

**ANOREXIA NERVIOSA.  
LOS VALORES FEMENINOS EN  
HUELGA DE HAMBRE**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?.....	2
SINTOMATOLOGÍA.....	4
EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	8
CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	10
FACTORES INDIVIDUALES.....	10
FACTORES SOCIOCULTURALES.....	11
FACTORES FAMILIARES.....	13
TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	15
TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	16
DESDE DENTRO.....	18
HAMBRE DE LIBERTAD. FRUSTRACIÓN DE AMOR.....	18
¿POR QUÉ ENFERMAMOS? O ¿PARA QUÉ ENFERMEMOS?.....	20
EL MUNDO ESCINDIDO.....	21
ACOMPÁÑAME.....	22
CONCLUSIÓN.....	23

# INTRODUCCIÓN

La elección de este tema no fue sencilla para mí. Sabía que investigar al respecto requeriría afrontar sombras que aun estaban esperando a ser observadas. Así ha sido, por lo que considero que los motivos que me llevaron a desarrollarlo, fueron tres...

Poner a disposición de los terapeutas transpersonales una síntesis de las teorías e investigaciones que supondrían el entendimiento y aporte biomecanicista. Es por ello que trate de describir la enfermedad en los términos en que este enfoque las aborda: sintomatología, causas y tratamiento. He aportado experiencias y conocimientos personales que creo pueden ayudar a la comprensión de estos aspectos. En esta parte teórica he incluido la evolución histórica en nuestra sociedad y un recorrido transcultural que a mí misma me han resultado sumamente esclarecedores y enriquecedores.

Compartir algunas tomas de consciencia que supusieron la llave de mi sanación de esta enfermedad, con el fin de poner al descubierto la profundidad y verdadera naturaleza de la misma.

# ¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?

La anorexia nerviosa es la inanición autoinflingida. A los anoréxicos suele describirseles como “esqueletos andantes” o como personas superficiales y tercas, obsesionadas con la apariencia, que simplemente no saben cuándo dejar de hacer dietas. Pero la anorexia nerviosa es mucho más que una dieta que salió mal, y detrás de quien la padece hay mucho más que un aspecto delgado en extremo y la obstinación de rehusar comer. Se trata de un problema complejo con profundas raíces intrincadas que a menudo empieza como una solución creativa y razonable a circunstancias difíciles y, por lo tanto, una forma más de salir adelante.

Anorexia es una palabra griega que significa “pérdida de apetito”, pero esta denotación puede inducir a interpretaciones erróneas, pues sólo en etapas avanzadas de inanición las personas pierden el apetito. Lo que “obliga” a un anoréxico a negar de manera rutinaria y contundente su hambre es el intenso miedo al sobrepeso.

Para poder diagnosticar formalmente a alguien que padece anorexia nerviosa, los médicos se basan en cuatro criterios contenidos en la cuarta edición del *American Psychiatric Association's Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* que pueden resumirse en:

- a) La persona mantiene un peso corporal que está un 15 % por debajo de lo normal para su edad, altura y complejión.
- b) La persona siente un intenso miedo a subir de peso o engordar, aunque esté por debajo de lo normal. Paradójicamente, bajar de peso empeora el temor a engordar.
- c) Tiene una imagen corporal distorsionada. Aunque pueden reconocer que están delgados, perciben que existen partes de su cuerpo que no lo están lo suficiente, como el estómago y los muslos. Su autoestima se basa en su talla y en la forma de su cuerpo, negando que su bajo peso corporal sea una causa seria de preocupación.
- d) En las mujeres, se presenta una ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Una mujer cumple este requisito si su periodo menstrual se presenta sólo mientras esté tomando una píldora hormonal (incluyendo los anticonceptivos orales).

En la publicación mencionada se hace una distinción entre dos tipos de anorexia nerviosa. El tipo “restrictivo” corresponde a las personas que pierden peso principalmente por la reducción total de alimento ingerido mediante dietas, ayuno o ejercicio excesivo. El tipo de “comilona y purga” describe a los que de manera regular comen con voracidad (grandes cantidades de comida en cortos lapsos) y se purgan mediante vómito autoinducido, ejercicio excesivo, ayuno, laxantes y enemas, diuréticos o cualquier combinación de estas medidas.

Establecer la diferenciación de los dos tipos de anorexia ha aclarado la vieja confusión en el diagnóstico de personas que cumplen con todos los criterios de esta enfermedad, pero también hacen comilonas y se purgan. Durante muchos años, o se les diagnosticaba anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, o este último padecimiento, pues la comilona y purga se consideraban una conducta bulímica y no anoréxica.

Además de los criterios descritos, los anoréxicos desarrollan rígidas creencias y reglas alimentarias a las que se aferran y atan. La mayoría sólo se permite un número limitado de calorías al día, por lo general no más de unos cuantos cientos, que supone aproximadamente una cuarta parte de lo que una mujer “promedio” moderadamente activa necesitaría para mantener un peso corporal saludable. En el transcurso de su día contabilizan el número de calorías que consumen, y si consideran exceder la cuota asignada, de manera “accidental” o por una comilona, se sienten desbordados por la ansiedad, la ira, la frustración y el miedo... un profundo miedo... En un intento por escapar de esa extrema sensación de rechazo, lo compensan con ejercicio físico adicional, restringiendo más aun el consumo de alimentos en los días siguientes, abusando de laxantes, diuréticos, anorexígenos y todo tipo de farmacopea y sustancias, o purgándose.

Los anoréxicos retrasan o evitan alimentarse lo más posible, pues aunque la comida es el tema principal sobre el que se ocupan obsesivamente sus pensamientos, el hecho en sí de comer es aterrador. Este terror es aún mayor si los alimentos son elegidos y preparados por otras personas, como los padres o los cuidadores. La mayoría de anoréxicos se limitan a consumir alimentos bajos en calorías como las frutas y los vegetales, como tienen poca carga calórica, les consideran alimentos “seguros” pudiendo consumirlos con menor ansiedad. Aunque tal vez anhelan alimentos más altos en calorías, piensan que son “peligrosos” y pasan a formar parte de su abigarrada lista de alimentos prohibidos. Cuando ingieren alguno de ellos se disparan su fobia y angustia y se atormentan pensando en qué le estará ocasionando a su cuerpo. No es raro que crean que un solo bocado de un alimento prohibido les hará subir cinco kilogramos.

Como una manera de controlar sus meticulosos hábitos alimentarios, desarrollan reglas estrictas, como no permitir nunca que sus labios toquen los dientes del tenedor, cortar los alimentos en un número específico de pedazos pequeños o en ciertas formas, colocarlos en sitios precisos del plato, comerlos en un orden particular, masticar cada bocado un número determinado de veces antes de deglutirlo... La función de todas estas reglas es la de distraer la angustia respecto a lo que los alimentos puedan provocar en su cuerpo y crear la sensación de seguridad necesaria para lograr comer lo que sea.

También desarrollan otras reglas que se extienden a otras áreas de su vida, tales como un régimen de ejercicio físico que mantienen celosamente y que elaboran meticulosamente, con números precisos de horas, kilómetros o repeticiones para quemar calorías. La mayoría de anoréxicos trata a su báscula como a una divinidad, otorgándole el poder de decidir cómo se sienten ante el nuevo día, y ante sí mismos. Se pesan varias veces al día y en momentos muy concretos.

# SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología de la anorexia nerviosa es sumamente variada y compleja, pero podemos destacar la malnutrición, que una vez establecida, produce alteraciones de todo orden, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y a pérdida de interés y potencia sexuales en los hombres. La malnutrición puede ocasionar todo tipo de síntomas y trastornos:

El gasto energético se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías. Es decir, el cuerpo “sabe” que no cuenta con suficiente “combustible” para el consumo de energías, así que pone el motor a muy bajas revoluciones y se acostumbra a quemar lo mínimo para que le queden reservas. Como consecuencia la temperatura corporal disminuye, y la sensación de frío te acompaña siempre.

La disminución del gasto energético también repercute en el aparato cardiovascular, produciéndose una bradicardia (disminución de las pulsaciones cardíacas) e hipotensión. Este es uno de los elementos que provoca esos “mareos repentinos” cuando te levantas de golpe de una silla o te incorporas estando acostado y parece “ponerse todo negro” o “dar un vuelco”.

Las paredes del corazón merman su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (debido a la pérdida de músculo cardíaco) y es posible que aparezcan arritmias provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio, que no sólo no se incorporan en la dieta, sino que se pierden debido al efecto de diuréticos y laxantes.

Las extremidades -manos y pies- suelen estar bastante frías y pálidas, con frecuencia suele darse un color violáceo debido a las alteraciones circulatorias. La piel se encuentra seca, áspera y quebradiza, con aspecto de escamación. También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello, espalda, brazos, mejillas, la aparición de lanugo (vello finito y largo, tipo pelusa).

En el estómago es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de los nutrientes descrito (magnesio, calcio y potasio). Como consecuencia aparece una sensación de saciedad precoz y opresiva que favorece aún más la ciclación y perpetuación del cuadro anoréxico.

La motilidad intestinal también está disminuida lo que junto con la baja ingesta de alimentos y el consumo de laxantes, favorece la cronicidad del estreñimiento y el recurso de enemas evacuantes.

