcione la paciente, y nunca creernos, de antemano, en posesión de una especie de diccionario anoréxico de directa aplicación en la traducción de unas conductas y actitudes, semejantes puede que sólo en apariencia.

Empezaré por el más básico de todos: **la comida simboliza a la madre, y el no comer simboliza el rechazo a incorporar, a asimilar, lo externo.** Posiblemente, la madre sea

la realidad humana que precisa de una mayor simbolización, tanto de sus aspectos positivos, para perpetuar el goce de ellos, como de los negativos, para activar defensas frente a los mismos⁴. Nuestra madre real y aquellas otras personas que desempeñen el papel materno contribuyen, según sea su actuación, a que nuestra vida esté marcada por una mayor proporción de símbolos maternos positivos o negativos. Así, por ejemplo, el concepto de “vida” opera como símbolo materno y, por ende, la comida simboliza la vida. Estoy de acuerdo con Rosa Calvo (2002) cuando en su magnífico trabajo sobre la anorexia dice que ésta es “la única forma en que han sabido enfrentarse a la vida”, aunque sería igualmente cierto, en la mayoría de los casos, decir que es la única forma en que han sabido enfrentarse a su madre.

La gordura puede simbolizar también la maternidad y haber comido estar embarazada. Por un lado, la maternidad implica unos cambios corporales, aumento del tamaño del pecho, de las caderas y de la tripa durante el embarazo, equiparables a engordar. Así, como es lógico, será una mujer de grandes pechos y amplias caderas la imagen femenina que mejor represente la maternidad, al igual que será un hombre de grandes músculos el que mejor represente la fortaleza masculina. Por otro lado, esta simbolización puede apoyarse en la teoría sexual infantil que entiende que el embarazo se produce por la boca, comiendo algo, o, en su versión algo más evolucionada, por medio de los besos.

Comer puede significar hacer algo asqueroso y estar gordo ser asqueroso. No es inusual que cuando estamos dominados por sentimientos hostiles, hacia alguien en particular o hacia la gente en general, el verles comer suponga un momento idóneo para que éstos se manifiesten, normalmente en forma de asco hacia la persona que come. Entiendo, pues, que las personas que manejan este significado de comer han sido protagonistas, de un lado o de otro, es decir, del lado del que mira con asco o del que es mirado con asco, de escenas significativas en las que la hostilidad se concretó en sentir asco hacia el que está comiendo. Con este significado en plena vigencia, ¿qué conseguimos no comiendo? No sentirnos asquerosos; no sentir que podemos ser vistos como asquerosos por los demás (o por alguien significativo en particular) y, por tanto, sentirnos protegidos frente a grados máximos de rechazo; sentirnos menos vulnerables frente la hostilidad de los demás, toda vez que, como decimos, comer es un momento propicio para ser agredido en forma de mirada con asco; sentirnos más fuertes para poder agredir a los demás, ya que el que no come sentirá, digo yo, una mayor legitimación para mirar con asco al que come; sentirnos superiores, especiales, en un mundo de gente asquerosa, y por tanto inferior, que come.

Igual sucede con la gordura, que puede ser entendida como sinónimo de asqueroso y, a la inversa, no comer y la delgadez como signo de pureza corporal e intestinal. En este punto, resulta esclarecedor recuperar la diferenciación subrayada por Lawrence Kubie (1937) entre la *fantasía* de lo sucio y la *realidad* de lo sucio. Este autor destacó el complejo sistema de fantasías que se ocultan tras la realidad del concepto de suciedad, manifiestas en distintas estructuras psicopatológicas. Dedicaremos un capítulo, el noveno, al estudio de la conexión entre las fantasías de suciedad y la anorexia.

⁴ La madre es para el psiquismo una especie de prototipo de lo bueno y de lo malo, de lo más deseable, pero también de lo más temible y peligroso.

El impulso a comer puede simbolizar al impulso sexual. Si partimos de la base de que las primeras satisfacciones sexuales surgen en la zona oral, precisamente con la erotización la función alimenticia, entenderemos que esta simbolización es universal. Aunque, dicho esto, quizás aquí sería más preciso hablar no tanto de simbolización, sino, más bien, del peso relativo de la oralidad en la función sexual de una determinada persona. En este sentido, resulta evidente y digno de ser tenido muy en cuenta para entender tanto la bulimia como la anorexia la satisfacción sexual que supone comer. Como suele pasar, si de sexualidad (o agresividad) hablamos, sus manifestaciones pueden suponer tanto la búsqueda de satisfacción como el rechazo y la represión de la misma, o, que es lo más frecuente, compromisos entre ambas. Así, pues, esta (re)intensificación del placer (sexual) de comer, en casos extremos, puede traducirse en episodios de bulimia con valor de intento de satisfacción sexual o en anorexia con valor de control del impulso sexual^{5 6}.

Siguiendo en el terreno sexual, la boca puede simbolizar, por desplazamiento, la vagina. De esta forma, las no inusuales dificultades en lo referente a la integración armoniosa de esta parte del cuerpo en el esquema corporal serán desplazadas a la boca. Profundizaremos en estas dificultades y en su nexos con la anorexia en los capítulos dedicados a la sexualidad femenina y a las fantasías de lo sucio. Del mismo modo, ciertos alimentos, como la carne o algunos dulces, pueden cobrar un especial valor simbólico en esta dirección. Recordemos algunos anuncios publicitarios conocidos por todos: el de una mujer que, poco más o menos, tiene un orgasmo al comer helado; o el “placer adulto” de un chocolate, escenificado por medio de una joven que “lo hace por primera vez”.

Comer puede significar, como queda patente en ciertas expresiones del lenguaje, tanto amar como odiar, agredir o destruir, significados también basados en los más primarios vínculos (orales) infantiles.

La comida también puede tener un valor de consuelo afectivo; puede tener la capacidad de llenar un hueco, un vacío. Esta asociación también es muy primaria dado el papel

⁵ Aquí caben combinaciones en las que entrarían en juego otras motivaciones. Por ejemplo, episodios bulímicos como satisfacción sexual que son compensados no comiendo por motivos de apariencia corporal, es decir, por motivos narcisistas. O anorexia como control represivo de la sexualidad y bulimia como explosión agresiva ante la misma. En estos casos es posible que el vomitar cobre mayor importancia que el comer, es decir, el atracón sería un medio para vomitar. Un indicador del valor de los atracones nos lo puede dar no sólo este hecho, sino también el tipo y la calidad de los alimentos empleados.

⁶ Precisamente, las primeras explicaciones psicoanalíticas de la anorexia la entendían como una defensa frente a los impulsos orales y caníbales. En este sentido, en el texto freudiano del “Hombre de los lobos” (Freud, 1918) podemos leer: “Es sabido que en años muy posteriores, en niñas que se hallan en la época de la pubertad o poco después de esta, se presenta una neurosis que expresa la desautorización de lo sexual mediante una anorexia”. Sin embargo, en la obra freudiana, la anorexia aparece también como uno de los síntomas más frecuentes de la histeria (Freud, 1893, 1896), encontrando, pues, su explicación en la vinculación con algún suceso traumático. Así, por ejemplo, en el historial de Emmy Von N de los *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1895), la incapacidad para comer de esta mujer es explicada por Freud aludiendo a las conexiones del acto de comer con recuerdos de asco. En concreto, su madre la obligaba a comer la carne dos horas después de levantada de la mesa, con la grasa endurecida. A lo que añade: “Y el aminoramiento del asco adherido de antiguo a las comidas no pudo producirse porque ella siempre se vio precisada a sofocarlo en vez de librarse de él mediante una reacción; de niña, por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría”. Es decir, la anorexia sería la expresión del asco a comer toda vez que otras formas de expresión alternativas no han sido permitidas, bien sea por presiones internas o externas.

que juega la comida en las muestras de amor y consuelo que el niño recibe desde el primer día.

Desde otra perspectiva, la narcisista, la gordura puede simbolizar fealdad, falta de voluntad, torpeza, estupidez, y la delgadez todo lo contrario. Entraríamos aquí, como digo, de lleno en la dimensión narcisista del ser humano (en el capítulo 3 aclararemos el concepto de narcisismo y el papel de la anorexia en la búsqueda de equilibrio narcisista) y en la puesta en juego de un determinado sistema de valores, prefigurado, como no puede ser de otra forma, por factores socio-culturales, y asumido, aceptado e incluso priorizado por núcleos más pequeños como la familia, el grupo de amigos y, en última instancia, el propio individuo.

El atracón bulímico puede significar la pérdida de las buenas maneras y el no comer de la anorexia el buen comportamiento. De esta forma, serán aquellas chicas sometidas a fuertes exigencias de brillantez, seguimos, pues, en el terreno del narcisismo, las que precisen mecanismos de compensación y descarga, a modo de válvulas de escape, frente a las mismas. El atracón puede constituirse en el eje sobre el que gira este mecanismo. Por el otro lado, como digo, el no comer puede significar cumplir con los mandatos y reclamos narcisistas, por mucho que estos entren en contradicción con el mandato de comer. No es inusual que la exploración psicoterapéutica acabe desvelando que, pese a la existencia de presiones de los padres para que la hija coma, el no comer es una forma de agradarlos y tenerlos contentos, ya que asimismo reclaman controlar los impulsos, tener fuerza de voluntad, cuidar el aspecto físico, etc. Este significado de no comer queda patente si atendemos al vínculo que algunas de estas jóvenes establecen con los personajes fantasmales de Ana y Mia⁷, auténticas concreciones de la fijación a la *Imago parental idealizada* cuya importancia estableció Heinz Kohut (1971): “A ti sí que no te voy a fallar”, le decía una de estas chicas a Ana, refiriéndose al cumplimiento con los propósitos de no comer y delgadez. Tanto de Ana y Mia como de las aportaciones de Kohut hablaremos más adelante.

Vomitarse también aglutina diversos significados. Uno por encima de todos: el rechazo de algo; aunque aquí el simbolismo es escaso, ya que eso es, precisamente, vomitar. El proceso, aquí, consiste más bien en una generalización de lo que es el mecanismo de vomitar para rechazar comida en mal estado al rechazo de otras cosas, simbolizadas, asimismo, o no. Pongo ejemplos: Una chica puede vomitar la comida que simboliza a su madre, es decir, expresa el rechazo hacia ésta, a quien, por otro lado, seguramente afirma amar con auténtica devoción. Otro ejemplo: una chica, después de recibir una agresión y no responder, es decir, tragársela, vomita para desahogarse. Otro: sí, como quedó dicho, haber comido significa estar embarazada, vomitar supone el rechazo de dicho embarazo, aunque también pudiera significar un elemento más del mismo. Por otro lado, vomitar puede constituirse como una actividad sexual perversa, como ha dejado apuntado Giorgio Nardone (2003) al establecer el “vomiting” como entidad diferente de la anorexia y la bulimia.

⁷ En las páginas web pro-anorexia y pro-bulimia las chicas que participan en las mismas hablan con frecuencia de, y con, Ana y Mía, personajes imaginarios que representan, respectivamente, a la anorexia y a la bulimia.

Otra fuente de simbolismos importantes es la que deriva de la tramitación de la culpa. En este sentido, tanto no comer como vomitar pueden simbolizar castigo⁸, penitencia o, en ocasiones, operar como medidas defensivas que impidan un desempeño sexual o agresivo que movilizaría un intenso sentimiento de culpa.

Y, finalmente, **la propia anorexia, siempre y en todos los casos, y esto es muy importante tenerlo en cuenta, cobrará su propio valor simbólico.** Puede suponer espacio personal, autonomía, dependencia, ejercer la propia voluntad (poder), seguir siendo niña, un lugar seguro para vivir, estar enferma, ser la que precisa la mayor de las atenciones, ser algo o alguien y un largo etcétera. **Es precisamente de esta capacidad de la anorexia para aglutinar significados y, por ende, tener un sentido de lo que trata este libro.**

Resumiendo:

- No comer y los demás componentes que conforman una determinada anorexia tienen un sentido.
- Las propias chicas que padecen la anorexia desconocen, al menos en parte, estos significados. Es decir, son, al menos en parte, inconscientes.
- Éstos son susceptibles de ser comprendidos.
- Considero fundamental ésta comprensión para llevar a cabo una adecuada terapéutica que busque, no sólo la remisión sintomática, sino también el crecimiento de la persona. O, en otras palabras: ya que hemos partido de la base de que la anorexia es un intento de solución para ciertas problemáticas, llamémoslas vitales, no se trata sólo de erradicar la solución de que se dispone, sino, más bien, de encontrar soluciones más maduras y menos costosas. **Es la diferencia que existe entre un tratamiento destinado a que la persona *no haga algo* y el destinado a que *haga algo*⁹.**
- Considero que es importante que el clínico esté familiarizado con los principales significados que la anorexia y sus manejos comportan, facilitándose así la escucha y comprensión de la persona, siempre que evitemos la proyección de elementos por el mero hecho del diagnóstico de anorexia. Es decir, en principio es como si conociéramos el vocabulario de un idioma; ahora hay que escuchar a la persona y comprobar cuáles de estas palabras utiliza. Y una cosa más: no olvidemos dejar abierta siempre la posibilidad de encontrar nuevos significados, ya que, en última instancia, cada persona es la autora de su propio drama.

⁸ “El baño es mi confesionario. Me arrodillo ante la taza del retrete y hago penitencia por mis pecados”, escribe una joven en su página web pro-anorexia.

⁹ Por supuesto, aquí me refiero a objetivos finales. Si, por ejemplo, la vida de la persona corre serios riesgos, primero habrá que evitar, como sea, que haga algo, igual que ante una amenaza de suicidio lo prioritario es que la persona no se suicide. Aun así, si es posible hacerlo de una manera que no suponga una gran interferencia para el logro del objetivo final, mejor.

CAPÍTULO 2

LA MADRE (Y EL PADRE) EN LA ANOREXIA

Te amo... ¿Por qué me odias?
Te odio... ¿Por qué me amas?
Secreto es éste el más triste
y misterioso del alma.
Mas ello es verdad...
¡Verdad dura y atormentadora!
Me odias porque te amo;
te amo porque me odias.

Rosalía de Castro

Son muchos los autores que han puesto en conexión la anorexia con la perturbación temprana del vínculo madre-hija, con fallas de importancia en el cuidado materno. El vínculo con la madre es la base sobre la que se desarrolla la personalidad humana, pudiendo éste suponer una sólida base para el futuro crecimiento y desarrollo de la persona o, por el contrario, una fuente de inseguridades e insatisfacciones que interferirán con dicho desarrollo, ya que:

- a) Privará a la persona de unas experiencias necesarias para disponer de unos buenos “cimientos” para el resto del desarrollo vital.
- b) No le permitirá avanzar al no estar dispuesta la persona a continuar hacia delante sin haber sido satisfechas esas experiencias de satisfacción y al no contar con adecuados objetos de identificación. Ser mujer adulta supone, por una parte, distanciarse de la madre, pero, por otra, identificarse con ella. Pues bien, una madre fría y/o agresiva, por ejemplo, promoverá que se bloqueen estos dos procesos: la hija no estará dispuesta ni a renunciar a gozar de una “madre buena” ni a identificarse con una “madre mala y odiada”, quedando estancada, emocionalmente, en fases infantiles del desarrollo.
- c) Propiciará la existencia de intensos temores e inseguridades a los que la persona no tendrá más remedio que atender, mirando, igualmente, más hacia atrás que hacia delante.

La anorexia es uno de los diferentes destinos a los que puede conducir un vínculo madre-hija excesivamente problemático. Como veremos en este capítulo, la anorexia puede ser una forma de dar respuesta a este vínculo, a los temores e insatisfacciones derivados del mismo, a los asuntos pendientes, al narcisismo de la madre. La anorexia puede dar respuesta simultáneamente tanto a las más primarias necesidades de dependencia como a aquellas relacionadas con el logro de un funcionamiento autónomo. Veamos algunas de las facetas maternas que pueden exacerbar la conflictividad del vínculo madre-hija:

- Rechazo, agresión y falta de amor (indiferencia)
- Abandonismo.
- Retención de la hija en la etapa simbiótica en la que los límites entre ambas no están bien definidos.
- Abuso y utilización narcisista de la hija.
- Rivalidad y devaluación de la hija, fomentándose un estatus de madre superior.
- Control e intrusismo
- Su mejor versión (como madres) es ofrecida cuando la hija tiene serias dificultades y un gran sufrimiento.

¿Cómo complementa una hija estas facetas de su madre?

- Se somete para aplacar el rechazo y la agresión materna
- Siente rabia y rechaza, a su vez, a su madre por rechazarla y agredirla
- Se auto-culpabiliza de la situación
- Culpabiliza a su madre de la situación
- Siente rabia por sentirse abandonada
- Teme sentirse abandonada
- Presenta grandes dificultades para acceder a una identidad propia separada de la de la madre.
- Intensos sentimientos de inferioridad frente a la madre
- Gran dependencia con respecto a la madre. Importantes fallas en el desarrollo de un funcionamiento autónomo
- La simbiosis se vuelve agobiante y la separación insoportable
- Utilizan su propio sufrimiento para movilizar a la “madre buena”, así como para agredir y culpabilizar.
- Se responsabilizan de la madre.

Como vemos, la hija se encuentra, primero, en una situación que vive como negativa, tanto por el rechazo, la agresión, el temor a ser abandonada, como por el vínculo narcisista con la madre, y, segundo, en la tesitura de tramitar emociones altamente intensas y contradictorias entre sí (mamá me quiere o me odia, quiero u odio a mamá, es ella o soy yo la culpable de la situación, necesito o no soporto a mamá). Compleja problemática de por sí, que además, por su naturaleza, no estará codificada como aquí la estoy exponiendo, sino que estará planteada, fundamentalmente, en términos del “proceso primario”.

La comida, en un principio, es para el hijo lo mismo que la madre, para después, según va creciendo éste, seguir constituyendo un importante elemento vinculante entre ambos. Figurémonos el caso de una madre, molesta con su condición, que le da el pecho a su hija con impaciencia, con prisas, deseando que ésta acabe, incluso sintiendo rabia hacia ella. Como parece obvio, esta situación no le será indiferente al bebé, que captará la “mala leche” de la madre y responderá en consecuencia, en la forma en que puede hacerlo, como se responde ante un alimento envenenado, bien rechazándolo directamente, es decir, negándose a ingerirlo, bien con reacciones corporales defensivas una vez ingerido, como por ejemplo las náuseas y los vómitos o las reacciones alérgicas a la comida. Experiencias como las que describo, sucedidas en momentos estructurantes del desarrollo, nos permiten comprender mejor creencias del tipo “todo lo que te alimenta te destruye”, que no son más que la cristalización de los esfuerzos defensivos de la hija.

Más adelante, y durante mucho tiempo, la comida seguirá siendo uno de los principales elementos vinculantes entre la madre y sus hijos, por lo que sucede a las horas de las comidas, momento privilegiado de reunión familiar, y por cómo la madre ejerce su papel regulador de lo que comen sus hijos. Las peleas familiares durante las comidas, a gritos o en silencio, van condicionando negativamente la comida que, como decimos, puede estar condicionada negativamente desde la primera toma. Por otro lado, a la madre le toca el papel de regular qué, cuándo y cómo comen sus hijos. De cómo ejerza esta función dependerá también que la comida vaya configurándose como algo bueno o como algo malo. No es infrecuente que la función reguladora de la comida acabe desempeñándose en el contexto de un clima conflictivo, asumiendo la madre la posición que defiende que comer es necesario, con lo que a la hija le tocará la posición que defiende que no lo es.

He aquí una cuestión de suma importancia en el desarrollo de la anorexia y también en el de la terapéutica: la de la función reguladora de la alimentación. De cómo se configure el desempeño de esta función dependerá en cierta medida el desarrollo o no de una anorexia. Desde que la madre da a luz surgen una serie de campos que precisan ser regulados (alimentación, limpieza y cuidado corporal, sueño, trabajo, ocio). El escenario más favorable para el crecimiento de la persona es aquel en el que esta función se lleva a cabo inicialmente en común entre los padres y los hijos, para que paulatinamente, como consecuencia de la adquisición de nuevos recursos, vayan éstos asumiendo una mayor proporción de la responsabilidad. Pero sucede que en ocasiones los padres usurpan para sí el ejercicio de esta función con lo que al hijo le quedan dos opciones o someterse o rebelarse, pero no la de sentirse dueño de su vida.

Pongamos un ejemplo: una madre asume para sí el papel de regular la alimentación de su hija sin tenerla apenas en cuenta, ni sus gustos ni sus ritmos, aprovechando, de paso, su posición de poder para canalizar la rabia que siente hacia ella. La hija, pese a someterse a su madre en buena medida, irá rebelándose contra ella por medio de una contra-regulación que incluirá algunos de los archiconocidos elementos de la anorexia y la bulimia. **El resultado: una desconfianza total tanto en la madre como en ella misma para regular la alimentación.**

Por otro lado, el no comer está reforzado tanto desde el nivel biológico, en el que el rechazo a la alimentación es una respuesta fácilmente observable en todo el reino animal; desde el nivel de la autonomía individual, en el que no comer puede representar la quintaesencia de la libertad, estableciéndose como “lo único a lo que no nos pueden obligar”; y desde el social, en el que la delgadez se presenta como un gran valor, equivalente a éxito y belleza, y no comer como uno de los medios para conseguirla.

En los trabajos que se vienen realizando en los últimos años se puede observar una tendencia a “exculpar” a la madre de haber jugado un papel importante en la génesis de las anorexias, no se sabe bien si como parte de la crítica indiscriminada que han sufrido la mayor parte de las propuestas que procedían del ámbito del psicoanálisis, o, más bien, como resultado de una suerte de represión de cualquier cuestionamiento o ataque a la madre, sucediéndole, entonces, a los estudios científicos lo mismo que le sucede

usualmente al individuo, a saber, que cualquier cuestionamiento a la madre es uno de los elementos más severamente perseguidos y sancionados por el superyó¹⁰.

En el presente trabajo he partido de la inclusión de las dificultades del vínculo con la madre como uno más de una serie de elementos problemáticos que la anorexia trata de resolver, pero, si me atengo a mi experiencia clínica, diré que todavía no he conocido a una chica con conductas anoréxicas y una madre, utilicemos el concepto winnicottiano, “lo suficientemente buena”. Las madres de las chicas anoréxicas son, o han sido, muy agresivas con sus hijas, o han suscitado en ellas sentimientos de abandono, o las han utilizado para su propia satisfacción narcisista en exceso, o, en muchos casos, eran también anoréxicas. Obviamente, nuestra intención, como cuando se trabaja en un contexto terapéutico, no es culpabilizar, sino describir cómo es una determinada realidad, para, entonces, estar en mejor posición para hacer frente a la misma.

Insisto, no se trata de demonizar a las madres. Las facetas maternas que aquí describo son universales, variando sólo en grado. No hay que ver a la madre, pues, como la mala de la película, sino como una persona que ha tenido que desempeñar su papel con unas condiciones personales desfavorables para el mismo. Muchas de ellas así lo afirman explícitamente: “si yo no quería ser madre”.

A continuación, destacaré tres componentes del vínculo madre-hija en los que creo principalmente pueden radicar las dificultades a las que me vengo refiriendo. Aclarar que éstos, como digo, en algún grado son universales y no se excluyen mutuamente, es más, no será extraño encontrarnos pacientes que han tenido que hacer frente a una buena dosis de dificultades en cada una de estas áreas.

Son tres elementos vinculares que si se convierten en excesivamente problemáticos pueden operar como puntos de fijación o asuntos pendientes en lo que concierne a ulteriores desarrollos de la personalidad, por ejemplo aquellos que conducen a la anorexia. La persona entonces, si han surgido graves dificultades en estos ámbitos, puede quedar atrapada en alguna de las problemáticas no resueltas que derivan de:

- La agresividad de la madre
- Los sentimientos de abandono
- La madre que atrapa

La agresividad de la madre.

Partiremos de un hecho que a veces parece pasar inadvertido: la relación madre hija está sumamente cargada de agresividad de por sí. La maternidad es una posición que implica siempre una gran ambivalencia. Así, pues, de lo que aquí hablaremos es de la intensificación en cuanto a grado, por distintos motivos, de una condición que es universal: las madres odian a sus hijos en algún grado, y a sus hijas, normalmente, algo más, porque, como veremos, tienen más motivos potenciales para ello.

¹⁰ En este punto nos vienen al paso las opiniones de Alice Miller (1979, 1980), quien sostenía que incluso los psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos clínicos tienen un miedo inconsciente de culpar a los padres de los trastornos mentales de sus clientes

Dejemos de lado, de momento, los motivos para albergar sentimientos agresivos hacia la hija, ya que éstos pueden ser muchos, y partamos de que éstos ya están presentes en un alto grado. Lo primero que hay que aclarar es que este exceso de agresividad puede traducirse en 1) Una madre que ataca a su hija, 2) Una madre que se distancia de su hija y 3) Una madre que protege a su hija (de ella misma). Es decir, la agresividad puede ser la condición no sólo para que la madre agrede, sino también para que abandone o hiperproteja. En este apartado me centraré sólo en la primera de las posibilidades, ya que las otras dos las abordaré más adelante. Por supuesto, en la práctica real, una determinada madre, guiada por su agresividad hacia la hija, puede hacer las tres cosas en cierta proporción. Es decir, agrede en ocasiones, abandona en otras e hiperprotege otras; o, por ejemplo, agrede hiperprotegiendo. Igualmente, la agresividad materna se integrará junto a otras líneas de sentimiento hacia la hija, por ejemplo, junto al amor.

Me centro aquí en la madre que ataca a su hija. Contemplo dos posibilidades: 1) Que este odio esté exacerbado desde un principio, es decir, desde el momento en que se tuvo noticia del embarazo, o, al menos, desde el nacimiento, normalmente como consecuencia del rechazo a ser madre. 2) Que este incremento del odio surja más adelante, normalmente como consecuencia de la frustración de las excesivas aspiraciones (narcisistas) con respecto a la hija (posesión narcisista)¹¹.

Uno de los propósitos más básicos que regirá cómo conducirnos en la vida es diferenciar el amor (bueno) del odio (malo) para así poder incorporar y beneficiarnos de uno y defendernos del otro. Podría decirse que todos nacemos con la capacidad de guiarnos por esa consigna: acércate a lo que te ama, ya que es bueno para ti; defiéndete de lo que te odia, ya que es malo y destructivo para ti. Hasta ahí todo claro. Primera dificultad: mamá, por un lado, me quiere y, por otro, me odia, ¿qué hacemos?

Es decir, ante una misma persona (mamá) vamos a sentir cosas muy dispares.

- Expectativas positivas de que va a cubrir nuestras necesidades y satisfacer nuestros deseos. Sentiremos, por tanto, amor.
- Miedo y necesidad de defendernos.
- Rabia, si nos ha dañado o frustrado.

Si las proporciones relativas de miedo y rabia son moderadas frente al amor, es posible que no tengamos mayores problemas. Podremos ver a mamá como alguien básicamente bueno, aunque haya algunas cosas suyas que no nos gustan. Es decir, nos será fácil integrar todos los aspectos de mamá. Pero si las proporciones de miedo y rabia crecen será más difícil lograr esa integración, ya que vivir a la madre como básicamente mala no va a ser posible debido a las muchas necesidades cuya satisfacción dependen de ella.

¹¹ Me viene a la memoria el caso de una chica que traté hace ya varios años. Aunque su motivo de consulta estaba relacionado con la tricotilomanía, también sufría de algunas dificultades de tipo anoréxico entre otras inadaptaciones a su vida. En el relato de su historia destacaba el continuo ataque que había sufrido por parte de su madre, quien sostenía la hipótesis de que todo lo que le ocurría a su hija derivaba de que, en la pubertad, le habían tenido que extirpar un ovario. La hipótesis era del todo cierta, aunque no por los desarreglos bioquímicos a los que se refería la madre, sino porque, desde ese día, rechazó a su hija debido a que ya no respondía a los anhelos de perfección que albergaba con respecto a ella.

Recurriremos entonces a una especie de depuración, desplazando el miedo y la rabia hacia otros objetos diferentes de mamá. Esto puede concretarse de muchísimas maneras. Veamos algunas que impliquen anorexia:

A la madre se la deja como buena, con una salvedad, como se le ha quitado todo lo malo, resulta idealmente buena. Y el odio de la madre, ¿dónde va a parar? A la comida. A partir de este momento la comida le dará miedo a la hija, la odiará y, si tiene que tragarla, la vomitará. También, todo el odio que siente hacia mamá lo puede sentir hacia ella misma, al fin y al cabo es su hija, con la ventaja de que no tendrá que temer posibles represalias en forma de ataque o negación de amor, agrediéndose, entre otras formas, dejándose sin comer o forzándose a vomitar.

Pero, en el fondo, la hija sabe que es hacia mamá hacia quien siente tanta rabia, sintiéndose, entonces, muy culpable y pagando dicha culpa no comiendo y vomitando. Al tiempo, sentirá rabia por todo lo que está pasando: por tener tanto miedo, sentir tanta culpa, pagar las cosas siempre con ella misma, encontrando, de nuevo, en no comer y vomitar la solución. Como se puede ver, el círculo vicioso queda cerrado.

Como resultado la persona queda sumida en una gran confusión, ya que, por un lado, como es natural, ha aprendido a mirarse a través de los ojos de mamá y ver las cosas como ella las ve, y, en ese sentido, a odiarse a sí misma (“La anorexia está ahí para recordarte lo mucho que debes lastimarte”); por otro, se odia a sí misma sin ser muy consciente de que a quien rechaza es a mamá; aunque también en parte es consciente de que fue mamá la que inició las hostilidades. Como decía una de mis pacientes para resumir su situación: “ya no sé si no me acepto a mí, no acepto la vida o la vida no me acepta a mí”.

Los sentimientos de abandono¹²

Otro elemento del vínculo madre-hija que puede convertirse en asunto pendiente de resolución y que encontrará más tarde en la anorexia un intento de elaboración es el que se relaciona con todas aquellas conductas y actitudes de la madre hacia su hijo, así como diversas circunstancias, que suscitan sentimientos de abandono¹³. La compensación de la angustia de abandono por parte de la madre se puede observar, ya en el adulto, en diversas estructuras de personalidad con sus consiguientes formaciones sintomáticas. Basándome en mi propia experiencia clínica, creo que, con alta frecuencia, en la anorexia se integra esta problemática.

¿Qué conexión tienen los sentimientos de abandono y no comer? Por un lado, perder el apetito y no comer puede ser un componente más de una respuesta depresiva más vasta, en este caso, la que derivaría de la desesperanza en lo que se refiere a la satisfacción de los deseos de apego con respecto a la madre. Es decir, el sentimiento de abandono es la base de un estado depresivo del que la pérdida de apetito es una parte. Podríamos

¹² Al hablar de sentimientos de abandono hay que diferenciar entre el miedo a ser abandonado y el sentimiento de haber sido abandonado. Ambos momentos conllevan, respectivamente, fuertes sentimientos angustiosos y depresivos.

¹³ Cierta grado de sentimiento de abandono es inevitable. Nos encontramos, pues, ante una cuestión de grado, en la que no surgirán dificultades mientras el grado se mantenga dentro de unas coordenadas (grado óptimo de frustración), ni muy altas ni muy bajas, de tal forma que se favorezca el crecimiento y el avance y se eviten fijaciones a esa problemática o, como intento de solución, regresiones a fases donde la misma no existía.

traducir este sentimiento de desesperanza de la siguiente forma: “He perdido a mamá, ya nada me importa, ni siquiera comer”. De igual forma, en la historia de estas mismas personas no es inusual que, al tiempo, encontraran consuelo a sus sentimientos al ingerir algún alimento concreto investido de ese poder “curativo”. No olvidemos lo dicho, la comida simboliza a la madre.

Una segunda vía de conexión: Los sentimientos de abandono implican siempre sentimientos de rabia hacia la persona que abandona, con lo que el rechazo a la comida puede ser también una expresión de aquella. Aquí se rechaza la comida porque simboliza a la madre o se emplea el no comer como recurso de protesta y expresión de rabia.

Asimismo, es muy probable que esta pérdida de apetito, este no comer, el enfermar, hayan atraído una mayor atención de la madre, con lo que pasarán a convertirse en medios efectivos para solucionar el problema del abandono, medios en los que la persona puede llegar a creer con fe ciega, generalizándolos a otros momentos y a otras relaciones en las que, por transferencia, se sienta nuevamente la angustia de ser abandonada.

También, la pérdida de apetito puede ser, como sucedía con los sentimientos depresivos, un elemento de la respuesta, más amplia, de angustia. **En este punto puede cobrar gran importancia el vómito, que para ciertas personas tiene un gran poder ansiolítico.** El proceso es pues el siguiente: una circunstancia moviliza (rememora) una intensa angustia de estar siendo o haber sido abandonados, la persona vomita y se queda tranquila (en lo que respecta a dicha angustia, ahora empezará a preocuparse por el problema que supone vomitar).

La importancia de los sentimientos de abandono en la niñez resulta obvia, no en vano es la etapa en la que la expresión “ser abandonado” cobra todo su sentido, ya que ésta implica a una parte con escasos recursos para defenderse y a otra de la que depende para su protección. Lo importante aquí es dejar bien apuntado que estos sentimientos pueden trascender la etapa infantil, llegando incluso a constituirse como la problemática prioritaria a la que la persona siente que tiene que dar respuesta, por ejemplo con la anorexia.

Este particular se comprueba muy bien en la transferencia con el terapeuta, con quien se reactivará el miedo a ser abandonada y, en ocasiones, el sentimiento de haberlo sido. Como veremos en el capítulo dedicado a la psicoterapia de la anorexia, la superación de la misma puede pasar por la elaboración de esta transferencia, ya que facilita el poder dar por cerrado el problema infantil del abandono. **Hablando con más precisión, lo que se supera no es la anorexia, sino la fijación a la fase en la que ser abandonado es la principal preocupación. La anorexia, simplemente, deja de ser necesaria.**

La madre que atrapa (¡Necesito mi espacio!)

