UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER DEL
"CURSO DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO
EN CLÍNICA Y PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA".

LA ANOREXIA NERVIOSA.

GERARDO CASTAÑO RECUERO

ÍNDICE

Introducción **3**
La anorexia a lo largo de la historia **6**
- La anorexia en la antigüedad **6**
- Edad Media: La Santa Anorexia **6**
- Primeras descripciones de la anorexia **7**

La actual epidemia de anorexia **9**
Diagnóstico **11**
Epidemiología **12**
Causas y consecuencias de la anorexia **13**
- Consecuencias de la anorexia **13**
- Etiopatogenia de la anorexia **13**

Motivaciones que subyacen en la anorexia **15**
- Motivaciones primarias **15**
- Factores de cronicidad **16**

Consideraciones sobre el tratamiento **17**
- El vínculo con el terapeuta **17**
- El tratamiento farmacológico **17**
- La Psicoterapia **17**
- La Terapia de familia **17**

Caso clínico **18**
- Psicoterapia a la fuerza **18**
- El problema del peso **18**
- Actitud con los padres de la paciente **19**
- La imagen de la anoréxica **19**
- El silencio opresivo **20**
- Modelos idealizados **20**
- La sexualidad **21**
- Autonomía y oposicionismo **21**
- Evitar errores **21**

Bibliografía **22**

INTRODUCCION.

En las últimas cinco décadas hemos asistido a la eclosión de **una epidemia en el campo de la salud mental. Nos referimos a la anorexia nerviosa**, que ha presentado una espectacular incidencia y se ha constituido en un auténtico desafío para los sistemas de salud, sobre todo en los países más desarrollados.

Quizás sea conveniente aclarar, que cuando en este trabajo nos referimos a la anorexia nerviosa o a la anorexia/bulimia **no nos estamos refiriendo al síntoma médico de la anorexia**, entendido como falta de apetito y que puede aparecer a lo largo de la vida de un sujeto en múltiples circunstancias cotidianas y en estados patológicos, como cuadros febriles, enfermedades gastrointestinales, problemas infecciosos, etc.

El uso del término anorexia es esta monografía irá siempre encaminado a **describir un trastorno de la conducta alimentaria.** Adoptamos la terminología de la Clínica Mayo al describir la anorexia:

> *"… es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar de peso y la percepción distorsionada del peso. Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa".* (Clínica Mayo de Minnesota, 2018).

La importancia de la anorexia, en los últimos años, viene determinada, no sólo por la imparable **escalada de casos**, que ha hecho de este trastorno un auténtico fenómeno sociocultural, sino por los **escasos resultados terapéuticos** que se obtienen, sobre todo cuando los comparamos con otras de las principales patologías de mayor prevalencia en la actualidad.

El hecho cierto de la elevada incidencia en los últimos cincuenta años nos obliga a una reflexión sobre las diferencias entre los casos de anorexia clásica y los casos que afectan, en la actualidad, a una buena parte de la población femenina adolescente. Sobre estos rasgos diferenciales se hablará más adelante.

A la hora de unificar la terminología, decimos que hay dos tipos de anorexia: la anorexia restrictiva y la anorexia con atracones y purgas.

Si bien la anorexia y la bulimia aparecen como dos cuadros diferentes tipificados por el DSM-5 dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, en esta monografía no haremos una diferenciación expresa de los mismos, salvo en determinados capítulos como la respuesta al tratamiento farmacológico, donde haremos una expresa diferenciación.

Nos unimos así a algunos autores que **ven una continuidad entre la anorexia y la bulimia**:

> *"… los síntomas, frecuentemente, se presentan como un continuo entre aquellos de la anorexia nerviosa y los de la bulimia nerviosa. Pacientes con anorexia pueden alternar entre períodos restrictivos y bulímicos en diferentes etapas de su evolución. Y entre el tipo bulímico de anorexia nerviosa están las que se purgan o vomitan después de un atracón y las que sólo vomitan o se purgan sin atracón".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

La propia Asociación de Psiquiatría Americana (APA) reconoce esta continuidad:

> *"La preocupación por el peso y una sobrevaloración de la silueta y la delgadez se presentan por igual en la anorexia, así como en la bulimia, y la mayoría de las pacientes presentan una combinación de comportamientos bulímicos y anoréxicos".* (Practice Guideline, Am. J. Psychiatry, 2000).