Al producirse una disminución del calcio en los huesos también se resiente el sistema óseo, con la posibilidad de osteoporosis. Se debe a una ingesta pobre de calcio y agravada por la dificultad de fijación del mismo en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos. Esto supone que una niña de 14 ó 15 años tendrá un sistema óseo con las características del de una mujer de más de 50 años.

Es factible encontrar edemas en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobre todo cuando comienza la realimentación. Esta “hinchazón” es casi inevitable en el período de recuperación por los ajustes que debe hacer el organismo. Puede suponer una complicación, pues lo toman como una “gordura”, desencadenando los mecanismos de angustia. Es importante saber que es algo transitorio, y que desaparecerá cuando el organismo funcione normalmente por tiempo suficiente.

Por último, en lo que se refiere a la sangre, es frecuente la aparición de anemia por falta de hierro, lo que aumenta la sensación de cansancio y un estado depresivo por falta de fuerzas. También es frecuente la hipercolesterolemia (aumento del colesterol).

La anorexia influye en nuestra vida en general, destruyendo no sólo el cuerpo, sino la mente y el espíritu. Aunque se empiecen a hacer dietas como una manera de obtener autoestima y control, éstas llegan a convertirse en una prisión de pensamientos dolorosos y emociones confusas. Los anoréxicos están intensamente preocupados con respecto a la alimentación, no pueden dejar de pensar en ella, y se ha demostrado que la preocupación por la alimentación es uno de los efectos de la inanición autoinflingida. En consecuencia de la malnutrición está alterado el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, pero también lo está el funcionamiento de los ejes hipotálamo-hipofisiario-tiroideo, e hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal.

La malnutrición también afecta a la neurotransmisión produciéndose disfunciones en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. También están alterados los opiodes endógenos. Se trata de alteraciones que pueden dar a patología afectiva, de ansiedad, obsesivo-compulsiva, etc., las más frecuentes asociadas a la anorexia nerviosa. Por otro lado estos compuestos bioquímicos también son, entre otros, responsables de la regulación del apetito, de las sensaciones de hambre y saciedad. Por todo ello, sin malnutrición no puede hablarse de anorexia nerviosa, y precisamente estas consecuencias de la malnutrición dan lugar al demoledor círculo vicioso en que se desenvuelve la vida del paciente.

La angustia aparece cada vez que el paciente imagina que puede estar obeso o tener sobrepeso, entonces establece un método para evitar la aparición de la misma: conseguir por todos los medios no coger peso. A esto consagrará la mayor parte de los actos de su nueva vida. De esta manera se establece el círculo vicioso que se irá agrandando hasta enredar por completo al paciente. Este círculo consiste en lo siguiente: el paciente siente una sensación insoportable que quiere evitar a toda costa y que se le despierta cada vez que tiene la sensación de tener sobrepeso, o de que lo puede tener. La solución determinada es permanecer delgado, y eso es todo.

En ese momento se ha caído en una trampa infernal. La sensación angustiosa va a parecer cada vez que se vivencie a sí mismo como gordo. La fobia se ha establecido no sólo con el hecho real de estarlo, sino con la imagen mental de sí mismo como tal. Cada vez que acuden a su consciencia estas imágenes, aparecerá la angustia. Sin embargo, el paciente está convencido de que lo que le angustia y horroriza es el hecho en sí de coger peso, y no cae en la cuenta que el sólo hecho de pensarlo, de imaginarse gordo, le evoca la sensación terrible que tanto teme. Por ello acude a dietas y todos los recursos que conoce para adelgazar, que no influyen para nada en la fobia, puesto que aunque esté delgado, siempre puede asaltar a su consciencia una imagen de sí mismo que despierte esta pesadilla. En esto consiste esta trampa: el hecho de estar delgado no impide que las imágenes de su gordura, que acuden a su mente, despierten la sensación temible de amenaza.

Todas estas incapacidades mentales y emocionales asociadas con la inanición, se revierten con la subida de peso en la recuperación. Las víctimas no pueden pensar con la claridad suficiente para tomar decisiones adecuadas, resolver problemas o aprovechar todos los beneficios de la terapia. Están atrapados en métodos de pensamiento perjudiciales como el de "blanco o negro" o "todo o nada", en el cual todo se divide en categorías extremas. Por ejemplo, los alimentos son "buenos" o "malos", "seguros" o "peligrosos", los cuerpos son "gordos" o "delgados", y no tener el control completo significa no tener el control en absoluto. No hay puntos medios. Otros ejemplos de modelos de pensamiento negativo son la magnificación de los problemas, el pensamiento mágico y tomarte a modo personal comentarios y situaciones, como si fueras el eje del mundo.

Estos modelos distorsionados y habituales se basan en sistemas de creencias profundamente arraigados, que dificultan en gran medida el cambio. Los anoréxicos tienden a creer que sólo pueden ser felices si son delgados y que la autocomplacencia es un signo de debilidad. Lo más destructivo de todo ello es la creencia subyacente de la propia falta de valor, que está ineludiblemente vinculada a su talla corporal. "Estoy gordo y la gordura es mala" o "soy malo si como", estas creencias profundamente arraigadas hacen posibles que las personas con anorexia nieguen sus necesidades reales de alimentación y autonutrición. Tal vez piensen que si no comen serán más puras, pero en realidad están haciendo pasar hambre a sus cuerpos y sus almas.

La inanición no sólo afecta a los modelos de pensamiento, sino también a los sentimientos. Un supuesto común es que la anorexia entorpece las emociones, pero eso no es del todo cierto, es más adecuado decir que un trastorno de alimentación distrae de ciertas emociones, al desviarlas hacia la alimentación y los rituales relacionados con el peso. Los sentimientos dolorosos o inaceptables se traducen en sentimientos que tiene que ver con la alimentación y con el cuerpo, por ejemplo, lo que parece ser un intenso miedo al sobrepeso o una necesidad de control, oculta sentimientos más profundos como el enojo, el rechazo o la depresión.

Muchas de las maneras en que manejamos nuestros sentimientos se aprenden a una edad temprana. Los niños que crecen en familias donde no se satisfacen sus necesidades emocionales, no tienen la oportunidad de expresar los sentimientos normales del crecimiento. Algunas familias no desean enfrentar emociones negativas como la ira o la desilusión y los niños aprenden a vigilar y reprimir sus emociones. Un anoréxico que no ha tenido experiencia en identificar y hablar de sus sentimientos, no podrá señalar con exactitud lo que siente, o tal vez de por hecho que sus sentimientos son malos y que es malo por tenerlos.

La anorexia sirve como una manera de mantener e raya los sentimientos, por desgracia, esta enfermedad trae consigo su propia carga de vergüenza, soledad y miedos, que después se colocan por encima de los sentimientos negativos originales. La euforia artificial que se logra al bajar de peso se convierte en temor de perder ese control y en vergüenza. Aun el sentimiento de éxito que acompaña a la voluntad y esfuerzo sobrehumano de no comer, se ve moderado con las dudas respecto a uno mismo. Los anoréxicos nunca pueden ser lo suficientemente delgados o buenos para hacer algo que no sea bajar de peso. Algunas veces, otras personas complican el problema haciéndoles cumplidos sobre su delgadez, durante la recuperación es un punto importante en el que hacerte fuerte, pues esto es típico de una cultura que valora la delgadez en grado sumo, donde el éxito se mide por normas eternas, como la talla de nuestro cuerpo.

El éxito real se mide por lo que uno ES. Todos los anoréxicos reconocen que sus pensamientos, creencias y sentimientos cambian radicalmente en la recuperación, convirtiéndose en seres más positivos, alegres, expresivos, fuertes... en Personas.

Junto a los trastornos somáticos ya descritos y las alteraciones de la imagen corporal, los anoréxicos suelen hablar de ansiedad bastante constante, disforia, llegando en un 10% de los casos a tornarse en una depresión mayor. Los síntomas obsesivos se presentan frecuentemente, pudiéndose llegar al diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo. Autoestima y autoimagen son sumamente negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos, y, por consiguiente, del comportamiento. Por regla general, la dedicación al estudio es superior a lo normal, así como la dedicación a las actividades deportivas.

La mayoría de los anoréxicos consideran que el ejercicio físico es su mejor amigo por que le ayuda en su búsqueda de la delgadez. Sin embargo para alguien que consume tan pocas calorías, hace que el cuerpo se mantenga en un estado continuo de carencia y de hecho sirve como un método de purga. El ejercicio libera a la persona de los sentimientos de culpa relacionados con la autocomplacencia: cuanto más se come, más riguroso será el régimen de ejercicio. Es otra forma de autocontrol, de negarle al cuerpo su necesidad de descansar y la necesidad del alma de aceptar lo que le falta en nuestra vida.

El ejercicio compulsivo, también llamado "anorexia de actividad" o "ejercicio obligatorio" es un síntoma común de la anorexia. Además de las formas tradicionales de ejercicio, como correr o deportes de conjunto, los anoréxicos parecen estar en perpetuo movimiento, subiendo y bajando escaleras, haciendo sentadillas a media noche, incluso balanceando las piernas y las rodillas cuando están sentados. Muchos anoréxicos hacen ejercicio en tal grado que les queda poco tiempo para los amigos, la familia, la escuela, el trabajo y otros aspectos de la vida. Se experimentan sentimientos de superioridad por ser capaces de hacer más ejercicio que otras personas, de la misma manera en que bajar de peso, cuando otros no pueden hacerlo, les otorga un sentimiento de poder.

