

¿Qué dice la anoréxi@a?

Anorexia: el lenguaje del desafío

Rafael Matas Vázquez
 Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
 Supervisor Docente de la Escuela de Terapia Familiar
 de Málaga (C.E.T.RE.S.)

RESUMEN

Éste es el principal interrogante que deberíamos plantearnos como clínicos cuando tenemos en la consulta muchas mujeres que empiezan a comer cada vez menos hasta acabar deteriorándose física y psicológicamente. El desafío que despliegan no es una manifestación de fortaleza o independencia, sino una manera de expresar su sufrimiento y malestar psíquico.

Nombrar a la anorexia y construir una condición de “enferma” encierra a estas mujeres en identidades y roles sociales que retardan o impiden el desarrollo de su propia voz y diluyen su potencialidad como agentes de sus propias vidas. Comprender la naturaleza de esta paradoja requiere prestar atención al campo social y discursivo en el que ciertas mujeres se constituyen a sí mismas como anoréxicas.

SUMMARY

As clinicians this is the main question we should ask ourselves, keeping in mind the high rate of women who decrease their food intake progressively until they suffer physical and psychological deterioration. The challenge they open out is not a declaration of strength or independence but an expression of their psychic suffering.

Adopting the role of being an anorexic patient involves delaying or preventing the development of their own entity and diluting the potential of being in charge of their own lives. Understanding the nature of this paradox will require paying attention to the social aspect of anorexia and their speech of challenge of these patients, in the context of becoming anorexic patients.

1.- LA ANOREXIA COMO SÍNTOMA

La anorexia tiene algo de espectacular y de incomprensible. Es la posición ajena y distante de las anoréxicas lo que las hace tan irritantes y turbadoras.

Ante la demanda creciente, la psicología y la medicina suelen responder, quizás como una autodefensa frente a la impotencia terapéutica, con un amplio despliegue de datos de la psicopatología, de las manifestaciones clínicas y la evolución de la anorexia como “enfermedad”.

Desde esta perspectiva, la condición de enferma, paradójicamente, pone en marcha un engranaje discursivo en la red social y asistencial que termina teniendo a estas mujeres cautivas en una identidad de “anoréxicas”, diluyendo su capacidad y su potencialidad de asumir responsabilidad por sus actos y de constituirse en sí mismas socialmente como agentes de sus propias vidas.

Esta conceptualización del problema de la anorexia, está acarreado desastrosas consecuencias que se hacen evidentes en los fracasos terapéuticos. Y es que si no empezamos a poner la mirada del problema en su totalidad, en el contexto en el que aparece y se mantiene, va a resultar muy difícil construir al-

ternativas de cambio y éxito en el tratamiento.

Propongo un modelo explicativo desde mi experiencia clínica (para que sea válida tiene que ser justificada), según el cual, estamos ante un problema clínico de causa no orgánica en el que hay una basta expresión de manifestaciones orgánicas y que se presenta bajo dos formas básicas.

En algunos casos, la anorexia, el **síntoma anoréxico**, es el equivalente de un **rechazo radical**: de la comida, del cuerpo, de sí mismo, del “otro”... Como modo de permanecer estáticas, en una actitud que atenta contra la misma naturaleza, lo que equivale a la autodestrucción. Desde esta posición la anoréxica rechaza doblegarse a las exigencias de un entramado social (gobernado por la opulencia-saturación y el papel nutricional de la mujer) que acarrea su aniquilación como persona, al igual que su cuerpo rechaza la ingestión de comida. En definitiva, es en esta posición donde la salud está gravemente amenazada.

Donde existe un incremento importante de casos, es en un tipo de anorexia en el que el **síntoma anoréxico** no equivale tanto a un rechazo, cuanto a una **problematización**: de la comida, de la imagen corporal, de las relaciones familiares y sociales. En un discurso social basado en la competitividad, el individualismo y el éxito, el único objetivo es ser distinta, transformar sus condiciones de vida, por una tendencia a sobrevalorar a los demás y despreciar lo que ellas son. Desde esta posición la anoréxica se rebela contra su aspecto físico, de lo único que se siente dueña es de su propio cuerpo y hacia él encamina todos sus esfuerzos.

Pero no es anorexia todo lo que “reluce”. Problemas diversos han encontrado un vehículo común de expresión

en los **trastornos de la conducta alimentaria**.