Es indudable que en torno a la anorexia/bulimia, desde las primeras descripciones del cuadro, existe una notable confusión conceptual, fruto de visiones, que sólo se han centrado en aspectos parciales como las motivaciones, la patogenia de la enfermedad o los síntomas.

Es importante no generalizar al hablar de la anorexia como si fuera una entidad homogénea. Es un cuadro que puede darse en personalidades neuróticas, en personalidades borderline y en personalidades psicóticas.

La anorexia puede ser causada por distintas motivaciones y además por distintos tipos de familias, por distintos tipos de madres o de padres.

> *"Hoy en día tenemos claro que cuando se habla de "la familia de la anoréxica" estamos hablando de una época pasada. Esa definición de familia anoréxica corresponde a una conceptualización de hace 35 años, y no de la actualidad. Corresponde a la época en que los estudios de terapia familiar sistémica, hablaban de la familia de la anoréxica".* (Bleichmar, H. 2014).

Esta **concepción de la "familia anoréxica", está hoy en día claramente superada.**
Un aspecto importante, que veremos más en detalle al hablar de las causas y consecuencias de la anorexia, es que la anorexia es la consecuencia de otro trastorno subyacente.

> *"La primera cuestión que quiero que ustedes fijen es que la anorexia es expresión de otro trastorno, del que es consecuencia y al que encubre. Este hecho hoy en día no es discutido y lo sostienen tanto las corrientes psicodinámicas como la propia Asociación de Psiquiatría Americana en su guía para los trastornos de la alimentación."* (Bleichmar, H. 2014).

Este aspecto reseñado anteriormente, no es algo menor, sino que tiene una gran trascendencia a la hora de analizar los sistemas motivacionales que subyacen en la anorexia, pues una correcta valoración de la participación de estos sistemas motivacionales determinará en gran medida la eficacia de la psicoterapia al poder actuar sobre los elementos de la génesis y perpetuación de la enfermedad.

Si aplicamos al estudio de la anorexia el Enfoque Modular-Transformacional (Bleichmar, 1997) como un modelo para comprender los procesos subjetivos de las adolescentes, podremos observar una compleja relación entre los diversos sistemas motivacionales, que interactúan en la anorexia.

> *"… podemos describir para las adolescentes actuales una complejidad creciente en la estructura de cada sistema motivacional, así como un conflictivo entramado de relaciones entre los distintos sistemas: narcisista, sensual-sexual, de apego, de hetero-autoconservación y de regulación psicobiológica".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

Trataremos en este estudio de analizar esos factores que intervienen en la génesis de la anorexia y veremos cómo deben ser tenidos en cuenta a la hora de un abordaje mediante una psicoterapia dinámica que tenga en cuenta el Enfoque Modular-Transformacional.

Haremos a continuación un breve recorrido histórico de la anorexia. Analizaremos el diagnóstico de la enfermedad y después nos centraremos en los rasgos caracterológicos y en los factores que más frecuentemente aparecen asociados con la anorexia. Al hablar de rasgos asociados no estamos diciendo que estén siempre presentes en todos los casos de anorexia, sino que aparecen en la anorexia con una correlación estadísticamente significativa.

En estos rasgos caracterológicos radica la importancia de estudiar la personalidad en particular de cada paciente en concreto, pues cada sujeto presenta variantes específicas, lo cual nos va a permitir hacer una psicoterapia focalizada en rasgos distintivos específicos para ese paciente en particular.

Finalmente analizaremos las dificultades que pueden surgir al comienzo de una psicoterapia dinámica, utilizando un caso clínico para mostrar como esos obstáculos pueden aparecer y cual puede ser la mejor actitud del psicoterapeuta para vencerlos.

LA ANOREXIA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

Aunque la anorexia se haya constituido en un problema sociosanitario de primer nivel desde finales del siglo XX, la anorexia era ya conocida en la antigüedad y podemos encontrar diversos testimonios, que así lo confirman.