A parte de los riesgos cardíacos y la deshidratación por el exceso de ejercicio, son comunes las lesiones como esguinces y fracturas, pues son cuerpos cansados, débiles y frágiles. Asimismo un cuerpo hambriento necesita más tiempo en sanar que uno saludable, y puesto que los anoréxicos se sienten obligados a reanudar el ejercicio antes de estar completamente recuperados, suelen sufrir lesiones aun mayores.

La anorexia nerviosa es un desorden que afecta a las relaciones y aísla en muchas maneras. Se dedica tanta atención a los problemas alimentarios que queda poco tiempo para las relaciones. Incluso cuando se encuentra una manera de estar con la familia o los amigos, la enfermedad los separa. Las conversaciones que se enfocan en las preocupaciones acerca del peso, la forma de comer y de hacer ejercicio, y la esperanza de que todo esto cambie, tan sólo aumentan la presión. Tú te ves gordo, ellos te ven delgado, tú deseas el control, ellos desean quitártelo. Podría parecer natural que la solución fuera simplemente dejar de concentrarse en la anorexia, permitiendo que las relaciones profundizaran, no es así. El trastorno mismo nubla las emociones y los vínculos. Si preguntan qué te gusta o qué no te gusta, o cómo te sientes, sólo sientes confusión, te sientes perdida, distanciada de tus propias respuestas a estas preguntas. La vida de los anoréxicos giran tan completamente alrededor de su mal que han perdido la conexión más importante de todas: consigo mismos, y junto con esa conexión se van los pensamientos y sentimientos acerca de los demás asuntos de su vida. Mientras la anorexia sea su mejor amiga, el paciente permanecerá separado de sí mismo y de los demás.

Este problema se agrava con la gran cantidad de celebraciones y reuniones sociales que giran en torno a la comida. Es fácil que el anoréxico se sienta agobiado en todas estas situaciones que van de las comidas familiares y descansos entre las clases, a los banquetes de boda, fiestas navideñas, cumpleaños, etc. En estos escenarios la mayor angustia es como pasar desapercibido sin llamar la atención hacia sí mismo y las bien intencionadas conversaciones que surgen al respecto. Si la presión es demasiado grande y sencillamente no puede evitar comer, el resto de la reunión transcurrirá pensando angustiosamente cómo compensar todo lo que se ha comido. Las celebraciones no son, para nada, una celebración para un anoréxico y los miedos y temores que los acompañan tristemente tiene preferencia por encima de sus relaciones, aislándolos en un mundo oculto y solitario.

Un paso importante en el proceso de recuperación es aventurarse a salir de los rígidos límites de la vida anoréxica y reconectarse con los seres queridos, que, a pesar de todo, nunca dejan de serlo. Conforme el dominio de la anorexia se va deshaciendo, las relaciones se hacen posibles.

# EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El término de anorexia mental proviene del siglo XIX, momento en el que surge la concepción teórica y la preocupación médica por este fenómeno, de la mano fundamentalmente de dos autores William Gull en Londres y EC Lassègue, médico del hospital “La Pitié” de París, que son los primeros clínicos que realizan descripciones completas y se plantean investigar la naturaleza de estos procesos. Ambos, con diversas diferencias, tienen en común el reconocimiento de la existencia de factores psicológicos en el cuadro clínico, descartando que pudieran deberse a una enfermedad orgánica. En un primer momento Gull denominó al cuadro “apepsia histérica” mientras que Lassègue la llamó “anorexia Histérica” y con posterioridad, en un artículo del año 1873 aparece por primera vez el término de “anorexia nerviosa” de tanto éxito en la psiquiatría contemporánea que ha perdurado hasta la actualidad.

Estos pueden considerarse los orígenes de la anorexia en la medicina moderna, pero son múltiples las descripciones, tanto escritas como iconográficas, recogidas en la historia, de personas que han presentado conductas alimentarias anómalas. Durante varios siglos, fundamentalmente hasta el siglo XVI, es la literatura teológica la que ha presentado descripciones de personas que ayunaban hasta el total rechazo del alimento, con la curiosa circunstancia que podrían considerarse tanto como fenómenos procedentes de la divinidad como por el contrario de la posesión diabólica. Se describen un número importante de mujeres canonizadas que habían presentado durante su vida una conducta de características anoréxicas, sobre todo en la Italia de los siglos XIII al XVI, dándose una explicación dentro de la visión místico-religiosa vigente en aquellos momentos. Igualmente hay referencias hacia casos en los que la explicación era la intervención diabólica por lo que la investigación del fenómeno era llevada a cabo por la Santa Inquisición con el presumible fin de la mujer en la hoguera, método que destruía su cuerpo pero conseguía el piadoso fin de salvar sus almas... En definitiva, existe una clara constancia de que en nuestro pasado existieron personas que voluntariamente rechazaban su propia alimentación, llevándolas a la desnutrición; se suponía que esta actitud era irracional, por lo que se trataba de explicar en base al conjunto de herramientas usadas en el conocimiento humano de la época. Además, estas personas causaban en los demás un fuerte impacto con miedo, fascinación, recelo, etc. que facilitaba el final tan extremo de la persona, que podía ser quemada públicamente para escarnio y ejemplo de lo que no debe hacerse, o bien, ser considerada como santa, subida a los altares públicos para devoción y ejemplo de valores colectivos. Ambos finales, tal vez... tengan una curiosa semejanza con las enfermas que son mostradas en los medios de comunicación para tratar de evitar que las jóvenes actuales sigan los mismos pasos patológicos, en contraposición a las modelos ideales que desfilan en las pasarelas más famosas cuyos cuerpos, a veces, quizás demasiadas, no se diferencian tanto de las primeras.

En la Edad Media, por tanto, la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole religiosa. La Reforma protestante cambió significativamente las cosas, por lo menos en los países en los que triunfó. Las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas: era Satán y no Dios quien las motivaba. Sin embargo desde el siglo XVI hasta el XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación, consiguiendo una gran atención pública y con frecuencia recompensas materiales. Persecuciones a parte, en los panfletos y periódicos de la época consideraban estos ayunos como milagrosos, un signo de la presencia de Dios en la tierra, o más tarde, como un sorprendente fenómeno natural.

A partir del siglo XVII, el concepto que merecían estas adolescentes y jóvenes fue modificándose paulatinamente. Aunque una gran parte del pueblo llano mantuviera el conocimiento del carácter religioso, espiritual, de los ayunos, la progresiva penetración de las actitudes y conocimientos científicos en el ámbito de la medicina, fue minando a tales concepciones. La observación, la descripción sistemática de lo observado, la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos, los procedimientos de verificación de hipótesis fueron abriéndose paso. Además de la difusión de estos casos y su potencial papel de modelos en los medios de comunicación de la época (panfletos, boletines, cuadernillos junto al ancestral sistema boca-oreja) los médicos publican tratados sobre estos y otros trastornos, e intercambian informaciones entre sí.

El siguiente hito en la historia de la anorexia nerviosa se produce en el siglo XIX y corresponde a un médico francés, Louis-Víctor Marcé, que hace hincapié en una serie de factores que sin guardan relación con la anorexia nerviosa. Su muerte prematura, a los 36 años de edad, probablemente impidió una mayor defensa y divulgación de su aportación, ocupando el primer plano los más conocidos y divulgados Lassègue y Gull, con los que comenzaba esta evolución histórica. Éstos se sitúan en la época victoriana, en el momento culturizante de la transición, a la que contribuyeron eficazmente, desde una visión religiosa, a una concepción natural de la anorexia.

Todas las pacientes viviendo y habiendo sido descritas antes del siglo XXI, presentaban, sin duda alguna, sintomatología anoréxica, e incluso bulimia en algunos casos, pero ¿eran auténticas anoréxicas nerviosas? La polémica se centra sobre la duda de si estas muchachas y jóvenes afectadas a lo largo de la historia padecían miedo a engordar, que junto con la distorsión de la imagen corporal, forma parte de los criterios diagnósticos actuales. Ante estos hechos sólo caben dos posibilidades; que las anoréxicas de todas las épocas hubieran experimentado en su totalidad el miedo a engordar, sin haber sido reconocido ni registrado este aspecto como síntoma en la literatura hasta finales del siglo XX. O que la ausencia del miedo o preocupación ansiosa desmedida por el aumento de peso fuera una realidad. En cualquier caso, todas ellas eligieron la alimentación, y la vía ascética para expresarse.

# CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Las causas de la anorexia nerviosa son múltiples, interviniendo unas u otras de modo diferente en los distintos pacientes. La mayoría de los estudios e investigaciones que he revisado hablan de un modelo etiopatogénico biopsicosocial, que permite explicar el origen, desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) considerando la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos. Algunos de estos factores van a actuar como **predisponentes, desencadenantes y perpetuantes**.