En este apartado me referiré, fundamentalmente, a las dificultades que se derivan de un ejercicio narcisista de la maternidad. ¿A qué me refiero con esta expresión? A aquel desempeño de sus funciones en el que la madre, prioritariamente, busca la satisfacción de los propios deseos, incompatibles estos con el crecimiento y desarrollo individual del hijo y con las tendencias de éste hacia la libertad y la madurez. Estoy hablando de una

tergiversación de la naturaleza del vínculo, que deja de ser, en lo fundamental, un contexto destinado a favorecer el crecimiento del hijo, para convertirse en un espacio para la satisfacción de la madre y, si acaso, también para la satisfacción de ciertos deseos infantiles del hijo.

Me referiré fundamentalmente a aquella condición en la que el vínculo madre-hija queda detenido en la fase de funcionamiento fusionado y simbiótico. Partimos de que en el vínculo madre-hijo tiene lugar siempre, en condiciones normales, una fase de funcionamiento simbiótico determinada por las necesidades del hijo. El problema surge cuando la madre trata de perpetuar esta fase en respuesta a sus propias necesidades, y esto, como veremos más adelante, es más probable que suceda con las hijas que con los hijos. Por un lado la hija no adquirirá un mínimo de independencia emocional, viéndose siempre en la tesitura de integrar, de alguna manera, sus poco tenidos en cuenta deseos con los de su madre. Cuando desee algo, sus principales esfuerzos no irán dirigidos a buscar la satisfacción, sino a buscar el permiso materno. En ciertas ocasiones lo que se verá comprometido será el proyecto vital completo, viéndose la hija en la obligación de dedicarse a su madre. Aquí se conjugan la fuerza del deseo materno, que atrapa a la hija, y la gran inseguridad que genera la separación, tras haber sido privada esta última de las adecuadas experiencias de funcionamiento autónomo bien graduadas. El resultado suele ser que la hija ya no soporta el cerco que supone su vínculo con la madre, al tiempo que le aterra separarse de ella. Quedan constituidas, de esta manera, dos polaridades altamente radicalizadas que se refuerzan mutuamente: por un lado los deseos de individuación y autonomía se plasmarán en fantasías de escapar y romper drásticamente con la madre. Estas fantasías, a su vez, generarán una intensa angustia, al tener la hija muy poca confianza en sus propios recursos independientes de la madre, angustia que, por otro lado, conducirá a volver a buscar la cercanía. Así queda cerrado el círculo vicioso.

A esta radicalización contribuyen también las propuestas maternas, ya que no es raro que estas madres funcionen bajo la lógica del “estás conmigo o estás contra mí,” o que hayan sido, al mismo tiempo, madres muy ausentes, con lo que para las hijas la alternativa moderada de posicionamiento es inexistente. Es decir, la radicalización de los deseos/temores se verá reforzada tanto por la propia dialéctica de los mismos como por una suerte de adecuación a la propuesta materna.

La hija, ante este estado de cosas, buscará la integración de ambas polaridades. Buscará un compromiso entre sus necesidades infantiles de contar con una madre todopoderosa y sus necesidades de autonomía e individuación con respecto a aquella. ¿Cuál será la “mejor” forma encontrada de integrar ambas tendencias? En muchos casos, la anorexia.

Efectivamente, la anorexia puede tener, simultáneamente, para quien la padece, tanto el valor de algo que une a mamá como el de algo que independiza de ella. He aquí, por tanto, una de las condiciones que hacen que sea tan difícil renunciar a la anorexia: resuelve un problema que, tal como está planteado, es prácticamente irresoluble. Se me ocurre una imagen gráfica para ilustrar la clase de independencia que se busca en la anorexia, es decir, una independencia que satisfaga, al tiempo, intensas necesidades de dependencia: La independencia que se logra en la propia habitación de la casa familiar. Ese es el tipo de independencia que se logra con la anorexia, una independencia dependiente o una dependencia independiente, como se prefiera. Una independencia hacia dentro de la casa, y no hacia fuera.

La anorexia supone la construcción de un espacio de independencia personal con respecto a una madre que tiene a su hija atrapada en un vínculo infantilizado, que estaba destinado, en principio, a ser sólo una fase transitoria. Es un espacio a través del cual la hija le está diciendo a su madre: “déjame vivir mi vida”. Pero, a su vez, es un potente reclamo de la atención y los cuidados maternos, con las necesidades de la hija ¡por fin! con prioridad con respecto a las de la madre.

Es decir, la anorexia ofrece una doble solución al problema planteado por la irrupción de las propias necesidades infantiles de la madre, que han pervertido el vínculo madre hija. Es pues un intento de compensación de las fallas maternas consistentes en:

- La madre da prioridad a sus propias necesidades por delante de las de su hija
- La madre no deja independizarse a la hija

Una posible concreción de este vínculo sería lo que Alice Miller (1979) llamó el “abuso narcisista” de los hijos, cuyos dones, reales o fantaseados por los propios padres, son explotados para su propia satisfacción, para compensar sus propias frustraciones. De esta forma, lo que se le va enseñando a la hija es que su deseo no cuenta, que el que cuenta es el deseo materno. La rebelión frente a esta propuesta materna generará una intensa angustia de separación y un intenso sentimiento de culpa. Atendamos por un momento a los sentimientos de culpa que derivan de esta clase de vínculo. Como es natural, la hija inmersa en una relación fusionada con su madre en la que no puede funcionar como individuo autónomo, en la que no puede desear por ella misma, albergará, como ya quedó señalado, un intenso deseo de desvincularse, cuya continua frustración derivará en fuertes sentimientos de rabia y ésta, a su vez, en un gran sentimiento de culpa (¿cómo puedo sentir esto hacia mamá, con lo buena que es, con lo que me quiere, si lo ha sacrificado todo por mí!) y en una gran cantidad angustia (tanto relacionada con la reacción agresiva de la madre como con dañarla). La culpa y la angustia le indicarán a la hija el camino de retorno a la fusión con la madre, y, a partir de ahí, vuelta a empezar.

Como se puede apreciar la situación se ha tornado altamente compleja y conflictiva, con múltiples y fuertes tendencias motivacionales en juego. Hagamos un recuento de todas las líneas motivacionales a las que tiene que atender la hija:

- Los deseos de la madre
- Los propios deseos de autonomía
- Los propios deseos de fusión con la madre
- Angustia de separación, de dañar a la madre o de ser dañada por la madre si se separa
- Angustia de cercanía, de dañar a la madre o de ser dañada por ella si permanece tan cerca
- Sentimientos de culpa y deuda

Es así como la muchacha tendrá que intentar dar respuesta a todas y cada una de estas líneas, satisfaciendo las de deseo, defendiéndose de las de angustia y, por supuesto, eludiendo la culpa. A todo esto habrá que añadir que, debido al estado infantilizado en el que permanecen una buena parte de las estructuras de personalidad, los recursos para hacerlo serán muy primarios, lo que, junto a lo dicho, incidirá en una intensificación de

los elementos afectivos señalados: la angustia será desbordante, la culpa grandísima y los deseos, propios y maternos, irrenunciables. Y también habrá que añadir, una vez iniciado el proceso anoréxico, todos aquellos deterioros del funcionamiento afectivo-cognitivo que deriven de la desnutrición.

Pues bien, el complejo entramado en el que acaba convirtiéndose la anorexia ofrece respuesta a todas y cada una de las partes en litigio. Supone una cesión ante el narcisismo materno, ante sus deseos; supone una conquista del espacio narcisista de la hija; acerca a la hija a su madre; distancia a la hija de su madre; supone cierto grado de agresión a la madre; supone una cierta contención de la angustia; elude la culpa bajo el disfraz de enfermedad; y, la no eludida, se paga en forma de auto-castigo.

A resultas de todo esto la personalidad de la joven quedará escindida, por ejemplo en la valoración que hace del amor materno, que será contemplado como altamente virtuoso, visión que suele ser la de la propia madre ha transmitido y la de el observador externo ingenuo, o como devastador e insoportable, perspectiva que acarrea un fuerte sentimiento de culpa, situación ésta muy desestructurante, ya que la persona, si ve las cosas como son, debe sentir que está distorsionando la realidad, y si acepta una realidad distorsionada, puede sentirse cuerda.

Destacar también que la pubertad será vivida por la madre como una amenaza de pérdida de la hija, debido a la irrupción de nuevos intereses como pueden ser los chicos o el grupo de amigas. En la pubertad, pues, es muy probable que se incremente la presión o la atracción materna, a la que la hija, en ocasiones sólo podrá resistirse por medio de la anorexia. Estamos hablando de madres dependientes de la dependencia de sus hijas, que harán sentir a sus hijas que intenten hacer su vida que las están abandonando o que sin el apoyo materno el mundo es demasiado peligroso y los recursos propios insuficientes. Existe, pues, un mensaje implícito: “hija, no puedo vivir sin ti”. Y ésta es una carga demasiado pesada que ninguna hija debería tener que soportar. Y junto al mismo otro del tipo: “Hija, no puedes vivir sin mí”.

Remito al lector interesado al magnífico trabajo *Madres hijas. Una relación de tres* (2002) de Carolina Eliacheff y Natalie Heinrich, ya que incluye varios capítulos que suponen una excelente descripción, apoyada en la ficción literaria y cinematográfica, de esta clase de vínculo madre-hija y de sus devastadoras consecuencias. Allí, la posición de la hija queda calificada como de “juguete pasivo” de la madre. Aunque valdría también la expresión utilizada por una de mis pacientes, que se sentía esclava de la madre.

Estas autoras, al hacer referencia a “estas madres, más madres que mujeres, que encuentran su razón de vivir en la simbiosis con una hija espejo, una vez que el padre ha quedado reducido, en el mejor de los casos, a la invisibilidad y en el peor al de obstáculo o enemigo al que hay que abatir”, se van a preguntar por la especificidad del vínculo madre-hija que produce consecuencias diferentes y más profundas que las producidas sobre el hijo (varón), aportando la siguiente respuesta:

Si bien existe esta influencia de la madre sobre el hijo varón, ella ejercita, sobre todo, sobre la hija, bajo las formas más oscuras y arcaicas, que a veces llegan a la violencia. Obligación de conformidad con los modelos, desprecio del sexo femenino, imposición de secretos, relatos terroríficos, culpabilizaciones e intrusiones de todo tipo son las

formas más visibles, de las cuales es la confusión de las identidades la que constituye, probablemente, una forma tan sutil cuanto más temible (pag. 37).

A lo que añaden:

Cuando es el hijo el que tiene la responsabilidad de realizar las aspiraciones parentales, éstas son más de orden familiar que personal; se trata de todo un linaje que, en el espíritu de los padres se encarna en el joven heredero; mientras que las aspiraciones sobre la heredera investida por su madre son más de orden interpersonal; en una confusión de identidades que, paradójicamente, resulta una carga más pesada de llevar que la familiar, porque es menos comunicable, menos mediatizable por terceros. Todavía más que para los chicos, el abuso narcisista cometido sobre las hijas es también, indisociablemente, un “abuso” de identidad, al poner a la niña en un lugar que no es el suyo, quedando desposeída de su propia identidad por aquella misma persona que tenía la responsabilidad de ayudarla a construirla (pag.40).

Y citan a F. Couchard¹⁴, quien dice que “la *influencia* materna sobre el hijo toma a menudo una forma más dulce, que se enmascara bajo la seducción y la ternura: es una *influencia* que exige toda la atención y el amor. La *influencia* sobre la hija impondrá a esta el seguir los modelos de la madre, el respetar sus deseos, el hacer todo lo necesario para parecerse”.

El psiquismo de estas hijas queda frágilmente estructurado entre las opciones de ser igual que mamá o ser lo opuesto de mamá, estrecho margen de maniobra, que, como les sucederá con el peso, dificultará sobremanera el logro de un espacio personal válido para la identificación. He ahí uno de los dramas de la anorexia: se busca algo, un peso, por ejemplo, inexistente, ya que no está inscrito, constituido, en el psiquismo de la persona. “No se trata de la cantidad de amor, del cual sería además muy complejo establecer la medida. Lo que cuenta es la calidad del espacio que se deja entre la madre y la hija, y la forma en que podrá ser ocupado tal espacio” (*op.cit.*, pag. 60).

Por supuesto, como ha quedado ya dicho en alguna de las citas, este vínculo madre-hija se sustenta en la exclusión del padre que habrá quedado anulado o, directamente, excluido de la escena. Esto puede ser así bien porque la madre lo excluya bien porque el propio padre se excluya o fruto de las circunstancias, por ejemplo su muerte. Exclusión de terceros y confusión de identidades que traerán como consecuencias que no haya límites entre la madre y la hija y sí, y muy fuertes, entre ellas y el mundo, de ahí la sensación a la que hacen referencia de vivir como en una burbuja, atrapadas. Del mismo modo, la hija se hará cargo de la infelicidad de la madre, no permitiéndose la propia felicidad, cuyas muestras, además, es más que probable que hayan sido atacadas, en un auténtico sabotaje de la felicidad de la hija, por la propia madre.

La defensa a ultranza de los propios deseos y necesidades narcisistas por parte de la madre traerá una consecuencia: que la hija quiera más al padre o a los hermanos que a la madre, pero se sienta obligada a que sea ésta la más querida. La madre se mostrará celosa ante las muestras de amor a cualquiera que no sea ella, ante cualquiera que amenace su preponderancia en lo que respecta al amor de la hija. Es así como la hija puede llegar incluso a auto-engañarse y creer que es a la madre a quien más quiere, pero el trabajo terapéutico desvela con facilidad que sólo es a la que debe querer. Prueba de esto son los sentimientos de culpa que surgen asociados a la idea de que a lo mejor

¹⁴ Couchard, F. (1991). *Emprise et violence maternelles. Étude d'anthropologie psychanalytique.*

quiere más a su padre que a su madre (a la inversa no hay culpa). La madre se vale de diversas fuerzas para ejercer esta presión: 1) Los ataques directos a la hija, con la amenaza de retirada del amor de trasfondo. 2) La debilidad del padre: La hija se ve obligada a elegir a aquél a quien menos quiere porque le da más seguridad, sobre todo, de que permanecerá ahí, disponible para cumplir con sus funciones en el ámbito del apego. De igual forma, la madre llevará mal que el padre o los hermanos quieran más a la hija que a ella, cosa que, dado el carácter de la madre, frecuentemente estará sucediendo de hecho. Todo esto llevará a la muchacha a bloquear el curso normal de sus sentimientos relacionados con el querer y el ser querida, quedándose atrapada, fundamentalmente por temor, por y con la madre.

Concluiré aportando un dato tomado de mi experiencia clínica: varias pacientes, ya con la sensación, no sólo de que la anorexia estaba superada, sino también de que su vida ya estaba en otro punto, resumieron lo esencial del éxito de sus terapias de la siguiente forma: “antes mi madre lo era todo para mí; ahora es una parte más de mi vida”. Y cediendo, de nuevo, la palabra a Caroline Eliacheff y Natalie Heinrich, ya que yo, que nunca he sido hija, me declaro incapaz de hablar con tanta elocuencia:

Ahí está la sombría verdad que, tras la dedicación ideal de las madres a sus hijos, a veces aparece como un fantasma, favorecido por el trabajo de la ficción; tras el grito de amor de las furibundas del amor maternal (¡Nunca se ama demasiado a los hijos!), aparece el grito de guerra de las mujeres sedientas de objetos a los que adorar, a los que investir de un amor de fusión, a los que alistar en el deseo sin fin de una absorción sin límites en y por el otro; una adoración, fusión o absorción que no consienten a los hombres, porque ellos son demasiado “los otros”, y por tanto insuficientemente maleables y vulnerables a la empresa amorosa. Por el contrario, los niños son los objetos perfectos, cautivos, pasivos, enteramente dependientes, al menos durante cierto tiempo. Con las hijas resulta todavía mejor que con los hijos: la “influencia” materna se puede reconfortar con una proyección narcisista sobre una persona parecida a ella misma, autorizada para que difiera sólo en la medida en la que ella realice sus aspiraciones insatisfechas o inhibidas (pag. 36-37).

La anorexia y la transicionalidad

Como venimos describiendo, la anorexia puede suponer la respuesta de la hija a una madre demasiado ausente y/o demasiado presente, respuesta que trataría, precisamente, de regular esta distancia afectiva. Estos planteamientos nos conectan con los fenómenos transicionales descritos por Winnicott (1951 y 1971), para quien los mismos tenían una importancia crucial en el desarrollo, permitiéndole al niño, precisamente, recuperar una cierta presencia de la madre en sus ausencias y distanciarse de ella en sus presencias excesivas.

Citaré a Corcos y Sabouret (2008) quienes han puesto en conexión los trastornos de la conducta alimentaria con la psicopatología de los fenómenos transicionales, llegando a plantear la hipótesis de que “en todos los trastornos de las conductas alimentarias habría un defecto de la constitución de verdaderos objetos transicionales, pero que habría una regresión a unos objetos precursores de los objetos transicionales”. Los trastornos de la conducta alimentaria coincidirían pues con las adicciones, donde la persona tiene que recurrir a un objeto (de la adicción) que sólo cumple en parte como transicional, ya que no posibilita la internalización del objeto materno bueno y confiable. La clínica, desde luego, confirma la validez de estos planteamientos, al menos para ciertos casos. Por ejemplo, una paciente mía para el que yo era uno de sus objetos adictivos se refería con

frecuencia a cómo sentía que yo desaparecía cuando no estaba físicamente con ella. Es decir, la persona funciona, por así decirlo, en dos modalidades: 1) equilibrada cuando el objeto de la adicción está presente y 2) desequilibrada en su ausencia que es vivida con desamparo. Creo que lo fundamental aquí es precisamente esa incapacidad de internalizar al objeto bueno en su ausencia. Al escribir estas líneas me viene a la memoria que esta paciente, en un momento de su terapia, me pidió si le podía dar una fotografía mía para poder mirarla y acordarse de mí cuando yo no estuviera presente, a lo que yo accedí. También diré que su mejoría en todos los sentidos coincidió con la interiorización de una imagen mía buena y estable. Hasta ese momento a mí me vivía, en lo positivo, como alguien a quien necesitaba y la estaba ayudando, y en lo negativo, como alguien, como digo, desaparecido, o deseoso de librarse de ella. En consonancia con estas imágenes alternaba conductas de aferramiento afectivo con estallidos agresivos canalizados en diversos sentidos.

¿Y el padre en la anorexia?

Creo que las anorexias encuentran su base, asimismo, en importantes fallas en la función paterna, fallas que, generalmente, se complementan, potenciándose mutuamente, con las de la madre.

Describiré algunos desempeños de la función paterna que influyen en la respuesta anoréxica de la hija:

En primer lugar, el padre puede haber fracasado en la que para autores como Milmaniene (2004) es la más básica de las funciones paternas: separar a los hijos de la madre.

Tampoco podrá desempeñar bien su función un padre débil y empequeñecido, en parte por su propia ineficacia, en parte por la influencia de la madre. Pese a su debilidad, no obstante, puede darse un contacto marcado por los afectos positivos: el cariño mutuo, la simpatía y un cierto grado de seducción y erotización. Este vínculo se verá afectado por una serie de factores:

- a) El padre tiene otras prioridades antes que la hija, profesionales o recreativas. La hija no se siente lo suficientemente importante para el padre, siente que él tiene su vida y sólo le dedica un escaso tiempo.
- b) Su esposa no es una de esas prioridades. Por un lado la seguridad que le da a los hijos un vínculo de calidad entre sus padres se verá amenazada, y por otro lado esto incidirá en que “ser más querida que mamá” sea una realidad deseada y temida a partes iguales.
- c) alguna de esas prioridades puede estar deslegitimada, por ejemplo, el alcohol o las relaciones extraconyugales. Este hecho otorgará gran fuerza a uno de los polos del conflicto, el del lado materno. Esto queda en ocasiones expresado en términos de conflicto entre lo que nos dicta la razón y lo que nos dictan nuestros sentimientos. La razón representa a mamá y nos dice que debemos alejarnos de papá que es malo, pero el sentimiento se resiste a ello.
- d) La madre actúa interfiriendo, incluso prohibiendo esa relación.
- e) La impotencia del padre puede llevarle a maltratar físicamente a la madre, generándose la impresión de que es ésta la víctima de aquel. La hija se verá presionada a ponerse del lado de la madre y defenderla.

- f) La pubertad de la hija supone un punto de inflexión radical. Por un lado las emergentes capacidades cognitivas le permitirán ver las cosas desde nuevos puntos de vista, pero, sobre todo, los cambios corporales harán que el contacto físico con el padre se vea trastocado, ya que éste remitiría, si no, a una escena abiertamente sexual.

Es decir, lo que se ve imposibilitado es que la hija preserve una vinculación de calidad con ambos padres. Esto sucede así tanto por la presión materna que obliga a quererla sólo a ella que es la buena, como por la debilidad del padre, incapaz de contrarrestar esa presión. De esta forma, la hija se encontrará en la siguiente encrucijada emocional: quiere más a su padre, se identifica más con él que con su madre, pero se ve obligada (por la madre) a elegir, a distanciarse del padre, a quererla más a ella y a ser como ella. La hija concibe pues el vínculo con su padre como agradable pero inseguro. Inseguro tanto por la propia debilidad de vínculo que él propone como por las amenazas maternas. El resultado será que las tendencias emocionales de la hija queden fragmentadas entre mamá y papá, optando por quedarse del lado materno. Pero esta será una elección difícil de sostener, ya que pronto aparecerán signos de la intensa tensión que la misma conlleva. Por qué es obligatorio renunciar a la vertiente paterna, se preguntará, de alguna manera, la chica. Al tiempo que la idea de liberarse de mamá y acercarse a papá le produce una gran angustia. La hija lucha pues por responder a sus necesidades más naturales: tener un padre y una madre, poder quererlos a los dos, con libertad y espontaneidad para según se muestre cada uno de ellos querer más a uno o al otro. Pero, como vemos, las fallas de ambos padres en el cumplimiento de sus funciones han imposibilitado que las cosas puedan ser así. La anorexia será uno de los recursos utilizados para tratar de reconducir la situación.

En cuanto a la feminización de la hija, un padre demasiado débil no facilitará la necesaria confrontación con la madre, al igual que un padre demasiado fuerte y agresivo hará que la niña tampoco quiera ser mujer como mamá, ya que esto supone ser humillada.

En otro orden de cosas, con frecuencia es el padre el que le exige a la hija, o al menos así lo siente ésta, ser perfecta, diferente, especial. Así describe Lorraine C. Ladish (1993) su experiencia al respecto: “Quería ser la hija perfecta, [...]. Mi padre estaba desconcertado conmigo. No sabía porque su hija, que debía ser “diferente y especial”, ahora estaba gorda y deprimida. Mi memoria ha borrado el contexto, pero grabó sus palabras. Me dijo que no le gustaban las mujeres gordas (estando en una de mis épocas “gordas”), y, con rabia, le contesté que iba a perder tanto peso que me iba a pedir de rodillas que engordara”. En estas palabras se comprueba la múltiple determinación de los comportamientos anoréxicos, en este caso. 1) Agradar al padre y 2) Agredirle por sentirse rechazada.

En el ámbito de la sexualidad, como veremos en el capítulo 4, las vicisitudes del vínculo padre hija pueden ser fuente de conflictos que luego la anorexia tratará de solucionar.

¿Por qué comienza la anorexia en la pubertad?

En este capítulo venimos viendo como ciertas problemáticas de la relación con y entre los padres se sitúan en la base de posteriores funcionamientos anoréxicos, constituyéndose los manejos propios de la anorexia en precarios intentos de solución. Pero de inmediato nos asalta la cuestión de cómo es esto posible, si la anorexia suele comenzar normalmente en la pubertad o incluso en edades más tardías y, en principio, relacionada con problemáticas diferentes?

Tratemos de responder: En la anorexia hay que diferenciar lo que es la puerta de entrada, que puede ser el simple hecho de comenzar una dieta para perder peso, y los posteriores desarrollos que la convertirán en un cuadro sumamente complejo. Como dije antes, hacer dieta, por estricta que sea, para alcanzar una apariencia valorada positivamente por una parte importante de la población, no es una anorexia. La anorexia es mucho más.

Veamos un posible desarrollo, marcando los momentos cruciales del mismo. Una joven decide hacer una dieta para perder peso, por ejemplo, como consecuencia de haber recibido algún tipo de burla o muestra de rechazo. Consigue su objetivo y recibe elogios. Si la chica se propone y consigue mantener ese peso por largo tiempo para así sentirse, lo sea o no realmente, más aceptada, hasta ahí no hay mayores problemas. ¿Dónde pueden empezar éstos?

- La reducción de la ingesta puede propiciar alteraciones psicobiológicas, sobre todo si ésta es muy drástica, prácticamente desde un inicio. Parece ser, por lo que afirman ciertos estudios, que las mujeres son mucho más vulnerables a este tipo de alteraciones que los hombres. Entre estas alteraciones destacará el posible fallo de mecanismos de funcionamiento psíquico con la irrupción de otros más primitivos.
- De esta forma, la chica puede perder de vista que su objetivo es tener una determinada imagen corporal, pasando a primer plano el temor (temor que por su intensidad ya tendría un carácter infantil) a volver a recuperar el peso y, por tanto, volver a ser rechazada, y como dispone ya del remedio (hacer dieta), establecerlo como defensa (obsesiva) frente a dicha angustia. El carácter primitivo de la defensa puede radicar no sólo en lo obsesivo de la misma, sino también en operar con la lógica del “cuanto más mejor”. Es decir, a partir de aquí, cuanto más delgada se está, mejor protegidos estaremos frente a la angustia.
- Si la pubertad de por sí ya tiene el potencial de reactivar los viejos conflictos, por ejemplo, los que venimos viendo de la relación madre-hija y padre-hija, este contexto regresivo determinará que estos conflictos sean enfrentados con primitivas defensas

Resumiendo: Distinguiré tres formas diferentes de que la problemática madre-hija llegue a constituirse objeto de los esfuerzos anoréxicos por buscar soluciones.

- 1) Anorexias con antecedentes de anorexia infantil. Como veremos a continuación, la anorexia infantil casi siempre representa un conflicto del niño en sus relaciones con la madre. Aquí la conexión es directa, y la anorexia ha comenzado en la infancia.
- 2) De inicio en la pubertad, o incluso más tarde, por reactivación del viejo conflicto con la madre. Distinguiré, asimismo, dos posibilidades básicas: 1) La pubertad

- reactiva el conflicto. No olvidemos que la pubertad supone un segundo tiempo de la separación madre-hijo. 2) La propia maternidad (real o fantaseada) moviliza la reactivación de los conflictos con la madre.
- 3) La anorexia se constituye, en inicio, como respuesta a otras problemáticas, pero acaba incorporando los conflictos con la madre.

La anorexia infantil

La anorexia infantil, como digo, representa casi siempre una manifestación de cierta conflictividad en la relación madre-hijo, por ejemplo por alguno de los motivos destacados con anterioridad. Ya en el primer año de vida se dan casos de niños que apenas quieren comer, aunque, lo más frecuente es que la anorexia se presente una vez que el niño tiene que enfrentarse al cambio que supone comer cosas sólidas. Si a estos niños se les obliga a comer, es posible, como sucederá más tarde, que vomiten. Frente a aquellas madres sobreprotectoras que emplean la administración de alimentos como única forma de establecer una relación amorosa con sus hijos, el niño deja de comer porque lo que quiere es cariño, y no comida. El problema estriba aquí en la falta de reconocimiento de las necesidades emocionales del hijo. En otros casos, de mayor gravedad, puede que el niño no quiera recibir nada de la madre, incluidos los alimentos que ésta le da y que, como ha quedado dicho, la representan. Estos simbolizan la “mala leche” de la madre de la que él tiene que defenderse si no quiere envenenarse.

Pero la anorexia infantil afecta por igual a niños y a niñas. Entonces no es posible equipararla con la juvenil y adulta que afecta fundamentalmente a mujeres. Por tanto, en la anorexia (juvenil y adulta) tienen que estar implicadas más cosas y, además, en ellas encontrarse la explicación de por qué son las mujeres las que, ya a partir de la pubertad, sufren la anorexia.

No nos adelantemos en la exposición. Esto quedará explicado más adelante. De momento concluiré que:

- La conflictividad con la madre siempre está presente, al menos esa es mi experiencia, entre las problemáticas que la anorexia trata de resolver.
 - Sin salirnos de la temática del capítulo, ya podemos ofrecer alguna respuesta de por qué afecta principalmente a mujeres:
- 1) Creo que la relación madre-hija puede alcanzar unas cotas de agresividad mucho mayores que la relación madre-hijo, más allá del rechazo que pueden sufrir ambos por conflictos en el papel de madre. La madre rivalizará más con la hija, la rechazará también por recordarle los conflictos con su propia feminidad, así como los conflictos con su propia madre.
 - 2) Como vimos, las hijas son más proclives que los hijos a quedar atrapadas en el vínculo (narcisista) con la madre.
 - 3) Sólo la maduración sexual femenina tendrá el significado “ser como mamá”. Luego sólo para la mujer vale detener su maduración sexual como forma de no ser como mamá.

Pero, como veremos a lo largo de este trabajo, las mujeres contarán con muchos más factores “a su favor” para ser ellas las que encuentren en el no comer una forma de solución.

Anorexia y apego

En el presente trabajo me adheriré a aquellos autores que entienden que el funcionamiento humano está determinado por diferentes sistemas motivacionales. Así, por ejemplo, Hugo Bleichmar (1997) distingue fundamentalmente el narcisismo, la sexualidad, el apego, la auto-conservación y la regulación psicoafectiva. En los dos capítulos siguientes expondré el papel que juega la anorexia como intento de solución de determinadas problemáticas en los ámbitos del narcisismo y la sexualidad, respectivamente. En este, el dedicado a la madre, me ocuparé del papel de la anorexia en el ámbito del apego.

Fue John Bowlby el principal autor que estudió y describió el apego humano, postulando que se trata de un sistema motivacional de primer orden, en el que se busca la proximidad y el establecimiento de fuertes lazos afectivos con ciertas personas, tanto en el sentido de sentirse partícipe de una relación duradera en el tiempo como en el de poder disponer de protección y apoyo en los momentos adversos. Desde la teoría del apego se entiende que, dependiendo de las experiencias vividas con las principales figuras de apego, éste puede ser seguro o inseguro.

Determinadas experiencias de privación temprana conducirán a un apego inseguro, caracterizado por unos esquemas representacionales sobre uno mismo y los demás y por unas ansiedades específicas y sus correspondientes defensas. Completando lo dicho en el presente capítulo y expresándonos desde la teoría del apego podría decirse que **la anorexia es, en parte, la manifestación de un apego inseguro**. Los diferentes elementos de una anorexia pueden suponer.

- Expresión emocional de un apego inseguro
- Defensas frente a las ansiedades de un apego inseguro
- Intento de restitución de un apego seguro

En términos muy generales, las defensas contra un apego inseguro podrán tomar dos derroteros: a) Aquellas destinadas a promover un sentimiento en la persona de autosuficiencia, es decir, de no necesitar a nadie. b) Aquellas destinadas a promover una sensación de disponibilidad de la o las personas elegidas como figuras de apego.

Creo la condición más normal que una determinada anorexia tenga algo de las dos vías defensivas. No comer puede ser expresar un “no necesito nada ni a nadie”, pero también una llamada de atención a las figuras de apego para que restituyan su presencia, en ocasiones porque directamente la persona alberga el esquema representacional “cuando no como puedo contar con...”.

Como iremos viendo a lo largo del trabajo, **una determinada anorexia se puede ir constituyendo por su funcionalidad en los distintos sistemas motivacionales, pero sí creo que es en el terreno del apego y de la relación con la madre donde el no comer encuentra su significado más primario, y, en todos los casos de anorexia, empiece**

esta por donde empiece, la misma acaba encontrando su valor como manifestación de un apego inseguro.

CAPÍTULO 3

LA ANOREXIA: SU PAPEL EN LA BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO NARCISISTA

3.1 ¿Qué es el narcisismo?

No exagero si digo que el narcisismo es uno de los conceptos, de los que aluden a una realidad humana, más ricos e importantes, equiparable, por ejemplo, al de sexualidad. Empecemos por precisar el concepto, ya que no es inusual que el término “narcisista” sea usado para adjetivar una determinada forma de ser, relacionada con el engreimiento, la vanidad, etc. (Más o menos, lo que se correspondería con el “Trastorno narcisista de la personalidad” del DSM-IV-R). Pero el narcisismo es mucho más. Es una dimensión humana, es decir, de todos los seres humanos; o, en otras palabras, es uno de los principales sistemas motivacionales (Bleichmar, 1997) que rigen nuestro funcionamiento. Es la dimensión humana que tiene que ver con el sentirnos valiosos, con sentir que importamos y somos importantes, que contamos, que alguien está pendiente de nosotros y, en los extremos, sentirnos admirados, especiales, superiores, únicos, o, por el contrario, despreciables.¹⁵

El narcisismo funciona según la lógica de la preferencia y el relegamiento, donde lo esencial es el deseo de ocupar el lugar privilegiado para el otro, así como aquellos atributos que deben poseerse como medios para la realización de este deseo (Bleichmar, 1981). “Es el campo de la preferencia y de la postergación, de la rivalidad, de los celos, del sentimiento de tercero excluido, de la lucha a muerte, de la necesidad de ser el único. La lógica que impera es O yo o el otro” (*Op. Cit.*).