Ahora bien, al seguir las huellas de este trastorno a lo largo de los siglos **no debemos caer en el error de identificar anorexia nerviosa con delgadez.** En la actualidad estamos acostumbrados a escuchar la palabra "anorexia" de forma generalizada, masiva e indiscriminada. Cualquier persona con un peso corporal por debajo de la media es etiquetada como "anoréxica". Sin embargo, dicho término encierra mucho más significado del que se le atribuye en la sociedad actual.

> *"… el hecho de que una persona sea delgada, no implica que padezca dicho trastorno. La anorexia nerviosa no sólo implica un peso corporal por debajo de la media, sino que es un trastorno con alteraciones a nivel psicológico y nutricional, caracterizado por una disminución de la ingesta que es lo que conlleva a la disminución del peso corporal".* (García de Castro, S. 2014).

1. La anorexia en la antigüedad.

El ayuno voluntario ha existido desde el principio de la historia; sin embargo, no siempre ha sido interpretado como un síntoma de enfermedad o trastorno, si no que más bien era concebido como un tipo de conducta religiosa.

> *"Desde la Prehistoria hasta la Edad Media, la restricción alimentaria tenía carácter religioso y era admirada por ser considerada un ejemplo de castidad y pureza religiosa".* (García de Castro, S. 2014).

Ya los antiguos **egipcios practicaban el ayuno** antes de entrar en sus templos sagrados como símbolo de purificación (Chinchilla 2003). Y ciertas tribus africanas prescindían del alimento para ceder éste a los hijos (Almenara 2003).

En la obra de **Hipócrates se encuentran claras alusiones a cuadros compatibles con la anorexia**. Claudia Octavia, la primera mujer de Nerón, murió de una enfermedad semejante a la anorexia. La bulimia apareció en la época de los romanos a través de las grandes fiestas que implicaban la ingesta compulsiva por jornadas enteras, donde era casi indispensable el vómito para poder continuar con esos banquetes.

El médico griego Galeno describía ya en el siglo II **la "kinos orexia" o hambre canina como sinónimo de la bulimia,** considerándose como consecuencia de un estado de ánimo anormal.
En el Talmud también encontramos referencias hacia la bulimia. (Dio Bleichmar, E. 2000).

2. La Edad Media: La Santa Anorexia.

En la Edad Media **la anorexia aparece vinculada a los valores religiosos** que tiñen toda la cultura de la época.

> *"... este ayuno religioso se trataba de una penitencia, de una forma de agradecer a Dios su poder, de un modo de pagar la propia ignorancia y de un medio para elevar el espíritu a un estado superior. Dicho de otro modo, se consideraba que el ayuno limpiaba el cuerpo y preparaba el alma para su encuentro con Dios".* (García de Castro, S. 2014).

> *"La carne debía ser dominada; el espíritu debía triunfar".* (Toro, J. 1996).

Por otra parte, el ayuno también estaba interpretado como una forma de ascetismo, ya que se asociaba a visiones y contacto directo con Dios; por lo que las mujeres ayunadoras de estos siglos eran consideras santas y su supervivencia sin alimento un milagro de Dios, que llevaba a canonizarlas. **Este tipo de restricción alimentaria se ha denominado "Santa Anorexia".**

> *"En la historia católica los casos de anorexia son comunes. Santa Librada renunció a su cuerpo tras haber sido agredida sexualmente por un rey moro, Santa Catalina de Siena murió con apenas 25 kilos de peso tras pasar varios años en ayuno casi total, Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Santa Teresa de Ávila (se inducía el vómito con una rama de olivo), Santa Liduina de Chiedam y Sor Juana Inés de la Cruz, también forman parte de ese grupo de mujeres místicas que en tiempos antiguos renunciaban a la alimentación".* (Barrera, A. 2016).

Al empezar la Edad Moderna, en los siglos XV y XVI, **las mujeres que sobrevivían sin alimento empezaron a ser concebidas como brujas en lugar de santas** y su destino pasó de ser la canonización a ser la quema en la hoguera o el exorcismo.

> *"La importancia de conocer el motivo del ayuno radicaba en determinar si éste era obra de Dios o del demonio, en vez de darle la importancia merecida a la salud".* (Doyen, C. y Cook-Darzens, S. 2005).