Muchos de estos casos son en realidad un tipo de trastorno denominado **bulimia** (la última “avalancha”), que se caracteriza por comer sin medida y en exceso para autoprovocarse a continuación el vómito por un intenso temor a coger peso. Estas personas pasan mucho tiempo haciendo dietas y regímenes, hasta que vuelven a perder el control y se dan el atracón. El hambre de la bulímica es insaciable, pues no corresponde a una necesidad física sino psicológica. Lo que buscan estas pacientes, más que alimentarse, es aplacar un hambre cuya verdadera naturaleza ignoran.

A diferencia de la anorexia y la bulimia, la **ingesta compulsiva** afecta por igual a hombres y mujeres de cualquier edad, los cuales se sienten llevados por la necesidad imperiosa de darse atracones de comida para vencer la ansiedad, atiborrándose de forma irracional sin sentir hambre y para conjurar la angustia que sentiría si no realizase este comportamiento.

Aunque la anorexia es, fundamentalmente, un cuadro que afecta a la población femenina, casi un cinco por ciento de los pacientes son varones. El anoréxico presenta una especie de rechazo a encarnar la imagen tradicional del varón fuerte y musculoso impuesta por la sociedad y persigue una imagen de delgadez fina y delicada. Por el contrario, como en la **ortorexia** y **vigorexia**, otros varones jóvenes viven exclusivamente pendiente de su físico y de su peso, las restantes cuestiones pasan a ser secundarias, provocando un deterioro de su salud y de su vida social.

En un mundo donde no hay lugar para otra cosa que no sea la competitividad y el éxito, muchas personas se sienten a sí mismo despreciables. Todas

las comparaciones se transforman en una mortificación, conformando un autoconcepto y una autoestima muy deteriorados. En definitiva, desde esta posición, la anoréxica (como ya se ha mencionado, la inmensa mayoría son mujeres) buscaría con su actitud una especie de autodefinición, construir un modo de verse a sí misma distinto que autoafirme su propia existencia individual.

Para estas mujeres lo importante, en el fondo, no es estar delgadas, sino llegar a ser ellas mismas. Lo que habría que procurar es que, para ello, no tuvieran que pagar un precio tan alto.

2.- EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL SÍNTOMA

La paciente anoréxica, antes del inicio del trastorno, suele ser considerada como especialmente buena, responsable y cumplidora. Con la aparición del cuadro, la joven se vuelve hostil, irritable, negativista y desconfiada.

No debería sorprender que el trastorno aparezca, en la mayoría de los casos, en un momento “virulento” del desarrollo, lleno de cambios que generan tensión y angustia. La joven se ve amenazada por una intensa preocupación: SER RECHAZADA. Siente una desesperada necesidad de aprobación, de AGRADAR AL OTRO.

Crecer, al menos en el terreno emocional, se le hace difícil. A medida que va creciendo siente que no puede afrontar y encarar las nuevas experiencias del mundo adulto. La inunda un fuerte TEMOR AL FRACASO y una gran DESVALORIZACIÓN.

La cuestión es: ¿cómo seguir el propio camino encontrándose a sí misma despreciable?, ¿cómo construir una vida propia sin traicionar o ser desleal a los que nos lo han dado todo?

Presencia del atrapamiento de esta alternativa, donde la elección se sitúa entre responder al deseo de los otros (en la mayoría de los casos se puede constatar una relación particular con la madre) o al suyo propio, no encuentra más salida que replegarse en un mundo interior, en practicar la huida hacia “dentro” que supone la anorexia. La exteriorización del malestar, la hace sentirse más vulnerable y débil.

¿Qué tiene, qué hace en el mundo y en la vida? La respuesta viene por sí sola. Nada de nada. Se siente llena de decepciones y la inunda un inmenso sentimiento de SOLEDAD. El vacío se deposita en sí misma, en su persona.

Es el inicio del desafío. Desafío contra ella misma, contra su cuerpo, contra los otros, como mecanismos de salvación contra la soledad.

El rechazo a la comida es la batalla de la anoréxica por controlar su cuerpo, para así controlar su vida. Es una manera de bloquear el crecimiento, de dominar su cuerpo, de controlarse absolutamente. Protestando desde una situación límite, convirtiéndose así en un poderoso revulsivo de su contexto.

Así, querer ver la obsesión por adelgazar sólo en un intento de adecuación a los modelos estéticos imperantes o en un trastorno autoperceptivo es una falacia: la anorexia es la respuesta a un cuerpo invadido de sufrimiento y soledad que exige ser reconocido, ser valorado, ser amado.

Pero, ¿cuál es la función del rechazo a la comida? Rebelarse. Controlar el resto de su vida en el empeño de construirse como “otra mujer”, queriendo sobrevivir sólo en sus propios términos. En palabras de Mara Selvini: “los trastornos alimenticios serían un intento de la mujer por ser ella la creadora de su propio cuerpo y una manera de afirmar

que es libre de hacer lo que desea con su cuerpo y su vida”.