¹⁵ Hugo Bleichmar (1997) nos señala que “lo específico del narcisismo, en la clínica, es el *sistema de significaciones* o perspectivas desde las cuales se organiza la captación de cualquier actividad, pensamiento, sentimiento, o tipo de vínculo: todo es vivido en términos de la valoración del sujeto”. Y distingue tres clases fundamentales de trastorno narcisista: 1) “Sujetos con *hipernarcisización primaria*: identificados a la grandiosidad parental y/o a la imagen grandiosa bajo la cual le vieron sus figuras significativas”. 2) “*Déficit primario de narcisización no compensada*: [...] el sujeto no ha podido construir una imagen valorizada de sí mismo; y además ha sido incapaz de compensar este déficit”. 3) “Sujetos con *hipernarcisización secundaria compensatoria*, defensiva, frente a traumas narcisitos infantiles”.

Si bien Freud destacó la importancia de la dimensión sexual, aludiendo en varios momentos de su obra a que el hombre (varón) perseguía grandes éxitos, por ejemplo profesionales, o acometía actos heroicos, para así poder conquistar sexualmente a la mujer, hoy sabemos que mucha gente busca tener unas determinadas prácticas sexuales, por ejemplo, para luego poder vanagloriarse de las mismas. Es decir, ni mucho menos, como planteaba Freud, puede decirse que el narcisismo está al servicio de la sexualidad. Indudablemente, son dos sistemas de la máxima importancia (luego en cada persona en concreto y según su momento vital se establecerán unas determinadas prioridades) que pueden servirse el uno del otro.

Me sitúo pues en un punto de vista teórico desde el que resulta inapropiada la utilización del adjetivo “narcisista” para calificar a determinadas personas. Todos disponemos de la dimensión narcisista, igual que, por ejemplo, todos disponemos de la sexualidad. Nótese que el adjetivo “sexual” se usa con mucha menos frecuencia para calificar a las personas, y aquellas que lo usan lo hacen para describir únicamente la intensificación de la dimensión sexual. Sí cobrará interés a la hora de caracterizar a una persona conocer el grado de prioridad del sistema narcisista en relación con los demás sistemas motivacionales y, también, cómo funcionan las cosas dentro del propio sistema narcisista. En este último sentido, como veremos a continuación, las diferencias entre individuos se pueden concebir en términos de desarrollo evolutivo¹⁶.

Ya que uno de los marcos de referencia teóricos que utilizaré es la aportación de Heinz Kohut, incluiré también dentro de la dimensión narcisista la idealización de un otro, destinada a permitir al sujeto participar de la grandeza, del amor y de los cuidados de aquel. Recordemos lo dicho por Kohut: *“El narcisismo, dentro de mi perspectiva general, no se define por el blanco a que apunta la investidura instintiva (es decir, por el hecho de que sea el propio sujeto u otras personas), sino por la naturaleza o calidad de la carga instintiva”*.

Kohut estudio el desarrollo de la dimensión narcisista de la personalidad humana, identificando dos configuraciones, el *self grandioso* y la *imago parental idealizada*. La primera gira en torno a una imagen de uno mismo como alguien excepcional y merecedor de las máximas atenciones (“Yo soy perfecto”). Y la segunda lo hace alrededor de objetos arcaicos sobreestimados (“Tu eres perfecto, pero yo soy parte tuya”). La tesis fundamental de *Análisis del self* es que los trastornos narcisistas se fundamentan en la fijación a fases tempranas del desarrollo de estas estructuras.

Estas fijaciones van a traer dos consecuencias básicas: “ a) La personalidad adulta y sus funciones maduras se ven empobrecidas, en razón de que están privadas de la energía que se halla invertida en las antiguas estructuras, y/o b) las actividades adultas y realistas de estos pacientes se ven estorbadas por la ruptura y la intrusión de las estructuras arcaicas y de sus arcaicos reclamos”. Es decir, por un lado, es muy probable

¹⁶ Otra aportación importante en lo referente a la conceptualización del narcisismo es la de Alexander Lowen (1985). Para este autor el narcisismo “es una enfermedad tanto psicológica como cultural [...] caracterizado por una dedicación desmesurada a la imagen en detrimento del yo. A los narcisistas les preocupa más su apariencia que sus sentimientos. De hecho, no los aceptan si estos se contradicen con la imagen deseada”. Obviamente, no estoy de acuerdo con Lowen cuando habla de que el narcisismo es una enfermedad, ni cuando se utiliza expresiones como “los narcisistas”, pero, en lo demás, encuentro su aportación sumamente valiosa.

que la persona perciba su vida, llamémosla real, como carente de sentido, ya que lo que llamamos sentido de la vida tiene mucho que ver con las investiduras de libido narcisista. En las fijaciones al *self grandioso* lo que tendría sentido sería la realización de las fantasías de grandeza, y no la vida que uno tiene que vivir. Y, por otro lado, las fantasías y sus correspondientes deseos de grandeza o de fusión con alguien percibido como grandioso puede que se conviertan en fuente de conflicto psíquico cuando entran en contacto con otros aspectos de la personalidad.

Kohut va a establecer la secuencia: psicosis-estados fronterizos-trastornos narcisistas de la personalidad-normalidad, en función del grado de desarrollo de las configuraciones narcisistas en el que se produce la fijación. De gran trascendencia teórica es la diferenciación que establece Kohut entre el trastorno narcisista de la personalidad, por un lado, y las psicosis y los estados fronterizos, por el otro: “A diferencia de los pacientes que sufren estos últimos desórdenes, los que tienen personalidad narcisista han alcanzado, en lo esencial, un self cohesivo y han construido objetos arcaicos idealizados cohesivos; además, no los amenaza seriamente la posibilidad de una desintegración irreversible del self arcaico o de los objetos arcaicos con catexias narcisistas”.

Destacaré sobremanera el concepto, introducido por Kohut, de “vulnerabilidad narcisista”, que podría definirse como la sensibilidad extrema a la desaprobación y la crítica y a las fallas del objeto idealizado. Es decir, la persona se sentirá seriamente dañada al ser criticada o desaprobada, incluso al recibir respuestas neutras cuando lo que espera es la admiración, o muy decepcionada con el objeto externo que no responde a sus expectativas idealizadas. La fijación al *self grandioso* implica que la persona espere ser y ser vista como alguien excepcional; y la fijación a la *imago parental idealizada* que espere que alguien se comporte como un padre o una madre perfectos; de ahí lo fácil que resulta que se produzcan grandes frustraciones. Estas se producirán no sólo porque la realidad es de por sí frustrante frente a estas expectativas, sino también debido a que la fijación se produjo como consecuencia de frustraciones traumáticas y, en ese sentido, también existirán expectativas al respecto.

En este mismo orden de cosas, Kohut hizo referencia a que la organización defensiva que supone la personalidad esquizoide es el resultado de que la persona advierte 1) su vulnerabilidad narcisista y 2) el riesgo de que una herida narcisista desencadene una regresión incontrolable. “Estas personas han aprendido a tomar distancia con respecto del otro, con el propósito de evitar el peligro específico de exponerse a lesiones narcisistas”.

Conviene aclarar que las dos configuraciones narcisistas coexisten desde el principio, son universales y presentan líneas de desarrollo independiente. “Bajo condiciones óptimas de desarrollo, el exhibicionismo y la omnipotencia del *self grandioso* arcaico son progresivamente dominados, hasta que por último toda la estructura se integra en la personalidad adulta y proporciona energía para nuestras ambiciones y propósitos egosintónicos, para disfrutar de nuestras actividades y para importantes aspectos de nuestra autoestima. Y en circunstancias similares, también la *imago parental idealizada* se integra en la personalidad adulta. Introyectada como nuestro superyó idealizado, se convierte en un componente importante de nuestra organización psíquica”. (*op.cit.*). Es

decir, si se alcanza la normalidad (posiblemente no tan normal) en el desarrollo del narcisismo, el *self grandioso* se transformará en una forma madura de autoestima y autoconfianza y cederá su energía narcisista a las actividades y componentes reales y adultas de la vida del sujeto. Por su parte, como vemos, el destino normal señalado por Kohut de la *imago parental idealizada* es la idealización del superyó, siendo el propio sistema de valores el principal sostén de la persona, además de una forma madura de admiración por ciertas personas.

Sin embargo, si el niño sufre graves “traumas narcisistas”, el *self grandioso* o la *imago parental idealizada* no se funden con el resto de la personalidad y se conservan en forma inalterada, presionando para la realización de sus fines arcaicos. La fijación a la *imago parental idealizada* se relaciona con privaciones y pérdidas traumáticas del objeto o con traumáticas decepciones con respecto a él. En óptimas circunstancias el niño experimenta una progresiva decepción respecto al objeto idealizado. El niño, poco a poco, va valorando al objeto de una forma más realista, lo cual supone la retirada de investiduras del objeto del self idealizado y su interiorización, es decir, “la adquisición de estructuras psicológicas permanentes que continúan, endopsíquicamente, las funciones que previamente cumplía el objeto del self idealizado” (*op.cit.*)¹⁷. Sin embargo, si el niño sufre una pérdida traumática del objeto idealizado o una grave decepción con respecto a él, esta interiorización, al menos de forma óptima, no se produce. “El niño no adquiere la requerida estructura interna, su psique permanece fijada en un objeto del self arcaico, y la personalidad dependerá para siempre de ciertos objetos, en lo que parece una forma intensa de hambre de objetos. La intensidad de esta búsqueda y de esta dependencia de tales objetos se debe a que estos han sido forzados a sustituir a los segmentos ausentes de la estructura psíquica” (*op.cit.*).

En el caso de las fijaciones a un *self grandioso arcaico* el traumatismo tendrá que ver con una crítica o desvalorización excesiva, que no permita el paulatino trasvase de energía narcisista hacia una buena autoestima realista. La principal fuente de malestar que deriva de la fijación a un *self grandioso* se relaciona con el contraste que exista entre la grandeza fantaseada y el éxito real. En este sentido, no se le escapa a Kohut que “las exigencias de las fantasías grandiosas de un self grandioso persistente y escasamente modificado pueden llevar al yo de una persona bien dotada a utilizar sus máximas capacidades y, en consecuencia, a un notable comportamiento realista” (*op.cit.*), y nombra a Churchill y a Goethe como posibles ejemplos. En la dirección contraria irían aquellos casos de personas menos dotadas que, ante el fracaso en responder a los reclamos de grandiosidad, se auto-agreden y desprecian con lo que su rendimiento real empeora, viéndose atrapados en un círculo vicioso de difícil salida.

Lo que venimos diciendo nos conduce a las escenas primordiales donde se fragua todo esto; a los primeros encuentros entre el niño y sus padres; a como los padres miran al hijo como alguien excepcional y comienzan a tener expectativas, generadas desde sus propias estructuras narcisistas, con respecto a él; a como el niño mira a sus padres como seres todopoderosos y, desde su necesidad, también tiene expectativas. La historia padres-hijos es, generalmente, como una historia de amor que empieza con un gran enamoramiento, máximo exponente del amor narcisista. Pero de lo que sigue dependerá cómo va a ser el desarrollo de la dimensión narcisista. Veamos algunas de las

¹⁷ Esto es posible si el proceso funciona según el principio de la “frustración óptima”.

posibilidades: Una exagerada exigencia de grandeza por partes de los padres, con el propósito muchas veces de compensar las propias frustraciones, traerá consigo a) si aquella se ve decepcionada, el ataque y el desprecio al hijo, que provocará los traumas narcisistas a los que aludíamos, con la consiguiente escisión en el seno de la personalidad entre una imagen de uno mismo llena de expectativas de grandeza y una llena de sentimientos de indignidad. Y b) si el hijo responde a las expectativas, acabará sintiendo que no se le quiere por él mismo, sino por sus logros. En ambos casos esa presión puede convertirse en una carga insostenible que, en ocasiones, incluso fuerce al hijo a abandonar los contextos donde se espera algo de él, o a sólo poder permanecer en ellos si se consiguen los propósitos exitosos (intolerancia a la frustración). Por supuesto que en otras ocasiones el desprecio no tendrá que ver con la decepción narcisista de los padres, sino con que el hijo no era bienvenido, produciéndose igualmente importantes heridas narcisistas. En estos casos, lógicamente, el *self grandiosos* quedará apenas constituido.

Este vínculo con los padres quedará interiorizado, pasando a formar parte de la configuración del superyó en su dimensión narcisista, pudiendo éste, en caso extremo, presionar para el logro de la perfección absoluta. Aunque, como ya apuntara Kohut (*op.cit.*), la tendencia del superyó a la perfección puede ser independiente de la conducta de los padres, por ejemplo, en el caso de unos padres modestos que frustren de un modo traumático la necesidad del hijo de glorificarlos.

El nacimiento de un hermano también puede suponer un golpe traumático al frágil narcisismo infantil, ya que, casi inevitablemente, se producirá un trasvase de libido narcisista hacia el recién llegado.

También puede suceder que se prive al niño de la oportunidad de desarrollarse según el principio de la frustración óptima por un exceso de gratificación (narcisista) sin apenas frustración, con lo que el niño quedará incapacitado para desenvolverse en un entorno que no le tenga en tan altísima consideración.

En el sentido opuesto, el niño verá de inicio a sus padres como seres todopoderosos y gozará de la seguridad de vivir bajo sus cuidados y participar de su grandeza, pudiéndose producir, también aquí, importantes decepciones con gran potencialidad traumática. La muerte de uno de los padres es el mejor ejemplo de situación traumática en el sentido que venimos hablando, aunque ésta puede asociarse a sentimientos de abandono o a otras fallas de importancia que el hijo registre de alguna manera. Pongo un ejemplo que, según como lo viva el hijo, puede no ser mera anécdota. Cuando los hijos se enteran de que los reyes magos son los padres, esta noticia puede asimilarse de una manera poco traumática, por ejemplo: “vale, los reyes no existen, pero que buenos mis padres que son los que me hacían los regalos”. Es decir, la renuncia a unas figuras idealizadas es poco dolorosa porque se ha codificado en términos de una pérdida moderada (frustración óptima). Pero qué pasa si se codifica así: “Los reyes no existen; o sea que mis padres me han estado engañando todo este tiempo; ya no me puedo fiar de ellos”. El niño pasa de sentir que cuenta con los reyes magos, a sentir que cuenta con unos padres que le han traicionado (frustración traumática). Vivencias como esta propiciarán igualmente una escisión, conviviendo en el psiquismo de la persona la creencia en la existencia de los reyes magos (objeto idealizado) y la creencia el lo decepcionante de la gente.

Un hecho de suma importancia, que nos permitirá comprender mucho mejor el valor defensivo que puede cobrar la anorexia, es que la decepción de las exigencias que derivan de las configuraciones narcisistas arcaicas, sean estas dirigidas hacia uno mismo o hacia otros de los que se espera algo ideal, suele traducirse en desprecio: “si no eres ideal, te desprecio, ya no sirves”¹⁸. Recordemos que en el sistema narcisista opera la lógica de la preferencia y el relegamiento. Es por ello que la persona puede tener que enfrentarse a vivencias emocionales como:

- **El desprecio hacia otros a los que, desde posiciones más realistas, se quiere.**
- **El auto-desprecio.**
- **El sentimiento de que si no se es ideal uno será despreciado.**

De esta forma, los principales esquemas de una persona referidos a la aceptación y al rechazo pueden haberse constituido según esta lógica, viéndose obligada a buscar compulsivamente responder a unos supuestos ideales no sólo para sentirse aceptada, sino, sobre todo, para eludir el desprecio.

Conviene subrayar que vivir las relaciones con los demás así es únicamente una distorsión en el sentido de que lo que se tiene en cuenta es sólo una de las posibles formas que tenemos las personas de vincularnos, en la que lo esencial son las exigencias narcisistas (arcaicas), y esto puede ser así o por proyección de las propias exigencias hacia los demás o por desplazamiento de las exigencias que otros tuvieron hacia uno mismo.

Para subrayar la trascendencia de lo que hablo describiré lo que sucede en el vínculo entre padres e hijos cuando el mismo está dominado por las expectativas narcisistas de aquellos: Los padres, o uno de ellos, tras el nacimiento de un hijo, se vinculan a él, fundamentalmente, desde sus expectativas idealizadas. Cuando éste, por cualquier motivo, los decepciona, los padres desprecian al hijo, ya no les sirve, lo convierten en una especie de “juguete roto”. Esta es la realidad vincular que, en muchos casos, se esconde detrás de una paternidad aparentemente normal. Obviamente, los efectos en el desarrollo de la personalidad del hijo son devastadores: una mezcla de desprecio hacia uno mismo y hacia la vida, actuando aquí como símbolo de los que se la dieron. La personalidad se escinde, pues, entre una parte que rechaza el haber sido exigido y rechazado, y otra que se culpa de no haber cumplido con tales exigencias. La anorexia aportará elementos que respondan a las diferentes vertientes de una personalidad escindida desde el principio: ilusión de responder a las expectativas idealizadas, de eludir el desprecio, de agredir, de auto-castigarse....

Resumiendo: las perturbaciones en el desarrollo del narcisismo traerán como consecuencia, por un lado, que la persona busque compulsivamente la grandeza y encuentre la indignidad y, por otro, que busque personas maravillosas y acabe despreciándolas, al tiempo que puede sentir que la condición para ser aceptado por los demás es responder a unas supuestas exigencias de grandeza.

En el complejo entramado que pueden suponer los vínculos narcisistas, la persona precisará concretar cómo se es ideal, es decir, cómo ser querido y no despreciado, con lo que estará ávido de algo que responda, de la manera más clara posible, a esta cuestión

¹⁸ Es lo que sucede cuando esperamos algo de la máxima calidad, que al mínimo defecto lo desechamos.

(“La báscula es el indicador de mis éxitos y mis fracasos”). Y será aquí donde la delgadez puede convertirse en la solución mágica a los problemas derivados de la vinculación humana desde las expectativas narcisistas. Por otro lado, la valoración, máximo exponente de la satisfacción narcisista, “nunca como ahora ha estado asociado a la apariencia corporal. [...] El peso se ha convertido en un mínimo para ser aceptado.” (Toro, 1996)

La persona, pues, presionada desde fuera y desde dentro, buscará satisfacciones narcisistas en forma de sentimientos de valía, superioridad y, en función del grado de vulnerabilidad narcisista, tratará de evitar sentirse fracasada y rechazada.

3.2 la anorexia: de lo admirable a lo no rechazable

Es un hecho de fácil constatación que la mayoría de las chicas inmersas en la anorexia muestran un rechazo extremo hacia ellas mismas. Es lo común oírles decir que no se gustan, que se dan asco o que se odian a sí mismas. En estos casos, la anorexia supondrá un intento de tramitación de tal sentimiento de rechazo. Tal tramitación no será, por lo común, unidireccional, sino, más bien, se acogerá a una doble vía, a dos tendencias opuestas, una destinada a compensar el rechazo y la otra a incidir en él

Por un lado, un sentimiento de rechazo tan extremo moviliza esfuerzos defensivos igualmente extremos, generalmente, aunque no siempre, bajo la forma de búsqueda de la perfección. Así de fácil lo expresaba una de mis pacientes: “Quiero ser perfecta, ya que lo que veo (refiriéndose a ella) no me gusta” O como decía una de las pacientes a las que Hilde Bruch hace referencia en *La jaula dorada* (1978): “Creé una nueva imagen de mí misma y me discipliné para llevar un nuevo tipo de vida. Mi cuerpo se convirtió en el símbolo visual del ascetismo y del esteticismo puro. Era intocable en términos de crítica”.

Pero por otro lado, la persona también buscará dañarse a sí misma, castigarse e incluso destruirse. (“Te sientes tan mal contigo, te odias tanto que la manera de demostrártelo es haciéndote daño, dejando de comer, cortándote, pegándote, insultándote. ¡Tiene que doler! Tiene que recordarte que no eres lo suficientemente perfecta”). Resulta evidente cómo la búsqueda de la perfección como compensación del rechazo suele conducir a la intensificación del rechazo.

Estamos pues ante un conflicto psíquico en el que unas facetas de la personalidad de la muchacha luchan a muerte, si fuera necesario, por lograr la perfección y con ello el amor y la aceptación de los demás; mientras que otras facetas de la personalidad luchan también a muerte por llevar ese rechazo a sus últimas consecuencias. “Sólo pienso en cambiar lo que soy, porque no me gusta. ¡Y nunca me va a gustar! Es un maldito círculo vicioso que quiero que termine, pero que no se acaba nunca”, escribía una joven de 20 años en su página web pro-anorexia.

Una actitud de rechazo tan extrema hacia uno mismo puede tener diversas fuentes. Citaré algunas de ellas:

- La persona previamente ha sido rechazada, desde fuera, por otros significativos.
- Los anhelos de perfección son lo primario y el desprecio lo secundario.
- La persona está registrando y reaccionando, desde una posición de intolerancia, la presencia de impulsos sexuales y agresivos.
- Se rechaza a un otro con el que ha habido identificación.

Por el otro lado, el de la grandeza, **la anorexia puede llegar incluso a ser la esencia de un delirio de grandeza**, pudiendo la persona llegar a albergar la creencia de pertenecer a un mundo de perfección absoluta (“Alcanzaremos la gloria, interna y externa, como ningún otro ser humano lo ha logrado”). La anorexia, pues, puede proporcionar a la persona el sentimiento de ser diferente, única, especial, en primer lugar por creer que no necesitan la comida para vivir, pudiendo también sentirse heroínas embarcadas en proyectos épicos o genios incomprendidos.

La vulnerabilidad narcisista y los anhelos de perfección pueden traer otra consecuencia importante: la dificultad de la persona para integrar crítica y alabanza. La consecuencia será una extrema sensibilidad a la crítica acompañadas de reacciones defensivas derivadas de haberse sentido atacada y dañada. Por así decirlo, para la persona sólo resultan creíbles los elogios si van exentos de crítica alguna. En los esquemas mentales de la persona la alabanza significa amor, que como vemos ha quedado condicionado a la perfección, y la crítica significa odio. Esta estructuración del psiquismo es lógica, toda vez que los anhelos de perfección y admiración tienen un valor compensador de importantes ofensas narcisistas vividas por la persona. El resultado será una gran desconfianza: la persona anhelará el amor y la valoración, pero le resultará muy difícil creérsela. Podríamos calificar como típicas las situaciones en las que el mensaje “me gustas” recibido con constancia por parte de las parejas queda anulado por un mínimo comentario crítico referido a la propia persona o valorativo de otra chica.

La reconstrucción de la historia de la persona pone de manifiesto que se han percatado de ciertos dobles mensajes, familiares y sociales, difícilmente integrables, con lo que la adaptación de la persona a la realidad ha quedado igualmente caracterizada por dicha falta de integración (“Nosotras no somos la destrucción. Es la misma gente que te dice que comas para estar bien y que después se mofa porque engordaste unos kilos. Esa misma gente que te dice que dejes de ser anoréxica es la que después ve a alguna persona gorda caminando por la calle y pone cara de asco. Esa misma gente es la que te destruye. Te quiere ayudar, pero empeora las cosas”).

Como vemos, aunque en ocasiones pueda parecer que todo está centrado en el aspecto físico, en el rechazo de la gordura y la búsqueda de la delgadez, lo más normal es que las anorexias sean la respuesta a una cuestión de mucho más vasto alcance: si la persona es digna de ser amada o no.

Partamos de un hecho: la delgadez es un valor de la sociedad occidental actual. Es un valor compartido por hombres y mujeres, pero que atañe, sobre todo, a éstas últimas como portador del mismo. No obstante, la delgadez no es sino una particularización, entre otras posibles, de un valor más general, la belleza, recayendo, igualmente, más sobre la mujer la exigencia de ostentarlo. Indudablemente, en el caso del hombre, la asociación delgadez-belleza no es tan fuerte, primando otras particularizaciones como por ejemplo en una musculatura vigorosa.

Nos encontramos, pues, con que una chica adolescente encontrará en tener un cuerpo delgado, acorde con unos cánones de belleza actuales, una forma concreta de lograr satisfacción y evitar sufrimiento narcisista. Hasta ahí no habría grandes problemas. Pero pueden suceder más cosas:

- Que la delgadez monopolice todo el sistema de valores de la persona, quedando el sentimiento de valía supeditado a la delgadez: “No valgo nada si no estoy delgada”. Y que las representaciones mentales de la sanción por el incumplimiento del valor sean extremas. En este sentido, la persona entenderá que será severamente rechazada y que no se la querrá si no cumple con la delgadez¹⁹. Es ilustrativo comprobar como se tratan a sí mismas cuando se ven gordas o creen haber comido más de la cuenta, con expresiones del tipo “estoy como una puta foca” o “he comido como una jodida cerda”. Aquí nos encontraremos casi indefectiblemente con la dialéctica de las expectativas grandiosas y los rechazos extremos, donde, ¡ojo!, no siempre lo primario será la expectativa idealizada. Me explico: una posibilidad es que la persona albergue expectativas grandiosas con respecto a ella misma y fallar a las mismas conlleve el desprecio. Pero otra que lo primario sea el desprecio y la perfección sea la defensa frente al mismo.
- Que el ser vista por otro u otros significativos como ideal se haya constituido como deseo de la máxima prioridad en el psiquismo de la persona y como referencia de equilibrio de la autoestima. La persona funciona con dos alternativas: o se es ideal para el otro o no se es nada. “Quiero volver a ser tu princesa”, fue el corolario final de un poema escrito por una chica referido a su padecimiento con la anorexia.
- Que, debido a las gran cantidad de angustia derivada de la vulnerabilidad narcisista, lo prioritario deje de ser conseguir una determinada imagen corporal y pase a serlo erigir defensas contra aquella. Entrará en escena el miedo a engordar. Evitar rechazo cobra prioridad sobre conseguir admiración. Esa intensa angustia, que le señala a la persona lo devastador de sufrir una herida narcisista en forma de rechazo, burla, crítica, etc., precisará de importantes medidas defensivas, y aquí es cuando la cosa puede tornarse problemática. Por un lado las defensas obsesivas buscarán la certeza de no engordar (para no ser rechazado), y qué mejor forma de tener esa certeza que apenas comer. Por otro lado, el aislamiento también proveerá un entorno de seguridad, y bien sabemos que este componente rara vez falta en las anorexias.
- Que esa exigencia de delgadez y la consiguiente amenaza de rechazo, real o fantaseada, presente o actualizada desde el pasado, externa o interiorizada, suscite mucha rabia. Aquí la rabia tendrá una doble dirección. Por un lado, la persona sentirá mucha rabia hacia la parte exigente que condiciona su amor y aceptación al cumplimiento de unos requisitos estrechos, en este caso la delgadez. Es muy posible que esa parte exigente esté poco concretada, teniendo la chica la sensación de que todo el mundo le exige eso y la rechazará si no cumple, pero la

¹⁹ Es frecuente que en las anorexias se llegue a un punto en el que la persona sienta que el ser querida está condicionado a estar delgada. Por ejemplo, recuerdo el caso de una mujer que veía en su hijo de corta edad “el único que me ama esté gorda o delgada”.

exploración clínica permite desvelar con facilidad a) Uno o varios personajes significativos, normalmente alguno de los padres, con fuertes exigencias narcisistas y los consiguientes rechazos de la persona ante el incumplimiento. b) La interiorización de esas exigencias y amenazas de rechazo (superyó narcisista) y c) La proyección o el desplazamiento de esas exigencias a otras figuras, por ejemplo, a todo el mundo. Pero, por otro lado, la persona también sentirá mucha rabia hacia ella misma en cuanto incumplidora de esas exigencias. Aquí serán frecuentes los sentimientos de indignidad, de no merecer nada bueno, etc. Pues bien, este componente agresivo encontrará en algunos de los manejos de la anorexia su vía de canalización. La dieta de la anorexia puede cobrar el valor de agresión hacia la parte exigente y, por supuesto, supone una agresión, un castigo, a uno mismo: “No mereces ni comer”. El vómito también muestra a las claras este doble significado²⁰.

- Que la rabia y la angustia conformen un círculo vicioso, ya que, bajo las circunstancias de exigencia narcisista descritas, va a ser muy raro que la rabia esté aceptada por la parte que exige, con lo que sentir rabia generará angustia de ser rechazado y ésta, a su vez, incrementará la rabia.
- Que bien como manejo de la angustia, como expresión de rabia o por la simple compensación de la restricción de alimentos surjan los atracones, que movilizarán, como resulta obvio, todo lo descrito. Segundo círculo vicioso, pues.

Pero no nos dejemos engañar por lo esquemático de la exposición. La situación real implica todo lo dicho ¡a la vez! Es decir, recapitulando, la chica se verá en la tesitura de dar respuesta simultánea:

- A las exigencias narcisistas
- A las angustias narcisistas
- A la rabia frente a esta situación de exigencia
- A la rabia con uno mismo por incumplir con las exigencias
- A la angustia que genera la rabia

Y, como se puede apreciar con facilidad, existe un alto grado de contradicción entre algunos de estos propósitos, es decir, el grado de conflicto psíquico es muy elevado. De ahí que encontrar una forma de dar respuesta a todas las partes sea tan complicado o tan patológico. Pues bien, la anorexia lo hace.

Esta situación de conflicto podría resumirse en la duda entre aceptar las exigencias para así lograr satisfacción narcisista y, en última instancia, amor, o rechazarlas porque no estamos de acuerdo con que se condicione el amor a unos requisitos estrechos, ni con vivir bajo la amenaza de ser rechazados. O, siendo aun más sintéticos: ¿La culpa es de la parte que exige o de la que incumple?

La persona al no comer se siente tranquila, ya que en cierta forma está dando respuesta a la exigencia de ser bella (delgada) y, en consecuencia, la amenaza de

²⁰ No es infrecuente que algunas de estas chicas agredan y se agredan de forma más explícita en forma de daños autoinfligidos o tentativas de suicidio.

rechazo queda disipada. Pero la anorexia no deja de tener un punto de ironía: “¿Querías un cuerpo delgado? Pues aquí lo tienes, uno de 30 Kg”.

En ocasiones la lógica del esfuerzo por mantener el equilibrio narcisista es menos elaborado y lo que está haciendo la persona simplemente es destacar y conseguir atención, por ejemplo con respecto al resto de hermanos, no por medio de los méritos, sino por medio de las dificultades, los problemas y la enfermedad. La persona puede optar por esta vía por distintos motivos. Citaré alguno:

- Se siente menos talentoso que los hermanos
- Rechaza a someterse a la voluntad de los padres
- Se siente invadida por los padres en el terreno de los éxitos.
- Defensa frente a la envidia de los hermanos

3.3 la anorexia como movilización de otro idealizado

La anorexia también puede jugar un papel importante en la resolución de problemáticas relacionadas con fijaciones a objetos arcaicos sobre-estimados, es decir, con la otra gran configuración narcisista descrita por Kohut. En una fase primitiva del desarrollo psíquico toda felicidad y todo poder residen en el objeto idealizado, sintiéndose el niño vacío e impotente cuando se separa de él. El objeto externo idealizado supone un precursor de la estructura psíquica y, de no producirse lo que Kohut llamó la *internalización trasmutadora*, aquel sustituirá los segmentos ausentes de ésta. De ahí la imperiosa necesidad que siente la persona de que su vinculación con el objeto idealizado no se vea interrumpida, dada la incapacidad para mantener, por sí misma, el equilibrio narcisista. El objeto idealizado funciona como una parte de la propia estructura psíquica, esperándose de él el cumplimiento de ciertas funciones básicas en el campo de la homeostasis narcisista. La persona tratará, pues, de mantener una unión constante con el objeto idealizado, ya que sólo le es posible lograr el equilibrio narcisista por medio de la atención, el interés, la aprobación de éste. Estas personas buscarán a toda costa poderes omnipotentes externos de cuyo apoyo y admiración obtendrán la fuerza para vivir. Es el caso de las personalidades adictas, en las que lo esencial no es que la droga (sea una sustancia o una persona) sustituye al objeto, sino que reemplaza una carencia en la estructura psíquica (Kohut, 1972)²¹.

Podría decirse que es común en las anorexias que la persona se halle en un estado de pérdida afectiva insoportable, con profundos sentimientos de vacío y soledad, a lo que habrá que añadir el anhelo de desaparecer, ya que la existencia, sin el otro idealizado, no tiene sentido²². La anorexia, aquí también, supondrá una solución de doble sentido: por una parte buscará la restitución de los objetos del self perdidos, actualizados en la propia madre, la pareja, el terapeuta. Pero por otro buscará escenificar ese dejar de existir.

²¹ Es interesante comprobar como la propia anorexia o bulimia pueden operar como “objetos arcaicos del self”, por ejemplo, en las reflexiones de una chica sobre sus avatares anoréxicos escribe que “al fin y al cabo, Ana lleva conmigo desde los trece años, y Mia ya casi dos”, reafirmando en que, pese a todo el sufrimiento, todo lo que está haciendo tiene sentido.

²² Aquellos lectores conocedores de la nosología psiquiátrica se habrán percatado ya de las coincidencias de buena parte de lo que describo con el llamado “trastorno límite de la personalidad”, con el que la anorexia ha sido puesto en conexión frecuentemente.

Veamos algunas de las condiciones, pertenecientes a este ámbito del narcisismo, sobre las que giran algunas anorexias y bulimias:

- a. “Tú eres perfecto y para que me aceptes y me quieras yo tengo que serlo también”, podría ser una forma de resumir la forma de vincularse de algunas personas con sus objetos idealizados. Aquí la persona se halla en una posición de dependencia con respecto a sus objetos idealizados y entiende que la propia perfección es el requisito necesario para conseguirlos o conservarlos. Una vez bajo la exigencia de perfección, es válido todo lo dicho en el apartado anterior²³.
- b. “Tú eres perfecto y para que me aceptes y me quieras yo tengo que no comer o estar enferma (y la anorexia es mi enfermedad)”. Este será el esquema que guiará el funcionamiento de aquellas personas fijadas a las fases tempranas del desarrollo de la *Imago parental idealizada* y que aprendieron que sus padres se preocupaban de ellas sólo cuando enfermaban o cuando conseguían llamar su atención de una forma drástica, por ejemplo, no comiendo. Este particular se comprueba sin problemas en la transferencia terapéutica: la paciente mejora, se angustia por perder la ayuda del terapeuta y empeora.
- c. Como dije al hablar de la vulnerabilidad narcisista, las personas fijadas a las fases tempranas del desarrollo de la *imago parental idealizada* son muy sensibles a los fallos del objeto idealizado, pudiéndose decepcionar con suma facilidad. Aquí entraría en juego la expresión de rabia por la decepción sufrida y, posiblemente, algún intento de restituir la función del objeto, como por ejemplo la del punto anterior. Ya ha quedado expuesto como la anorexia es utilizada para expresar la rabia.
- d. La comida puede constituirse en el objeto de la adicción, dando lugar bien a un cuadro de comida compulsiva, o, si se viera acompañado de la valoración de la imagen y el peso corporal y de los consiguientes esfuerzos por compensar el exceso de ingesta, en cuadros más cercanos a la bulimia. Por otra parte, algunos autores, por ejemplo, Juan Pundik (2004), han entendido la anorexia como una adicción a no comer; es decir, si esto fuera así, **sería el propio hecho de no comer el que cumple las funciones ausentes de la estructura psíquica**, lo que explicaría, en buena lógica, la tranquilidad que le proporciona a la persona el no comer y la gran inquietud que le produce el comer.