Entre los **factores predisponentes** destacarían: factores genéticos, edad (13 a 20), sexo femenino, trastorno afectivo, introversión e inestabilidad, sobrepeso, nivel social medio-alto, familiares con trastorno afectivo, valores estéticos dominantes.

Muchos estudios que han analizado la estructura familiar de los pacientes coinciden en la importancia de una serie de variables que dificultan el desarrollo de autonomía e independencia que ha de acontecer en la adolescencia. Junto a esta sobreprotección y el no reconocimiento de la individualidad, también es habitual su preocupación por la apariencia, la autovalía y el éxito.

Los **factores desencadenantes**, es decir, aquellos que inician el trastorno se definen por el fracaso de la persona por adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado, como pueden ser los cambios corporales, las pérdidas (pudiendo entender como pérdida la de la propia infancia), rupturas conyugales, contactos sexuales, incremento rápido de peso, incremento de la actividad física, en general, aquellos acontecimientos vitales que impliquen un cambio brusco en la vida del adolescente.

Finalmente, se describen **factores perpetuantes** que explicarían la autoperpetuación del cuadro debido a las consecuencias de la interacción familiar, del aislamiento social, del estilo cognitivo propio del trastorno y de las consecuencias de la inanición.

Los hechos emergen cuando se produce una constelación de acontecimientos que “coinciden” en un punto del espacio y del tiempo, y hacen que emerja un hecho que no se daría sino hubieran existido esa conjunción de circunstancias... Tratar de explicar y comprender por qué una persona contrae anorexia nerviosa o no, resulta, incluso para mí, una realidad compleja... Por este motivo me resulta difícil decir que la estructura de la personalidad desempeñará un importante papel en su posible desarrollo, o que la atmósfera familiar tiene un peso decisivo, o que los contenidos culturales son los responsables de crear modelos patológicos. Son sólo factores que en un momento concreto contribuyeron, con su existencia, al nacimiento de una enfermedad. Lo que sí puedo afirmar es que para que surja esta suerte de fobia a engordar, han de existir una constelación de circunstancias, una situación en la que todas ellas confluyan en un momento concreto, en una persona que sólo es capaz de vislumbrar ese camino, sintiendo todos los posibles como desconocidos y aterrizantes.

Esos factores de los que hablo y reseñan todos los estudios son:

## FACTORES INDIVIDUALES

Los factores psicológicos son considerados, para algunos, los principales determinantes individuales de predisposición para padecer anorexia nerviosa. Se describen ciertas características típicas en la personalidad de estos pacientes. Individuos con tendencia al perfeccionismo, a la obediencia y la sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados. Asocian sentimientos de incapacidad para afrontar las exigencias de la vida, de sacrificio y una enorme laboriosidad, con tendencia al aislamiento, a la labilidad emocional y la irritación, baja autoestima, alteraciones de la imagen corporal, humor depresivo, distorsiones cognitivas, y un largo etc. Junto a éstos, existirían otros factores personales como el sexo femenino, la edad entre 13 y 20 años, nivel social medio-alto o tendencia al sobrepeso.

Para otros expertos la edad puberal y adolescente es el principal factor individual de riesgo. Los cambios corporales en esta etapa del desarrollo direccionan la atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general tras su evaluación. En ese momento el adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, un modelo que asume plenamente, anhelando y procurando que su cuerpo, renovado, en actual transformación, se aproxime lo máximo posible a aquel. Las discrepancias entre su cuerpo o su imagen y el modelo "oficial", suelen interpretarse en contra del propio cuerpo. Si es así, y con abundante frecuencia lo es, será posible modificar el cuerpo para poder vivir como desean. En la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen, por lo que cualquier circunstancia que interfiera en la misma puede poner en marcha la decisión de adelgazar, y a partir de esta, el proceso anoréxico.

## FACTORES SOCIOCULTURALES

Para muchos autores los factores socioculturales son de primordial importancia en la génesis y mantenimiento de la conducta anoréxica. Sin ellos es imposible entender su fenomenología, su naturaleza, sus manifestaciones, sus cambios a lo largo de la geografía y la historia, merece la pena ahondar y extenderse en nuestra manera de elegir cómo entender y vivir nuestro mundo.

La relevancia del cuerpo femenino suele ser en todas las culturas significativamente superior a la del masculino, tanto a ojos de la propia mujer como de quienes le rodean. En la práctica totalidad de las culturas, la belleza física de la mujer recibe una consideración más explícita que la del hombre. El atractivo de éste suele depender más de sus habilidades y poderes que de su complexión y aspecto físico. En cuanto a la mujer, sus funciones procreadoras y alimentadoras, por un lado, y sociosexuales por otro, constituyen los cimientos de tal relevancia corporal. El mismo cuerpo destinado a engendrar, parir y amamantar, debe contar con atractivo sexual e interpersonal suficiente para conseguir su integración en el medio sociocultural en que se desenvuelve su vida. Mucho más que la mayoría de los hombres, las mujeres tienden a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen piensan los demás acerca del mismo. El autoconcepto femenino suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal, mientras que el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma.

La valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores, está drásticamente determinada por la cultura ambiental. Una cultura puede determinar los criterios de la valoración, concretamente los concernientes a la estética corporal, pero por supuesto no puede conseguir que todos sus miembros moldeen sus cuerpos de acuerdo con aquellos criterios. Los desfases entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada individuo concreto, serán, forzosamente, fuente de malestar y de ansiedad.

Haciendo un recorrido transcultural, he podido comprobar que en los pueblos llamados primitivos, actuales o anteriores, una mujer gruesa con pelvis amplia y caderas anchas ha constituido y constituye una señal de estatus elevado. El atractivo social-sexual de la mujer gruesa no puede separarse de su condición procreadora. Las esculturas prehistóricas que representaban cuerpos de mujer suelen simbolizar la fecundidad femenina, su capacidad para alumbrar y amamantar. Sus formas redondeadas y voluminosas contrastan con las mucho más estilizadas de los varones. Es imposible saber si, junto a este simbolismo, constituían también un patrón colectivo de belleza corporal. Pero sí puede asegurarse que un cuerpo de mujer abundante bien dotado era signo de prosperidad y lujo, implicaba además, unas entrañas fecundas y una recolecta próspera. La delgadez femenina significaba esterilidad y penuria. Las hambrunas eran frecuentes: la delgadez, era un mensajero de la muerte.

La Grecia clásica constituyó una excepción a la regla mayoritaria de subrayar el atractivo corporal femenino sobre el masculino. El cuerpo varonil fue objeto de admiración pública y considerado más atractivo que el femenino, posiblemente porque el concepto de lo bello, referido al cuerpo, incluía lo saludable, el estar en forma, e incluso las cualidades internas, y todo ello se atribuía más al varón. Era una consecuencia de la concepción de la unidad cuerpo-mente, vigente en la Grecia clásica, concepción muy distinta de la que defendería posteriormente el cristianismo.

Para los griegos, la medida de belleza ideal era la *medida de oro*, una manifestación de su culto al equilibrio. Lo extremo, lo extraño, no podía ser perfecto. La medida de oro aplicable al cuerpo femenino postulaba la igualdad de tres distancias: entre los dos pezones, entre la distancia de la parte inferior del pecho y el ombligo y entre el ombligo y el pubis.

La Roma antigua discrepó de la Grecia clásica en una parte de sus criterios estéticos corporales. Los romanos estaban muy interesados por las peculiaridades y rarezas de rostros y personas. Gestaron una de las pocas culturas en las que se valoraba la delgadez o, por lo menos, tendían a evitar el sobrepeso. Atracones y vómitos estaban aceptados socialmente, plenamente integrados en su cultura, lo que supone un debate en cuanto a si esas prácticas se trataban de trastornos bulímicos. Por otro lado, Roma apreciaba en la mujer fundamentalmente su función de madre, puesto que debía dar muchos hijos al Estado, el cual los necesitaba imperiosamente para asegurar una existencia amenazada de continuo por sus enemigos. Este hecho invita a pensar que la valoración de la delgadez tenía claros tinte teórico e ideales. La realidad cotidiana, la valoración positiva del embarazo, debía transcurrir por sendas muy dispares de las transitadas por el culto a la delgadez.

En la Edad Media la mujer reproductora y su correspondiente figura constituyeron el patrón dominante. El cuerpo femenino había de denotar corpulencia, el vientre de la mujer había de ser ostensiblemente redondeado, símbolo de su fertilidad. Estos hechos deben entenderse en un contexto social en el que engordar era no sólo un signo de riqueza, sino de salud. Es significativo que la aristocracia dirigente se la denominara genéricamente *popolo grasso*, mientras a las clases populares se las reconocía como *popolo magro*. El aprecio por la gordura implicaba el rechazo de la delgadez, es decir, la huida del hambre, de la enfermedad y de la pobreza.

En esta época los individuos se percibían mucho menos “diferenciados” respecto de la naturaleza que en las anteriores. Cuando podían hacerlo, las gentes se saciaban sin moderación, y los placeres consistían en la satisfacción inmediata de los deseos de la carne. La vida era corta, la disponibilidad de alimentos, intermitente, y, por tanto, insegura; la victoria en el enfrentamiento físico directo, el valor dominante. El cuerpo y sus funciones no se ocultaban, todo era “natural”. Era posible copular o defecar en público, sin sorpresas ni escándalos especiales.