Lo terrible es que ese esfuerzo, que esa batalla, paradójicamente, se hace estéril cuando la paciente anoréxica se instala en el síntoma y la conducta más radical: una supervivencia que obliga a renunciar a la vida.

3.- EL PROCESO TERAPÉUTICO

Desde el primer contacto, se debe reformular la conducta anoréxica como la consecuencia del problema fundamental: el sufrimiento personal. Se debe subrayar la necesidad de entender la función del síntoma: ¿qué malestar de fondo se esconde detrás de la anorexia? La conducta anoréxica, como cualquier conducta, tiene un valor de mensaje, un mensaje implícito que hay que escuchar en un proceso que supone dejar que el síntoma y la demanda se despliegue en su complejidad, en el nudo de relaciones que condensa.

El síntoma de la anoréxica responde a lo que hay de sintomático en el sistema familiar o en la trama interactiva de la red social significativa, aunque la naturaleza de las interacciones estén a su vez determinadas por la conducta de la paciente en un proceso recursivo, en un proceso con historia que involucra a la paciente en otras historias y bloquea la suya propia.

El punto de partida de la terapia familiar sistémica es el concepto de familia como un sistema. En este sentido, la familia es un todo en sí misma, cuya identidad es diferente a la de cada uno de sus miembros individuales. Como tal, tiene metas que cumplir que están evolutivamente pautadas y su cumplimiento dependerá de la complejidad de los procesos interactivos de los miembros de la familia, en cuyo contexto todos los comportamientos resultan mu-

tuamente afectados en una cadena de circularidad causal. En este sentido la familia, como sistema, debe mantener la estabilidad (homeostasis) que define su identidad y, al mismo tiempo, promover cambio y crecimiento.

S. Minuchin (1990) desarrolló un modelo estructural de organización familiar en familias con pacientes anoréxicas. Para él la primera característica de estas familias es el aglutinamiento. Estas familias funcionan como si fueran uno solo, hay continuas intromisiones en la autonomía y la privacidad de unos con otros, existiendo un problema de límites entre los distintos subsistemas. Al haber límites difusos, se provoca una confusión de roles y funciones.

La segunda característica, es la sobreprotección. A consecuencia de lo anterior, hay un sentimiento de protección muy grande por parte de todos los miembros de la familia que la lleva a movilizarse para de esta manera intentar evitar los conflictos; ya que estas familias tienen muy poca tolerancia al conflicto.

La tercera característica, es la rigidez, entendida como la resistencia al cambio. Para estas familias, la familia es la gran institución, que suele estar volcada hacia ellos mismos buscando en sus propios miembros modelos y ejemplos, con escasas relaciones hacia el exterior y tratando de mantener la unidad y el equilibrio familiar a toda costa.

Para S. Minuchin, los hijos de estas familias están obligados a mantener una dinámica familiar que persigue la unidad. La anoréxica se convierte así en la reguladora de las tensiones de la familia; por un lado, desvía la atención al constituirse como el centro de la familia y, por otro lado, en los momentos en que surge tensión en la familia el conflicto pasa a segundo plano, ya que

se suprime por el bien y la salud de la anoréxica.

H. Stierin y G. Weber (1990) describen un tipo ideal de familia anoréxica cuyas principales características son la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal. Estos elementos del funcionamiento familiar impiden la individualización relacional de sus miembros y su consiguiente emancipación emocional. Estas familias suelen tener un poderoso vínculo de lealtad que hace que los hijos se vuelvan susceptibles a ella; así los padres esperan la misma lealtad por parte de sus hijos, haciendo de ellos sus aliados adultos. En estas familias con frecuencia los padres vuelcan sus vidas en las funciones parentales y la relación de pareja es básicamente a través de los hijos, manteniéndose unidos por ellos porque no son pareja sino padres.

H. Stierin y G. Weber afirman que la hija anoréxica, al negarse a comer, rechaza esa expresión de amor, iniciando su individualización contra los padres.

Para L. Onnis (1990) las familias con hijas anoréxicas encierran un problema de pareja desde el mismo momento de su constitución. En el juego que mantienen el trastorno de la hija constituye un elemento muy importante para que esta pareja no se disuelva o no caiga en contradicciones al enfrentarse como pareja. El trastorno anoréxico funciona para darle fundamento al hecho de que estén juntos, ya que es su misión ser buenos padres antes que pareja.