²³ Recordemos el “quiero volver a ser tu princesa” que citábamos antes. Esta expresión puede resumir perfectamente el deseo de la persona de restituir un estado de cosas anterior ya perdido, en concreto ese momento de unión mágica con el padre o la madre donde la mirada desde ambas partes está intensamente cargada de libido narcisista, es decir, idealizadora. Las dificultades muchas veces derivan de desear que este sea el estado de cosas permanente, cuando lo preferible es que sea la base de un amor más real, de igual forma que el enamoramiento será una buena base para el amor, pero algo sumamente difícil de sostener por largo tiempo. Este deseo de eternizar la vinculación idealizada puede ser explicada, siguiendo a Kohut, por la interrupción súbita y traumática, con lo que la experimentación de un bienestar realista no ha sido posible. Expresándolo metafóricamente, la persona sólo ha vivido el cielo y el infierno, con lo que, obviamente, sólo desea estar en el cielo.

Todavía, antes de finalizar este apartado, destacaré un hecho más digno de ser tenido en cuenta: Dado que la persona se mueve dentro de fases primitivas del desarrollo de la dimensión narcisista de la personalidad, no vivirá al objeto idealizado como independiente y separado de ella misma, pudiendo, en los casos que nos ocupan, estar vigente la creencia, por decirlo de alguna manera, de que se controla al objeto por medio de ciertos manejos, como no comer, igual que el bebé suele sentir que controla a su madre por medio del llanto o de determinados gestos. Aquí, generalmente, contrasta la fragilidad con que se vive el vínculo con el objeto con la fe ciega en la eficacia de los mecanismos de control sobre éste. **La situación podría expresarse así: “sé que no te tengo, que no puedo contar contigo, salvo que no coma, que te tendré seguro”**. Dicho contraste, por otra parte, no es de extrañar, si entendemos que son precisamente las circunstancias traumáticas, generalmente relacionadas con la pérdida o la decepción con respecto al objeto idealizado, las que propician la regresión y fijación a fases primitivas del vínculo con éste.

Tal era el caso de una paciente mía que durante ciertas fases de la terapia expresaba de forma explícita, e implícita en ciertos comportamientos, su creencia (certeza) en que yo trataría, en cuanto pudiera, de librarme de ella, lo que le provocaba una intensa angustia, ya que decía necesitar me para poder ponerse bien (sin lugar a dudas, transferencialmente me había colocado en el lugar del objeto idealizado del que depender para vivir). Explícitamente también quedó expresada su creencia (certeza también) en que si ella se encontraba mal, es decir, comía poco, vomitaba, etc., yo no la abandonaré. Salta a la vista que mientras se mantuvieran vigentes estas creencias la persona no mejoraría más allá de un punto, que su propia angustia le indicaría. Es decir, me necesitaba para estar bien y tenía que estar mal para sentir que podía contar conmigo. Estar mal era, pues, la única vía posible para estar bien. Paradójico, ¿no? Como digo, resaltaba la sensación de control que tenía sobre mí, siempre que estuviera enferma²⁴.

3.4 Conquistar el espacio del yo: la importancia de la enfermedad

Incluiré una tercera forma en la que la anorexia desempeña una importante función dentro del ámbito del narcisismo, aquella en la que lo importante es la conquista de un cierto espacio para el propio yo. Una primera concreción sería similar a la que podemos encontrar en ciertas hipocondrías. Como en éstas, podemos partir de la pregunta ¿cómo es posible que estar enfermo sea deseable?

Hay familias en las que impera la cultura del sufrimiento, la enfermedad y la desdicha, en las que al que sea identificado como sano le toca ocuparse, estar pendiente, del que no lo está. Si la cultura de la enfermedad está bien asimilada, no hacerlo conlleva, no sólo un fuerte reproche, sino, sobre todo, un intenso sentimiento de culpa. De esta forma, el yo de la persona sana queda anulado por el de las que están enfermas. Es así como la persona se ve precisada a hacer algo para poder estar pendiente de ella misma e, incluso, que se revierta la situación y sea de ella de quien estén pendientes los demás. Estaremos aquí ante una especie de duelo entre personalidades infantiles por ocupar el

²⁴ Para conservar esa sensación también tenía que asegurarse de que su contacto conmigo no se interrumpiera en exceso, posiblemente porque se activaba la creencia en que iba a ser abandonada, siéndole ya imposible ejercer control sobre mí por medio de su enfermedad. Naturalmente, todas las vacaciones se producía una intensificación de la angustia y la sintomatología y se hacía preciso acordar algún tipo de contacto tranquilizador, como una llamada telefónica.

lugar del que debe ser cuidado, es decir, el del hijo. Como digo, innumerables casos de hipocondría o de trastornos psicósomáticos o somatoformes quedan esclarecidos como un intento de no tener que someterse a la dictadura de la enfermedad y el sufrimiento de alguien cercano, excesivamente cercano, toda vez que la salud y la libre disposición de nuestra vida no es una opción válida, ya que acarrearía un sentimiento de culpa intolerable. **La persona puede elegir, entonces, entre estar bien y dedicarse al que está mal o estar mal también y poder centrarse en uno mismo.** El marcado narcisismo, en el sentido de que todo gire en torno a uno mismo, que caracteriza a estos cuadros no es sino una defensa, con las mismas armas, frente al narcisismo de algún otro.

Pues bien, la anorexia puede desempeñar esta misma función: “ya no me tengo que dedicar a ti, puedo pensar en mí misma”. Este particular me lo mostró a las claras una paciente que, ya en una fase muy avanzada del tratamiento, cuando la mejoría era evidente y ya había comenzado a identificarse como alguien sano que puede disfrutar de una vida normal, comenzó a angustiarse ante la posibilidad de ser reclamada como persona de apoyo para los problemas de su hermano o de su madre, expresando que antes (cuando estaba enferma) todo era más fácil, ella era quien tenía problemas y su hermano y su madre los que se preocupaban. Por supuesto, aquí estamos ante unos grados altísimos de demanda, incompatibles con sentirnos libres para poder vivir nuestra propia vida. En estas familias estar enfermo es el precio que hay que pagar para poder disponer de la propia vida.

En otros casos, la anorexia (y la bulimia) se constituyen en auténticos espacios aislados de los demás en los que la persona se siente dueña del mismo. En ocasiones, lo esencial del aislamiento, tan común en las anorexias, es la defensa de la propia vulnerabilidad narcisista, sin embargo, en otras ocasiones, lo esencial es poder disponer de un espacio para el propio yo. Es decir, la persona ante la presencia de alguien, generalmente alguno de los padres, que trata de imponer en exceso su propio yo, tratando de dominar absolutamente la situación, genera un espacio en el que poder desplegarse, aunque sea muy precariamente.

3.5 La búsqueda del sentido de la vida

Lo que las personas denominamos normalmente el sentido de la vida en buena medida tiene que ver con el hecho psíquico de que nuestra realidad se halle investida de libido narcisista (idealizadora). Es decir, de que sintamos que entre nuestra realidad y nuestros ideales existan puntos de conexión. Todos estaremos de acuerdo en lo importante que es creer que nuestra vida tiene un sentido; pues bien, muchas chicas han encontrado en la anorexia lo que da sentido a sus vidas. Sus expresiones no dejan lugar a dudas cuando hablan de estar luchando por su sueño, o realizando el trabajo más duro con el que posiblemente se tengan que enfrentar jamás, llegando a afirmar que vale la pena arriesgarse a morir por ello.

3.6 ¿Es la delgadez un buen valor?

Para Kohut el desarrollo de las configuraciones relacionadas con la *imago parental idealizada* culmina en la formación de una estructura psíquica basada fundamentalmente en la idealización del superyó, pudiendo la persona disponer así de

ideales internos confiables. Pero uno de esos ideales confiables puede ser la belleza corporal, en caso extremo, la perfección corporal, y, como bien sabemos, ésta puede ser una de las puertas a la anorexia. Tratemos de aclarar la cuestión con el fin también de “depurar responsabilidades”, ya que con mucha frecuencia se ha relacionado la anorexia con la vigencia de la belleza corporal como valor. El problema no radica en que la belleza corporal sea un valor, aunque, evidentemente, si no lo fuera habría menos anorexias, sino en otros aspectos: la angustia y la rabia movilizadas, posiblemente debido a que real o fantaseadamente ese valor sea condición para la aceptación o el rechazo; la búsqueda de soluciones de compromiso, llamémoslas patológicas, para poder ostentar este valor y al tiempo lograr satisfacción por medio de los alimentos; que sea el único valor disponible, o que exista demasiada ruptura entre el valor y la realidad; que una determinada dieta derive en la alteración del funcionamiento cuerpo-mente debido a lo inadecuada de la misma o a la susceptibilidad de la persona.

Desde aquí romperé una lanza a favor de la belleza corporal como valor, ya que de los problemas y sufrimientos que trae consigo no están exentos otros valores. Yo he tratado pacientes que sus dificultades, a veces muy severas, por ejemplo, se relacionaban con la búsqueda de la perfección en realizaciones intelectuales, y no por ello la sabiduría se convierte en un “mal valor”. El problema, como digo, suele estar en otros factores que acompañan la puesta en vigencia del valor y en los medios, a veces totalmente inadecuados, para conseguir cumplir con el mismo, es decir, en cómo quede articulado el valor de la belleza corporal con otros elementos del psiquismo de la persona, de los cuales, en buena medida, me he ocupado en este capítulo.

CAPÍTULO 4

SEXUALIDAD FEMENINA Y ANOREXIA

En este capítulo estudiaré la vinculación existente entre la sexualidad femenina y la anorexia, partiendo de la premisa de que esta última desempeña un importante papel en el intento de resolución de problemáticas en la esfera sexual. **Lo más común es que los diversos manejos de la anorexia tengan el valor tanto de negación, rechazo y represión de ciertos aspectos de la sexualidad, como el valor de signo contrario, es decir, el de ser expresiones de la propia sexualidad (en busca de la satisfacción).** Puede suceder que unos elementos de la anorexia tengan un valor y otros el contrario, o también que un mismo elemento integre, al tiempo, el valor de cumplir ambas funciones, la satisfacción y la represión.

Sexualidad femenina

Parece indiscutible, hablando en términos generales, que la sexualidad femenina implica una mayor número de conflictos y temores que la masculina. Es decir, de partida, requerirá una mayor movilización de defensas y de tentativas de resolución de los conflictos, pero, al tiempo, será por sus características diferenciales que el no comer se constituya en intento de solución específicamente femenino para problemáticas femeninas. Veamos cuáles son las principales diferencias entre la sexualidad femenina y masculina, diferencias que nos facilitarán el mejor entendimiento de la citada especificidad femenina de la anorexia.

1. Diferencias anatómicas. La anatomía ya impone, de base, que la sexualidad genital femenina encuentre su esencia en la incorporación, con lo que no es de extrañar que una respuesta generalizada de rechazo a la misma encuentre en la anorexia su manifestación más visible.
2. Diferencias en la actitud de los padres, y de la sociedad en general, ante lo femenino y lo masculino. Como bien sabemos, la sexualidad humana y la identidad de género se constituyen con la participación de los adultos, que albergarán una serie de creencias y actitudes frente a cada uno de los sexos y frente a la masculinidad y la feminidad. En este sentido, es mucho más frecuente que los padres alberguen actitudes que dificultan la constitución de la sexualidad y la identidad de género en el caso de la niña que del niño. La más

- básica de estas actitudes parentales que obstaculizan el crecimiento: “deseábamos un varón y naciste tú”. El rechazo de la madre a su propia feminidad y, por consiguiente, a la de la hija irrumpe como un cuerpo extraño que hace que la niña reniegue de su propio destino de mujer. Es por esto que nunca se subrayará lo suficiente la importancia primordial para el desarrollo de la niña de que su feminidad sea reconocida y valorada por los padres.
3. Mayor represión. Al margen de los motivos, la sexualidad femenina, sobre todo la genital, se ve afectada por una mayor presión represiva que la masculina, y, por consiguiente, acarreará más culpa. Es lo más habitual que con la pubertad se fomente la independencia del varón, mientras que, por su parte, se incrementa la vigilancia y el control, previo aviso (“¡ahora cuidado con los hombres!”), al que se ve sometida la mujer en ciernes.
 4. De igual forma, y vinculado con los diferentes sistemas de valores que atañen a la sexualidad masculina, por un lado, y femenina, por el otro, la mujer se verá afectada por la vergüenza en mucha mayor medida que el hombre. Sobre ella recae una presión mucho mayor en relación a lo que supone vivir su sexualidad de una u otra manera. O, en otras palabras, “la sexualidad marca a la mujer, pero no al hombre” (Dio Bleichmar, 1997). Y, por si esto fuera poco, recibe mensajes altamente contradictorios, unos que valoran el recato, la castidad, etc, y otros que valoran el ser sexualmente activa, el resultar atractiva, etc.
 5. Pero no es este el único mensaje contradictorio al que se ve sometida la adolescente con respecto a la sexualidad. Uno muy común: el doble mensaje del padre que por un lado prohíbe la actividad sexual, pero que por otro lado transmite, de alguna manera, el deseo sexual hacia chicas de la misma edad que la hija y, más o menos disfrazado, hacia la propia hija. Punto de encuentro de estos dos mensajes del padre serán aquellas prohibiciones a las claras impregnadas por los celos.
 6. Seducción a través de la mirada. A lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo sexual la mujer se verá en una serie de situaciones diferentes al hombre. Una muy significativa es aquella en la que la todavía niña se encuentra con la mirada de los hombres cargada de deseo sexual, viéndose obligada a procesar esta situación a una todavía temprana edad. Por su parte, es muy raro que un niño de 11, 12, 13 años se encuentre con que una mujer le mira con deseo sexual, con lo que la tramitación de saberse poseedor de un cuerpo que despierta el deseo sexual la llevará a cabo a una edad mucho más madura, causándole, pues, menores dificultades. Por supuesto que sí hay chicos que deben enfrentar la mirada deseosa de otro hombre (homosexual), fuente, asimismo, de importantes dificultades. Es decir, los montantes de deseo sexual del padre, y de los hombres en general, que tiene que tramitar la niña y los de deseo sexual de la madre, y de las mujeres en general, que tiene que tramitar el niño difieren enormemente.
 7. Más temores. La sexualidad femenina estará poblada, en términos generales, de muchos más temores que la masculina. De lo dicho hasta ahora se deduce que estarán presentes temores en la esfera moral (miedo a la culpa y al castigo), narcisista (vergüenza) y de la regulación afectiva (miedo a tener que enfrentar no sólo la excitación propia si no la implantada por el otro cuando aún no se está preparada para ello), pero habrá otros, no menos importantes, directamente relacionados con el miedo a sufrir daños corporales, fundamentalmente los relacionados con el miedo a la penetración y con la codificación del acto sexual en términos de violencia ejercida por parte del hombre sobre la mujer.

8. Podría decirse que es el cuerpo entero de la niña el que se instituye como órgano sexual, equivalente al genital del varón masculino (Dio Bleichmar, *op.cit.*).
9. Es un hecho que los cambios corporales de la pubertad, por regla general, son peor recibidos por las chicas que por los chicos. Éstos minan la autoestima de ellas, mientras que suponen un incremento de seguridad para ellos.
10. La menstruación supone un acontecimiento sin parangón en el hombre. La primera menstruación supone para la niña un acontecimiento importantísimo que significa que es mujer, capacitada para la sexualidad genital y para la maternidad. Tendría que ser vivida con alegría, sin embargo, harto frecuente, ocurre lo contrario: es vivida como un acontecimiento vergonzoso y angustiante.
11. El embarazo y la maternidad
12. Otra diferencia no exenta de trascendencia es que en el caso de la sexualidad femenina la ley, por así llamarla, la suele marcar la madre, y en el caso de la masculina el padre. Pues bien, la ley del padre suele ser clara y fácil de seguir: olvídate de tu madre y tus hermanas y ve a por las mujeres que quieras. Sin embargo, la ley materna puede dictar: olvídate de tu padre y tus hermanos y quédate conmigo.

Anorexia y menstruación

La presencia de amenorrea es considerada uno de los grandes criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa. Pese a que ésta puede ser considerada únicamente como un efecto secundario de la malnutrición, aquí la entenderemos, más bien, como un fin que persigue la muchacha, como un síntoma psicossomático que indica dificultades en el proceso de convertirse en mujer. Un alto porcentaje de las chicas con problemas de tipo anoréxico viven la espera de la primera menstruación como algo horrible, deseando que esta, si es posible, no llegue nunca, siendo vivida cuando llega con angustia y/o vergüenza. Es decir, aquello que signifique y suponga la primera menstruación para estas chicas es rechazado, en altísimo grado, por ellas. ¿Qué es lo que están rechazando realmente al negarse a convertirse en mujeres sexualmente maduras? Veamos algunas posibilidades.

- Por un lado, la chica rechaza identificarse con su madre. No quiere ser mujer, como ella.
- Por otro, como ya dejaron dicho autoras clásicas como Marie Langer (1951), el temor a su madre impide a las niñas menstruar en el momento debido. La hija anticipa que la madre recibirá de mala gana la madurez sexual de la niña, bien por el distanciamiento entre ambas que ésta anticipa, bien por motivos relacionados con la rivalidad y los celos. Es así como la muchacha puede rechazar rivalizar con su madre, acatando el mandato materno, sutil, pero claramente formulado, de permanecer siempre con ella y por debajo de ella. No en vano, varios autores han subrayado la importancia en la génesis de las anorexias de la coincidencia de la menarquía de la hija y la menopausia de la madre.
- Fundamentalmente por temor a la madre, la chica no quiere convertirse en objeto sexual, sin la protección que supone la inmadurez sexual, para el padre, el cual, generalmente con actitudes seductoras que no suponen abuso sexual, ha excitado la sexualidad de la hija y promovido la vigilancia y actitud prohibitiva de la madre.

- La chica no quiere convertirse en objeto sexual para otros chicos y ser rechazada por el padre. La madurez sexual de la hija supone para cualquier padre el momento de aceptar que su hija será, sexualmente hablando, para otros hombres. Esto, que para el lector ingenuo pudiera parecer lo más natural del mundo, supone, sin embargo, una renuncia difícil de aceptar para cualquier padre. Evidentemente, la mayoría de los padres actuales de las sociedades occidentales han desarrollado actitudes internas compensatorias, aceptando este hecho de buena gana. Sin embargo, no son pocos los padres en los que la actitud preponderante es la de conservar a la hija para sí, obstaculizando, y, llegado el momento, cuestionando la legitimidad de las relaciones sexuales de la hija. Por un lado, puede ser que el padre esté defendiendo que su hija se comporte de acuerdo con unos valores y no se convierta en una mujer marcada por su actividad sexual, pero los celos evidenciarán que la actitud del padre se sustenta en motivos bien distintos.
- La menstruación puede significar quedar expuesta al ataque sexual de los hombres y a la hostilidad, celosa y envidiosa, de las mujeres.
- La muchacha desea ser un varón.
- La menstruación puede significar la separación definitiva de la madre. Es decir, abandonar la posición infantil.
- La menstruación puede significar castigo.
- La menstruación significa que muchas de las fantasías sexuales infantiles ahora son realizables.
- Puede significar perder el amor de los padres cuando la niña se siente querida, precisamente, por sus virtudes infantiles.
- En definitiva, la muchacha se ve obligada a contener la intensificación de la sexualidad que trae consigo la pubertad, vivida no como algo natural y fuente de motivación, sino como algo peligroso.

Una reacción positiva ante la menstruación puede tomarse como indicio de normalidad tanto de la niña como de la familia. La primera menstruación debe suponer tanto estar más cerca de la madre o de otras mujeres que ya pasaron por ello como de los chicos, posibles parejas sexuales. Sin embargo, con demasiada frecuencia, la primera menstruación se torna traumática, vergonzosa y fuente de sentimientos de inferioridad, pone de manifiesto el temor de la niña hacia su madre, distancia a ambas, la distancia del padre y la aleja del contacto con los chicos.

Es por ello que se ha insistido en la necesidad de preparar a las niñas para la menstruación, donde lo importante sería no sólo explicar, sino transmitir, en un tono positivo, la autorización a ocuparse de lo sexual. La primera menstruación es pues un momento que puede activar temores de la niña hacia su madre, por lo que es de suma importancia que ésta contrarreste esta posibilidad con elementos tranquilizadores, comprensivos, permisivos, etc.

Por supuesto, no debemos obviar los temores, conflictos y creencias infantiles, aún activos, que puedan conectar y actualizarse con la primera menstruación, resultando, pues, que ésta no supone más que un nuevo elemento en las viejas problemáticas. Por ejemplo, si lo anal y lo uretral no han dejado paso a lo genital, el sangrado de la menstruación puede interpretarse y vivirse en los mismos términos que la incontinencia de los excrementos o la orina; o puede ser vivida como un castigo al que la niña se cree merecedora por los actos realizados, real o fantaseadamente. Y no olvidemos, por

supuesto, las teorías explicativas que la niña puede haberse formulado para explicar la menstruación de la madre u otras mujeres, por ejemplo, la que la entiende como consecuencia del coito con el padre.

En conclusión, el problema es que, con harta frecuencia, se producen discrepancias entre la madurez biológica y el desarrollo psicosexual, que ha quedado bloqueado en el infantilismo con el fin de resolver cuestiones pendientes o eludir temores y/o se ha visto obligado a redirigirse en dirección a lo masculino, resultando la menarquía especialmente traumática al intuir la niña que tanto sus deseos sexuales como el vínculo erotizado con el padre, hasta ahora inofensivos, pueden traer peligros reales.

El papel de la anorexia en la resolución de los temores y conflictos de la sexualidad femenina

¿Exageramos si decimos que gran parte de las muchachas que llegan a la anorexia rechazan, algunas a la claras y otras sutilmente, ser mujeres? Yo creo que no. Algunas de ellas han optado por detener el desarrollo y despojar su cuerpo de cualquier implicación sexual. ¿Los motivos? Defenderse de los temores y conflictos descritos arriba, que podrían resumirse en:

- Miedo a atraer al padre.
- Miedo al ataque y/o abandono de la madre
- Miedo al ataque y/o abandono del padre
- Otros temores relacionados con la sexualidad genital
- Rechazo de la feminidad

Para otras lo fundamental será no identificarse con la imagen de una madre mala. Para otras no convertirse en adultas, con lo que esto supone de asunción de responsabilidades. Y para otras el rechazo a ser mujer se fundamenta en que desean ser hombres.

Es decir, la anorexia puede suponer el medio para convertirse (o seguir siendo), aunque sea ilusoriamente, en:

- Asexuada
- Niña
- Chico

Por lo dicho hasta aquí, podría entenderse que la anorexia sólo juega un papel inhibitorio de la sexualidad, y no es así. Veamos ahora aquellos componentes de la anorexia cuya finalidad es, por el contrario, el logro de la satisfacción del impulso sexual.

En el ámbito de los llamados trastornos de la alimentación, es la propia acción de comer la que puede haberse constituido en la principal satisfacción sexual. Esto sucede así debido a que, por algún motivo, la genitalidad no adquiere el predominio en la vida sexual de la persona, que encontrará más seguro y viable las satisfacciones sexuales orales. Como bien sabemos, el patrón más común de anorexia es aquella que se alterna

con episodios bulímicos. Podría decirse, pues, que en tales casos la bulimia representa la satisfacción de los impulsos y la anorexia su control y represión.

Aunque pueda resultar sorprendente, en otros casos, es el acto de vomitar el que se constituye en núcleo de la actividad sexual de la muchacha. Lo que en principio puede ser un medio para evitar engordar, o incluso tener un valor simbólico más próximo a lo represivo, puede constituirse en una auténtica actividad masturbatoria. En este sentido, el adalid de la Terapia breve estratégica, Giorgio Nardone (2003), ha optado por diferenciar de la anorexia y la bulimia el vomiting, considerando que el ritual atracón-vómito, si se repite un cierto número de veces, se estructura como un auténtico ritual erótico.

Lo siguiente fue escrito bajo el epígrafe “aprender a vomitar” en una página web de las llamadas Ana y Mía:

Para vomitar puedes empezar con dos dedos o con un cepillo de dientes. Con tres dedos no va a pasar nada. Después roza la campanilla que está cerca de tu garganta, vas a sentir como un “bastoncito”. Bueno, ¡presiónala! Sé que esto suena mal, pero...para mí vomitar es como masturbarme. Quiero decir, tienes que meter los dedos bien al fondo de tu garganta.

También me referiré aquí a la posibilidad de que alguno de los elementos de un determinado cuadro anoréxico sustente fantasías de satisfacción sexual. Pongo un ejemplo tomado de mi propia práctica clínica: Es el caso de una mujer de unos 25 años que había desarrollado un cuadro de vómitos espontáneos. El trabajo terapéutico nos permitió ir esclareciendo los siguientes significados: 1) Rechazo a la madre y 2) Renuncia a rivalizar con ella y con otras mujeres de la serie materna, ya que los vómitos la hacían colocarse en “un segundo plano” en todo lo referente a lo amoroso. Pero la cosa no quedaba ahí; junto con esta inhibición de la sexualidad por miedo a la madre, coexistía la fantasía, consciente en forma de temor, de que su padre podría aprovecharse de la debilidad que le producían los vómitos y abusar sexualmente de ella.

Resumiendo: la sexualidad genital femenina es, en esencia y a diferencia de la masculina, incorporativa, con lo que no es de extrañar que las defensas erigidas frente a los temores genitales consistan en el rechazo a la incorporación. Si junto al rechazo de la incorporación del pene se producen movimientos defensivos regresivos hacia la sexualidad oral o desplazamientos hacia otros orificios del cuerpo como la boca, la anorexia habrá encontrado su sentido en cuanto intento de resolución de problemáticas en la esfera sexual de la mujer. No en vano, casi siempre, en la anorexia, la muchacha hace referencia a sentirse sucia después de haber comido, con alusiones que si las entendemos en clave sexual se tornarán inteligibles. Si una mujer habla de sentirse sucia tras mantener relaciones sexuales con un hombre, podremos estar de acuerdo o no con el código de valores en que se sustenta ese sentimiento, pero todos sabemos que ese código existe y está vigente para muchas personas y no nos sorprenderá su afirmación como la que alude a sentimientos de suciedad por haber comido.

Pero también el que sea el cuerpo entero de la mujer el que se constituye en órgano sexual determina el hecho de que se busquen medios potentes de influencia sobre éste, bien para convertirlo en atractivo y seductor, bien para todo lo contrario. Y bien

sabemos que el control de la alimentación es el medio predilecto elegido por las mujeres.

La primera menstruación supone, en el desarrollo de la mujer, una prueba de fuego, momento iniciático para el que debe ser adecuadamente preparada, fundamentalmente por medio de una actitud comprensiva y permisiva, en el buen sentido de la palabra, de los padres hacia la sexualidad genital.

La sexualidad femenina choca, en su desarrollo, con actitudes sociales y de los propios padres de rechazo a la feminidad, quedando pues obstaculizada su aceptación. “¿Quién me va a querer siendo mujer?”, se dicen para sí muchas chicas. Ante este destino indeseable, tres vías de escape se alzarán ante los ojos de la niña que no quiere ser mujer: 1) el infantilismo, 2) la masculinidad y 3) la muerte. La anorexia no es más que el medio de acceso.

CAPÍTULO 5

ANOREXIA E IDENTIDAD

Una paciente, ya en la fase final de su terapia, me comentaba con regocijo y sorpresa que se sentía alguien aunque comiera. Esta misma persona, tiempo antes, ante mi sugerencia de que se despojara de la etiqueta de “anoréxica”, reaccionó con angustia, contestándome: “Y si no soy anoréxica, ¿qué soy?”. Estos dos momentos del proceso terapéutico de una de mis pacientes ponen de manifiesto que el no comer y, por consiguiente, el sentirse anoréxica, se habían constituido en el gran pilar sobre el que se sostenía la identidad de esta persona.

Podría decirse que las chicas con anorexia generalmente presentan dificultades en lo relativo a la identidad; pero lo que aquí subrayaremos es que **la propia anorexia supone un intento, por precario que sea, de constitución de una identidad propia.**

¿Qué bloquea el proceso de constitución de la identidad de estas chicas? ¿Cómo la anorexia puede servir al propósito de constituir un sentimiento de identidad? A estas preguntas responderé en este capítulo.

El concepto de identidad personal hace referencia al sentimiento que un individuo tiene sobre sí mismo como unidad viviente, dotada de cierta homogeneidad, distinta y diversa de los demás. Sin embargo, el sentimiento de identidad integra una dualidad que le es inherente: soy único/soy uno más de una colectividad. Implica, pues, tanto la diferenciación con respecto a los otros como el sentimiento de pertenencia a diferentes colectivos. El sentimiento de identidad responde a dos necesidades básicas: la de individuación y la de afiliación, y, por supuesto, a la necesidad de alcanzar un Yo lo suficientemente integrado.

¿Cómo se forma la identidad? La identidad es el resultado de un proceso de integración de diversos elementos: de las diferentes identificaciones realizadas con los otros, de los diferentes deseos y demás aspectos de uno mismo y también de los deseos de otros con respecto a nosotros mismos. Son prerequisites para la conformación del sentimiento de identidad:

- 1) Sentir que se existe independientemente de otro. Es decir, que se haya completado el proceso de individualización.
- 2) Sentir que se existe para otro. Es decir, que somos alguien para otros.

- 3) Sentir que se pertenece a algún tipo de colectividad. Es decir, que estamos vinculados con otras personas en virtud de unas características comunes.

Como enfatizó Erikson (1950, 1968 y 1972) es la adolescencia la etapa crucial en lo referente a la identidad personal. Este autor consideró que cada etapa del ciclo vital cuenta con una tarea fundamental y que la de la adolescencia es, precisamente, la consolidación de la identidad. Es por ello que ésta se vuelve tan crítica, ya que en ella se comprobará si todo lo vivido durante la infancia puede ser integrado de una manera coherente.

Veamos algunas de las condiciones que pueden dificultar el proceso:

- 1) No se ha completado el proceso de individualización.
- 2) No son posibles las identificaciones con las figuras destinadas a servir a tal fin
- 3) Los padres no hacen que el niño se sienta alguien para ellos.
- 4) Los padres no hacen sentir al niño que es uno de la familia.
- 5) No se produce el sentimiento de ser alguien para y estar vinculado con los compañeros de colegio y demás iguales.
- 6) El reconocimiento de los propios deseos y sentimientos es muy frágil debido al elevado grado de dispersión de los mismos, al conflicto psíquico con sus consiguientes represiones o escisiones o a la debilidad del yo, entendido aquí como instancia integradora.
- 7) Por una elevada asunción de lo del otro y, a la inversa, una elevada renuncia de lo propio.

Cuando se da una o varias de estas condiciones, la conformación del sentimiento de identidad personal se torna problemático, haciéndose esto patente en la adolescencia, en la cual la persona recurrirá a algún tipo de subsanación de estas dificultades, y es aquí donde la anorexia puede empezar a cobrar sentido.

¿Qué soluciones aporta la anorexia a las fallas en el proceso de formación de la identidad?

- Como ya vimos, puede ser el elemento en el que la persona base su sentimiento de individualidad con respecto a la madre, y, por tanto, acceda a una precondition para la identidad
- Una vez que la muchacha es IDENTIFICADA como anoréxica por su familia y profesionales de la salud, recibe un trato mucho más estructurante en lo referente a la formación de identidad. Por un lado, los padres pasan a prestarle más atención, pudiendo sentir, por fin, que existe para ellos, que es alguien para ellos. Y, por otro lado, puede producirse la entrada en escena de otras personas, los profesionales, dotados en muchos casos de unas características personales y unas habilidades facilitadoras del proceso de adquisición del sentimiento de identidad, con los que la muchacha podrá tener experiencias estructurantes de identidad. Ante este estado de cosas, la conclusión a la que llega la muchacha es: soy alguien para ellos (padres y profesionales) porque estoy enferma (soy anoréxica), con lo que dejar de ser anoréxica puede vivirse como amenaza de desintegración de la identidad: no sólo se deja de ser (anoréxica), sino que se pierden las condiciones necesarias para sentirse alguien (ser alguien para otros significativos)

- La muchacha también puede sentir que pertenece a una colectividad de chicas, las anoréxicas, que viven la vida como ella, que tienen los mismos intereses. En este sentido, las necesidades de identificación pueden verse atendidas tanto si hay conciencia de enfermedad como si no la hay. Por así decirlo, muchas de estas chicas están afiliadas a un colectivo que ha encontrado en perder peso su forma de vida.
- Como veremos en un próximo capítulo, la anorexia puede ser el único espacio donde la persona siente que sus deseos cuentan, donde se anima a reafirmarse, a emplearse con fuerza en las luchas de poder, accediendo a otro prerrequisito: “mis deseos cuentan; no tengo que vivir la vida según los deseos de los demás”. Fuera de la anorexia, por el contrario, se ve obligada a aceptar una identidad impuesta desde fuera.
- Como ya va quedando patente, la anorexia es muchas cosas menos un sinsentido, con lo que, aunque precario y pernicioso, ofrece una cierta sensación de “sentido de la vida”. Por otro lado, el hecho de que perder peso sea el gran objetivo vital supone una gran ventaja para la economía psíquica. Responde pues a quién soy (anoréxica) y para qué vivo (perder peso).
- La anorexia puede ser la solución a lo insoportable que es para la persona su autoimagen, bien por la vía de la modificación de la misma bien por la vía de la autodestrucción.
- En lo relativo al sentimiento de auto-eficacia, éste puede encontrar un cierto apuntalamiento en la extrema concreción de los fines de la anorexia (perder peso, ingerir un determinado número de calorías), alcanzándose, por fin, la sensación de que se consiguen los objetivos personales.
- De otros componentes de la identidad, como pueden ser la autoestima, la tipificación sexual o la identidad de género ya me ocupé en capítulos anteriores.