Pero a lo largo de la historia no solamente ha habido muchachas ayunadoras. **También algunos hombres han practicado el ayuno.** Por ejemplo, el poeta inglés Lord Byron, tras ser un adolescente obeso, restringió exageradamente su alimentación y practicó intenso ejercicio físico, convirtiéndose en ejemplo a seguir para muchas muchachas adolescentes de la época. Otro ejemplo fue el escritor austrohúngaro Franz Kafka, que se describía a sí mismo como "el hombre más delgado que conozco" y llevaba una dieta excesivamente restrictiva y practicaba intenso ejercicio físico.

3. Primeras descripciones de la anorexia.

A partir del siglo XVII, los avances de la ciencia lograron que las mujeres ayunadoras captaran la atención de los médicos. Éstos querían comprobar si la supervivencia sin alimento debida al milagro de Dios o a la obra demoníaca era cierta y posible. Fue en estos momentos cuando se determinaron síntomas y conductas que todas estas mujeres tenían en común.

Así en 1689, el médico inglés **Sir Richard Morton, describió con detalle por primera vez la anorexia nerviosa,** que fue denominada entonces "Consunción nerviosa". Así describe Morton esa experiencia:

> *"No recuerdo haber visto a ningún ser vivo tan degradado y con tal grado de consunción, pero no tenía fiebre, sino por el contrario un considerable frío en el cuerpo; no tenía tos, problemas para respirar ni aspecto de otra fracción de los pulmones u otra entraña; no tenía pérdidas ni otros signos de malignidad o anormal desgaste de los humores nutrientes. Sólo mostraba falta de apetito, y mala digestión, con frecuentes desmayos".*

No obstante, parece ser que **en el año 1500 Simone Porta ya había observado algún caso clínico** que se puede identificar con el cuadro clínico de la anorexia.

En 1873, el psiquiatra francés **Ernest Charles Lasègue publicó un amplio tratado sobre la enfermedad, a la que denomina como "anorexia histérica".** Así, definió la enfermedad como una histeria o trastorno nervioso asociado a un trastorno digestivo.

> *"Lasègue estudió la psicopatología del trastorno y dividió su evolución en tres fases, comunes a todas las muchachas estudiadas. En la primera fase, la muchacha se restringía voluntariamente el consumo de ciertos alimentos y aumentaba su actividad física. En la segunda fase, se producía un empeoramiento del estado mental de la paciente. Y, por último, en la tercera fase, se producían un adelgazamiento y deterioro físico evidentes acompañados de otros síntomas somatológicos como amenorrea, piel pálida y seca, anemia, vértigo y desmayos".* (Toro. J. 1996).

Al mismo tiempo que Lasègue, el médico de la corte real inglesa, **William Withey Gull, publicó un amplio tratado** en el que definió esta enfermedad como un trastorno alimentario y la denominó "anorexia nerviosa".

Uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa incluido en la actualidad en el DSM-5 es **el miedo a engordar** como motivo de la restricción de la ingesta alimenticia. Resulta curioso que hasta 1889 este aspecto no fuera señalado en la literatura médica. Fue el neurólogo francés **Jean Martin Charcot el que señaló este importante criterio diagnóstico**.

Casi cien años más tarde (1961) la psiquiatra y psicoanalista alemana Hilde Bruch añadió otro de los criterios diagnósticos del DSM-5. **Bruch describió la distorsión de la imagen corporal o dismorfofobia**, como otro de los síntomas de la anorexia nerviosa. Así mismo, Bruch puntualizó que la anorexia nerviosa *"no es una verdadera pérdida de apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación".* (Chinchilla, A. 2003).

En 1968, con la publicación del DSM-II aparece recogida por primera vez la anorexia nerviosa con unos criterios diagnósticos muy parecidos a los del actual DSM-5.

En su obra, **Sigmund Freud** se centra más en describir con detalle los síntomas de sus pacientes anoréxicas que en tipificar la enfermedad. De algunas de sus descripciones se desprende que para Freud la anorexia se constituye con una serie de síntomas que componen la histeria y que también se relacionan con la melancolía, así como con la pulsión oral.