C. R. Herscovici y L. Bay en su libro *"Anorexia nerviosa y bulimia"* plantean que en el caso de los adultos jóvenes el proceso de emancipación familiar se puede ver obstaculizado de distintas maneras que agrupan de la si-

guiente forma: a) *Familias de conflicto manifiesto*: pareja parental en conflicto abierto y cuyos hijos están incluidos triangularmente, tomando partido como defensor o cuidador de uno de los padres; b) *Familias que funcionan como una jaula de oro*: aquellas que son tan generosamente proveedoras que hacen que todo lo que pertenezca al mundo externo parezca deslucido y "no confiable" y c) *Familias que funcionan como una jaula de cristal*: se asemejan mucho a las anteriores, pero la diferencia está en que las rejas de la jaula son invisibles para sus habitantes, de modo que salir es muy difícil (porque lo implícito niega lo explícito), y aquel que se atreve a cuestionar el sistema es automáticamente desconfirmado.

M. Selvini (1975), en su etapa del método paradójico, realiza una reformulación paradójica del síntoma anoréxico, un particular tipo de connotación positiva que prescribía a la paciente que persistiera en su comportamiento para mantener la cohesión familiar tan estrecha, definida como "buena" y que sólo podía obtenerse a expensas de una "paciente designada" que se constituía en una mártir voluntaria que se ofrecía en sacrificio por el bien de su familia.

En el libro *"Los juegos psicóticos de la familia"* (1988), M. Selvini describe una serie de reglas en las familias con pacientes anoréxicas. Estas reglas fundamentales son: 1) cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido, ya sea a nivel de relación) con una elevada frecuencia; 2) todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para ocupar abiertamente el rol de líder; 3) se prohíbe toda alianza abierta de dos contra un tercero y 4) ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Sin embargo, en su libro *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (1998), M. Selvini y el Grupo de Milán, afirman: “Hoy ya no pensamos que el camino podría ser buscar rígidas tipologías de juegos familiares. Del mismo modo, ya no pensamos que exista y deba buscarse la familia de la anoréxica. Nos parece evidente que la pretensión de identificar una familia de la anoréxica que se repita de un caso a otro es del todo imposible. En cambio, se verifican dimensiones relacionales y familiares que son más recurrentes que otras”. El objetivo de la terapia familiar sería acompañar a la hija hacia una crítica explícita y constructiva de sus familiares (y no muda y autodestructiva) y combatir el profundo sentimiento de desvalorización de la paciente sólo aplacado por el intento de demostrar un control sobrehumano, desafiándose a sí misma, a su propia hambre y a su propio cuerpo.

La tesis que propone C. E. Sluzki es que estudiamos y tratamos a la familia porque la vemos, y la vemos porque la evocamos con nuestros modelos. Vivimos inmersos en redes múltiples, complejas y en evolución de entre las cuales “extraemos” la familia.

Las nuevas epistemologías destacan el papel del **contexto** en la formación de realidades psicológicas y sociales. De acuerdo con estas corrientes se hace necesario prestar atención al campo familiar y social y al proceso discursivo en el que la paciente se constituye a sí misma como anoréxica.

Pero, ¿cuál es el papel del “otro” (de la familia, los amigos, la sociedad) en el proceso de construcción y deconstrucción del síntoma anoréxico?, ¿dónde se concentra el proceso terapéutico?, ¿en la trama interactiva de la familia o en el tejido más amplio de la red social significativa?, como afirma C. E. Sluzki, en todos esos lugares, “la experien-

cia es única para cada individuo-en-contexto”.

Desde la óptica de la complejidad, la terapia se construirá a través de una comunicación reflexiva que nos permita en última instancia establecer consenso y entrar en relación con la paciente y su familia. Promover alivio al sufrimiento y generar eventos que permitan el crecimiento personal son motivos esenciales del ejercicio de la psicoterapia con pacientes anoréxicas.

El cambio se generará con la salida al mundo cambiante, a la inquietud e inseguridad, pero también a las emociones y a la vida.

Referencias bibliográficas

- Herscovici, C. R. Y Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Minuchin, S. Y Fishman, H. Ch. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Minuchin, S. (1990). *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Selvini, M. (1988): “*L’anorexia mentale in una prospettiva sistemica*”. *Psicobiettivo*, 8, 2: 37 – 51.
- Selvini, M. y otros. (1989). *Paradoja y contraparadoja*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Selvini, M. y otros. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Ed. Paidós. Barcelona.

- Selvini, M. y otros. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Stierin, H. Y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Ed. Gedisa. Barcelona.