CAPÍTULO 6

ANOREXIA Y ADOLESCENCIA

Como bien sabemos, la adolescencia es el periodo de la vida en el que con mayor frecuencia se inician las anorexias. Esto es así debido a que esta etapa es crítica en lo relativo a los diferentes aspectos tratados en los capítulos anteriores. En este capítulo tengo poco que añadir que no haya sido dicho ya, según he ido abordando el estudio de las principales problemáticas a las que la anorexia trata de dar respuesta, siendo aquí lo fundamental destacar que es precisamente en esta etapa del desarrollo humano donde dichas problemáticas pueden alcanzar picos inusitados de intensidad, debido a que la pubertad, entendida como el inicio, por imperativo biológico, de la adolescencia, no sólo trae consigo nuevas problemáticas, sino que reactualiza, desde una nueva perspectiva, las infantiles, y a que las mismas deben ser enfrentadas desde una posición que va tomando distancia de las figuras parentales, pero que dispone de unos recursos todavía inmaduros. No obstante, aunque consciente de que no es posible aislar la pubertad y la adolescencia de la infancia que culmina en las mismas, enfocaré este capítulo desde la idea de estudiar las vinculaciones más directas entre anorexia y adolescencia.

Rosa Calvo (2002) nos señala que “generalmente, un trastorno alimentario comienza en el contexto de un cambio que demanda un mayor nivel de responsabilidad y madurez”, siendo, en definitiva, la respuesta de la persona a las nuevas dificultades planteadas; e indudablemente la pubertad es uno de los principales momentos de cambio del ciclo vital. Otros, citados por esta misma autora, podrían ser el matrimonio, el embarazo, el divorcio o la pérdida de la juventud.

La adolescencia es terreno abonado para la anorexia 1) Por el cariz y la intensidad de las problemáticas en los ámbitos fundamentales del vínculo con los padres, del narcisismo, de la sexualidad, de la identidad y, como decimos, de la asunción de responsabilidades que la muchacha debe afrontar y 2) por la falta de recursos de afrontamiento alternativos.

Desde un nivel de análisis superficial, resalta una primera vinculación entre anorexia y pubertad: La anorexia trata, con altísima frecuencia, de detener el proceso madurativo que la pubertad supone. En ocasiones, la muchacha se anticipa, y no comiendo trata de que la pubertad no llegue. En otras, sobrevenida ésta, la muchacha, negativamente impactada, trata de detener la marcha del proceso y, si es posible, invertirla. Los

motivos para albergar tal propósito habrá que encontrarlos en un nivel de análisis más profundo, a saber, en las implicaciones que la pubertad tiene en los ámbitos de la relación con los padres, del narcisismo, de la sexualidad.

Aun a riesgo de repetirnos, veamos lo que supone la llegada de la pubertad para estos grandes ámbitos:

- En lo relativo a la relación con la madre, la pubertad supone un segundo gran momento de separación. Las amistades y las posibles parejas sexuales deben ir ganándole terreno a los padres en cuanto figuras significativas. También supone un momento de re-actualización, desde la nueva perspectiva, de los viejos conflictos infantiles y, en definitiva, el momento en el que tanto los padres como la hija pondrán de manifiesto cómo reciben que ésta deje de ser una niña. Por otro lado, supone el convertirse en igual que mamá. Como vimos, ciertas vicisitudes del un vínculo con la madre pueden llevar a la hija a afrontar este momento con una ingente necesidad tanto de unión como de separación, a la vez que el proceso de identificación culmina en un “no quiero ser como mamá”.
- En lo relativo al equilibrio narcisista, esta etapa, como ninguna, implica una gran precariedad, con lo que la persona se ve en la tesitura de emprender grandes esfuerzos equilibrantes. Los fuertes anhelos de sentirse alguien importante contrastan con las modestas experiencias de éxito que la realidad proporciona, creándose un abismo entre ambos que la persona necesita cubrir ansiosamente, es decir, ¡ya! En estas condiciones, la espera paciente de que los trabajosos éxitos lleguen se hace imposible, buscándose el equilibrio narcisista en las drogas, la fanfarronería, las conductas delictivas e imprudentes y, las muchachas, en la anorexia, en tanto que promesa (que no se cumplirá) de valía y superioridad.
- En lo relativo a la sexualidad, la pubertad debe suponer la reorganización, bajo el primado de los genitales, de toda la sexualidad infantil, y la asimilación de los vínculos con los primeros objetos y competencias sexuales, generalmente, los padres y hermanos. Como bien vimos en el capítulo correspondiente, este proceso puede volverse sumamente problemático.
- En lo relativo a la consolidación de la identidad personal, como también quedo suficientemente remarcado, diferentes autores entienden que ésta es, precisamente, la principal tarea de la adolescencia.

Quisiera destacar aquí una circunstancia, a caballo entre el apego y la sexualidad, que la pubertad implica para la muchacha: el distanciamiento corporal con el padre.

Imaginemos a una niña que tenga un trato cercano y cariñoso con su padre, ambos se abrazan, se besan. ¿Qué ocurre cuando la niña se convierte en mujer, con un cuerpo que remite irremisiblemente a lo sexual? Normalmente, que el padre se aleja. Es decir, y esto es aplicable sobre todo para vínculos cercanos y cariñosos, la pubertad altera sobremanera el vínculo de la niña con su padre, pudiendo esto suponer una realidad difícil de asimilar, que suscite, por ejemplo, sentimientos de abandono, o rechazo a los componentes sexuales que propiciaron el distanciamiento: un cuerpo, unos deseos.

Siegel (1982), en su ya clásico estudio sobre la adolescencia, destacó que ésta supone:

- Una creciente conciencia e interés por las cuestiones relacionadas con el cuerpo

- La mayoría de los adolescentes se preocupan más por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos.
- Las chicas informan de una mayor insatisfacción con sus cuerpos y apariencia que los chicos de la misma edad. Aproximadamente un tercio de los varones y la mitad de las hembras informan de inquietud e insatisfacción sobre algún aspecto de su desarrollo físico y apariencia
- Hay una relación positiva entre el atractivo físico y la aceptación social durante la adolescencia. También hay evidencias de que los rasgos de personalidad socialmente deseables tienden a ser atribuidos con mayor frecuencia a los individuos físicamente atractivos que a los no atractivos.

Es decir, la apariencia física actúa como *atributo soporte del yo ideal* (Bleichmar, 1988) que posibilita un “discurso totalizante” en el que a partir de un atributo parcial se constituye una valoración general de la persona.

CAPÍTULO 7

LA ANOREXIA COMO TÁCTICA DE PODER

Todas las personas nos hallamos inmersos en luchas de poder, destinadas, fundamentalmente, a favorecer que, en una determinada situación, sean los propios deseos los que sean tenidos en cuenta con vistas a su satisfacción. Es la lucha por que las cosas sean como uno quiere que sean, por hacer lo que uno quiere hacer y también por que lo demás acaben haciendo lo que uno desea que hagan. La convivencia, vista desde esta perspectiva, es una lucha por ocupar, por dominar, lo que nos podríamos figurar como un espacio limitado. Se entiende que cuando hablo de un espacio me refiero a un espacio psicológico, ya que lo fundamental es que alguien impone sus deseos sobre otro con el que convive, aunque, por supuesto, en ocasiones esto se concreta en el dominio de un espacio físico.

Cada persona tiene un estilo personal de posicionarse en las luchas de poder, que puede variar según sea la situación, coherente con sus esquemas representacionales sobre sí mismo y los demás. Es decir, cada persona, acorde con los que cree que son sus recursos y con los que cree que son los de aquel o aquellos con los que tiene que luchar, empleará aquellas estrategias que considere más eficaces para conseguir sus propósitos.

Con el propósito de introducir bien la cuestión destacaré lo siguiente:

- El tema de la lucha de poder es fundamental; nos atañe a todos y, desde el punto de vista clínico, en ocasiones, es la base en la que se sustenta una determinada sintomatología, pudiendo ésta suponer bien la forma que tiene la persona de luchar bien el conjunto de reacciones emocionales derivadas de esta situación de lucha.
- Puede pensarse que hay personas con un carácter muy poco dominante que ceden o les es arrebatado todo el espacio de convivencia del que hablábamos. Pues bien, cuando esto sucede, la persona siempre buscará un nuevo espacio en el que tener una mayor presencia, en el que ser el yo dominante, generalmente en términos absolutos, dado el carácter compensatorio de una no-presencia también casi absoluta²⁵.

²⁵ Pongo un ejemplo: Una esposa me contaba que en las discusiones con su marido “se lo comía”, pero lo que no soportaba es que éste, en las mismas, llegado un punto, se callaba, guardaba silencio y se metía en sí mismo. Ella dominaba, pues, el espacio externo compartido de la relación, pero él re-equilibraba esta situación en su espacio interno, inaccesible para ella.

- En determinadas situaciones o también ya como sensación generalizada de cómo es la propia vida, la persona puede verse obligada a conformarse con oponerse a ser dominada por los deseos de los demás. El fin no será, por tanto, hacer lo que uno quiere, sino, más bien, no hacer lo que quieren los demás.

La idea que sustenta este capítulo es que la anorexia puede suponer este espacio personal de dominio absoluto, al tiempo que una forma de expresar oposición a someterse a los deseos de los demás. No en vano, la respuesta de no comer es una de las más tempranas formas de decir que no, de expresar que algo no nos está gustando, de expresarle al otro: “Me puedes obligar a todo, pero a comer, ¡no!” A lo que podría añadirse: “Y si me obligas a comer, puedo vomitarlo luego”.

Muchos padres, en la crianza y educación de sus hijos, tratan de imponer de una manera excesiva, a veces sin ser conscientes de ello, sus propios deseos. Es así como un niño o una niña pueden crecer aprendiendo que sus propios deseos no cuentan, que son los deseos de los padres o de uno de ellos los que definen y determinan las diferentes situaciones de la convivencia. Estas personas, ya desde la niñez, van teniendo la sensación de no controlar su propia vida, de que ésta es controlada por otra persona. Aparte de la sensación de impotencia, se producirá una desconexión con los propios deseos, con el consiguiente estado de confusión, ya que la persona puede llegar a creer que desea algo que, en definitiva, es el deseo de otra persona.

Estamos ante la anulación de un yo por parte de otro yo, ante el dominio absoluto de un espacio, en principio, destinado a ser compartido. Por así decirlo, la dimensión narcisista de uno ha anulado la posibilidad de expansión de la dimensión narcisista del otro. Pero, como decía, la cosa no queda nunca ahí, y, a poco que se busque, se encontrará un espacio en el que la persona dominada, controlada e, incluso, anulada estará tratando de revertir la situación. En algunas ocasiones, este espacio será una buena base sobre la que ir creciendo, adquiriendo autonomía y recuperando el control sobre la propia vida; pero en otras no alcanzará a ser más que un reducto de libertad en una vida sentida como carente de ella.

Esta actitud de absoluta dominancia por parte de la otra persona, en este caso de alguno de los padres, trae como consecuencia que las dos únicas respuestas posibles sean la sumisión o la rebelión, o, por supuesto, algún tipo de combinación entre ambas, que es lo más corriente.

Metiéndonos ya de lleno en el terreno de las anorexias, señalemos algunas de las evidencias que nos deja la exploración clínica:

Desde una perspectiva general, lo más usual es que la anorexia sea, como decimos, un espacio de rebeldía, de apropiación del control sobre la propia vida, dentro de otro espacio caracterizado por la sumisión. Es muy común que muchas de estas chicas se muestran sumisas, timoratas e incapaces de afirmarse en la mayoría de las situaciones que componen sus vidas, cambiando la cosa radicalmente cuando se encuentran dentro de su “espacio anoréxico”. Aquí, en primer lugar porque están solas, mandan ellas y sólo ellas. Cuántas veces le habré señalado a alguna de mis pacientes el contraste entre lo incapaces que eran para defender sus intereses en las situaciones, llamémoslas normales, y lo tenaces y obstinadas que eran en sus anorexias.

Nos encontramos, pues, con que la chica vive en dos espacios, uno caracterizado por la sumisión y el otro por la rebeldía. Simplificando mucho, podríamos representarnos el momento emocional de la persona como un espacio total con dos sub-espacios que pueden variar en tamaño relativo. Por ejemplo, una muchacha puede sentir que la mayor parte del tiempo es una chica responsable que cumple con todo lo que se le dice, pero que en determinados momentos pierde el control y no puede evitar, por ejemplo, darse un atracón²⁶. En otros casos, la cosa puede ya estar desequilibrada en el sentido contrario y la persona estar inmersa la mayor parte del tiempo en preocupaciones y manejos bulímico-anoréxicos. La situación, como puede comprenderse, no deja de ser dramática, ya que no existe la buena proporción. O la chica es, básicamente, sumisa o ha alcanzado la libertad por uno de los peores caminos posibles, o cualquiera de los muchos puntos intermedios posibles. Conviene tener presente que en el primero de los ejemplos la situación pasará inadvertida a los padres, encantados con lo responsable que es su hija y desconocedores de “sus momentos”.

Es por ello que una acción terapéutica eficaz debe validar los fines y buscar nuevos medios. Es decir, la terapia no debe buscar la aparentemente mejor de las proporciones posibles entre sumisión y rebeldía anoréxica, sino validar los deseos de la persona de liberarse, ayudándola, eso sí, a encontrar nuevos medios, más eficaces y menos perniciosos, de conseguirlo.

Se trataría, pues, de modificar ese “mapa” compuesto por un territorio de sumisión y uno de rebeldía por uno compuesto por un territorio único, integrado, caracterizado por el sentimiento de libertad y control sobre la propia vida.

Sin embargo, si adoptamos una perspectiva que se centre únicamente en los componentes de una determinada anorexia, encontraremos que unos suponen sumisión y otros suponen rebeldía, o, lo que no es infrecuente, las dos cosas al tiempo. No en vano, los diferentes agentes sociales encargados de transmitir mensajes normativos nos envían dos muy claros:

- Tienes que comer.
- No comas tanto.

Es así como el no comer puede estar sobredeterminado, significando tanto un acto de sumisión como uno de rebeldía. Esta condición psicológica, que algo signifique dos cosas contrarias al tiempo, difícil de comprender para los legos, ya fue descrita por Freud, que entendía los síntomas neuróticos como formaciones de compromiso entre lo reprimido y lo represor. La persona lo que hace (inconscientemente) es “matar dos pájaros de un tiro”.

²⁶ Aquí la cosa se vuelve paradójica, ya que la persona lo que siente es que pierde el control, cuando lo que está tratando es de conseguirlo. No obstante, la situación se esclarece con facilidad: La muchacha se siente controlada por la madre y en su intento de liberarse y conseguir ella el control lo que se encuentra es con que la cosa se ha “desmadrado”, debido a los aún precarios recursos con los que cuenta para el funcionamiento autónomo. “La comida me controla y lo que quiero es ser yo quien controla a la comida” es una expresión típica de las anorexias que resume a la perfección la transacción entre controlar y ser controladas en la que viven estas chicas. Indudablemente, pese a la expresión, la anorexia consiste precisamente en eso, en controlar la comida. Es decir, pese a la innegable ganancia de control que la anorexia supone, esta es insuficiente para eliminar la sensación subyacente de ser controlada.

La anorexia puede suponer, por tanto, una estrategia de poder 1) En cuanto a búsqueda de un espacio personal dominado por uno mismo y 2) En cuanto a forma de lucha en el espacio compartido con otros.

En éste segundo sentido, la anorexia se consolida sobre la base de una importante experiencia de éxito: la persona, al dejar de comer, consigue, por fin, movilizar a los demás en el sentido de ser tenida más en cuenta y/o respetada como individuo, con intereses, deseos y necesidades propias. La anorexia muy frecuentemente interrumpe un proceso en el que los padres funcionan como si sus hijos fueran posesiones. La mayor parte de las veces, los padres no llegan a hacer esta lectura, limitándose a entender que la hija está enferma, pero aun así aflojan en la presión que venían ejerciendo sobre ésta. De esta forma, la chica llega a creer que para poner límites a sus padres sólo dispone de una herramienta efectiva: la anorexia.

Es por tanto fundamental, desde el punto de vista clínico, trabajar con la premisa de que este triunfo, por llamarlo de alguna manera, de la hija sobre sus padres es legítimo y positivo para la persona. De lo que se trata, pues, es de realizar un trabajo psicoterapéutico que posibilite el poder mantenerlo sin necesidad de la anorexia. Es decir, se trata de que la persona pueda auto-afirmarse y participar con cierta eficacia en las relaciones de poder utilizando estrategias diferentes de la anorexia.

Aquí generalmente la persona se encuentra en un estado de suma confusión, mostrándose incapaz de diferenciar cuando es legítimo hacer las cosas según sus propios deseos y cuando no lo es. Así, por ejemplo, se calificará como egoísta cuando hace algo que persigue la satisfacción de sus propios intereses, encontrando licencia para ello en el terreno de la anorexia, bien porque:

- No es consciente de que lo que hace busca satisfacciones propias.
- Está enferma y no es responsable de lo que hace.
- La anorexia es su espacio y manda ella.

Llegados a este punto, yo acostumbro a trabajar con mis pacientes proponiéndoles una triple división del espacio interpersonal:

- Hay una parte que es sólo nuestra y ahí lo correspondiente es que mandemos sólo nosotros mismos. Es nuestra intimidad.
- Hay una parte compartida, destinada a la convivencia, en la que, según un determinado sistema de valores, lo que corresponde es que cuenten todos los participantes del mismo.
- Hay una parte que es sólo del otro. Es su intimidad y nosotros debemos aceptar que se hagan las cosas a su manera y no a la nuestra.

Pues bien, la anorexia puede tener el valor de lucha en cada uno de estos tres espacios. Es decir, la persona puede estar tratando de preservar su intimidad, contar en un espacio compartido o imponer completamente su voluntad a los demás.

Obviamente, mi posición como terapeuta es reforzar que la persona defienda su intimidad y tome conciencia y legitimidad del pleno dominio en la misma; que luche por auto-afirmarse en la convivencia, pero respetando que el otro también cuenta; que

respete la intimidad del otro. Como digo, la persona puede hallarse en un estado de suma confusión al respecto, cuestionándose, por ejemplo, cuando lo que está haciendo entra dentro de su intimidad (“ya sé que soy una egoísta por querer estudiar esto y no lo que me dicen mis padres”), y, al tiempo, enojándose y sintiéndose injustamente tratada porque los demás no hacen las cosas exactamente como ella quiere que las hagan.

Yo trabajo con la premisa de que lo que comemos forma parte de nuestra intimidad y, por tanto, sólo uno mismo tiene el dominio sobre esa cuestión. Ahora toca decidir si es conveniente negarle el poder sobre esa parte de la propia intimidad o no. Aunque a muchos les pueda parecer arriesgado, yo soy partidario de que, salvo riesgo de muerte, no se haga, ya que incidiría en la causa por la que la persona está luchando no comiendo: la intromisión en su intimidad.

En el momento en el que la persona adquiera la sensación de dominio sobre la propia intimidad por otros medios, el no comer no será necesario para simbolizar algo de lo que ya disponemos.

Conviene tener en cuenta que habrá casos en los que la violación de la intimidad se produjo o se está produciendo fundamentalmente en el terreno de la comida y otros en los que no, habiéndose producido entonces un desplazamiento. En cualquiera de los casos, creo conveniente fomentar en el ámbito de la alimentación el ejercicio del poder en el terreno de la propia intimidad, a la par que se van identificando otros sectores de la misma en el que tal ejercicio se halla comprometido.

Resumiendo: el trabajo psicoterapéutico que propongo en lo referente a la lucha de poder que las relaciones humanas implican es:

- Identificar cuál es nuestra intimidad y fomentar la asunción del pleno poder sobre la misma.
- Poner a disposición del paciente recursos para la auto-afirmación en la convivencia, respetando, no obstante, que el otro también cuenta.
- Mostrarle cuando funciona intentando controlar la intimidad de los demás con los que convive.

CAPÍTULO 8

LA SENSACIÓN DE CONTROL Y LA ANOREXIA

“Creo en el control, la única energía con suficiente fuerza para ordenar el caos en el que vivo”.

Puede decirse que contar con una cierta sensación de control sobre las cosas que nos rodean y sobre nosotros mismos es una de las condiciones necesarias para el bienestar emocional. Una buena parte del sufrimiento emocional que tan a menudo padecemos las personas, sea este de tipo angustioso o de tipo depresivo, se relaciona con esta falta de sensación de control, y, por consiguiente, una buena parte de los mecanismos de defensa, fundamentalmente los de tipo obsesivo, están destinados a restituirla. **En este capítulo destacaré la idea de que las anorexias, plagadas de mecanismos obsesivos, cumplen esta función de restitución de la sensación de control.** En consonancia con lo que describiremos en este capítulo, Nardone y otros (2002) hablan de un subtipo de anorexia, la abstinenta²⁷, caracterizada por la extrema dificultad de la muchacha en lo referente al control de las emociones, resultándole enormes todos los problemas. La abstinencia, de la que la anorexia sería una parte, compensaría pues la extrema emocionalidad. En este esfuerzo por controlar las emociones la persona no sólo se abstiene de comer, sino de la estimulación emocional en general, generalmente por medio de mecanismos fóbicos.

Para facilitar la exposición, distinguiré entre la sensación de control sobre el entorno, apoyándome en el concepto de “locus de control”, y la sensación de control sobre uno mismos.

El control del entorno

Las personas nos diferenciamos en el grado en el que sentimos que está en nuestras manos la posibilidad de resolver las dificultades que se nos van presentando, reconociéndose este hecho en el concepto de “locus de control”, rasgo de personalidad descrito por Julian B. Rotter. Además del “locus de control”, que como bien sabemos puede ser interno o externo, creo necesario tener en cuenta otra variable, o, si se quiere, otro rasgo de personalidad, interdependiente con el locus de control, que podría encuadrarse en lo que Eysenck denominó “neuroticismo”. Me refiero a la forma que tiene cada persona de juzgar la importancia, la gravedad, de las diferentes situaciones

²⁷ El otro subtipo destacado por Nardone es la anorexia sacrificante, entendida ésta como una forma de mantener el equilibrio familiar.

problemáticas que se van presentando. En un lado estarían las personas que “se ahogan en un vaso de agua” y en el otro los que “le quitan hierro al asunto”. A unos los llamaré “problematizadores” y a los otros “desproblematizadores”.

Aquellas personas problematizadoras y con un locus de control externo tendrán unos niveles de angustia muy superiores a aquellas que sean desproblematizadoras y con un locus interno, precisando, por consiguiente, de mecanismos reguladores de este exceso de angustia. El fin de algunos de estos mecanismos es generar sensación de control. Es importante tener en cuenta que esta sensación de control compensa una sensación previa de descontrol, vivida como sumamente angustiada, por lo que su logro tomará un carácter compulsivo.

Las “personas que se ahogan en un vaso de agua” en su infancia vivieron situaciones, puntuales y traumáticas o sostenidas en el tiempo, que la mayoría de los niños juzgaría como altamente problemáticas. Este juicio, en las situaciones estructurantes, va a depender de lo que esté ocurriendo en el entorno de la persona y de la valoración de los propios recursos, inmaduros de por sí. Empezando por esto último, el niño, como es normal, se percibe a sí mismo como carente de recursos para enfrentar la gran mayoría de las situaciones que se le presentan, por tanto, su locus de control es predominantemente externo. ¿Qué tipo de cosas deben suceder en el entorno para que se consoliden el locus de control externo y la tendencia a la problematización?

Básicamente, y dejando de lado los acontecimientos traumáticos, que las figuras de apego, predominantemente, en lugar de proporcionar seguridad proporcionen inseguridad, en lugar de aportar soluciones aporten problemas y en lugar de contener y rebajar la angustia la incrementen. La conclusión que estas personas sacan de la interacción con sus figuras de apego es que los problemas son grandes y uno mismo impotente para enfrentarlos, cuando la conclusión óptima sería más bien del tipo “los problemas de la vida son abordables y las personas disponemos de recursos de afrontamiento, como bien he aprendido de y con mis padres”.

Es así como la persona puede tomar la vía del desarrollo caracterizada, entre otros elementos, por la tendencia a la problematización y el locus de control externo. Tales estructuras de personalidad precisarán, como digo, de elementos que traten de restituir el sentimiento de seguridad, los cuales irán en la línea de:

- Desproblematizar
- Internalizar el locus de control
- Disponer de otra persona, o de algo, que nos solucione las cosas.

Dejaré a un lado este último punto, ya que entiendo que queda fuera del tema del capítulo, es decir, que aun proporcionando ganancia de seguridad, no proporciona ganancia en la sensación de control, y porque ya me ocupé en su momento de describir como la anorexia puede servir al fin de incrementar la disponibilidad de un otro del que depender.

Entiendo que la ganancia en la sensación de control se logra tanto quitándole complejidad a las situaciones que se deben enfrentar (desproblematizando) como internalizando el locus de control, y estas dos cosas, al menos ilusoriamente, se consiguen con la anorexia.

En la anorexia para quitarle complejidad a los problemas se recurre al mecanismo psíquico del desplazamiento, en este caso consistente en sustituir un problema complejo, vivido como inabordable, por uno simple y concreto. ¿Y qué hay más concreto que una cantidad determinada? Si la solución es pesar 45 Kg o comer 500 calorías al día, la cosa está muy clara ¿no?

Convertir el control de la comida en la principal tarea vital que enfrentar puede implicar tanto una alternativa a problemáticas pasadas vividas como inabordables, y por ello aún pendientes de resolución, como una alternativa a problemáticas futuras, siendo ambos aspectos las dos caras de una misma moneda. En el primero de los casos, se trata de rescatar a la persona de su sufrimiento infantil. En el segundo, de evitar a la persona tener que afrontar las dificultades de la vida adulta.

Esto que describo se comprueba cuasi-experimentalmente en la clínica. Por un lado, la exploración de la historia de la persona deja dos clases de evidencias: 1) La existencia de acontecimientos y de un funcionamiento sostenido, principalmente en el ámbito familiar, incompatibles con el desarrollo óptimo; y 2) la extrema vulnerabilidad de la persona para acercarse, por medio del recuerdo, a los mismos. Y, por el otro lado, es frecuente que al final de los tratamientos exitosos, cuando la persona está ya inmersa en una vida con sus múltiples dificultades, llamémoslas normales, recuerde con cierta añoranza lo fáciles que eran las cosas cuando su único problema era contar calorías; aunque, con buen criterio, opte por no dar marcha atrás en su recuperación.

Por el lado del locus de control también parece evidente que en el espacio anoréxico éste se ha vuelto radicalmente interno, y es que pocas cosas están más en nuestras manos, y sólo en nuestras manos, que decidir si comemos o no.

El control de uno mismo

Sentir que se tiene el control sobre uno mismo es igualmente importante que sentir que se tiene el control sobre el entorno en el que vivimos. Muchas de las personas que solicitan la ayuda de un psicoterapeuta lo hacen por la ansiedad que les provoca la sensación de falta de control sobre sus propios impulsos, fundamentalmente los sexuales y los agresivos, o por la rigidez de los mecanismos de defensa frente a esta ansiedad.

El ser humano, tal como lo conocemos, se ve obligado a buscar un equilibrio entre la satisfacción de sus impulsos y su represión u otras formas de resignación. De esto trata buena parte de la obra freudiana, y, como bien nos mostró el padre del Psicoanálisis, este equilibrio, la mayor parte de las personas, sólo pueden lograrlo por medio de las neurosis. Quizás sea la neurosis obsesiva, ahora denominada Trastorno Obsesivo compulsivo, la mejor muestra de conflicto psíquico entre una parte intolerante (el superyó) y una intolerable (aquellas pulsiones y recuerdos que, por sus características, más ajenas le resultan al yo). En la neurosis obsesiva la persona lucha contra sí misma buscando precisamente de lo que aquí hablamos, controlarse a sí misma. La persona vive con continuo miedo a perder el control, por lo que pone en funcionamiento férreos mecanismos de defensa en los que basa su sentimiento, en algunos casos muy precario, de seguridad. Los síntomas obsesivos pueden dividirse en dos tipos que se presentan secuencialmente:

- Aquellos que representan o instan a la satisfacción pulsional, por ejemplo, un pensamiento de contenido agresivo o sexual.
- Aquellos que representan a la defensa, al rechazo, frente a aquellos.

Algunos autores entienden que la anorexia es un tipo de neurosis obsesiva, planteamiento que se vería apoyado tanto por lo común de los rasgos obsesivos que presentan las pacientes como por los múltiples mecanismos de la propia anorexia que pueden ser calificados, con toda justicia, como obsesivos; o por la relación dinámica que se observa entre los episodios bulímicos y los anoréxicos, en la que lo bulímico supone la pérdida del control de los impulsos, su satisfacción desenfadada, y lo anoréxico todo lo contrario, el control y la restricción total, manteniendo, por tanto, los episodios bulímicos y anoréxicos la misma relación dinámica que los síntomas en dos tiempos de la neurosis obsesiva: uno anula al otro. Está bien demostrado que los dos polos de esta relación dinámica, de este conflicto, se refuerzan mutuamente, como sucede en un país en el que gobierna una dictadura, pero en el que existe un fuerte movimiento de oposición a la misma: cuanto más fuerte puja uno, más fuerte lo hace el otro. Es así como en la neurosis obsesiva cuanto más se exprese lo pulsional rechazado más lo hará el severo superyó, y viceversa; y en los trastornos de la alimentación cuanto más bulimia más anorexia y cuanto más anorexia más bulimia.

Resumiendo: la idea central de este capítulo es que la anorexia supone, generalmente, un intento de conquista de la sensación de control sobre el entorno en el que uno vive, es decir, sobre las dificultades vitales, y también de la sensación de control sobre uno mismo, sobre aquellos elementos pulsionales inaceptables para la persona.

CAPÍTULO 9

LA FANTASÍA DE LA SUCIEDAD Y LA ANOREXIA

Lawrence Kubie (1937), en un artículo ya clásico, propuso que tras el concepto de suciedad se oculta un complejo sistema de fantasías, destacando la que considera que el cuerpo es una especie de fábrica de suciedad, al tiempo que apuntó la idea de que, en términos generales, la mujer se siente y se la concibe como más sucia que al hombre por tener un orificio más: los genitales femeninos.

Es muy común que las mujeres con anorexia refieran sentirse sucias cuando comen. Es decir, codifican la sensación de tener comida en su cuerpo en términos de suciedad. Manejaré distintas posibilidades:

- Que la sensación de suciedad remita a significados sexuales o agresivos vividos con culpa.
- Que aluda a la incorporación de algo malo.
- Que conecte con la sensación de ser asquerosa en conexión con la problemática de la aceptación/rechazo.
- O que, en la línea de lo apuntado por Kubie, la persona se halle bajo la influencia preponderante de las fantasías de la suciedad en las que la ésta sólo se representa a sí misma, con la consiguiente hipersensibilización al tema de la suciedad.

Comencemos por este último punto. El texto de Kubie lo que hace es reclamar la importancia que pueden tener las fantasías sobre la suciedad, equiparándolas a otros sistemas de fantasías en la determinación, por ejemplo, de ciertas conductas, costumbres, rasgos de personalidad o síntomas neuróticos, y destacar que las fantasías de suciedad no sólo se nutren de la culpa por motivos sexuales o agresivos, sino que la suciedad puede representarse también a sí misma.

Kubie señaló que la versión más universal de qué es lo sucio es la que remite la suciedad a aquello que proviene del interior del cuerpo o que ha estado en contacto con el interior del cuerpo, destacando la importancia que, en este sentido, cobran los orificios corporales. Es por ello que no sería de extrañar que una persona hipersensibilizada al tema de la suciedad, y teniendo en cuenta esta concepción, luchara frente a la suciedad persiguiendo el objetivo de mantener su cuerpo vacío.

Lo que decimos es que, desde la perspectiva de alguien sensibilizado al tema de la suciedad, tanto en el sentido de tenerla muy en cuenta como de rechazarla, el cuerpo es vivido como una fábrica de mierda y porquería y la defensa puede consistir en no incorporar materia prima, es decir, comida, a ese proceso de fabricación. **Entonces no comer sería una defensa contra la suciedad.**

El sentimiento de suciedad y la lucha frente al mismo, fundamento bien estudiado de muchos casos de neurosis obsesiva, puede ser la expresión de sentimientos de culpa y los consiguientes procesos de expiación. En este sentido me viene a la memoria lo dicho por una de mis pacientes: “Cuando como me siento como si hubiera cometido un crimen”. Y ¿qué tipo de crimen puede ser representado por el acto de comer? Posiblemente, recurriendo para responder a la teoría psicoanalítica, algún crimen perpetrado, real o fantaseadamente, bajo el predominio de los impulsos sádico-orales.