Para **Lacan**, en la anorexia mental, el síntoma da una satisfacción sustitutiva en lugar de simbólica al objeto de satisfacción, es decir el pecho materno. El niño lucha contra la dependencia hacia su madre y desarrolla un negativismo ante la imagen poderosa de ésta, que contiene todos los objetos primitivos de deseo.

> *"Mediante este oposicionismo la madre todopoderosa fracasa en su poder, pues es el niño quien ejerce ahora el dominio: Se alimenta de nada. Se erige como amo de la madre, que está a las órdenes de su capricho. La anorexia es un deseo de comer nada".* (Franco, V. 2009).

LA ACTUAL EPIDEMIA DE ANOREXIA.

Podemos afirmar, como lo hace la psicoanalista Emilce Dio Bleichmar, que **la anorexia constituye una auténtica epidemia en la actualidad**:

> *"Tanto psiquiatras como psicoanalistas han redoblado los intentos de comprensión y de intervención a fin de dar una respuesta adecuada a lo que se considera una epidemia y un tipo de patología característico de la época actual".* (2000).

Tras la I Guerra Mundial, se produce un importante **cambio en el estilo de vida de la mujer** y esto se traduce en su forma de vestir. Las mujeres debían trabajar para sacar adelante a sus familias, por lo que la vestimenta debía ser lo más cómoda posible. Los corsés desaparecieron, las faldas se acortaron, el pecho y las caderas dejaron de resaltarse y aparecieron los pantalones femeninos.

A partir de aquel momento, **el cuerpo ideal femenino cada vez ha sido más delgado** y la vestimenta se ha ido reduciendo cada vez más y ha permitido mostrar más parte de éste. En la actualidad, este ideal de delgadez se ha convertido en un culto que ha sido transmitido y difundido progresivamente a través de los medios de comunicación de todo el mudo, sobre todo los occidentales.

Con la popularización del cine y los concursos de belleza, las mujeres han aspirado a que sus cuerpos se asemejen a los de las actrices y modelos que aparecían en televisión, prensa ilustrada y carteles de publicidad.

> *"Según avanzamos en la historia hacia la actualidad, los cuerpos de actrices y modelos van siendo más delgados. A modo de ejemplo, se puede comprobar que en la década de 1950 el icono femenino era la actriz estadounidense Marilyn Monroe, mientras que al llegar la década de 1960 el icono femenino pasó a ser la modelo británica Twiggy".* (Ogden, J.2005)

La palabra anglosajona "twig" se traduce como "ramita", por lo tanto, esta mujer no sólo simbolizaba la delgadez mediante su cuerpo, sino que también lo hacía a través de su nombre.
Las mujeres más expuestas a los medios de comunicación son las que más trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos presentan. Ya en 1978, la psiquiatra y psicoanalista alemana Hilde Bruch, afirmaba

> *"las revistas y el cine nos traen el mismo mensaje, pero la más persistente es la televisión, que nos bombardea con el mensaje de que podemos ser amados y respetados sólo si estamos delgados".* (Bruch, H. 1978).

Al mismo tiempo, la globalización de los medios de comunicación ha hecho que este trastorno, hasta entonces patrimonio de clases sociales altas o medio-altas, **afecte en la actualidad a todas las clases sociales.** El desarrollo de Internet y las redes sociales ha favorecido la extensión del trastorno.

> *"En los últimos años, el desarrollo y amplio uso de Internet con sus chats, blogs y foros ha provocado un intercambio de dietas y consejos por parte de personas que sufren estos trastornos".* (G. Bermejo, Saul y Jenaro. 2011).

Si bien el aumento de casos de anorexia en nuestra sociedad es algo innegable, cabe preguntarnos si existe alguna diferencia significativa, entre lo casos clásicos descritos y los que se producen en la actualidad.

> *"¿Qué observamos como diferencia, además del número, entre las anorexias/bulimias del pasado y las actuales? Que las adolescentes que presentan una severa patología asociada son las menos, que la mayoría de ellas padecen el síntoma en forma más o menos aislada y que es sobre esta última población -ya sea las que figuran en alguna estadística por tratarse de consultantes en clínicas u hospitales, o las que forman el grueso de las estadísticas ocultas de las consultas privadas- sobre las que se basa la idea de una epidemia en tiempo presente de anorexia/bulimia".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

Una revisión de distintos estudios realizados por investigadores parece concluir que existe un porcentaje pequeño de casos (18%) que está asociado a patologías graves (psicóticos, obsesivos y borderline) que siguen presentando cuadros de anorexia muy similares a los que se producían antes de la actual epidemia. El resto de los casos aparecería condicionado por nuevos factores que podrían explicar el actual aumento de la incidencia de la enfermedad. Otro hecho a considerar es la escasa prevalencia de los cuadros completos de anorexia/bulimia o que cubren todos los criterios diagnósticos, frente al mayor número de los cuadros parciales o incompletos.