Sólo a mediados del siglo XIX comienzan a observarse preparativos para el nacimiento de la actual cultura de la delgadez, y es en el siglo pasado cuando se toma un claro partido por los cuerpos alargados y estilizados. Es interesante constatar que esta evolución de las costumbres referidas al cuerpo, se produce paralelamente al inicio de la definición científica de “varón” y “hembra” basadas en diferencias biológicas. Hasta el siglo XVIII el cuerpo humano era percibido como un ente genérico. El cuerpo masculino constituía la norma, y el femenino constaba de las mismas partes que el masculino, pero dispuestas de otro modo. En ese mismo siglo XVIII, se desarrolló la noción de *sexualidad*, es decir, de un atributo humano importante que otorgaba a cada persona una identidad propia significativa en relación con el sexo opuesto. La mayor exhibición del cuerpo femenino propia de esta época, probablemente no pueda desligarse del advenimiento e instauración de estos cambios conceptuales.

La alimentación y sus formas también fueron evolucionando y cambiando, y durante este siglo se alcanza un avituallamiento alimentario de la población relativamente satisfactorio, persistiendo lógicamente importantes diferencias en función de las clases sociales. Mientras que los pobres europeos se alimentaban básicamente de patatas, cereales, legumbres y carne de cerdo, la burguesía disponía de todo tipo de manjares y se entregaban a un nuevo lujo social: la *degustación* de los alimentos. En sus comidas fueron introduciéndose simultáneamente normas dietéticas y estéticas que les distinguían significativamente del pueblo llano. Ya no se comía sólo para satisfacer el hambre, sino para cumplir con un cúmulo de crecientes convenciones sociales relacionadas con la comida. La preocupación gastronómica conllevaba la reducción de las cantidades de alimento que se

servían y comían; así empezó a establecerse la creencia de que un paladar refinado es incompatible” con una cantidad “excesiva” de comida. Los que disponían de alimentos en abundancia eran precisamente quienes que tendían a disminuir su ingestión.

Paralelamente a esta *civilización del apetito*, la imagen del cuerpo ideal también experimentaba transformaciones relevantes. El cuerpo delgado iniciaba la sustitución del redondeado como modelo a seguir entre las clases superiores, especialmente entre las mujeres. La delgadez no sólo era coherente con la gastronomía antes descrita, sino que también fue convirtiéndose en otro medio de distinguirse de las clases inferiores.

A partir de este momento, la comida y el comer estaban cargados de simbolismos. En consecuencia, la comida y el acto de comer, podían asociarse a múltiples factores ajenos al hecho mismo de la alimentación. Se establecía un camino, otra más, que facilitara, cuando menos una parte de la fenomenología anoréxica. Ocurría con la comida lo mismo que había sucedido, y continúa sucediendo, con el vestido, y con la sexualidad. Comer era más que alimentarse, al igual que vestirse era más que abrigarse y protegerse, y la sexualidad más que copular y procrear.

Antes de finalizar este apasionante recorrido transcultural me gustaría mencionar otro fenómeno interesante con el que me encontré en mi investigación antropológica. En todas las culturas se han llevado, y se llevan, a cabo procedimientos para modificar alguna característica corporal. A veces la finalidad puede ser ritual o religiosa, pero en la mayor parte de los casos de los cambios corporales se practicaban para incrementar el atractivo social y sexual. Casi todas las zonas corporales han experimentados transformaciones voluntarias con este objetivo, sin embargo, hasta la llegada del mundo moderno apenas se encuentran culturas en que sus miembros pretendan incrementar este atractivo mediante la reducción o disminución de las dimensiones globales del cuerpo. De hecho, las excepciones pueden contarse con los dedos de una mano y en general no pueden asegurarse que sus motivaciones sean claramente estéticas. En general, las alteraciones corporales practicadas por distintos pueblos en el seno de diferentes culturas, han tendido a poner de relieve, exagerar, o agrandar la parte del cuerpo, a veces todo él, procurando su redondez, simbolizadora del atractivo...

## FACTORES FAMILIARES

Las familias suelen ser un factor en el desarrollo o mantenimiento de un trastorno de la alimentación, aunque es difícil determinar si la disfunción familiar es una causa, un efecto, o ambas cosas.

Entre las características comunes de las familias con miembros que han desarrollado anorexia existe un hecho típico: los *lazos* particularmente fuertes que mantienen unidos a toda costa a sus miembros, haciendo que se aferren el uno al otro y, a la vez, dependan el uno del otro sin cuestionamiento, para conservar así las esperanzas de supervivencia en un mundo “peligrosamente” imprevisible.

Manifiestan un código interiorizado de conducta construido en torno a principios implícitos yales como “mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás”, “sólo me siento bien si los demás se sienten bien”, “somos una familia unida por el destino: ninguno debe ser abandonado en el camino”... Esta insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la renuncia personal, terminan interviniendo en los procesos en pos de la individuación, y en la coindividuación y coevolución a través de toda la familia.

Otro elemento frecuente y parejo al autosacrificio que valora el bienestar familiar por encima de todo, y niega la gratificación de necesidades y sueños personales, es un marcado control de los impulsos. El mandamiento familiar es: “debes controlarte a ti mismo, no debes dejarte llevar (por los impulsos)”. Esto se aplica igualmente a tentaciones como la comida y la sexualidad, ambos, como se ha observado anteriormente, actos que significan mucho más que sus primigenias funciones biológicas.

El autocontrol significa también mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, mostrando una apariencia externa amistosa y controlada y, en particular suprimiendo actitudes “malas”, es decir, hirientes, ofensivas, despreciativas, airadas, envidiosas, ¿o disconformes? En general se cree que lo mejor es no ponerse en evidencia en modo alguno sino, más bien, concentrarse en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás: no sólo los padres y resto de familia, sino también vecinos, comunidad y sociedad entera. Esto significa ajustarse a las normas impuestas por el medio, actuando de manera convencional y estando siempre condicionado a reaccionar con sentimientos de profunda culpa y vergüenza si uno se debía de dichas normas.

Con frecuencia, este tipo de preocupación por la adaptación social también conlleva la interiorización de *ideales de logros* propio de las sociedades consumistas occidentales que son, además de democracias, meritocracias. De tal manera que dentro de la familia se emanan las expectativas y valores de la sociedad, los ideales de la familia y los de la sociedad se refuerzan mutuamente hasta el punto de confundirse. Los sistemas son como un universo en miniatura, donde la realidad se recrea... De ahí que los miembros de esas familias suelen ser muy trabajadores, ambiciosos, y ciudadanos respetados e incluso admirados.

El *sentido de justicia* es otra característica que podemos encontrar en el seno de las familias de anoréxicos. Suele manifestarse en los padres en forma de mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual. No puede haber ningún hijo favorito, viven en la fuerte creencia de que eso significaría engañar o estafar emocionalmente a los otros hijos, por lo que no deben existir diferencias en este ni en ningún otro sentido. Esta preocupación por la justicia, junto con la preocupación por la cohesión familiar, juega en contra de cualquier alianza, coalianza, o preferencia dentro de la familia. Como todo el mundo tiene iguales derechos de amor y aceptación, nadie necesitará apartar a nadie de la familia como un todo o una de sus subgrupos. Los miembros de la familia, en especial los hijos, se verán irremediamente expuestos a mensajes contradictorios entre la ideología oficial y la realidad, tal y como ocurre en nuestra sociedad...

Todas las circunstancias descritas suponen ataduras que obstaculizan la individuación, cuando no la impiden totalmente. La individuación significa la percepción, la tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad, así como de la ambivalencia. Un credo familiar que de manera tan insistente exige e idealiza la cohesión familiar, la armonía familiar y el trato igualitario para todos por parte de todos mantendrán un férreo control sobre sus miembros y bloqueará cualquier tipo de movimiento hacia la individuación o separación...

Esta idea es, bajo mi punto de vista, el miedo oculto tras el proceso de diferenciación y particularización de la esencia individual de lo general que todo ser requiere para llegar ser una unidad indivisible, una totalidad. La individuación conlleva implícitamente la idea de separación, y esta puede ser una experiencia existencial que los propios progenitores aun no han llegado a comprender y trascender en sus propias vidas. Los inconscientes temores de separación y pérdida se transforman en preocupación, e incluso en sobreprotección o, si se prefiere, en afectuoso interés y creciente sentido de responsabilidad por otros.

Estas relaciones tan cercanas, que dificultan a un hijo o a una hija crecer por su cuenta y separar su identidad, pueden hacer que éstos se sientan responsables de la felicidad de sus padres, o simplemente vivir en el miedo de perder la protección que se les brinda ante un mundo exterior hostil. La anorexia puede suponer entonces un intento en convertirse en un individuo autónomo, con límites lo suficientemente fuertes como para impedir la intromisión. Sé que un trastorno de la alimentación es una forma de decir algo con el cuerpo que no puede expresarse con palabras, en especial en familias en las que las líneas de comunicación no siempre están abiertas.