En la misma línea de pensamiento, como bien ha mostrado la teoría psicoanalítica, las más diversas realidades humanas son susceptibles de tener, desde la perspectiva del sujeto, su versión anal. Si tal es el caso, el propio cuerpo y la comida pueden ser experimentados como si fueran mierda; la anorexia tendrá pues el valor psíquico de la depuración.²⁸

La culpa experimentada como sentimiento de suciedad también puede remitirnos a significados sexuales. Como ya quedó dicho en el capítulo sobre el simbolismo en la anorexia, también bajo la primacía de lo oral, comer puede cobrar el valor del acto sexual y la comida en el estómago el del embarazo.

El sentimiento de suciedad también puede provenir de la percepción de que lo que se ha comido está en mal estado, remitiéndonos, una sensación generalizada en este sentido, a una madre excesivamente hostil desde las primeras experiencias alimenticias.

Otra posibilidad es que la persona se halle en continua lucha contra el ser rechazada porque da asco, habiendo concretado, por motivos defensivos, que lo que da asco es comer y la gordura. Entonces ese sentimiento de suciedad podría entenderse como una segunda señal de alarma de que se está siendo asquerosa (la primera sería en el momento de ingerir la comida), movilizándolo con ella algún tipo de medida que arregle la situación, generalmente vomitar.

La idea fundamental planteada en este capítulo es que los distintos manejos de la anorexia pueden cobrar el valor de defensas frente a la sensación de suciedad, tras la cual, como señaló Kubie, puede ocultarse un complejo sistema de fantasías en conexión o no con significados sexuales y agresivos.

Nos volvemos a encontrar con que algunas anorexias y algunas neurosis obsesivas tienen mucho en común: la defensa compulsiva frente a sentimientos de suciedad. ¿Entonces la anorexia podría ser entendida como una neurosis obsesiva en la que la compulsión es no comer? Igual que algunas personas se lavan compulsivamente las manos para contrarrestar algún tipo de suciedad vivenciada, ¿no podría ser que otras hagan lo propio no comiendo o purgándose?²⁹ En tal caso, como si de una neurosis

²⁸ “Siento el estómago lleno de mierda, porque de eso es de lo que está hecho y está lleno”, escribía una joven en su página web pro-anorexia.

²⁹ Precisamente “purgar” significa limpiar o purificar algo.

obsesiva se tratase, habrá que diferenciar bien entre lo que son defensas y aquello sobre lo que opera la defensa, en este caso algo codificado como sucio.

CAPÍTULO 10

LA ANOREXIA COMO EVITACIÓN DE LA VIDA ADULTA

De la lectura de los capítulos precedentes se desprende que la mayoría de las personas que recurren a la anorexia no han podido disfrutar de unas circunstancias favorables para el crecimiento, con lo que, por un lado, el apego, el narcisismo y la sexualidad se caracterizarán por un alto grado de asuntos pendientes de resolución, y, por otro lado, los recursos para dar respuesta a éstas y a otras dificultades pueden ser aún precarios. Es así como, cuando llegan a la juventud, y lo que toca es afrontar los desafíos de la edad adulta, fundamentalmente el de ser el principal responsable del propio destino, se muestran altamente reticentes a hacerlo. Y, en el fondo, no deja de ser una reticencia con cierto sentido: si los cimientos no están bien asentados, ¿por qué habría que seguir construyendo la casa?

Considero, pues, que esta negativa a seguir creciendo tiene diferentes significados interdependientes:

- Miedo
- Reclamación
- Fijación a deseos infantiles

En primer lugar, estas personas tienen miedo a afrontar la etapa adulta de la vida, fundamentalmente, debido a dificultades en el desarrollo que traen como consecuencia una suerte de infantilismo, no ingenuo³⁰, de amplios sectores de la personalidad. Entonces la situación sería similar a aquella en la que a un niño se le pidiera que se responsabilizara de tareas de adulto. Lo más normal es que se sintiera inseguro y con miedo.

Pero, por otro lado, trabajando con pacientes que se hallaban detenidos en este punto del crecimiento, con altísima frecuencia ha acabado aflorando un mensaje del estilo: “yo no sigo adelante hasta que mis necesidades infantiles sean adecuadamente atendidas”. Con lo que, aparte de miedo, existe una reclamación, un plante, que, como digo, tiene su

³⁰ Con esta expresión me refiero al hecho de que al adulto fijado a posiciones infantiles éstas no le son novedosas, teniendo una mayor sensación de conocimiento sobre en qué desembocan aquellos aspectos significativos y problemáticos de la historia infantil. En otras palabras, la persona revive una historia que sabe cómo acaba.

justificación: “hasta que no reciba algo necesario para crecer adecuadamente, no pienso crecer”.

De igual forma, el trabajo psicoterapéutico llevado a cabo junto a estos pacientes también acaba evidenciando la fijación a ciertos deseos infantiles, o, si se quiere, a ciertas circunstancias infantiles, por ejemplo aquella en la que todo lo necesario nos es proporcionado, sin apenas esfuerzo por nuestra parte, por alguien externo a nosotros. El resultado es que la opción preferible de vida es aquella en la que la persona sienta que, en lo esencial, es esto lo que está sucediendo. Estos deseos pueden ponerse de manifiesto en la transferencia con el terapeuta, de quién se demanda que sea él el que realice todo el trabajo e incluso se fantasea con que arregle todas las dificultades vitales; en fantasías como que nos toque la lotería o casarnos con alguien de quien depender económicamente; e incluso, hallarse en el sustrato de conductas delictivas o adictivas.

Es por ello que en aquellos casos cuya adecuada comprensión nos acerque a un panorama del estilo que describo cobra todo su sentido una psicoterapia que proporcione a la persona una “segunda oportunidad para el desarrollo”. Estoy de acuerdo con autores como Herscovici y Bay (1990) cuando dicen que “es crucial que la joven comience a comprender y desear las ventajas de crecer”, la cuestión es que, dependiendo del caso, para conseguir esto será necesario un trabajo previo de crecimiento, basado en un cierto grado de satisfacción de las necesidades infantiles pendientes. Esto se conseguirá:

- Transferencialmente en la propia relación terapéutica.
- Fomentando la búsqueda de personas disponibles para ofrecer respuestas satisfactorias.
- Fomentando el auto-cuidado en la relación de la paciente consigo misma.

CAPÍTULO 11

LA ANOREXIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS RELACIONES FAMILIARES

Podría decirse que una determinada anorexia encuentra su sentido en diferentes planos interconectados entre sí:

- El del psiquismo individual
- El de las relaciones familiares
- El de las relaciones extra-familiares
- El sociocultural.

Es así como la anorexia, al ser estudiada, puede ser enfocada, fundamentalmente, desde cada una de estas perspectivas, o puede serlo desde una perspectiva que integre a varias o a todas ellas. De igual manera, en la práctica clínica nos encontraremos que la exploración de cada caso particular nos sitúa predominantemente en alguno de estos planos, aunque otras veces es más bien la orientación teórica del propio profesional la que determinará dónde se pone el énfasis.

Evidentemente, todos los aspectos tratados en este trabajo, narcisismo, sexualidad, apego, identidad, relaciones de poder, etc., se configuran en un psiquismo individual, en el seno de unas relaciones familiares y sociales y en un determinado momento socio-cultural. En este capítulo me ocuparé del estudio de la anorexia en tanto fenómeno que encuentra su sentido en el seno de unas relaciones familiares.

Ya desde la perspectiva de las relaciones familiares, es posible adoptar distintos niveles de análisis.

- 1) El de los sucesos acaecidos en el ámbito familiar que han podido tener influencia en el desarrollo de la anorexia. Algunos de ellos serán meros coadyuvantes, mientras que otros cobrarán una gran importancia relativa. Aquí la pregunta será ¿qué ha pasado en esta familia para que se dé una anorexia?
- 2) El de la participación de lo familiar en la constitución y configuración de las diferentes dimensiones de la persona (sexualidad, narcisismo, apego), con sus correspondientes sectores problemáticos y la anorexia como solución. Aquí nos preguntaremos ¿cómo han sido las cosas?

3) El de la función que cumple la anorexia en el logro del equilibrio familiar. Aquí la pregunta será ¿para qué?³¹

Quedarnos en el primer nivel de análisis conllevaría un escaso alcance en cuanto a la comprensión de la anorexia. Desde el mismo podría decirse que en el desarrollo de la anorexia pueden influir factores como la obesidad de los propios padres, su elevada preocupación por la imagen corporal, los comentarios despectivos, el exceso de valoración durante la primera infancia, los abandonos, abusos sexuales y un largo etcétera.

Desde el segundo de los niveles de análisis las cosas se clarifican mucho más. Desde el mismo hemos desarrollado la mayor parte de nuestro trabajo e igualmente podría decirse que desde el mismo operan autores como Minuchin³² en su intento por delimitar las principales características de las familias en las que surgen las anorexias. Este autor señala las siguientes características:

- Aglutinamiento: excesiva fusión entre los diferentes miembros de la familia con escasos límites entre los mismos.
- Sobreprotección.
- Rigidez con escasa relación con el exterior.
- Evitación del conflicto.

Por su parte, Rosa Calvo (2002) va a referirse a cuatro grandes ejes sobre los que giran las relaciones familiares que pueden dar lugar a los trastornos de la conducta alimentaria:

- Evitación del conflicto
- Coaliciones encubiertas.
- Interferencia en el proceso de autonomía.
- Negligencia física o afectiva.

Como digo, desde este nivel de análisis nos preguntaremos por las implicaciones de las relaciones familiares en la configuración de las principales dimensiones de la personalidad individual (narcisismo, apego, sexualidad). Nathan W. Ackerman (1958) en su ya clásico estudio sobre las relaciones familiares hablaba de que la tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad, considerando que hay dos procesos centrales involucrados en este desarrollo: 1) el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la auto-dirección adulta; 2) el paso de un lugar de importancia infantil magnificada a una posición de menor importancia. A lo que añadía: “Es esencial que estos procesos sean imperceptiblemente graduales en beneficio de la salud emocional del niño”. Es decir, el niño debe ir modificando su posición sin apenas darse cuenta de ello, ya que de lo contrario, los cambios implicados en el crecimiento serán vividos como una amenaza, aferrándose la persona a las posiciones infantiles. Indudablemente, las familias anoréxicas han fracasado en lo referente a llevar a término estos dos procesos, fracaso que la anorexia trata de compensar de alguna

³¹ Nardone distinguió dos subtipos de anorexia: la sacrificante y la abstinenta. La sacrificante se relaciona justamente con lo que describimos aquí, ya que la misma surge en conexión con una determinada situación familiar, pasando la muchacha a desempeñar una función de mantenimiento del precario equilibrio familiar, es decir, se sacrifica por su familia.

³² Minuchin y otros (1978).

manera. Desde este nivel de análisis nos preguntaremos, pues, cómo han sido las cosas en una determinada familia para que estos dos procesos no se hayan podido llevar a término.

Desde el tercero de los niveles hablaríamos, por ejemplo, de que el miembro identificado como enfermo cumple la función de chivo expiatorio o que la anorexia de la hija es lo que mantiene unidos a los padres. Los ejemplos propuestos nos ponen en la pista de que puede distinguirse entre aquellas anorexias en las que la función es impuesta desde fuera y aquellas en las que es la propia muchacha la que asume la misma.

En lo que sigue me mantendré en este tercer nivel de análisis para desarrollar algunos ejemplos. Estos no son sino unas pocas posibilidades entre otras muchas. Lo importante es la idea general de que la anorexia puede estar desempeñando una función en la consecución del equilibrio familiar.

El chivo expiatorio

Hay un tipo de pacientes con los que uno tiene la sensación de que, aun perteneciendo a familias muy disfuncionales, cargan con todo el peso de la “patología” familiar. Por un lado, el relato de lo que ha ocurrido o sigue ocurriendo en casa no deja lugar a dudas: el paciente en cuestión es una pieza más de un sistema familiar disfuncional. Pero, por otro lado, sólo un elemento del mismo, nuestro paciente, es considerado como enfermo: esta diagnosticado, recibe tratamiento y, lo que es más importante, es tratado por todos como un enfermo, sintiéndose todos sanos menos él.

Pues bien, que las cosas sucedan así no es producto de la casualidad, sino que es el resultado de la forma, disfuncional, al menos para uno, que tiene la familia de buscar su equilibrio. Luego, si uno tiene la oportunidad de entrevistarse con los padres generalmente puede comprobar cómo estos tratan de desmarcarse de la supuesta patología del hijo, diciendo cosas del estilo de: “no creo que los problemas de mi hijo tengan que ver con nosotros, yo creo que es más bien su carácter, que el es así y punto.” Y, si la estrategia del terapeuta es implicarles como parte del problema, encontrará la más firme de las resistencias, constatando que para esos padres es más importante salvaguardar una imagen positiva de sí mismos que la mejoría del hijo. Es decir, el narcisismo de los padres, sus necesidades, está por delante del narcisismo y las necesidades del hijo.

Con harta frecuencia, el final de los tratamientos (exitosos) de este tipo de pacientes nos depara una sorpresa que corrobora la hipótesis que veníamos sosteniendo de que el hecho de que nuestro paciente cargara con todo el peso de la patología familiar servía a los fines de lograr un cierto equilibrio: nuestro paciente mejora notablemente, comienza a sentirse sano, comienzan a verle como sano y entonces, y esta es la sorpresa, otro de los miembros “enferma”.

Aunque pudiera parecer que el mecanismo familiar que describo se pone en marcha cuando la persona comienza a mostrar unas conductas susceptibles de ser entendidas como patológicas, la cosa suele tener unos antecedentes fácilmente identificables a poco

que se tenga la oportunidad de explorar cómo ha sido la dinámica familiar. Distinguiré dos posibilidades:

- Aunque en muchos casos de una manera sutil, la persona ha sido rechazada desde un principio.
- La persona se convierte en receptáculo de “lo malo” de la familia a partir de que decepciona las expectativas idealizadas que sobre él tenían los padres, convirtiéndose para ellos en una especie de “juguete roto” que ya no vale.

Por si esto fuera poco, la situación se completa y se termina de consolidar cuando la persona que se ve señalada por todos como el enfermo de la familia, para tramitar emocionalmente su posición, se ve en la tesitura de manejarse con una gran cantidad de rabia y con unas fuertes necesidades de restituir unos padres que respondan adecuadamente a sus necesidades, y, como bien sabemos, cualquier condición que provoque sufrimiento al propio individuo y sufrimiento a los demás miembros de la familia será apta, como formación de compromiso, para responder al tiempo a ambos propósitos: agredir y reclamar cuidados. Es decir, la propia posición en que ha sido situada la persona por razones ajenas a sus propios intereses y necesidades es utilizada, ahora, para tratar de subsanar los daños causados por la misma y para expresar el correspondiente enojo, con lo que se cierra un círculo vicioso del que la familia no sabrá salir por sí sola.

La anorexia, por distintos motivos, cumple a la perfección los requisitos necesarios para convertirse en la pieza central de este engranaje:

- El no comer es un recurso primario y al alcance de todos, incluso de los que se sienten más débiles, para protestar y reclamar que las cosas cambien.
- Implica un gran sufrimiento para el que la padece y para los demás miembros de la familia.
- El hecho de que la anorexia sea considerada como un trastorno bien definido.

Desde esta perspectiva, la anorexia permitiría concretar el propósito de que todo lo que funciona mal en la familia recaiga sobre uno de sus miembros, y a éste protestar e intentar subsanar esta injusticia, intento que, como decimos, será infructuoso ya que lo que hace es completar y reforzar un círculo vicioso.³³

La anorexia como forma de mantener unidos a los padres

En otras ocasiones, la anorexia puede ser la respuesta de la hija a una realidad, a veces poco evidente, a saber, que el vínculo entre los padres es frágil y está muy deteriorado, con la intención de apuntalar el mismo para su conservación. Es decir, la hija lo que está tratando de hacer es mantener unidos a los padres; les está dando una buena razón para seguir juntos. Para que esto sea así la hija tiene que haber captado que la pareja sólo encuentra su sentido en ser padres, vivir con suma angustia su separación y haberse

³³ Una madre que tenía el propósito de que tratara a su hijo, ante mi propuesta de que buscara su responsabilidad (y la del padre) en lo que le estaba sucediendo a aquél y que fueran ella y su marido los que, si fuera necesario con mi asistencia, ayudaran al chico, me contestó que estaba de acuerdo conmigo, pero que era muy duro reconocer lo que estaba fallando en ella. Una respuesta como esta evidencia como la madre protege, en respuesta a sus propias necesidades narcisistas, una imagen propia en la cual por su lado todo está bien, no teniendo reparo en colocar al hijo en la posición de aquel en el que está fallando algo.

propuesto, consciente o inconscientemente, mantenerlos unidos. Al tiempo la anorexia servirá al propósito de desviar la atención de éste y otros conflictos que la familia ni quiere ni puede asumir.

La anorexia como forma de expresión

Con frecuencia se ha puesto en conexión la anorexia con la evitación de los conflictos en el medio familiar. En aquellas familias en las que la expresión de las emociones, sobre todo las que puedan entenderse como problemáticas, está bloqueada, éstas buscarán vías alternativas de expresión, generalmente apoyándose en lo somático. Es así como la anorexia puede suponer una forma de desbloquear la expresión de las emociones, hablando la hija, en buena medida con su cuerpo, no sólo en nombre propio, sino, en ocasiones, en nombre de toda la familia.

CAPÍTULO 12 LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ALGUNAS PROPUESTAS CONCRETAS

Este capítulo y el siguiente los dedicaré, respectivamente, a la prevención y a la terapéutica de las anorexias, fundamentándolos ambos en todo lo expuesto anteriormente. Empiezo por el tema de la prevención de las anorexias, al cual, cada día, parece prestársele una mayor atención desde las diferentes instancias con responsabilidad social. Me centraré, en principio, en la preventiva en los ámbitos de la familia y la escuela, dejando de lado, no porque no puedan tener su calado, aquellos esfuerzos destinados a prevenir por medio de la regulación de la publicidad, el cine, el mundo de la moda, etc.

Como he venido sosteniendo en las páginas anteriores, las anorexias encuentran su sentido en la resolución de problemáticas en el ámbito del apego, del narcisismo, de la sexualidad, por lo que todo aquello que contribuya a que las cosas funcionen lo suficientemente bien en estos terrenos será, en definitiva, la mejor prevención posible.

Dividiré el capítulo en dos partes. En la primera plantearé que la mejor prevención de las anorexias radica en la promoción, por medio de los padres, demás familiares significativos y distintos agentes educativos, de un apego seguro, un buen equilibrio del narcisismo y una sexualidad sin excesivos conflictos, e intentaré exponer de una manera clara las condiciones que posibilitan esto. En la segunda parte me centraré más específicamente en aquellos momentos en los que la comida o la estética corporal asociada a un cuerpo delgado pasan a ser el eje sobre el que gira una determinada situación significativa.

Prevención en el ámbito del apego

La mejor prevención de la anorexia en el ámbito del apego pasa por fomentar lo que John Bowlby denominó un “apego seguro”, es decir, la sensación de estar respaldado incondicionalmente por determinadas personas. Un apego seguro posibilita que la

persona no tenga que ocuparse activamente de asegurarse este respaldo, pudiendo dedicar sus esfuerzos a otras tareas.

La prevención de la anorexia comienza, pues, en la más temprana infancia, promoviendo un apego seguro, fundamentalmente por medio del logro de un vínculo de calidad entre el niño y sus principales cuidadores. Por una parte, el niño debe sentir la seguridad de que sus padres están disponibles para ayudarlo y que tienen capacidad y voluntad para hacerlo, y por otra, debe sentir que es un individuo y que sus deseos, necesidades y formas de entender las cosas son tomadas en consideración, al tiempo que son respetadas y fomentadas sus iniciativas en la dirección del logro de un funcionamiento autónomo.

A continuación, y sin ánimo de ser exhaustivo, enumeraré una serie de circunstancias que con frecuencia se dan en el seno de los vínculos paterno-filiales y que suponen un obstáculo para el crecimiento y el fortalecimiento del hijo, especialmente en el terreno del apego, y que, por tanto, deben evitarse en la medida de lo posible³⁴.

- Las amenazas y los castigos como principal medio de regular la conducta de los hijos, que además, con frecuencia, son aprovechados para agredir o compensar las inseguridades de los padres, por ejemplo, en lo referente a las relaciones de poder. Un educador debe tener la habilidad de regular la conducta motivando, ya que, en definitiva, está tratando de inculcar cosas buenas al niño.
- La crítica destructiva en la que el fin no es corregir ni ayudar a mejorar, sino agredir.
- La deslegitimación de las peticiones de apoyo, de las percepciones, de las opiniones y de las iniciativas del niño, como si no supiera lo que necesita, lo que ve, lo que piensa y lo que hace.
- Los mensajes generadores de culpa.
- La intromisión y el exceso de control sobre aquellos aspectos que van formando parte de la intimidad del hijo.
- La falta de reconocimiento de la individualidad del hijo al considerarlo una mera extensión del yo de los padres destinada a satisfacer sus necesidades de logro, apego e incluso sexuales, sin necesidad en este último caso de que haya abuso en el sentido restringido de la palabra.
- La comparación con otros niños.
- La intolerancia al sufrimiento del hijo, que, normalmente, llevará a los padres a restarle importancia a las cosas que éste transmite, o a reaccionar exageradamente, añadiendo más sufrimiento en lugar de servir para contenerlo.
- El rechazo.
- El descuido.
- El desinterés.
- La distancia emocional.
- El abandono y la ausencia.
- La intermitencia en la disponibilidad para el vínculo.
- Las demandas inadecuadas.

³⁴ Para la elaboración de lo que sigue me he apoyado en el excelente trabajo de Mario Marrone *La teoría del apego* (2001). *Un enfoque actual*, concretamente en el capítulo 5, "Las disfunciones de la parentalidad".

- La inversión de roles: son los padres los que necesitan al niño.
- La falta de límites.

Los padres olvidan con frecuencia que es el hijo el que debe, según sus necesidades, regular la distancia física y emocional con ellos, ya que, dependiendo del momento evolutivo y de cómo le marchen las cosas, deseará estar más cerca o, sabiendo que están ahí por si los necesita, hacer su vida. Esta es la manera de que el hijo aproveche las fases de mayor contacto para fortalecerse y luego se aleje para hacer su vida. Sin embargo, esta forma de entender cuál es el papel de los padres choca de lleno, frecuentemente, con las necesidades y los deseos de éstos, quienes, por poner un ejemplo, pueden necesitar más espacio y libertad cuando los niños son pequeños, y más atención y cuidados de los propios hijos, según van creciendo. Es decir, la propuesta de los padres puede suponer una inversión de lo que dicta la lógica natural: “mientras seas niño voy a pasar de ti, y luego, cuando seas mayor y yo viejo, me cuidarás”. O, volviendo a la metáfora de la distancia, son los padres los que imponen al hijo la distancia a la que va a funcionar el vínculo. Hay padres que imponen una excesiva lejanía, otros, al contrario, una excesiva cercanía, y otros una suerte de disyuntiva del tipo “o demasiado cerca o demasiado lejos”.

Imaginemos, por ejemplo, a unos padres que atrapan al hijo en un vínculo estrecho y que cuando éste lleva a efecto tentativas de salir de su control se alejan con mensajes del tipo: “Haz lo que quieras, pero luego no nos vengas a llorar”. Este escenario vincular le deja al hijo dos opciones igualmente indeseables para él: posicionarse demasiado cerca o demasiado lejos de sus padres. Este tipo de posiciones de los padres son de la máxima relevancia teórica a la hora de explicar ciertas sintomatologías, que serían un intento de lograr esta distancia óptima, ni demasiado cercana ni demasiado lejana.

El hecho es que las personas tenemos hijos para satisfacer necesidades propias (de apego, narcisistas, sexuales), las cuales pueden entrar en fuertes contradicciones con el ejercicio óptimo de nuestro papel como padres. Es por ello que, a efectos de la profilaxis de las anorexias, sea recomendable saber renunciar a la satisfacción de ciertas necesidades o, al menos, a que sean nuestros hijos los encargados de satisfacerlas, ya que ser padre, como ser psicoterapeuta, supone ejercer una función en la que lo esencial es cuidar, y no ser cuidado; en la que al menos se tienen tan en cuenta las necesidades del otro como las propias.

Pongo un ejemplo para que lo que digo no quede como una mera formulación abstracta. Figurémonos a una mujer (o a un hombre) que tiene hijos para paliar sus sentimientos de soledad y sus necesidades de recibir cuidados. Para transmitir esta demanda es posible que opte por presentarse ante éstos como alguien débil y necesitado, valiéndose para ello, por ejemplo, de algún tipo de padecimiento. Al margen de que el hijo acepte en mayor o menor grado el papel de cuidador, tendrá que poner en marcha algún mecanismo que le vuelva a colocar la posición del que debe ser cuidado y que movilice a algún cuidador, optando muy posiblemente por hacer lo mismo que su progenitor, es decir, que sea algún tipo de padecimiento lo que le permita verse exonerado de la responsabilidad de cuidar a otro y le otorgue el derecho de ser cuidado y atendido, de ser “del que se está pendiente”.

Se podría decir que la principal responsabilidad de los padres es participar en un vínculo en el que la otra parte, los hijos, se encuentran en un cambiante estado de dependencia emocional. En lo referente a la regulación de tal vínculo lo preferible es que los padres sean fieles a dos principios:

- 1) No distanciarse antes de tiempo.
- 2) No retener cuando ya no se es necesario.

Es decir, los padres deben mostrarse disponibles cuando las necesidades de los hijos así lo indiquen y no retenerlos cuando estos van estando en condiciones de actuar según su propia iniciativa.

Prevención en el ámbito del narcisismo

Si el autor de referencia en el ámbito del apego es John Bowlby, considero que la concepción más valiosa de la dimensión narcisista del ser humano es la llevada a cabo por Heinz Kohut, quien distinguió, recordémoslo de nuevo, dos configuraciones narcisistas básicas: *la imago parental idealizada* y *el self grandioso*. La primera de ellas, que podría entenderse a caballo entre el narcisismo y el apego, se basa en la necesidad de contar con figuras idealizadas de cuya cercanía poder beneficiarnos. La segunda tiene que ver con la idealización del propio yo. Según Kohut, en condiciones óptimas, las configuraciones narcisistas evolucionarán en el sentido de la idealización de unos determinados valores y en el de una autoestima realista, pudiendo, no obstante, quedar la persona fijada en las fases primitivas de ambas configuraciones, como consecuencia de frustraciones traumáticas. La idea de Kohut es que la persona puede evolucionar si se ve sometida a un grado de frustración óptima, ya que una frustración traumática propiciará que la persona establezca regresivamente la referencia de satisfacción de sus necesidades narcisistas.

La prevención de la anorexia pasa por el logro de un equilibrio narcisista fuerte, en contraposición de la denominada *vulnerabilidad narcisista*, que podría definirse como la propensión a ser herido en la autoestima; o como la elevada sensibilidad a la desaprobación y la crítica o a las fallas del objeto idealizado. Es decir, la persona se sentirá seriamente dañada al ser criticada o desaprobada, incluso al recibir respuestas neutras cuando lo que espera es la admiración, o muy decepcionada con el objeto externo que no responde a sus expectativas idealizadas.

Intentemos concretar las principales necesidades en el ámbito del narcisismo. En primer lugar, el niño necesita disponer de figuras idealizadas con las que fusionarse y de las que obtener no sólo protección y cuidado, aquí estaríamos más en el ámbito del apego, sino también un sentimiento de autoestima. Para ello es preciso que los padres estén en condiciones de ser idealizados por el hijo, pero que, al tiempo, le transmitan a éste un mensaje que le haga sentirse parte de. Es decir, el niño debe sentir que sus padres son extraordinarios y que él forma parte de la familia que ellos encabezan. Esta primera necesidad puede quedar seriamente frustrada si:

- Las fallas de los padres son tan evidentes o irrumpen de forma súbita que la idealización se hace imposible.

- Que los padres transmitan un mensaje en el que se diferencian, como mejores, de sus hijos. ¿Quién no ha oído alguna vez eso del “yo a tu edad...”?

La primera de estas condiciones traerá como resultado la necesidad imperiosa de contar con figuras externas idealizadas que proporcionen equilibrio psíquico o, en su defecto, con algo que cumpla esta función (por ejemplo la droga o la comida); con alguien a quien admirar y de quien depender. La segunda traerá, más bien, la exacerbación de las autoexigencias, de la rivalidad con los padres y la búsqueda compulsiva de un sentimiento de superioridad sobre ellos, cuya no consecución llevará a la persona al sentimiento de fracaso e inferioridad.

Resumiendo lo dicho: Los hijos necesitan que sus padres gocen de una buena autoestima que les lleve a poder ser idealizados cuando corresponda, a aceptar la paulatina des-idealización y a no recurrir a promover una supuesta superioridad sobre aquellos, sino, por el contrario, transmitir un mensaje que haga partícipe al hijo de sus virtudes, aceptando de buen grado que las nuevas generaciones superen a las anteriores; eso es, al fin y al cabo, el progreso.

Los niños, normalmente, son tratados en ciertos momentos como si fueran los reyes de la casa y en otros con gritos, menosprecios y demás abusos de poder, con lo que la personalidad queda estructurada con esas dos referencias, una de placer narcisista y otra de sufrimiento, humillación y vergüenza. Podría decirse que, a partir de un punto, cuanto más amplio sea este rango mayor será la vulnerabilidad narcisista de la persona. Es por ello que los padres deben saber valorar a sus hijos si excederse hacia el polo positivo, es decir, sin transmitir una valoración exagerada, y también deben saber corregir y criticar sin faltar el respeto ni humillar. Estos cambios bruscos son similares a las grandes subidas y caídas de una acción en la bolsa y son muy dañinos para la estructuración de la personalidad.

En ocasiones, como digo, el daño resulta de la alternancia de la alta consideración y el maltrato, dependiendo esta oscilación de la interacción entre la conducta del niño y el estado emocional de los padres. En otras, sin embargo, sucede que durante una fase más o menos larga de su desarrollo el niño es tratado con una alta consideración y estima, trato que es interrumpido de manera brusca y antes de tiempo. Es sin duda esta segunda condición la que más estragos causa en el desarrollo de la persona. Es por ello que es importantísimo que los padres mantengan su presencia el tiempo necesario para el adecuado desarrollo de los hijos, regulándola, eso sí, acorde las necesidades cambiantes de estos. Las causas más comunes que llevan a no mantener esta constancia son los divorcios, los fallecimientos, el nacimiento de nuevos hijos, la propia inmadurez de los padres que les lleva a “aburrirse” de desempeñar su función o la decepción derivada de sus propias expectativas idealizadas.

Otra necesidad básica en el ámbito del narcisismo es que sea respetada la individualidad de la persona, es decir, que el hijo no sea considerado como una mera extensión de los padres. En este sentido, deben ser tenidos en cuenta los deseos, las necesidades, las opiniones y los sentimientos de los hijos. Sé que es duro prestarle el cuerpo a alguien durante nueve meses y dedicarle mucho tiempo y esfuerzo para que luego haga con su vida lo que quiera; pero, si se quieren prevenir consecuencias como la anorexia, se hace necesario no sólo aceptar esto, sino entender que es lo deseable. O, en otras palabras, es necesario limitar las demandas a las que, desde nuestras propias necesidades y deseos,

sometemos a nuestros hijos, ya que estas interfieren con su desarrollo como individuos con sus propias necesidades. Así, pues, en la relación entre padres e hijos las necesidades que deben ser atendidas prioritariamente son las de los hijos. Al padre le toca cumplir con sus funciones, postergando, por amor, sus propias necesidades, y, por supuesto, la satisfacción de haberlo hecho.

Resumiendo las medidas preventivas en el ámbito del narcisismo:

- Que los padres cuiden su propia auto-estima y puedan presentarse ante sus hijos como personas seguras y con capacidad para ejercer su función.
- Fomentar, en cuanto a la valoración, la pertenencia y no la diferenciación (somos mejores que tú), aceptando finalmente, de buen grado, ser superado por los hijos.
- Elogiar a los hijos, y tratar de hacerlo desde una posición que suponga un cierto equilibrio entre los méritos reales del niño y que la valoración está hecha desde la perspectiva de alguien que te quiere y te “ve con buenos ojos”.
- Reconocer la individualidad de los hijos; no están al servicio de nuestros deseos, muchas veces inconscientes.
- Tener cuidado con las demandas inadecuadas hacia los hijos y con su equiparación (confusión, normalmente inconsciente) con otras personas significativas como los propios padres, los hermanos, la pareja o uno mismo, ya que el hijo se verá en la tesitura de responder, o rebelarse contra hacerlo, a unos requerimientos que interfieren con su desarrollo; o será tratado, al menos en cierta medida, como si fuera alguien que no es.

Prevención en el ámbito de la sexualidad

No cabe duda de que una vida sexual satisfactoria es uno de los pilares en los que se sostiene el bienestar emocional. Que las personas podamos disfrutar de una vida sexual satisfactoria es algo que depende de numerosos factores, unos más bien circunstanciales, y otros más bien referidos a aspectos del desarrollo psicosexual, que, como bien sabemos, puede verse jalonado de obstáculos con suma facilidad.

En el caso de las mujeres, un gran obstáculo que puede estar ahí, desde el primer día de vida, implantado por la actitud de los propios padres, es el rechazo de la feminidad. La sola presencia de este obstáculo puede, por sí sola, trastocar todo el desarrollo de la persona. Por tanto, la principal medida preventiva de las anorexias es la aceptación de la feminidad, actitud que le debe ser transmitida a la hija desde el día de su nacimiento.

A la aceptación de la feminidad habrá que añadirle una actitud de aceptación de lo sexual, para con ello fomentar un clima en el que la primera menstruación sea recibida como algo positivo. Es decir, se trata de otorgarle el calificativo de deseable a uno de los principales jalones del desarrollo de la mujer.