Es evidente, que las concepciones simplificantes que intentan una unificación para crear una identidad psicopatológica imaginaria de "la anoréxica" o "la bulímica", han fracasado en la actualidad.

> *"La clínica muestra, por el contrario, una diversidad y singularidad de configuraciones subyacentes que tienen sólo en común **la profunda vulnerabilidad narcisista del período de la pubertad y la adolescencia femenina**, desbalance que encuentra una ilusión de reequilibración en la **fetichización de la delgadez que la cultura le ofrece**".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

Esta vulnerabilidad de la adolescencia femenina viene marcada por una serie de factores socioculturales:

- Los riesgos para la autoconservación que una sexualidad precoz y activa tienen para la integridad corporal de la mujer, es decir, el antagonismo y conflicto entre las motivaciones sexuales y las de autoconservación.
- El riesgo de pérdida precoz de los vínculos de apego por las motivaciones crecientes de afirmación narcisista en torno a la androginia o masculinización normalizada de la identidad femenina.
- Conflictos intrasistémicos entre deseos narcisistas de excelencia en metas y ambiciones del self e imperativos de perfeccionismo de los ideales de la imagen corporal y la belleza física.

Ante la ansiedad derivada de cualquiera de los citados factores, *"siempre le es posible a una adolescente mujer apelar al **recurso del perfeccionismo corporal** a través de la búsqueda y mantenimiento de **la delgadez como defensa narcisista universal de compensación** ofrecida por los valores de la cultura actual".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

De manera que **el imperativo de la delgadez puede ser considerado como el factor que diferencia a las anoréxicas/bulímicas actuales de las del pasado**, lo que conduce al planteamiento sobre la diversidad de configuraciones motivacionales que pueden desencadenar el síntoma.

DIAGNÓSTICO.
A la hora de fijar un punto de partida, a la hora de hablar de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, utilizaremos los criterios diagnósticos que la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) ha fijado en la 5ª edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

1. **Anorexia nerviosa.** El DSM-5 fija tres criterios para el diagnóstico la anorexia nerviosa:

   A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
   B. Miedo intenso ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
   C. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Además, el DSM-5 describe **dos tipos de anorexia nerviosa:**

-Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. La pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o ejercicio físico intenso.

-Tipo atracones/purgativa: Durante los últimos tres meses ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

2. **Bulimia nerviosa.** El DSM-5 fija cinco criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

A) Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en la población normal en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
E) Esta alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

3. **Trastorno por Atracones.** En el DSM-5 se ha descrito como una entidad independiente el Trastorno por Atracones que tiene en común con la bulimia la presencia y frecuencia de los atracones al menos una vez a la semana durante tres meses. La principal diferencia la encontramos en que en el Trastorno por atracones no aparecen comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso y además, la autoevaluación del paciente no se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (no es un criterio necesario para su diagnóstico).

EPIDEMIOLOGÍA.

El sexo al que **más afecta la anorexia nerviosa es el femenino**, siendo entre un 90 y un 95% de los sujetos afectados mujeres.

La **edad** media de inicio de este trastorno se sitúa entre **los 13 y los 18 años**, aunque en la actualidad existen casos en los que comienza antes de los 10 o después de los 25 años.

En general, **la edad media de inicio es la adolescencia** debido a los cambios corporales que conlleva la pubertad. En los últimos tiempos las condiciones de vida en general y las condiciones nutricionales en particular han mejorado, adelantando la pubertad y, con ella, la aparición de la anorexia nerviosa.