A muchas personas con anorexia se les describe como hijas o hijos modelo que siempre han hecho lo que se esperaba de ellos. Anteponer constantemente las necesidades de otros a las propias es incompatible con el desarrollo del Ser. La baja autoestima puede inocular otras características como el perfeccionismo, la búsqueda de la aprobación, la negación de los propios sueños, los cuales son todos síntomas de la anorexia.

Este deseo de complacer, combinado con el inicio del desarrollo sexual y la capacidad de persuasión de los valores culturales, enfrentan a los adolescentes a situaciones particulares. Es importante recordar que personas diferentes enferman de anorexia por diferentes razones, y que lo que sucede a una puede no sucederle a otra. Cualesquiera que sean las razones, merecen ser escuchadas, respetadas, exploradas y acompañadas.

## TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Los estudios existentes que comparan la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos en anorexia nerviosa son **escasos** y se centran en **pacientes adolescentes**. A la hora de describirlos, la mayoría de los autores hacen énfasis en la necesidad de conseguir tres objetivos esenciales en estos pacientes:

- a) Normalización del peso, constantes nutricionales y hábitos alimentarios.
- b) Tratamiento de los factores psicológicos perpetuadores.
- c) Prevención de recaídas.

Para la determinación de qué marco sería el más adecuado, se aconseja seguir un árbol de decisión que permita objetivar factores tales como gravedad del trastorno, ineficacia de tratamientos previos, necesidad de enfoques más invasivos, como ingreso u hospital de día, mientras que aquellos pacientes que se encuentran en fases iniciales y/o presenten una menor sintomatología, podrán beneficiarse de tratamientos ambulatorios.

Los modelos que con más frecuencia han sido aplicados en la anorexia nerviosa han sido los siguientes:

*Psicoterapia psicoanalítica breve.* Descrita escasamente en la literatura y con resultados limitados. Se trata de una psicoterapia breve y limitada en el tiempo, semiestructurada, en donde no se tratan temas como asesoramiento sobre hábitos alimentarios y peso. En este tipo de enfoque se hace hincapié en aspectos tales como el significado consciente e inconsciente del síntoma y los efectos del síntoma en las relaciones interpersonales del paciente.

*Terapia familiar.* Los objetivos principales de este tipo de enfoque son el esclarecimiento del problema alimentario y de la dinámica familiar creada en torno al mismo. Determinación de una funcionalidad interpersonal de la sintomatología manifestada (significado que posee el trastorno dentro del entorno). Identificación de una posible hipótesis etiopatogénica que se deduzca de la dinámica familiar existente y de las consecuencias producidas en el entorno del paciente.

*Tratamiento psicoeducativo-conductual.* Este tipo de programa se basa esencialmente en la normalización y regulación de los hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia, y en el control del peso. Se utilizan tanto elementos psicoeducativos (conceptos nutricionales sobre alimentación, peso y consecuencias físico-psicológicas de la desnutrición), como elementos conductuales (técnicas de auto-observación, autocontrol y exposición con prevención de respuestas).

*Tratamiento cognitivo-conductual.* Utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para modificar la conducta y cogniciones subyacentes de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, baja autoestima y perfeccionismo. Realizada individual o grupalmente, esta terapia ha demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de la sintomatología alimentaria, y el grado de recuperación oscila entre un 45% y un 80% de los casos, resultados que superan notablemente los obtenidos por otros enfoques terapéuticos.

Es necesario aclarar en este punto, que el tratamiento cognitivo conductual es de muy difícil acceso. Son muy pocos los centros dedicados a tales fines terapéuticos y, en nuestro país, de carácter privado, por lo que a la poca oferta hay que sumarle un coste elevado, lo suficiente para que no esté al alcance del nivel adquisitivo de demasiados pacientes y familias. Por otro lado, es un tratamiento largo en el que las recaídas y bajas, en la primera etapa de la atención, abundan, de tal manera que la aparentemente maravillosa cifra del 45 al 80% de recuperación se diluye en el grueso número de afectados de este fenómeno... la necesidad de llegar más allá sigue en pie...

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La tendencia actual en este y demás tratamientos es la confluencia multidisciplinaria.

La terapia cognitivo-conductual trata de producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes. El tratamiento psicológico debe enfocarse a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso y el tamaño corporal y la silueta, de forma que disminuya la importancia que la delgadez tiene para la paciente, y la comida deje de ser la respuesta casi universal ante todos los retos y problemas que plantea la vida, cuestiones que puede aprender a afrontar con otras respuestas más apropiadas.

En el tratamiento se diferencian tres fases:

1. *Primera fase .Cuidados y protección-* Lo primordial es tratar de proteger la vida de las pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerles de algunos recursos. En esta fase en que se debe proteger la vida del paciente, la evaluación e intervención médicas (especialistas en nutrición e internistas) se optimizan con el apoyo del equipo psicológico. Lograr establecer una colaboración sincera del paciente es una de las tareas fundamentales. Una forma de motivar al paciente es que el terapeuta le proponga estudiar algunas decisiones necesarias en el tratamiento. Cambios en la atribución de la enfermedad, dando atribución al sentido de la normalización de la comida y el incremento de peso.
2. *Segunda fase.* Tratamiento propiamente dicho- en la que se les pide una corresponsabilidad en su autocuidado y en el afianzamiento de sus habilidades de afrontamiento. Durante la fase anterior, y en esta, es muy probable que el paciente necesite uno o varios períodos de ingreso. La transición al tratamiento ambulatorio necesita un trabajo terapéutico cuya mejor forma de hacerlo ha sido a través de un hospital de día.
3. *Tercera fase.* Prevención de recaídas- Se precisa de un programa de prevención de recaídas en el cual el paciente tiene que afrontar situaciones de alto riesgo en las que puedan volver a resurgir las conductas anómalas o se manifiesten aquellos aspectos del tratamiento que todavía necesitan un trabajo más profundo.

Independientemente de que los pacientes necesiten ingreso, se incluyan en un hospital de día o realicen terapia de forma ambulatoria, su colaboración en el tratamiento es esencial para que el trabajo terapéutico sea eficaz y los cambios que se consigan perduren. Al comienzo del tratamiento viven la terapia como algo amenazante. Se les pide que abandonen sus comportamientos, creencias y la forma en que han aprendido a afrontar la vida, todo lo que les ha proporcionado, al fin y al cabo, la solución a sus problemas. La delgadez y el control de su peso les ha permitido una cierta sensación de autocontrol y autoestima, sin ello, su vida se torna más complicada, ambigua y confusa.

La ansiedad puede llegar a ser muy elevada en caso de que no se le proporcione una alternativa adecuada a su ayuno y dieta. La recuperación de su condición física, que algunos se plantean como la meta deseada, puede vivirse como una manera de perder su condición especial y, por lo tanto, como algo muy negativo. En la tremenda búsqueda de identidad encuentras el método de la perfección, ya eres algo: aspirante a perfecta... ¿se puede optar a más?

Los TCA son, por antonomasia, el paradigma de la resistencia al tratamiento. Si a todas las personas que tienen dificultades para afrontar algunos aspectos de la vida, les cuesta entregar su intimidad y aceptar un tratamiento, en estos pacientes esto es permanente. De hecho se ha comprobado que la anorexia es el trastorno en el que los pacientes tienen más apego a los síntomas y creen que si los abandonan van a perder su identidad. Por encima de todo, más allá de coger peso, lo cual aterra, o transformarse en un cuerpo que no deseas, vas a entregar lo que ha sido para ti tu identidad, aquello en lo que se ha basado tu autoestima, el poder de decidir sobre tu vida o muerte, el poder de Dios...

Subir de peso no es sólo aumentar kilogramos, es renunciar a aquello que te ha servido para sentirte segura y orgullosa de ti misma, para salir a la calle y enfrentarte con los demás. Resulta que tu éxito es el mayor fracaso de tu vida y tienes que permitir que te ayuden para conseguir hacer lo contrario de lo que haces, sacándote de un mundo concreto, un mundo que controlas, y enfrentarte a un mundo que te aterra, que te produce angustia y ansiedad, que temes y que la enfermedad te ha permitido evitar.

A menudo pueden mostrar una aparente posición de comprensión y cooperación, sin embargo, están ocultando y engañando al equipo terapéutico en aspectos en los que éste puede ser vulnerable. Esto suele suceder cuando entre pacientes se intercambian información y trucos de toda índole para pesar más aparentemente (meter arena en el sujetador o dobladillos de la ropa) para comer menos (esconder alimentos si el cuidador desvía la mirada un segundo) o lo que han conseguido las nuevas tecnologías con las páginas pro-ana y pro-mia en internet. Del mismo modo que han controlado el proceso de la alimentación y sus vidas, tratarán de controlar el proceso terapéutico y al terapeuta.

Es necesario comprender y aceptar una primera fase de la terapia en la que, en la mayoría de los pacientes, predominen los aspectos de dependencia para pasar de forma progresiva a la independencia. Pido desde aquí espacio-respeto y Amor para personalidades muy rígidas tras la que se esconden niños y niñas, independientemente de la edad biológica, con mucho miedo a crecer.