Desde otra perspectiva, podría decirse que una de las principales condiciones para que pueda darse una vida sexual satisfactoria pasa por que el ámbito de lo sexual no esté plagado de temores. Es por ello de suma importancia que se minimicen las circunstancias que favorecen la aparición de los mismos y que se ayude a la niña/adolescente a elaborar los que, pese a todo, se instauren en su vida emocional. Estamos ante un tema tan rico y complejo que nos deberemos contentar con apuntar

alguno de los elementos que creemos pueden contribuir a que lo sexual no se constituya en terreno abonado para lo fóbico:

- Dada la interconexión de los distintos sistemas motivacionales, todo lo dicho con respecto a la consecución de un apego seguro y un narcisismo equilibrado redundará en beneficio de la sexualidad.
- Debe evitarse el efecto combinado de una actitud paterna seductora en exceso y una actitud materna crítica y vigilante con el vínculo padre-hija.
- Los asuntos sexuales deben afrontarse en un tono positivo, transmitiendo implícitamente una autorización a ocuparse de lo sexual.
- Evitar, en la medida de lo posible, la competitividad madre-hija.

Prevención en el terreno de la alimentación

Con el propósito de prevenir las anorexias, ya en el ámbito de la alimentación, propongo lo siguiente.

- Que la comida no esté cargada de significados negativos. Para ello, lo fundamental es: (1) Que la comida esté hecha y sea dada al niño con amor, evitando que se convierta en el medio por el cual se transmite la hostilidad y el rechazo de la madre y otros agentes educativos. (2) Que la hora de la comida no sea el momento elegido para tratar las cuestiones conflictivas de la familia por medio de discusiones, peleas, etc. (3) Evitar que el ámbito de la comida se estructure en torno a un posicionamiento conflictivo entre padres e hijo, ya que si aquellos lo que defienden es que hay que comer, a éstos les tocará defender la postura de no comer. 4) Y, en concreto, evitar que la comida se convierta en un espacio donde se dirimen las luchas de poder entre padres e hijo, los unos obligando a comer y los otros resistiéndose o sometiéndose a esa obligación. Si el niño ve la comida como algo a lo que se le obliga, en ocasiones de malas maneras, como es lógico, se posicionará en contra de someterse a esa obligación, lleve a la práctica abiertamente o no tal posicionamiento. (5) Que lo que rija la alimentación sea el hambre y la demanda del hijo, ya que “la madre que se anticipa a la demanda y al hambre y sobresa a su niño está taponando, obturando y distorsionando su demanda y su deseo” (Pundik, 2003). Es decir, no debe obligarse a comer a los niños sin hambre, ni tampoco cosas que les resulten desagradables. Hacerlo fomenta la sensación de que el deseo de uno mismo no es el que cuenta, sino el del otro.

De lo que estoy hablando, en definitiva, es de no pervertir lo natural: que cuando se tiene hambre lo bueno es comer. Es decir, lo esencial son las sensaciones de la propia persona y la disponibilidad de una comida en buenas condiciones. Pero si lo esencial pasa a ser, por ejemplo, que uno está obligado a comer porque otra persona, a la que en ese momento vivimos como dominante, quiere que comamos, como digo, se pervierte algo, la función alimenticia, que por naturaleza funciona. **Se trata, pues, simplemente, de no estropear algo que en inicio funciona.**

Imaginemos, adultos, que un día no tenemos hambre y nos ponen delante un plato que excede con mucho en cantidad a lo que desearíamos ingerir, no especialmente sabroso para nuestro gusto, y que nos dicen: ¡cómételo! Contestamos que no nos apetece o que sólo comeremos una pequeña parte de la cantidad del plato, y, para nuestra sorpresa, se nos dice que ¡no!, que nos lo comamos todo. Cuando intentamos defender el que

creemos nuestro derecho natural a comer de acuerdo con nuestras sensaciones de hambre, nuestro ya adversario, con muestras de enfado e impaciencia, coge los cubiertos y nos introduce, a la fuerza, la comida. Todavía en un último gesto de legítima resistencia, mantenemos la comida en la boca, ralentizando la masticación, cuando nos gritan ¡trágatelo!³⁵ Y todo ello con el mensaje, explícito e implícito, de “es por tu bien”. ¿Cómo nos sentiríamos? Pues así es como se siente un niño, con el agravante de que las personas que están ejerciendo tal abuso de poder son justamente aquellas de las que espera recibir los mejores cuidados.

Este tipo de escenas, que están a la orden del día en las mesas familiares y en los comedores escolares, son vividas por quien las padece como auténticos abusos de poder, equiparable en muchos aspectos a ciertos abusos sexuales, sobre todo a aquellos vividos desde un principio con desagrado

En el otro extremo, también es importante que la comida no cobre el significado de “lo único bueno con lo que cuenta la persona”, significado que podría llevar a comer en exceso y luego, posiblemente, a compensaciones restrictivas desde la exigencia de mantener una determinada imagen corporal. Recuerdo una paciente para quien la comida era “su momento”, en contraste del resto del tiempo en el que estaba pendiente de los deseos de su madre.

Para la organización de una mesa familiar o de un comedor escolar propongo:

- 1) Implicar a los niños, en colaboración con los adultos, en la elaboración de los menús, promoviendo que se tengan en cuenta tanto los gustos personales como unos determinados principios relativos a una alimentación saludable.
- 2) Proporcionar unos alimentos de calidad, bien preparados.
- 3) Permitir que el niño sea quien determine cantidades y proporciones.
- 4) Si el niño se niega a comer nada, se le puede animar, con cariño, a que coma algo, o explicarle lo importante que es comer, pero siempre desde la idea de que le estamos intentando transmitir las bondades de algo.
- 5) Evitar que la situación derive en una cuestión de poder, es decir, en una cuestión en la que lo fundamental es determinar quién manda, ya que, precisamente, lo que recomiendo es **que el niño conserve la sensación de poder sobre lo que come y lo que no**, de que comer es una respuesta a SUS necesidades y no a las de otros³⁶.
- 6) Con aquellos niños que se niegan casi por completo a comer, si esto es así es porque han perdido la confianza en la comida como algo bueno o están mostrando que ellos mandan. Pues precisamente ellos son los que más precisan

³⁵ Muchos nos lo tragaríamos, nos sentiríamos humillados y ahí quedaría, más o menos, la cosa. Pero hay personas más tenaces en su lucha que todavía después de tragárselo mostrarían su resistencia vomitándolo.

³⁶ Muchos padres y maestros al entender la negativa a comer como un reto a su autoridad reaccionarán tratando de demostrar que son ellos los que mandan. Yo recomiendo, por el contrario, permitir que el niño vaya adquiriendo sensación de dominio y autoridad sobre ciertos aspectos de su vida, ya que lo normal es que el padre o el profesor no tengan que demostrar constantemente que manda, esto se sobreentiende, a no ser que ellos mismos tengan dudas de su autoridad. De lo contrario estamos obligando al niño bien a someterse bien a demostrarse que tiene poder no comiendo, no estudiando, no durmiendo, etc., es decir, no haciendo toda una serie de cosas buenas que pueden responder a sus necesidades, que, al imponérselas cobran más bien el significado de algo bueno para el otro.

que se les aclare que las cosas, a la hora de comer, funcionan según lo expuesto en los puntos anteriores.

Se me objetará que si se permite esto a un niño otros querrán lo mismo y se vendrá al traste la organización del comedor. Si esto es así es porque la organización se basa en la sumisión de muchos a unas reglas que, según mi opinión, no responden a lo que deben responder: las necesidades de los niños para crecer. Si un comedor consigue que la mayoría de los niños opine que la comida es buena, el problema estará arreglado. Si la mayoría de los niños a lo que está es a ver cómo se libra de tener que comer, algo está fallando.

Hay una situación, que a todos nos resultará familiar, que indica el grado de tergiversación al que se ha llegado: Un niño no quiere comer más y le pregunta al cuidador si le “perdona” lo que le queda. La cosa está clara, ¿no?; el comer ha derivado en algo que se hace por sometimiento al cuidador.

Prevención en lo referente a la imagen corporal

Aquí los objetivos son:

1. Que la imagen corporal no se convierta en el elemento en el que se sustenta la mayor parte de la autoestima de la persona. Para ello debe fomentarse un sistema de valores diversificado, en el que uno de ellos puede ser un cuerpo sano, que funcione bien y que responda a una determinada estética, ¿por qué no?
2. La aceptación del propio cuerpo.

Hay varias circunstancias que pueden conducir a que la imagen corporal se convierta en el sustento de la autoestima:

- La influencia de otros significativos que emplean la imagen corporal como principal criterio para valorar.
- La falta generalizada de autoestima puede conducir a que busquemos una compensación de la manera más económica posible, es decir, a través de un solo elemento y que, por sus características, proporcione a la persona la sensación de que está en sus manos la consecución de logros.
- Ofensas narcisistas en el terreno de la imagen corporal. Si la persona ha visto muy dañada su autoestima precisamente en el terreno de la imagen corporal, probablemente, aunque no necesariamente, buscará resarcirse en ese mismo terreno.

En cuanto a la aceptación del propio cuerpo, ésta se hace posible toda vez que exista una mínima proximidad entre las representaciones de la persona referidas a cómo debería ser el cuerpo y aquellas referidas a cómo es en realidad. En este sentido, será determinante el grado en que la persona esté sometida a exigencias caracterizadas por el anhelo de perfección, ya que el rechazo de algo es el resultado de comparar la expectativa con la percepción de la realidad. Si uno espera algo perfecto, ideal, lo más probable es que rechace la realidad aunque ésta tenga muchas virtudes.

Por lo tanto, los esfuerzos preventivos deberán buscar, aparte de la diversificación del sistema de valores de la persona, que el valor de la estética corporal no se estructure según criterios perfeccionistas e ideales.

Fomentar esto supondrá:

- Facilitar la aceptación del propio cuerpo, ya que será mucho más probable que las expectativas de cómo debe ser éste se vean más o menos cumplidas.
- Aun no dándose ésta aceptación, debido a que la persona no cumpla siquiera con dichas expectativas realistas, el rechazo y la sanción por el incumplimiento serán mucho menos intensos y agresivos.
- Y el equilibrio de la autoestima quedará compensado por los otros valores del sistema en los que si se responde a las expectativas.

Me gustaría llamar la atención sobre un aspecto que creo de la máxima importancia, a saber: que el cuerpo esté esquematizado por la persona como una totalidad o como una serie de parcialidades. Y digo que es de la máxima importancia porque soy de la opinión de que la mayoría de las personas que acaban recurriendo a mecanismos anoréxicos viven su cuerpo como una serie de parcialidades³⁷. Es así como la persona puede afirmar sentirse gorda pese a su extrema delgadez, ya que puede estar atendiendo exclusivamente a una parte del cuerpo en la que exista algún signo interpretable en términos de gordura.

No son beneficiosas, pues, en lo relativo a lo que aquí nos ocupa, las perspectivas que prestan especial atención y valoración a determinadas partes del cuerpo, aislándolas del conjunto, como pueden ser los pechos o las nalgas de la mujer o los abdominales del hombre.

Resumiendo:

- Será útil todo aquello que fomente la autoestima del niño y el adolescente, siendo importante que se sienta valorado, en primer lugar como persona sin más, y luego como poseedora de una serie de atributos positivos en el contexto de un sistema de valores rico, en el que, si se quiere, la estética corporal puede ser un valor más.
- Evitar que la persona sea avergonzada por otros por cómo es su cuerpo. Como esto en ocasiones es incontrolable, se puede ayudar al niño o al adolescente a disponer de ciertos recursos eficaces para defenderse y minimizar el daño de los ataques recibidos.
- Tratar el cuerpo de la persona como un todo, teniendo cuidado de no prestar una especial atención (apreciativa o despreciativa) a una parte en concreto.
- Puede ayudar una buena formación de la persona en todo lo referido a la alimentación: su importancia, virtudes y defectos nutricionales de los principales alimentos, hábitos saludables, etc.

³⁷ A lo que habría que añadir todo lo dicho desde el psicoanálisis sobre la distinción entre objetos parciales y objetos totales, fundamentalmente lo referido a la mayor madurez que implican los vínculos libidinales con objetos totales (una persona) frente a los vínculos con objetos parciales (una parte de la persona).

- De la misma manera es conveniente una buena educación en el ejercicio físico, integrando la importancia concedida a la funcionalidad, a lo saludable y a lo estético.
- Es importante inculcar desde la infancia una cultura de los hábitos sanos, con su espacio para lo placentero, por supuesto, preferible a la cultura del exceso-compensación.

Cómo pueden los padres afrontar la sospecha de que su hija esté inmersa en un funcionamiento anoréxico.

Es lo más frecuente que cuando los padres se encuentran en la situación de sospechar que su hija está dejando de comer tengan muchas dudas sobre cómo afrontarla.

Remitiré al lector interesado al libro de Rosa Calvo (2002) *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*, que incluye un apartado dedicado a cómo debe ser la actuación beneficiosa en tales casos. No obstante, resumo brevemente las principales propuestas de esta autora:

- Expresarle a la hija, abiertamente y con afecto, su preocupación por lo que creen que está pasando, evitando tanto una actitud crítica como la búsqueda de una confesión y permitiendo, asimismo, que ella se exprese libremente. Sugiere la conveniencia de que esta conversación se prepare. Se deberá buscar un momento oportuno, ser claros y sinceros y anticipar las posibles reacciones de la hija que oscilarán desde la aceptación acompañada de un cierto alivio al rechazo agresivo.
- La respuesta ante la negación tiene que ser la calma.
- Ante la constatación: 1) Buscar ayuda. 2) Buscar consenso entre los padres, pactando unos criterios mínimos.
- Evitar la utilización del tema para resolver conflictos conyugales.
- Puede ser necesario limitar sus actividades.
- Los padres deben evitar asumir el problema como propio (preocupación excesivamente simbiótica), adoptar el papel de amigo, delegar toda la responsabilidad en el otro, convertirse en los terapeutas de la hija.
- Si la muchacha se niega rotundamente a recibir tratamiento, ser ellos mismos los que trabajen en un contexto psicoterapéutico.

CAPÍTULO 13

LA PSICOTERAPIA DE LAS ANOREXIAS

En este capítulo expondré una serie de consideraciones y propuestas, basadas en todo lo dicho en los capítulos anteriores, sobre la psicoterapia de las anorexias. Es decir, me referiré a una psicoterapia basada en la comprensión de lo que trata de solucionar la anorexia y destinada a ayudar a la persona a encontrar soluciones más maduras, más eficaces y menos costosas.

Teniendo en cuenta esto, el psicoterapeuta debe, trabajando en equipo con su paciente, ayudarle a explorar y a comprender el para qué de sus manejos anoréxicos, siguiendo el principio de validar y respetar los fines perseguidos, cuestionando sólo los medios empleados, bajo la premisa de que existen mejores alternativas. Entiendo, pues, que perder peso, no comer, vomitar, son siempre medios para lograr algo, y no fines en sí mismos, aunque a veces lo parezcan. Por tanto, opino que la mayor parte del trabajo debe recaer en validar los fines, y no sobre el cuestionamiento de los manejos anoréxicos. **Una psicoterapia basada en demostrarle a la persona que lo que hace está mal está destinada, con casi toda seguridad, al fracaso, ya que:**

- No hace sino repetir un mensaje ya recibido por la persona.
- Puede ser vivida como un ataque.
- Puede fomentar lo contrario de lo que busca: que la persona se reafirme en sus posicionamientos.

Sí pienso que es positivo que quede expresado por nuestra parte que creemos que es posible encontrar mejores alternativas que la anorexia.

La idea de validar los fines implica la capacidad del terapeuta para respetar y entender la posición en la que se halla la persona en un momento dado. Habrá que tener en cuenta que, en un principio, esta posición se caracterizará por su infantilismo, tanto en lo referente a los deseos, las necesidades y los temores. Por supuesto que uno de los objetivos de la psicoterapia será la maduración de la persona en lo referente a alguno de

los fines que persigue, aunque buena parte de ellos ni siquiera precisarán de esa maduración. Pongo un ejemplo: si lo que persigue la persona es que su deseo cuente, y que sea el preponderante en lo respecto a dirigir su vida, tal fin no precisa modificación alguna. Si, por el contrario, la persona persigue que su deseo domine la vida de otras personas, precisará ayuda para rebajar sus aspiraciones narcisistas.

Psicoterapia de las dificultades derivadas del vínculo madre-hija

Empecemos aclarando que un vínculo madre-hija problemático no equivale a exento de amor, ya que a veces el problema puede derivar de un exceso del mismo en la vinculación. Por ejemplo, cuando una chica nos dice que su madre lo es todo para ella, que si le pasara algo no sabría que hacer, esto debe ponernos en la pista de la problemática vincular madre-hija.

En principio, animaremos a la persona a hablar del contexto en el que ha crecido, de sus padres, hermanos, etc., del vínculo con ellos, con el fin de ir acercándonos no tanto a la caracterización de dichas personas, sino, más bien, a la caracterización de los vínculos, entendidos como realidades complejas de las que participan varias personas. De esta forma, la persona puede ir esclareciendo cómo eran y son sus padres, cómo era y es ella, como reaccionó y se adaptó a sus padres y cómo reaccionaron y se adaptaron los padres ella.

Un aspecto crucial será la confianza que tenga la persona en su propia visión sobre cómo han sido las cosas con sus padres, sobre todo en lo referente a aquellos aspectos en los que pueda sentir que éstos han fallado. No es inusual que la persona maneje dos versiones: una, la vivida, la recordada cuando hace referencia a ciertos episodios, por ejemplo: “mi madre me pegaba y me miraba con cara de asco”; otra, la versión “oficial”, emanada bien de los propios padres o del hijo bajo la presión de ver las cosas como cree que sus padres quieren que las vea: “mi madre siempre me ha querido mucho”. Esta doble versión puede ser muy dañina para la estructura psíquica, pudiendo llegar la persona a sentirse loca si se fía de lo que siente que ha vivido.

Por tanto, es fundamental que la persona pueda integrar esas dos versiones, para lo que precisará que se le ayude a aceptar que las cosas fueron como recuerda haberlas vivido, que sus padres han influido para que las vea de otra forma y que ella, como hija, se ha visto en el deber o en la necesidad de verlas de esta forma.

Otro aspecto de suma importancia susceptible de ser abordado en el trabajo psicoterapéutico es el de la distancia afectiva de la chica con su madre. Como quedó dicho, la anorexia puede suponer un intento de regular la relación madre-hija, de lograr un punto óptimo en lo referente a la distancia entre ambas, toda vez que la relación, regulada por la madre es vivida por la hija unas veces como demasiado cercana y otras veces como demasiado lejana. El propio hecho de hablar con el terapeuta sobre la madre y la relación con ella proporciona una alternativa a la anorexia, ya que ofrece la posibilidad de explorar dicha realidad vincular y sentirse en una posición desde la que se pueden hacer cosas para encontrar esa distancia óptima. En este sentido, el terapeuta puede cooperar:

- Promoviendo dicha exploración con sus preguntas
- Respetando y validando todo aquello que cuente la chica

- Señalando el malestar que implica tanto el exceso de cercanía como el excesivo distanciamiento.
- Aclarando el fin que persigue (una distancia óptima con su madre) y las dificultades que ésta le ha puesto, y posiblemente le sigue poniendo, al respecto
- Buscando, junto a la paciente, las conductas, actitudes, formas de ver las cosas, etc. que supongan la concreción, en la práctica, de esta distancia óptima.

El objetivo es que el vínculo madre-hija quede reinscrito en el psiquismo de la persona. Que pueda llegar a un punto en el que dé por bueno este vínculo, pudiendo dejar por fin de tratar de modificarlo, de compensar el exceso de cercanía y el exceso de lejanía, y que esto, si la madre vive todavía, se traduzca en una relación presente más satisfactoria o, al menos, menos problemática. Esto que digo suele traducirse en una menor presencia de la madre en el psiquismo de la persona. La madre deja de ser alguien de la que, a un tiempo, aquí está lo complicado del asunto, hay que escapar, porque ahoga, y a la que hay que conseguir, porque es necesaria y está ausente. “Mi madre antes lo era todo para mí; ahora es una parte más de mi vida”. Así resumía una de mis pacientes los resultados del trabajo que habíamos realizado juntos.

El manejo de la transferencia

Lo primero de todo, dejaré bien claro que la transferencia, tal como ya la describiera Freud, no es algo que atañe sólo a la clínica psicoanalítica, sino que debe entenderse como un fenómeno que caracteriza la forma que tiene el ser humano de vincularse, real o fantaseadamente, y que, por tanto, estará presente allí donde un terapeuta y un paciente entren en contacto. Otra cosa bien distinta es el uso, con fines terapéuticos, que se quiera hacer de la misma. Pero no nos engañemos, la transferencia se va a dar y el terapeuta va a responder de alguna manera a la misma (incluso en un encuadre conductista). Entonces, al terapeuta le queda la responsabilidad de lograr que esas respuestas sean terapéuticas.

Me centraré en las transferencias en las que lo esencial es el apego inseguro y aquellas en la que lo esencial es la idealización del terapeuta.

En el supuesto, más que probable, de que la persona nos sitúe en el papel de cuidador, ésta nos percibirá según sus modelos preexistentes sobre lo que puede esperarse del mismo, siendo uno de los objetivos de la terapia que nos llegue a percibir tal y como nos hemos y nos estamos comportando.

Con altísima probabilidad, la paciente se vinculará con nosotros de una manera marcada por su apego inseguro. Recordemos que éste puede ser, básicamente, evitativo o ambivalente. En el primero de los casos, la persona no confía en la buena disponibilidad de las personas para cuidarle, reaccionando a ello con un “no necesito a nadie”. En el segundo, la persona desconfía del cuidador, pero busca la cercanía con él, caracterizándose esta búsqueda de proximidad por la compulsividad, el aferramiento, la angustia de separación y las explosiones de rabia ante la mínima decepción de lo que se espera del cuidador. Por supuesto que puede haber cierta alternancia entre un apego evitativo y uno ambivalente.

Desde la vinculación marcada por un apego evitativo, la persona nos transmitirá su desconfianza extrema en poder ser ayudada por nosotros. Aquí contemplo dos posibilidades: que la persona venga *motu proprio* o que venga obligada.

Si viene por su propia iniciativa, esto indica que junto a la desconfianza en poder ser ayudada coexiste una cierta expectativa positiva al respecto. En este escenario las intervenciones del terapeuta pueden consistir en.

- Señalarle a la paciente que ve en nosotros a alguien que no va a poder o a querer ayudarla.
- Señalarle que, pese a esa visión tan desconfiada, está en nuestra consulta.
- Transmitirle que queremos ayudarla y cómo vamos a intentar hacerlo.

Si la persona viene obligada y está en nuestra consulta contra su voluntad, por ejemplo porque piensa que ella no tiene ningún problema con la comida, que es así como quiere vivir su vida, debemos respetar su posicionamiento, incluso elogiarlo en cuanto postura que lucha por la propia libertad, pudiendo transmitirle la idea de que, ya que está en nuestra consulta, a lo mejor hay alguna cuestión que le esté resultando problemática y en la que quiera ser ayudada. Con esto conseguimos eludir situarnos en el “bando contrario” de la persona, ya que con ello a ella le tocaría reforzar sus posiciones. Le podemos decir que, ya que ella no quiere, no hablaremos para nada del tema de la comida, que nos vamos a dedicar a aquellas cuestiones que ella señale. Esto, que podría parecer un problema, a veces se convierte en un punto fuerte de la terapia. La persona no habla de comida, pero sí de las cuestiones subyacentes, las tratadas en este trabajo. Con ello hemos vencido una de las defensas de la persona: centrarlo (condensarlo) todo en la comida. No en vano, con otras muchas pacientes nuestra labor consiste, precisamente, en redirigir su discurso, constantemente referido a la comida, a estas otras cuestiones que otorgan sentido a la anorexia. Incluso contemplo la posibilidad de una psicoterapia exitosa de la anorexia en la que no se hable para nada de comida.

Desde el apego ambivalente la persona mostrará en relación a nosotros una gran necesidad (dependencia) y una gran desconfianza, alternándose fases en las que predominan, respectivamente, las tradicionalmente llamadas transferencia positiva y negativa.

No encontramos aquí con el tema de la dependencia paciente-terapeuta, que muchas veces es entendida como algo malo que hay que evitar. Pues bien, la realidad es bien distinta, pudiendo suponer tal dependencia los cimientos de futuros crecimientos de la persona. Eso sí, teniendo claro que el proceso terapéutico está destinado al crecimiento y que, aunque en algunas fases implique una gran dependencia, el objetivo no es crear un *statu quo* permanente en el que el fuerte protege al débil, sino una protección que facilite el acceso de la persona al funcionamiento autónomo.

Siguiendo esta línea de pensamiento, **considero que el terapeuta debe participar en este vínculo mostrando disponibilidad cuando el paciente lo necesite y no “atrapándole” cuando no lo necesite.**

En consecuencia, lo preferible es que el proceso terapéutico pueda durar lo que la persona necesite. Trabajar con otros criterios puede acabar siendo iatrogénico. Pongo un ejemplo: Si el criterio para finalizar la terapia es la normalización del peso y lo hábitos

de alimentación, siendo el terapeuta el que toma la decisión, la persona puede sentir que, de nuevo, pierde la ayuda que necesita antes de tiempo; es decir, se sentirá abandonada. Muy distinto es que la paciente diga que ya está bien de peso, que come con normalidad y que quiere finalizar la terapia. Si ahí tratamos de hacerle ver que aunque coma bien hay muchos aspectos que nos están resueltos, lo que estaríamos haciendo es atraparla, forzándola a entender que todavía nos necesita. Para implementar estos principios podemos:

- Decirle a la persona que la terapia durará lo que ella necesite.
- Comentarle nuestras ideas sobre la dependencia: que ésta es buena siempre que no se abandone ni se atrape a la persona.
- Marcar un posible itinerario del proceso terapéutico en lo relativo a la mayor o menor presencia del terapeuta (me refiero sobre todo a la frecuencia de las sesiones y a si hay algún tipo de comunicación, telefónica, por ejemplo, fuera de las sesiones), y acordar con la paciente que será ella quien indique el momento apropiado para avanzar en esta ruta. Con ello conseguiremos que la persona pueda ir sintiendo la seguridad de que no será abandonada ni atrapada. Es decir, con esto estamos poniendo a la persona en la tesitura de confrontar sus representaciones previas sobre su vínculo con sus cuidadores, en las que lo que prima es la desconfianza, con nuestra propuesta, planteada precisamente para ofrecer seguridad. Pues bien, si nuestra propuesta es genuina, la persona tardará más o menos, pero cuando se acomode a la misma los mecanismos anoréxicos destinados a restituir un apego seguro ya no serán necesarios. Por supuesto, deberemos obrar con paciencia, no frustrándonos en exceso ni culpabilizando a la persona mientras nos siga viendo y se siga relacionando con nosotros con desconfianza (este proceso puede ser cosa de años). Debemos pues mantenernos confiados en nuestra posición, ayudando a la persona a tomar conciencia de sus necesidades, de sus representaciones de los demás a la hora de atender esas necesidades y de la forma que tenemos nosotros de trabajar a su lado. Podría objetarse que esto podría conducir a que la persona se estanque debido a lo satisfactorio del vínculo. Mi experiencia indica todo lo contrario. Como ocurre en la crianza por parte de los padres, si esta ha aportado seguridad, el destino del vínculo es una presencia escasa, ya que precisamente esa seguridad es la condición para que emerjan con fuerza otros motivos personales.
- Algunas pacientes, como parte de su forma insegura ambivalente de vincularse con nosotros, buscarán ampliar el contacto más allá de las sesiones, por ejemplo, con llamadas telefónicas. Las sesiones les resultan poco, necesitan poner a prueba constantemente la disponibilidad del terapeuta (a la par que agredirle por su ausencia). Este tipo de circunstancia merece la máxima atención por parte del terapeuta, que debe tener bien claro cómo actuar, ya que buena parte del éxito de la terapia está en juego. Por un lado, si reaccionamos limitando por completo, como inapropiada, esta “propuesta” de la paciente, es muy posible que sienta que no le valemos como terapeuta y se busque otro. Yo soy partidario de mostrar disponibilidad, la máxima posible (en ocasiones la escena que se está actualizando en la transferencia es la de un bebé llamando a su madre, y esto, por supuesto, puede suceder a cualquier hora), a la par que se esclarece el sentido de tales demandas, las necesidades infantiles en juego, la desconfianza, la rabia, etc., pero con una matización: que esa disponibilidad habrá que mantenerla todo el tiempo que la persona necesite. De nada sirve que contestemos todas las llamadas durante un cierto tiempo si luego, ya hartos y

agobiados, comenzamos a evitar y a rechazar los intentos de la persona de ponerse en contacto con nosotros. Con esto conseguiríamos reforzar el apego inseguro, la sensación de inconstancia del cuidador. Yo lo que hago, que me ha dado buenos resultados, es ofrecer la máxima disponibilidad que yo soy capaz de ofrecer el tiempo que haga falta, que, como digo, pueden ser años. Es decir, habrá que buscar fórmulas que hagan sentirse a la persona atendida, pero que no agoten prematuramente las fuerzas del terapeuta. De esta forma, le explico a la persona que quiero que se sienta atendida, pero que sé que si contesto a todas sus llamadas acabaré agobiado y esto la dañará, y que con otras personas me ha ido bien, por ejemplo, poner a su disposición mi contestador automático las 24 horas del día, con el compromiso de escuchar todos los mensajes, o que me escribieran los correos electrónicos que consideraran oportunos, con el compromiso de responderlos en el momento en que yo los leyera.

- Si la persona plantea su decisión de dar por finalizada la terapia, yo soy partidario de no presionar lo más mínimo para que siga, respetando tal decisión como parte de su libertad. Eso sí, animo, como parte de la finalización de la terapia, a examinar los motivos de tal decisión y a recapitular el trabajo realizado. Luego le expreso que, por lo que a mí respecta, podremos retomar el contacto cuando ella quiera y nos despedimos. Cabe la posibilidad de que tal planteamiento sea una amenaza de abandono, forma disfuncional de movilizar al terapeuta. En tal caso, habrá que esclarecer tal significado, mostrarle su disfuncionalidad y transmitirle nuestra disposición a examinar los motivos que la llevan a esperar más de nosotros.

Teniendo en cuenta todo lo dicho me gustaría prevenir a aquellos terapeutas que trabajan con una limitación temporal, por ejemplo cuando es un seguro el que costea la terapia o en un ingreso en el que, como criterio de alta no se tengan en cuenta estas consideraciones. Es importante tener en cuenta, desde el inicio, que una finalización no pactada con la paciente, sino decidida unilateralmente, puede echar por tierra todo lo avanzado. La situación es la misma que si unos padres cuidan a su hijo durante un corto periodo de tiempo y luego lo abandonan.

Igualmente, creo que puede llegar a ser incluso iatrogénico que sea el logro de un peso normalizado el criterio de finalización de la terapia decidido por el profesional. No sólo por todas las cuestiones subyacentes que puedan quedar sin atender, sino también porque con ello puede reforzarse la conexión entre la pérdida de peso y la satisfacción de ciertas necesidades y deseos: atención, cuidados, la posibilidad de expresarse, etc. Garfinkel y Garner (1982), en su completo tratado sobre la anorexia, dicen que “las complicaciones pueden ser evitadas por una valoración realista de la duración de la terapia, comprendiendo que otros síntomas pueden emerger cuando la paciente logre un peso normal”. Como digo, para mí, esa valoración realista de la duración del tratamiento se concreta en: “lo que la persona necesite”, determinado esto por ella misma. Aunque en ocasiones pueda pensarse que una terapia se está alargando innecesariamente, mientras el paciente quiera continuar, esto indica que aún está elaborando su vínculo de apego con el terapeuta. Si se tiene paciencia para ser fiel a este principio, una vez elaborado el apego, las fuentes motivacionales relacionadas con un funcionamiento autónomo acabarán emergiendo.

No del todo independiente de las transferencias en las que lo esencial son los vínculos de apego, también me referiré a lo que Kohut denominó “transferencia idealizadora”,

entendida ésta como la actualización de vínculos en los que se satisface la necesidad de contar con figuras idealizadas con el fin de poder participar, de alguna manera, de su grandeza, forma privilegiada para la persona de alcanzar sensaciones de equilibrio emocional.

Kohut, aparte del análisis de la transferencia, recomendaba, en primer lugar, que el terapeuta agradeciera la admiración recibida, y preconizaba la empatía con las necesidades de la persona en este sentido y lo beneficioso de que se sintiera gratificada como base de futuros crecimientos.

La función reguladora de la alimentación

Una de las responsabilidades que las personas debemos asumir según vamos creciendo es la de alimentarnos a nosotros mismos. No es inusual que la cuestión de quién es el responsable de alimentar a la persona y cómo debe hacerlo esté llena de conflictos en los casos de anorexia. Por ejemplo, la persona puede haber llegado a un punto en el que siente una gran desconfianza de la persona o personas que entiende están encargadas de regular su alimentación, al tiempo que desconfía de que ella misma pueda desempeñar tal papel, entre otras cosas debido a la desconfianza que le han generado sus propios manejos anoréxicos. Es decir, la persona se puede hallar en un punto de suma dificultad en la que sienta que nadie cumple, de una forma confiable, la función de regular su alimentación.

Situados en el terreno que marca esta cuestión señalaré:

- Creo que es mejor, en principio, que el psicoterapeuta se abstenga de desempeñar esta función de regulación de la alimentación, de indicar qué y cómo debe comer la persona, sobre todo si no tiene la oportunidad de estar presente a las horas de la comida.
- Por supuesto que, en muchos casos, se hace necesario que alguien cumpla, al menos transitoriamente, esta función. Debe tratarse entonces que alguien regule la alimentación de una forma confiable (con afectos positivos, respetando las necesidades, los gustos y que, en última instancia, la persona es la dueña de su cuerpo) para que, posteriormente, sea la propia persona la que asuma el cumplimiento de dicha función. He sabido de casos en los que sí se daba una regulación confiable, por ejemplo en ingresos hospitalarios, pero cuando la persona recibía el alta y volvía al entorno del que provenía, caracterizado por una regulación no confiable, se perdía entonces todo lo ganado. Es decir, se trata de darle una segunda oportunidad al desarrollo, propiciando que sobre la base de una regulación externa confiable, la persona no sólo asuma la responsabilidad, sino que confíe en que la puede desempeñar con diligencia.