> *"En cuanto a la clase social, pese a que en los inicios de su investigación afectaba en su mayor parte a chicas de clase social alta o media/alta, en la actualidad afecta a muchachas de todas las clases sociales por igual."* (García Camba, E. 2001).
>
> *"La prevalencia de la anorexia nerviosa en población general varía entre 0'1 y 1%. En adolescentes y jóvenes femeninas se encuentra afectado el 1% de este tipo de población".* (Ortuño, F. 2010).

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA

1. Consecuencias de la anorexia.

Es frecuente observar en los enfermos de anorexia estados depresivos, irritabilidad y rasgos obsesivos, pero ninguno de estos síntomas es patogneumónico, pues los encontramos en individuos que han pasado hambruna o pérdida de peso por otras causas, por lo que **son la consecuencia de la anorexia y no la causa de la anorexia.**

Estudios realizados en la Universidad de Minnesotta con 38 varones normales voluntarios confirman lo citado anteriormente. Durante 3 meses se les observaron sus pautas habituales de comida y en los 6 meses siguientes se redujo la ingesta a la mitad, perdiendo aproximadamente el 25% del peso original. La restricción de la dieta produjo una serie de cambios que reproducían los observados en las anorexias: hablaban sólo de la comida, perdían gran parte del interés por otros asuntos y actividades, estaban inquietos e irritables y era muy difícil mantener un diálogo con ellos. Al finalizar la experiencia, un elevado porcentaje demoró entre 8 meses a un año en recobrar su vida normal y un 3% continuó con la restricción alimentaria. (Keys y col. 1950).

Gran parte de estos síntomas psíquicos (la tendencia obsesiva en torno a temas vinculados con la alimentación, los estados distímicos, la irritabilidad, el aislamiento social y el vaciamiento mental) los tenemos que correlacionar muy estrechamente con los efectos de un estado de gran desequilibrio metabólico que la mente trata de regular.

Por eso al buscar depresión en los pacientes anoréxicos se encuentra una correlación alta, lo cual no implica que sea el origen de la anorexia sino una consecuencia de ésta.

2. Etiopatogenia de la anorexia nerviosa:

La etiopatogenia de la anorexia nerviosa es multifactorial (Rovira, B y Chandler, E. 2011). Sus causas se deben a factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí; por lo que el modelo etiopatogénico actual que explica su origen y mantenimiento se denomina modelo bio-psico-social. Los tres tipos de factores se dan en diferentes fases del trastorno como **factores predisponentes, factores precipitantes y factores de mantenimiento.** (Chinchilla, A. 2003)

-Factores biológicos: Entre ellos se encuentra la vulnerabilidad genética, la edad (adolescencia), el sexo (femenino), antecedentes de sobrepeso u obesidad y alteraciones producidas en la actividad y la cantidad de ciertos neurotransmisores.

> *"Con respecto a este último factor, algunos de los neurotransmisores afectados son serotonina, noradrenalina y colecistoquinina. La serotonina produce saciedad, por lo que su aumento provoca la saciedad precoz. La noradrenalina produce apetito, por lo que su disminución conlleva una disminución de apetito y, por consiguiente, una disminución de la ingesta. Por último, la colecistoquinina se secreta tras la ingesta para producir saciedad mediante la reducción de la velocidad del vaciamiento gástrico, por lo que su aumento produce saciedad precoz debida al enlentecimiento del vaciado gástrico".* (García Camba, E. 2001).

-Factores sociales: Los factores sociales tienen que ver con la relación familiar, la influencia de amigos y compañeros, el actual culto a la delgadez y el hecho de dedicarse a ciertas profesiones de riesgo que exigen una determinada complexión corporal, como deportistas, modelos o bailarinas (Nardone, G. 2003).

> *"Por una parte, las relaciones familiares que predisponen a padecer un trastorno de la conducta alimentaria son aquellas en las que la familia se encuentra desestructurada,*

con trastornos afectivos y conflictos conyugales; aquellas en las que hay algún antecedente familiar de trastornos de la conducta alimentaria o aquellas que son excesivamente sobreprotectoras y estrictas sin permitir autonomía e independencia". (Mardomingo, M.J. 1994).

-Factores psicológicos: Como ya señalamos en la introducción la anorexia es expresión de otro trastorno, del que es consecuencia y al que encubre. Respecto a este hecho existe unanimidad y entidades tan poco sospechosas como la APA lo confirman en su guía para los trastornos de la alimentación.