# DESDE DENTRO

*“Llegar a ser lo que era antes que fuera, con la memoria y el entendimiento de lo que he llegado a ser.” Proverbio sufi.*

Corría el año 1995 cuando fui ingresada por primera vez en un hospital. Contaba 19 años de edad, estudiaba enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería y fisioterapia de Toledo, tenía que entregar un trabajo, como puede ser este mismo que estás leyendo, y aun recuerdo la sensación de imperiosa necesidad de que fuera perfecto, tan acuciante era esa necesidad que la expresión “como si se le fuera la vida en ello”, se hizo realidad.

Desperté varios días después en la cama de una planta de un hospital de mi amado Toledo, mi corazón se había parado debido a una pérdida masiva de electrolitos, mi conciencia se había fugado durante esos días de coma, y mi cuerpo dolorido y frágil apenas podía moverse. A partir de ese momento mi vida íntima cambió, dejó de ser íntima, y dejó de ser mía.

Sólo ahora, en este momento, en esta Toñy, soy capaz de comprender la profundidad de los pasos que me llevaron a esa cama, y más allá de comprender, también soy capaz de poner palabras al importante mensaje que quería transmitir con mi cuerpo...

Tal y como he ido contextualizando en este tratado, hay factores sin cuya existencia no se desplegaría la vía de la anorexia, las etapas de individuación y socialización (sean en edades adolescentes o no...), el contexto en el que esto sucede, que se manifiesta en la familia y la cultura que nos envuelven, y, aunque yo no los haya incluido aquí, muchos autores e investigadores hablan de una predisponibilidad individual, genética y psicológica. Bajo mi punto de vista esto puede inducir a error. En la cruzada por encontrar la etiología -palabra griega, que dicho sea de paso, proviene de la raíz *aitia* que significa tanto causa como culpa, y nos permite recordar cuán larga es la tradición del pensamiento y del lenguaje que nos lleva a asociar la cuestión de la causalidad con la de culpa o responsabilidad- formamos en nuestra mente una lista de supuestos que son los causantes de esta enfermedad, y caemos en la tendencia a la que nos tiene acostumbrados el método científico, la medicina biomecanicista, y la misma forma superficial de interpretar la vida con la que esta enfermedad se revuelve... caemos en el abordaje paliativo, olvidándonos de profundizar en las almas de aquellos que sufren, tratando a las enfermedades como entidades casi ajenas a las personas, tratamos los síntomas, las causas, corregimos, aliviarnos, pero no sanamos.

## HAMBRE DE LIBERTAD. FRUSTRACIÓN DE AMOR

Aunque tengo poderosas razones, que más tarde compartiré contigo, para creer firmemente que la anorexia nerviosa no es un trastorno exclusivo de la edad puberal y adolescente (ni del género femenino), sí es una situación cuyo análisis nos abre las puertas a la comprensión del profundo “mecanismo” que puede suponer.

Mi infancia y niñez fueron sumamente felices, durante las siguientes etapas de crecimiento y desarrollo he vivido echándolas de menos... ¿por qué esta nostalgia?, ¿qué he echado en falta en concreto?... esta reflexión es posible ahora, desde mi segundo nacimiento a este mundo, el de la conciencia, y desde ella la hago, son, por tanto, mis antiguas heridas sanándose lo que vas a leer, no es ninguna generalización, pero sí la prueba de que signos y síntomas lo son.

Hasta hace poco “tiempo” pensaba que la mayor, y más traumática, pérdida a la que me había enfrentado en mi vida era la de mi niñez, pero cuando he estado preparada, en un orden misterioso, pero infalible y organizado, he ido conociendo y comprendiendo aquello por cuya pérdida concreta me rebelé. También sé que sólo en ese orden y medida en que lo he localizado, observado y concienciado, lo voy recuperando.

La primera respuesta que acudió a mi mente cuando me pregunté acerca del aspecto que más valoraba del hecho de ser niña fue: LA LIBERTAD. A pesar de ser la fase en la que más dependientes somos de nuestros cuidadores, cuando más normas, reglas y órdenes van dirigidas a nosotros, su vivencia era tan real y plena que sus ecos han seguido resonando en mí hasta nuestros días. No me estoy refiriendo, por tanto, a la libertad de transgredir esas normas, de expresión, de decisión, etc., sino a la libertad del SER.

Cuando era niña no tenía una visión fragmentada de mí misma, no concebía que mi cuerpo fuese una parte que pudiera tomar una u otra forma, gustar o no, ni siquiera era consciente de que tendría que gustar a alguien, y no estoy hablando únicamente de términos sexuales. Yo era un ser completo, perfecto e indivisible, que además era valioso y amado sencillamente por ser. Es cierto que era recompensada cuando realizaba ciertas conductas, pero no me resultaba un problema repetir las, también a mí me agradaban, pero, qué ocurre cuando no lo hacen... cuando no comprendes la naturaleza de esas conductas que has de imitar, y no puedes continuar ejerciendo otras que tienen mucho sentido para ti, pero son reprochadas y castigadas.

Qué pasa cuando la certeza de ser valiosa comienza a diluirse y a la vez sientes que tienes que hacer “algo” para serlo. Cada vez son más las exigencias y menos comprendidas, ahora sé que la libertad que disfrutaba de niña, lo era, precisamente de esos condicionamientos que poco a poco fueron calando en mi interior. También comprendo ahora, que los caminos que teníamos para amarnos no se encontraban, lo que ni mucho menos significa que no lo hiciéramos.

Comencé a sentirme “atiborrada” de todos esos condicionamientos incomprensibles que se enfrentaban directamente con la esencia de lo que yo sentía Ser, y a vivir como una niña y pseudo mujer “hambrienta” de la libertad que, sin saber por qué, no podía seguir existiendo. El mundo adulto estaba alimentándome de todo lo necesario para entrar en él, pero yo no quería crecer, no si eso significaba dejar de Soñar y Ser Libre para Amar sin condiciones ni expectativas, para entrar en el mundo del “tener”, del control, de la materialidad y superficialidad. En esa niña no existía ninguna diferencia genética con las demás, ni predisposición, pero sí una sensibilidad, intuición y Amor totalmente entregados a la Vida, que el mundo adulto tampoco comprendía, conocía y aprendió, dese hace tanto... a obviar.

Para los niños las emociones son claras y transparentes, mientras que en los adultos se van haciendo complicadas, defensivas e incomprensibles, llevan en su interior presiones, condicionamientos y cargas emocionales ambivalentes y confusas, por eso muchas veces es muy difícil para los niños entender el mundo de los adultos. No es casualidad que trabaje con infantes, como tampoco lo es que ello me ofrezca la oportunidad de aprender, de nuevo, su lenguaje, más emotivo y corporal que el nuestro, de aprender el lenguaje que utilicé para expresarme...

Me resulta sencillo comprender el motivo por el que los pacientes de anorexia nerviosa no sólo rechazan la ayuda que se les ofrece y no demandan nada de su entorno. Además de suponer una amenaza al modo de vida que, a pesar de suponer sufrimiento, es de su dominio, saben que no les van a entregar ni permitir recuperar, aquello por lo que llevan muriendo de hambre desde no saben exactamente cuándo. Así como tampoco son ya capaces de conocer y transmitir qué es lo que les está llevando a esa suerte de no vida.

## **¿POR QUÉ ENFERMAMOS? O ¿PARA QUÉ ENFERMAMOS?**

*“La diferencia fundamental entre un hombre dormido y uno despierto, es que el despierto lo toma todo como una oportunidad de aprendizaje, mientras que el dormido lo toma todo como una bendición o una maldición.” Nisargadatta.*

He pasado gran parte de mi recuperación preguntándome por qué me había sucedido algo así. Este enfoque me ha permitido indagar e investigar en mis profundidades, una vez que logré desprenderme del resentimiento, ira, frustración y acusación hacia todos los que me rodeaban y a los que, en mi fuero interno, hacía responsables de mi sufrimiento... “mira lo que he tenido hacer para que tú me quisieras”... Pero cuando fui consciente de que sólo yo era la responsable de mi felicidad o sufrimiento, pude observar esta enfermedad como una oportunidad apasionante de aprender a descubrir los caminos de La Vida Verdadera.

Lo que he escrito en un escueto párrafo y que puede resultarte obvio, no siempre lo es, y en su momento, acceder a esta verdad vital supuso el punto de inflexión hacia la vía directa a mi recuperación y crecimiento. A partir de entonces mi atención también despertó en esa otra dimensión: ¿para qué? Precisamente para dejar de enfrentarme a los demás y lo demás, y aprender a afrontar todo aquello que visceralmente me había dedicado a repudiar sin dejar de preguntarme por qué.

Acepté el reto de enfrentarme a una lucha ancestral que ocupa gran parte de la vida de muchos seres humanos: la angustia. Todos nosotros estamos dotados de un “programa de alarma” que explora en todo momento lo que ocurre en nuestro cuerpo y entorno, con el fin de protegernos de la “amenaza de muerte” que sentimos constantemente. Puede parecer una expresión exagerada, pero he buceado lo suficientemente cerca de ese límite (la muerte) para saber que nuestra angustia trata de evitarnos, a toda costa, aquello hacia donde nos puede arrastrar.