Resumiendo: el equipo terapéutico deberá promover tres condiciones:

- 1) Una regulación externa confiable.
- 2) Unos aprendizajes, si fueran necesarios, sobre cómo alimentarse a uno mismo, aunque los esenciales se obtendrán de la vivencia del punto 1.
- 3) La autoconfianza en poder desempeñar esta función.

Lograr esto puede suponer la resolución de ciertos aspectos de la conflictiva de base, sobre todo los relacionados con la necesidad de defenderse, de rechazar algo, vivido

como agresivo o impuesto según las necesidades del otro, etc. También puede tener el valor de dar por finalizada, por fin, etapas infantiles no cerradas, eso sí, previa satisfacción. Debemos ayudar, pues, a la persona a alcanzar un posicionamiento del tipo: “ahora soy yo quien decide lo que como; ya no tengo que defenderme de nada”. O del tipo: “ya no necesito que me den de comer”.

Desidentificación con la enfermedad

En algún punto del proceso terapéutico se hará necesario ayudar a la persona a que pueda dejar de verse como alguien enfermo y que debe estar constantemente pendiente de si come con normalidad. Lo que está en juego es la perspectiva desde la que la persona va a interpretar buen aparte de la información de su realidad. Una misma realidad será interpretada de diferente manera por una persona que se sienta enferma y una que no. Se trata, por ejemplo, de evitar que la persona que ha tenido dificultades con la comida, en el marco de sus esfuerzos por recuperarse, persiga obsesivamente comer con normalidad, ya que cualquier detalle que pueda ser interpretado como anormal puede ser vivido como indicador de la enfermedad. Hablo del peso de las etiquetas, no sólo a la hora de cargar con aspectos que no pertenecen a la persona y sí a la generalización implícita en las mismas, sino también en lo referente a la influencia que tienen a la hora de valorar y dar sentido a las conductas de la persona.

Recuerdo el caso de una paciente que me dijo un día preocupadísima que estaba recayendo porque había sido incapaz de comer carne. Entonces yo le pregunté si le gustaba la carne, respondiéndome que no, que la daba bastante asco. Si alguien no come algo que le da asco, ¿cuál es el problema? Está obrando con cordura, ¿no? Pues desde la influencia de la etiqueta puede valorarse como signo patológico.

En este sentido.

- Rechazo que el profesional de la salud persiga promover la “conciencia de enfermedad”, prefiriendo pensar en términos de funcionamiento.
- Pienso que el terapeuta debe ser sensible con la necesidad de la persona de sentirse enferma con el fin de satisfacer alguna de las motivaciones descritas en este trabajo, pero, una vez atendidas éstas de otra manera, el esfuerzo del terapeuta debe buscar, precisamente, desactivar la conciencia de enfermedad.
- Habrá que ayudar a la persona a diferenciar entre aquellos manejos anoréxicos que sí suponían un problema y los hábitos de alimentación que, aun no siendo muy convencionales, no lo suponen, y que sólo indican la adaptación de la regulación de la alimentación a las peculiaridades de la persona.

Psicoterapia del narcisismo

Recordemos que en un buen número de casos el estar delgada se ha convertido en el pilar sobre el que se sostiene el equilibrio narcisista de la persona. Aquí cabría describir dos polaridades: en un extremo estarían las representaciones que han asociado la delgadez con la satisfacción de los deseos narcisistas: valoración, aceptación, admiración. En el otro, las representaciones en las que la pérdida de la delgadez conduce al rechazo, en ocasiones fantaseado en términos extremos. La persona cree, pues, que si se mantiene delgada las cosas irán bien; pero que, por el contrario, si engorda, irán muy mal.

La persona parece haber encontrado la llave mágica que le asegure el acceso a la felicidad, mostrando una fe inquebrantable tanto en que las cosas son así como en los mecanismos empleados para sentir que se está en el camino de conseguirlo. Llegado un punto, la persona puede sentir una gran angustia y un gran sentimiento de vacío si se ve en la tesitura de apartarse del camino emprendido. Es por ello que el terapeuta debe actuar con sumo tacto, basando sus intervenciones no en cuestionar lo inadecuado de los supuestos según los cuales vive la persona, sino respetando los esfuerzos de la persona por lograr el equilibrio narcisista, explicándole lo importante que es para todos sentir tal equilibrio y cómo lo está tratando de lograr, mostrándole con claridad las creencias que sustenta y la radicalización de los polos aceptación-rechazo, explorando el origen histórico de tal perspectiva y ofreciendo alternativas. Es importante describirle a la persona la dialéctica que existe entre las expectativas idealizadas y el rechazo. Explicarle que cuando esperamos que algo sea perfecto, el mínimo fallo suscitará una intensa respuesta de rechazo. Esto permitirá conectar esta lógica de funcionamiento con las propias perspectivas internas que operan así o con aquellas personas significativas con la cuales al menos una parte importante del vínculo se constituyó según tales principios.

Por un lado, a mí me ha dado buen resultado, una vez esclarecida junto a la paciente la lógica de la perfección como criterio de aceptación, confiar en que la propia persona aportará alternativas que mejorarán la situación, ya que nunca faltarán ciertas partes de la personalidad que no participan de esta lógica, sino todo lo contrario, que están en contra, debido, fundamentalmente, al daño recibido por el rechazo. **Se trata, pues, de mostrarle a la persona las leyes según las que vive, para con ello suscitar una revolución interna con la consiguiente modificación de algunas de estas leyes.**

Además de confiar en las propuestas de la paciente, por nuestra parte podemos ofrecer alternativas, primero, potenciando representaciones referidas a la aceptación-rechazo más integradas y, segundo, ampliando el sistema de valores.

Psicoterapia del superyó

Por un lado, la psicoterapia del superyó queda encuadrada en el terreno del narcisismo. Me refiero a la modificación del superyó narcisista que opera según lo descrito en el punto anterior, es decir, reclamando perfección y despreciando cuando no se logra. Para ello nos valdremos de:

- Una actitud de aceptación incondicional por nuestra parte.
- Los momentos de las sesiones que supongan la entrada en escena de tal regulación superyoica.
- La exploración biográfica que permita identificar aquellos momentos en los que el vínculo con otros significativos estuvo o está marcado por las expectativas grandiosas de éstos, profundizando en las respuestas emocionales de la persona.
- La exploración de las exigencias de perfección hacia uno mismo y hacia los demás.

Por otro lado, en ocasiones deberemos trabajar con un superyó que ataca a la persona bajo el más mínimo pretexto. En tales casos esclareceremos que el ataque no se basa en

el incumplimiento de unas exigencias, sino en un sentimiento agresivo previo³⁸. Es lo más probable que este ataque indiscriminado reproduzca el vivido previamente en lo interpersonal, generalmente con la madre, con lo que, ya en la relación con ella misma, por un lado, como hija, sentirá que algo falla en ella, pero que si es capaz de descubrirlo, de portarse bien, de ser buena, será querida, mientras que, por el otro lado, el materno, se auto-castigará con el más mínimo pretexto.

No obstante, parte de esta auto-agresión encuentra su fundamento en que la hostilidad sentida hacia el otro significativo es dirigida hacia uno mismo.

Resumiendo:

- La persona se ataca a sí misma, como antes fue atacada por la madre, ante el más mínimo motivo, bien porque éste supone fallar a las expectativas o porque supone una excusa para liberar un sentimiento hostil previo.
- La persona se ataca a sí misma porque no puede o no quiere atacar a la madre.

En consecuencia, el terapeuta debe ayudar a la persona a tratarse a sí misma de otra forma; a comprender que se odia a sí misma porque siente que no consiguió ganarse el amor de su madre; a desplazar el foco de atención hacia ésta, y comprobar que no se lo puso fácil, bien porque era muy exigente y tenía una idea muy clara de cómo debían ser las cosas o porque por algún motivo la rechazó desde un principio (el terapeuta puede sugerir algún posible motivo de tal rechazo: no quería ser madre, esperaba un niño y no una niña); y a redirigir la hostilidad hacia fuera. Para esto debe obrarse con suma cautela, ya que puede generar una culpa muy intensa y, en ese sentido, una nueva introyección de la agresión. Yo soy partidario de esperar pacientemente a que aparezcan las expresiones de rabia dirigida a la madre y en ese momento validarla y contener la angustia que movilizan.

Psicoterapia de las dificultades en el terreno de la sexualidad

El trabajo psicoterapéutico buscará fundamentalmente la aceptación de la feminidad, fundamentalmente de las implicaciones corporales de la misma, y la asunción de la genitalidad. A ello contribuirá un diálogo abierto, que debe producirse cuando la persona lo decida, es decir, cuando se sienta confiada para hablar de temas sexuales (es indeseable la situación en la que un terapeuta fuerza al paciente a hablar de cosas de las que no quiere hablar), que permitirá ir accediendo a las creencias y a los temores derivados de las mismas.

Los deseos de muerte.

El psicoterapeuta, gajes del oficio, se verá en la tesitura de enfrentar intensos deseo de muerte, parte de los sentimientos depresivos que alberga la persona. En la anorexia, como en pocas partes, se puede comprobar la presencia de algo que tira hacia la muerte. Personalmente entiendo que no existe una pulsión de muerte tal como la describiera Freud, pero, como digo, en ciertas personas sí que se puede comprobar la presencia de tal pulsión. Si tomamos como referencia las pulsiones sexuales, estas sí, en principio,

³⁸ Nos referimos a la diferencia señalada por Bleichmar (1997) entre un superyó normativo y un superyó indiferenciado (sádico).

universales, y los planteamientos psicoanalíticos que sostienen que la pulsión debe ser entendida como producto de las fantasías de un otro, a su vez sujeto pulsional, fundamentalmente la madre, que se introducen en el niño, constituyéndose en un auténtico cuerpo extraño interno, y consideramos que este orden de cosas no sólo es aplicable a la pulsión sexual, sino también a fantasías de otra naturaleza, concluiremos que sí cabe la posibilidad de que algo que tira más hacia la muerte que hacia la vida pueda estar presente, si no desde un inicio, desde las etapas primordiales, en la misma forma que la sexualidad pulsional. Es decir, lo que estoy planteando es si es posible que de igual manera que las inevitables fantasías sexuales parentales irrumpen en el psiquismo del niño, las fantasías maternas referidas a la muerte de la hija hagan, de alguna manera, lo mismo. De esta forma, la muchacha, inmersa en una problemática sin fin de saber cómo agradar a mamá y cómo defenderse y escapar de ella, encuentra en la idea de morir una solución que supone tanto satisfacer sus deseos como rechazarla, al despreciar la vida que ella le dio.

El terapeuta debe dar prioridad a las ideas de muerte, nuevamente teniendo muy en cuenta los motivos para desear morir, que en este caso serán expresados con la máxima elocuencia, ya que, debido a lo límite de la posición en la que se sitúa la persona, ésta pierde muchos de los miedos que comúnmente la atenazan, pero mostrándose firme al expresar la creencia de que la muerte no es el medio adecuado de conseguir todos esos fines.

Por supuesto que las alusiones a la muerte suponen, en muchos casos un intento de movilizar los cuidados del terapeuta, debiéndose mostrar éste extremadamente sensible a las necesidades de la persona (desaliento posicionamientos del tipo: “es sólo un llamada de atención; ni caso”). Con el avance del trabajo terapéutico tendremos ocasión de mostrarle a la persona que también hay mejores formas de conseguir ser atendida.

La atenuación y desaparición de los deseos de muerte puede tomarse como uno de los indicadores de la buena marcha del proceso terapéutico. Recuerdo el caso de una paciente que llevaba en el bolso una carta de suicidio, hasta que un día me contó con regocijo que la había roto.

Para fomentar tal distanciamiento con los deseos de muerte contribuirá:

- El trabajo con el vínculo materno. En la medida en la que la persona vaya reposicionándose en el vínculo, se atenuarán aquellas manifestaciones afectivas propias de la anterior vinculación. En la medida en que la persona se posiciona en la distancia óptima con la madre, la vida y la muerte dejan de operar únicamente como metáforas maternas.
- La constatación en la transferencia de nuestra disposición a atenderla adecuadamente sin la necesidad de estar al borde de la muerte.
- Nuestra firme creencia en que la muerte es siempre una mala solución.

Resolución de los problemas de identidad.

En términos generales, podría decirse que los objetivos de un trabajo psicoterapéutico destinado a fomentar el sentimiento de identidad personal son (1) que la persona sienta que es alguien y (2) que sienta que sabe quién es.

Aparte de que las cuestiones de identidad se puedan abordar de una forma explícita en determinadas sesiones por medio de un trabajo específico, fundamentalmente, el sentimiento de identidad se verá favorecido por el contexto vincular en el que se desarrolla la psicoterapia. El hecho de que el terapeuta, con su actitud, haga saber a la persona que existe para él, por ejemplo, llamándola por su nombre, y que es importante para él, mostrando interés en sus dificultades, en sus comunicaciones y en ayudarla, va restituyendo la base sobre la que se constituye la identidad personal

El terapeuta debe transmitir a la persona que es alguien para él, pero al mismo tiempo respetar su individualidad. El proceso de la formación de la identidad se basa en buena medida en la imagen que de nosotros mismos nos devuelven los demás. Es por ello que el terapeuta debe ser consciente de la importancia que tiene para la persona la imagen que le devolvemos de ella misma, no sólo en las descripciones e interpretaciones que le damos de su conducta, sino también a través de los mensajes que al respecto implica nuestro trato con ella. En este sentido, recomiendo.

- Aunque parezca una cosa obvia, llamar a la persona por su nombre, tratando de evitar equivocaciones o tener que realizar grandes esfuerzos para recordarlo. Es decir, debemos tratar de otorgarle a la persona un espacio exclusivo en nuestras representaciones psíquicas, y, como digo, llamar a la persona por su nombre transmite que es alguien para nosotros³⁹.
- Respetar y validar la forma de ver y sentir las cosas que nos transmita el paciente.
- Elogiar al paciente.
- Siempre que describamos aspectos de su funcionamiento, dejarle claro a la persona que ella es mucho más que ese aspecto que estamos describiendo.

Psicoterapia de las relaciones de poder

Como hemos descrito, generalmente nos encontramos con un estado de cosas en el que la persona ha encontrado en la anorexia un espacio y una forma de hacer las cosas que le otorgan un sentimiento de poder del que fuera de la misma carece. Se trata, pues, de ayudar a la persona a desarrollar esa capacidad de afirmarse, de ejercer la autoridad, sobre todo en aquellas cuestiones que más le pertenecen, sin tener que servirse de la anorexia. Para ello, en primer lugar, le mostraremos, cuando el material proporcionado por la paciente así lo permita, lo dominante que se muestra cuando de no comer se trata, en contraste con lo poco que defiende sus intereses en otros momentos⁴⁰. Es decir, le mostraremos la función que juega la anorexia en lo relativo a sentir que tenemos el poder sobre nuestra propia vida y sobre los demás. En segundo lugar, le señalaremos lo positivo que es que queramos tener el poder sobre nuestra propia vida y, en cierta medida, que queramos influir en los demás según sean nuestros intereses. Luego, la ayudaremos a identificar las condiciones que hacen que no pueda sentir, normalmente, esa sensación de dominio. Y, finalmente, el objetivo será la modificación de dichas condiciones. Para facilitar el logro de todo esto, exploraremos, junto a la persona, las

³⁹ Un amigo mío que había acudido a la consulta de una psicoterapeuta me contó cómo ésta en la segunda sesión le preguntó “¿y tú, cómo te llamabas?”. También me contó que no volvió más.

⁴⁰ Tal era el caso de una paciente mía que, por ejemplo, si estaba comiendo en un restaurante y la camarera le traía algo equivocado, que ella no deseaba comer, no se animaba a decirle nada, se comía lo que le habían traído, pero ya sabiendo que luego lo vomitaría.

representaciones sobre ella misma y los demás que rigen sus relaciones, contextualizándolas en su historia personal, posibilitándose entonces, por ejemplo, tomar conciencia de que ha aprendido, en la relación con tal o cual persona, a verse a sí misma como débil y al otro como fuerte o a sentir que sus deseos no cuentan y los del otro sí; o de que, en un determinado momento, aprendió que no comiendo, estando enferma, aislándose, se invertían las cosas.

Lo más normal será que nos encontremos bien con una serie de miedos que imposibilitan otras formas de lucha de poder bien con la falta de las habilidades necesarias. Los miedos habrá que identificarlos y ayudar a la persona a valorar la conveniencia o no de tenerlos en cuenta. Se trata de decidir si lo que nos está indicando el miedo alude a una situación que se puede dar en la realidad presente. Para ello se explorarán los momentos históricos en los que más justificado estuvo ese miedo, con la posibilidad de entender que las cosas ya no son como entonces, así como los procesos mentales que han llevado a la persona a erigir esos miedos. Y, si la persona entiende que lo que le indica el temor sí que puede ocurrir, se tratará de decidir si quiere tenerlo en cuenta o no (Me refiero a que puede llegarse a la conclusión de que el miedo es realista, pero puede decidirse que no se quiere “pagar el precio” que implican las medidas defensivas empleadas).

Pongo un ejemplo: una persona, fuera de la anorexia, se comporta de una manera sumisa porque cree que si no ciertas personas significativas se enfadarán con ella y que esto conducirá a perderlos. La exploración de la historia personal y las respuestas actuales de estas personas conducen a la conclusión de que estas personas exigen la sumisión y amenazan con la ruptura del vínculo si no se las complace. Es decir, el miedo de la persona estaba plenamente justificado. Pues llegados a este punto, la persona puede decidir si acepta posicionarse de una manera sumisa para preservar el vínculo con estas personas o si no está dispuesta a ello. De igual forma, la persona puede darse cuenta de que tales miedos estaban justificados con estas personas, pero no lo están con estas otras. O que ella ya no se encuentra en las condiciones de necesidad en las que se encontraba cuando no se podía permitir perder a nadie.

Una forma de ir poniendo en contacto a la persona con el significado relativo a las luchas de poder que tienen ciertos aspectos de “su anorexia” se consigue ayudando a la persona a cobrar conciencia de que sus “no puedo” son, más bien, un “no quiero”. Es un recurso muy habitual que aquel que se siente en la posición débil no se vea con derecho a decir “no quiero”, cambiando la cosa si lo consigue transformar en un “no puedo”. Qué diferente es cuando un niño pequeño les dice a sus padres “no quiero ir al colegio” de cuando lo que dice es “no puedo porque estoy enfermo”. Con ello, en primer lugar, pondremos a la persona en la pista de comprender el significado de sus padecimientos, y también ante la posibilidad de valorar si es necesario seguir en esa posición débil, o, por el contrario, puede ya, en muchos aspectos de su vida, decir directamente “no quiero”. Esto traerá otra ventaja añadida, ya que la persona puede estar sumida en un profundo sentimiento de incapacidad, consecuencia de no poder hacer tantas cosas. La persona deja de sentirse incapaz y pasa a tener la posibilidad de decidir si sigue luchando como lo ha venido haciendo o cambia de táctica.

La lucha de poder, por supuesto, también será un componente importante del vínculo con el terapeuta. El escenario más normal es que el paciente se sitúe, transferencialmente, ora en una posición sumisa, ora en una posición de resistencia

terca, o bien en una posición de dominancia extrema. La actitud del terapeuta debe favorecer la creación de un nuevo espacio regido por la libertad, guiada en ocasiones, y por la colaboración en pos de los objetivos terapéuticos.

En ciertas ocasiones, también puede ser de ayuda el entrenamiento en habilidades sociales, en su versión destinada a mejorar las estrategias (funcionales) para las luchas de poder.

Psicoterapia en la adolescencia

Considero que cuando la paciente se halle todavía en la edad de la adolescencia, lo preferible puede ser que el trabajo psicoterapéutico sea familiar o incluso que lo realicen los padres, que son lo que deben ejercer como agentes educativos y fomentar el crecimiento. Como mi práctica profesional ha sido sobre todo en terapia individual, dejaré a otros que expongan cómo se hace la terapia familiar. Sin embargo, sí he tenido ocasión, con desigual fortuna, de recomendar a padres de adolescentes que fueran ellos los que realizaran un trabajo psicoterapéutico. Tengo que decir que la mayor parte de las veces mi propuesta fue rechazada, alguna vez incluso con malas maneras, pero los resultados en los casos que la aceptaron fueron excelentes.

Personalmente, la psicoterapia del adolescente, como la del niño, creo que debe ser, por así decirlo, la última opción. Para un niño o un adolescente el hecho de “ir a un psicólogo” puede suponer:

- Una injusticia, ya que no es raro que sientan que son otros los que deberían estar en la consulta.
- La asunción de una identidad de persona con problemas, discapacitada, loca, etc., con el consiguiente deterioro de la autoestima.
- Reconocer la incapacidad de sus padres para ayudarle.

Por otro lado, si las dificultades del adolescente tienen que ver con el medio familiar disfuncional en el que viven obtener resultados favorables puede ser muy complicado, toda vez que la persona tiene que seguir viviendo en dicho entorno.

Por supuesto que en muchas ocasiones esta última opción puede ser mejor que nada, y llegado el caso, el profesional debe poner especiales esfuerzos en que así sea, ya que, como digo, el riesgo de iatrogenia creo que es mayor que cuando se trabaja con adultos. Cuando así se haga, es fundamental contar con la voluntad de la persona para trabajar en psicoterapia. Si la joven se encuentra en nuestra consulta contra su voluntad, lo primero será tratar de implicarla en un trabajo significativo para ella, no convenciéndola de nada, sino explorando en sus propios intereses y preocupaciones, sean estos cuales sean. Si no fuera posible dar este primer paso, recomiendo tomar una postura que respete la libertad de la persona de optar entre seguir trabajando juntos o dejar de hacerlo. En muchas ocasiones prolongar una terapia sólo sirve para tranquilizar a los padres, que pensarán que, por lo menos, se está haciendo algo por su hija, cuando las cosas pueden no estar siendo así.

Ya contando con la colaboración de la joven resultará sumamente beneficioso abordar:

- Cuestiones sexuales.

- Las dificultades en el terreno del narcisismo
- Hablar del vínculo con los padres, validando sus perspectivas, otorgando sentido a las estrategias de adaptación y ofreciendo alternativas para aquellas que supongan más costes que beneficios.

Sí considero de la máxima importancia que se cuide de que el contexto (emocional) en que trabajen aquellos profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas) que atiendan, necesariamente, a la adolescente sea terapéutico. Es decir, entiendo que estos profesionales deben estar preparados para manejar (terapéuticamente) el vínculo que la joven establecerá con ellos. Deben ser conocedores de los múltiples aspectos emocionales que pueden estar en juego y estar preparados para ofrecer una respuesta sensible con las necesidades de la persona.

Sensación de control

La psicoterapia de las anorexias, generalmente, debe marcarse el objetivo de ayudar a la persona a alcanzar una cierta sensación de control, sostenible sin un excesivo coste, sobre el entorno y sobre los propios impulsos. Con el fin de potenciar la sensación de dominio sobre el entorno se puede:

- Fomentar un diálogo constructivo sobre los diferentes tipos de situaciones que componen el entorno actual de la persona, clarificando cómo se siente a la hora de influir sobre el medio y cuáles son los recursos empleados, incluidos los de corte anoréxico.
- Explorar la historia de la persona al respecto, prestando especial atención a qué tipo de situaciones y qué personas fueron suscitando la sensación de falta de control. El simple hecho de hablar sobre el entorno pasado, presente y previsto para el futuro en un contexto respetuoso con los puntos de vista de la persona y confiado en sus potencialidades supone una alternativa de abordaje de las dificultades, y fomenta, pues, una ganancia (no costosa) en la sensación de control.
- Proponer, conjuntamente con la paciente, alternativas para influir en el entorno, programando su puesta en práctica y debatiendo sobre los resultados de la misma.
- Deshacer los desplazamientos hacia la única problemática del control del peso, apoyando a la persona para afrontar las dificultades pasadas y presentes vividas como desbordantes e incontrolables y potenciando el reconocimiento o la adquisición de recursos para hacerlo.
- Apoyar afectivamente a la persona en el momento de entrar en contacto con el recuerdo de haberse sentido impotente frente a ciertas circunstancias dolorosas.

De igual manera, la psicoterapia debe ayudar a la persona a controlar de una manera más satisfactoria sus impulsos sexuales y agresivos. Lo más común es que las cosas al respecto hayan conducido a un desequilibrio en el que se controla en exceso y, llegado a un punto, se explota. Por ejemplo, algunas chicas refieren ser racionales en todo momento menos en los episodios bulímicos. Es por ello que hay que ayudar a la persona (1) a reconocer la clase de impulso que está en juego; si se busca algún tipo de placer o, más bien, la descarga de la agresividad. (2) a concretar el tipo de satisfacción que se

busca; si esta sustituye a otra y si esa sustitución es beneficiosa o, por el contrario, sería más constructivo deshacerla (3) a reconocer los motivos de la agresividad y a contemplar distintas posibilidades de reaccionar ante las situaciones generadoras de la misma.

Y una “regla de oro” para el trabajo terapéutico en general y para la cuestión del control en particular: Transmitirle a los pacientes que tenemos confianza en ellos. Por supuesto para ello debemos ¡CONFIAR EN NUESTROS PACIENTES! Esta es una regla que trae consigo inestimables ventajas ya que facilita mucho el trabajo a ambas partes. Por un lado, esa confianza facilitará que la paciente saque mejor partido a sus potencialidades y, por el otro, el terapeuta puede sentir que no carga en solitario con el peso de la responsabilidad de lograr la mejoría.

Psicoterapia que fomente el crecimiento

Como quedó expuesto en el capítulo 10, la anorexia puede suponer la negativa a convertirse en persona adulta. En la práctica nos encontraremos con una gran variedad en lo referido al grado en el que la persona ha detenido su vida. Esta detención más o menos parcial del crecimiento se fundamentará en ciertos miedos (acompañados o no de la falta de recursos), en reclamaciones referidas a asuntos pendientes o en fijaciones a deseos infantiles.

Este planteamiento guiará nuestro trabajo, que puede basarse en:

- Identificar los miedos y ponerlos en conexión con sus versiones infantiles. De esta forma la persona puede ir zanjando los miedos infantiles que se re-actualizan en situaciones presentes.
- Afrontar los miedos infantiles y los presentes. El terapeuta puede ayudar tanto respetando y validando el punto de vista de la paciente como conteniendo con una respuesta sin angustia, confiando en la persona, ofreciendo alternativas y ayudando en el proceso de puesta en práctica de las mismas y de valoración de los resultados.
- Identificar y zanjar asuntos pendientes. Pueden ser muy útiles técnicas psicodramáticas como por ejemplo algunas de las propuestas por el enfoque gestáltico, así como poner a la persona en la tesitura de decidir qué es mejor: si seguir poniendo esfuerzos en resolver el pasado o centrarse en los problemas presentes.
- Identificar deseos infantiles. Puede ayudar el esclarecimiento de cómo entiende la persona que debería ser su vida, la imposibilidad de conseguirlo y el sustitutivo que la anorexia supone. Es importante permitir su expresión, compartiendo, incluso, una visión desde la que sería estupendo que las cosas pudieran ser así. Que esto no es posible, seguramente la persona ya lo sepa. Suele ser más terapéutico experimentar que alguien, ¡por fin!, respeta nuestros deseos que volver a sentir, ¡una vez más!, que se nos trata de imponer cómo son las cosas en realidad.

Psicoterapia de las disfunciones familiares

Desde una determinada perspectiva, cualquier caso de anorexia es consecuencia de un medio familiar con importantes sectores desfavorables para el crecimiento de los hijos. El psicoterapeuta, por tanto, debe contar con una formulación dinámica que ponga en conexión el funcionamiento individual de la persona identificada como anoréxica y el funcionamiento del sistema familiar. Aunque en ocasiones se nos presente a la paciente como algo defectuosos de un sistema que funciona bien, las cosas nunca son así.

Una primera cuestión que se presenta cuando accedemos a un enfoque familiar es si la terapia tratará de incidir sobre aquellos aspectos disfuncionales de la familia o de ayudar a la persona (paciente) a minimizar los efectos perjudiciales sobre ella de tales aspectos⁴¹.

De esta forma podrá optarse:

- Por una terapia individual (o grupal) de la persona con problemas de anorexia en la que se aborden las disfunciones familiares.
- Por una terapia familiar.
- Por que sea alguno o los dos padres los que trabajen en psicoterapia.

Toda mi experiencia la he desarrollado de la primera de las maneras. Y esto ha sido así no porque la considere la más adecuada, sino más bien por pura cuestión coyuntural.

No obstante, sí considero que la terapia individual es la más adecuada para aquellas chicas ya mayores de edad, debido a que será más viable que pongan algún tipo de límite a los aspectos disfuncionales de sus familias. La terapia individual también puede ser la mejor opción para jóvenes bien que están cerca de la mayoría de edad o que dispongan de ciertos sectores de la personalidad maduros. Con pacientes de menos edad, pongamos como límite los 15 años, creo que la mejor opción es o la terapia familiar o que sean los padres quienes sean asistidos por un psicoterapeuta. Por supuesto que, como dije pocas páginas atrás, una terapia individual bien conducida puede suponer una buena ayuda también a estas edades. Pero debemos tener en cuenta que generalmente los adolescentes rechazan este tipo de ayuda, que la persona sigue plenamente inmersa en el medio familiar y que espera que sean sus padres los que la ayuden a crecer.

Conclusiones

La psicoterapia de una anorexia bien constituida no es tarea fácil. En ella hay que ir tomando en consideración una amplia gama de aspectos de la persona, ayudándola a alcanzar un mejor conocimiento de los mismos y, buscando en todo momento su colaboración, atenderlos y fomentar la mejoría en lo relativo a su funcionamiento.

Todo ese proceso, que en ocasiones pude durar varios años, estará marcado por unas temáticas, por unas tácticas y técnicas para abordarlas, pero, sobre todo, por la participación de dos o más personas trabajando juntas por un mismo objetivo. Por nuestra parte debemos cuidar de comprender bien a la persona, tanto en el sentido de poder ver las cosas como ella las ve, como en el de disponer de un rico marco

⁴¹ Me refiero a cuál es el objetivo más directo del trabajo terapéutico, ya que inevitablemente una terapia individual exitosa traerá consecuencia sobre el sistema familiar, ya que es imposible que cambie uno de los elementos de un sistema sin que cambie el sistema.

contextual desde el que entender al ser humano; debemos disponer de una táctica y unas técnicas confiables para nosotros; y, sobre todo, debemos mostrar una actitud terapéutica basada en:

- La simpatía por nuestros pacientes
- La confianza en ellos y en nosotros para producir cambios positivos
- La comodidad en el papel de cuidador
- La honestidad

Y cuando la terapia tenga éxito reconocer y agradecerle a la paciente su participación en el trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. W. (1958). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Lumen-Hormé.
- Bleichmar, H. (1981). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Editorial Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Editorial Paidós.
- Bruch, H. (1978). *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Editorial Paidós.
- Calvo Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Editorial Planeta.
- Corcos, M. y Sabouret, E. (2008). *1,2,3...Soleil! Trastornos de la conducta alimentaria y fenómenos transicionales*. En "Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual", *Psimática*, pags.: 145-167.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Editorial Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2000). *Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque modular transformacional*. Revista Aperturas Psicoanalíticas n^o4.
- Eliacheff, C. y Hinich, N. (2002). *Madres hijas. Una relación de tres*. Alga ediciones.
- Erikson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Editorial Paidós.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Editorial Paidós.
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Editorial Paidós.
- Freud, S. (1993). *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*. O.C., III, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. O.C., II, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*. O.C., III, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918). *De la historia de una neurosis infantil*. O.C., XVII, Amorrortu Editores.
- Froján, M.J., González, M. y Cristobal, R. (2006). *Qué es la anorexia*. Biblioteca nueva.

- Garfinkel, P. E. y Garner D. M. (1982). *Anorexia nervosa. A multidimensional perspective*. Brunner/Mazel.
- Gordon, R. A. (1990): *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Ariel.
- Herscovici, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Editorial Paidós.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Amorrortu Editores.
- Kubie, L. (1937). *La fantasía de la suciedad*. En Revista de Psicoanálisis (Asociación psicoanalítica argentina), Vol. 5, n. 4, 1948 (pags. 917-950).
- Ladish, L. C. (1993). *Me siento gorda. Una historia de bulimia y anorexia*. Edaf.
- Langer, M. (1951). *Maternidad y sexo*. Editorial Paidós.
- Lowen, A. (1985). *El narcisismo. La enfermedad de nuestro tiempo*. Editorial Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Psimática.
- Miller, A. (1979). *El drama del niño dotado*. Tusquets.
- Miller, A. (1980). *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño*. Tusquets Editores
- Milmaniene, J. E. (2004). *La función paterna*. Editorial Biblos.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Nardone, G. (2003). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Editorial Paidós.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). *Las prisiones de la comida*. Editorial Herder.
- Pundik, J. (2003). *¡No quiero comer!* Editorial Filium.
- Siegel, D. (1982). *Personality development in adolescence*. En "Handbook of developmental psychology", NJ, Prentice-hall, Inc.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel.
- Winnicott, D. W. (1951). *Transitional objects and transitional phenomena*. En Collected papers: trough pediatrics to Psychoanalysis, Nueva York: Basic Books, pags. 229-242.
- Wninnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa
- Yates, K., Leehey, K. y Shisslak, C.C. (1983). *Running an analogue of anorexia?* New England journal of medicine, 308, 5, pags. 251-255.