Si este programa funciona correctamente y no existe una amenaza a la vista, se encuentra activo en un estado de alerta vigilante que nos permite vivir con relativa tranquilidad, pero bajo ese condicionamiento de presunción de constante amenaza... Vencer la angustia ayudará al ser humano a comprender una realidad más profunda que la aparente, la de la separación. El fracaso contra la angustia y la amenaza de un mundo ajeno y peligroso es uno de los fenómenos más tristes y, paradójicamente, peligrosos. Puedo deberse a la elección de una estrategia inadecuada, una defensa de la angustia que sólo constituya un parapeto contra ella, un ocultamiento en nuestro refugio, una huida.

Para resolver el problema de la angustia y ser libres de ella, para descondicionarnos, es necesario conocer, localizar, observar y trascender la creencia de soledad que realmente nos amenaza en cada instante de nuestra vida. La huida de la angustia sólo puede proporcionar una renuncia a la comprensión de la realidad y a fabricarnos un mundo irreal en el que nos escondemos, en busca de refugio, como en una cárcel, en la que nos sentimos sitiados por lo amenazante sin que podamos manejarlo.

Gracias al abordaje de mi propia angustia y miedos, he accedido a la verdadera naturaleza de mi ser, La Unidad. He adquirido una visión elevada y profunda de los procesos que protagonizamos, como comprender de dónde proviene la necesidad de aprobación, unos orígenes que se remontan a nuestros familiares primitivos, para los que la exclusión del grupo o tribu sí significaba una muerte segura, cuando el entorno sí suponía un constante peligro mortal.

## UN MUNDO ESCINDIDO

*“Conocemos la verdad no solamente por la razón, sino también con el corazón”. Pascal.*

La comprensión de la anorexia nerviosa parece ser muy oscura, desde el siglo XIX en que se formuló médicamente, se investiga y teoriza, y no sólo permanece, sino que aumenta. ¿Tiene que ver la anorexia con el estado actual de nuestra sociedad, cultura y situación planetaria?, ¿puede ser símbolo de nuestra inconsciencia colectiva?...

Al comienzo de la segunda parte de este trabajo, compartí contigo el comienzo oficial y público de mi experiencia anoréxica. Un inicio muy común, casi protocolario, con lo hasta ahora establecido como paciente de esta enfermedad; comienzo en la adolescencia, 17-18 años de edad, buena estudiante, competidora deportiva, hija obediente, y el largo etc. que puedes suponer. Durante la mayoría de mi juventud recibí distintos tratamientos psicológicos y farmacéuticos que parecieron terminar funcionando. A los 27 años, sin que nadie lo esperase, solicité (algo atípico en esta enfermedad) ayuda a mi familia, no era capaz de explicar el proceso concreto, ni el momento en que se había iniciado, pero llevaba meses sin comer y era consciente de que volver a hacerlo no sería fácil.

Desde el primer momento fue tratado como una recaída, aunque yo sé que este proceso fue muy diferente al anterior. En esta ocasión no era una niña que se negaba a crecer, yo ya era una mujer, estaba casada y había vuelto a elegir el camino ascético para expresar con mi cuerpo lo que mi mente aun no conseguía concretar y transmitir, a mí misma y al mundo, de otra manera.

Tras toda esta experiencia puedo compartir contigo lo que mi corazón conocía: Mi conciencia, mi alma responsable para conmigo y con el todo, se rebelaron y volverían a hacerlo, en tanto en cuanto no asumiese las consecuencias de mis actos, de mis elecciones, de mi vida. No creo que sea una persona con una predisposición especial a enfermar, o deprimirme, la alegría, incluso estando enferma ha sido una cualidad que me ha acompañado, tampoco creo que posea alguna particularidad genética que me diferencie de la formulación “normal” del ser humano, pero sí hay algo diferente que reconozco, y no sólo en mí... La sensibilidad y desarrollo de ciertos valores que estaban siendo sofocados, reprimidos desde años, siglos, eones...

Es por ello que los sistemas de creencias que se supone que deberíamos comprender e interiorizar sin ningún problema, atentan contra lo más profundo de nuestro ser. Formas de vida que son el testigo de más de cinco mil años de paradigma patriarcal, cuya inconsciencia, a este respecto, hace que perdamos esas cualidades y nos convirtamos en seres escindidos e inmaduros.

Este es el motivo por el que creo que la anorexia nerviosa no es una enfermedad de género, aunque sin duda alguna se manifieste más en mujeres, ya que tampoco son cuestión de género los valores femeninos. Llegar a darme cuenta de todos estos aspectos ha sido posible mediante la observación de mi propio proceso de recuperación y concienciación, así como del método pedagógico que estamos utilizando con nuestros niños, método que también ha entrado en crisis...

El paradigma patriarcal se filtra hasta los intersticios más sutiles de nuestra vida, de nuestros vínculos, de nuestras creencias, de nuestras actividades, de nuestro estar en el mundo... Gracias a mi trabajo, tengo la oportunidad de observar cómo el método pedagógico actual puede perfectamente equipararse al modelo patriarcal. Pretendemos que los niños sigan aprendiendo mediante la asistencia a clases magistrales que no consiguen captar su atención, y basamos la educación en la introducción de información mediante la repetición, y la retención de la misma por la memorización, un sistema muy mecánico... ¿Es tan difícil aceptar que necesitamos crecer y evolucionar potenciando la intuición, la creatividad y la imaginación? potenciar... Aunque este es otro debate...

Creo que la anorexia nerviosa puede manifestar el nivel de paradoja, desnaturalización, desequilibrio y necesidad de crecimiento y evolución de nuestra sociedad occidental actual. Creo que es una enfermedad que te sumerge en ese inconsciente, para mí equiparable al colectivo, para evitar la diferenciación e individuación que pueden hacer peligrar tu aprobación social. Ahora soy consciente y me hago responsable de lo que me toca: hacer que se produzca en mí el ENCUENTRO entre lo masculino y lo femenino. Tal vez eso no ocurra en esos niveles culturales, pero he comprendido que los verdaderos cambios se producen de conciencia en conciencia. También he comprendido que quedarse aferrado al victimismo de lo sucedido, no es más que otra forma de rechazo y pasividad, es quedarse al refugio de las trincheras del bando ganador, el de los buenos, el que siempre tiene la razón, y, en caso de actuar, hacerlo desde la revancha.

## ACOMPÁÑAME

Es fundamental el vínculo que el paciente establece con su terapeuta, y viceversa, para poder estar juntos en el afrontamiento del dolor y del sufrimiento que éste trae. Es creador trabajar en compañía, sintiendo que son dos los que llevan conjuntamente un proceso alquímico que cambiará a ambos. No es lo mismo tratar de ayudar a alguien proporcionándole los medios que tú consideras necesarios para salir adelante, que buscar y descubrir juntos, los recursos que están “ahí”.

El terapeuta ha de atender permanentemente sus pensamientos y sentimientos para no proyectarlos en sus pacientes, y así garantizar el Espacio que éste necesita. Estamos tratando una enfermedad sobre la que planea un halo de fascinación, morbosidad y misterio. Existe una gran cantidad y diversidad de información, se ha convertido en un fenómeno mediático digno de guiones de cine de sobremesa, es muy necesario revisarse momento a momento al ejercer este arte, oficio y profesión de terapeuta ante un paciente anoréxico.

Antes de seguir, me gustaría recordar la importancia de la integración en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Bajo mi punto de vista, superar esta enfermedad supone atravesar varios procesos que dependerán de cada paciente, pero hay uno que es común a todos nosotros, el que caracteriza la manifestación externa de los procesos internos que nos llevaron a enfermar: la recuperación de los hábitos alimentarios y del peso. Es un proceso largo y doloroso, tanto física como mentalmente, en el que has de volver a aprender a comer a la vez que te enfrentas una por una con las retorcidas creencias que has incorporado al respecto.

En esta tesis he hecho especial mención al tratamiento cognitivo conductual, porque es el único que comprendo puede ayudarnos en este aspecto de volver a alimentarnos. Tratar de que un paciente anoréxico consiga llegar a la conclusión e intención de hacerlo por las vías del discernimiento, es una misión imposible, estás ante una persona que, aunque no sea su deseo expreso, sería capaz de morir antes que probar bocado.

La medicina clásica nos ofrece tres formas de suministrar tratamiento a estos pacientes, el ingreso hospitalario, el hospital de día y consultas psicológicas ambulatorias. El criterio del terapeuta ha de ser objetivo y sincero con respecto al peligro que pueda correr la vida del paciente, además, como ya he explicado anteriormente, la malnutrición afecta a los mecanismos cognitivos, por lo que sin su abordaje, la terapia sería impracticable.

El resto de procesos de este paciente son personales, individuales y han de ser trabajados como tales. Si hay algo que eché en falta en muchas consultas psicológicas, tanto grupales como individuales, así como agradecí cuando me fue entregado, fue la PRESENCIA CONSCIENTE. La sensación que me quedaba tras muchas sesiones era la de que estaba intentando acceder a lugares muy dolorosos de mí, y no había nadie escuchando al otro lado. Lo que en un principio me confundía y empequeñecía, terminaba convirtiéndose en frustración. Cuando desperté más mi consciencia, podía observar cómo mis terapeutas se quedaban a medio camino en un espacio que existía entre mí, y el paciente “prototipo” que sí sabían tratar...