Existen algunos **rasgos caracterológicos que están fuertemente asociados con la anorexia**. Es decir, que se ha encontrado entre dichos rasgos de carácter y la anorexia una correlación estadísticamente significativa. Veamos algunos de ellos.

Primero. Rasgos obsesivos: tendencia a tener pensamientos obsesivos que giran alrededor de un tema, generalmente relacionados con la anorexia, pero pueden girar en torno a otro tema. Existen angustias relacionadas con la delgadez. Es decir, la anorexia se da con más frecuencia en chicas y adolescentes con rasgos obsesivos.

Segundo. Un yo (recursos yoicos) con capacidad de sostener un proyecto, de mantener un objetivo. No cualquiera puede hacer una anorexia restrictiva, que es muy diferente de la que tiene accesos bulímicos (anorexia con atracones). Para poder sostener una anorexia restrictiva hay que tener un objetivo y la capacidad de fijarse la consecución de ese objetivo y resistir las tentaciones de comer. Se necesita pues un "yo" con capacidad de sostener un proyecto.

Tercero. Dependencia del exterior o sea el papel que ellas dan a las supuestas opiniones de los demás sobre ellas mismas y su aspecto físico.

Cuarto. Un super-yo exigente, que obliga a la muchacha a cumplir los ideales que establece ese super-yo sádico, con auto reproches, con castigos, con rabia contra sí misma, incluso con golpes, sino se cumple con el objetivo anoréxico. Se trata de un super-yo perseguidor.

Quinto. Tendencia a la renegación. La renegación consiste en el hecho de ignorar y no darse por enterada de un aspecto de la realidad. Se reniega el peligro de muerte, la vulnerabilidad del cuerpo. Aunque la paciente anoréxica sea llevada a la presencia del médico y éste la explique los peligros y las complicaciones que pueden aparecer, como son los fuertes desequilibrios metabólicos que pueden conducir a la muerte, la paciente los ignora. Hace una renegación de esos peligros. Cabe reseñar que en otros tiempos las anorexias severas conducían a serios desequilibrios metabólicos que acababan en muerte en más de un 20% de los casos.

La importancia de estos rasgos caracterológicos viene determinada porque en la terapia psicodinámica podremos actuar sobre dichos rasgos. Tendremos que trabajar sobre el super-yo exigente, sádico y rabioso. Habrá que trabajar frente a la dependencia del exterior, frente a la imagen que creen proyectar en los demás. Por supuesto habrá que luchar contra la renegación para hacerla consciente de los peligros reales que conlleva la anorexia. Así mismo habrá que analizar en terapia los rasgos obsesivos.

"En estos rasgos caracterológicos radica la importancia de estudiar la personalidad en particular de cada paciente en concreto, pues cada sujeto presenta variantes específicas lo cual nos va a permitir hacer una psicoterapia focalizada en rasgos distintivos específicos para ese paciente en particular". (Bleichmar, H. 2014).

MOTIVACIONES QUE SUBYACEN EN LA ANOREXIA.

1. **Motivaciones primarias.**

a) **La primera gran motivación que subyace en la anorexia es la necesidad de compensación narcisista.** La anorexia trata de compensar a través de la imagen corporal una insatisfacción que se tiene, con carácter más global con el self. Se desplaza hacia el cuerpo, hacia el ideal estético, insatisfacciones sobre lo que son, sobre la propia valía, que vienen de mucho tiempo atrás. Emilce tiene un trabajo sobre trastornos de la alimentación: "**Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional**" publicado en Aperturas psicoanalíticas nº 4 del año 2000, donde dice:

> *"Cualquiera sea la naturaleza de la ansiedad desencadenada -pérdida de las referencias de apego primarias, retos de la sexualidad, colapsos del Yo ideal-, siempre le es posible a una adolescente mujer apelar al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de **la delgadez como defensa narcisista universal de compensación** ofrecida por los valores de la cultura actual".*

Es decir, una persona puede tener un déficit narcisista y sentirse mal por ello. Es difícil modificar el rostro o la estatura, pero es muy fácil controlar el peso. Por este motivo Emilce habla de **la defensa narcisista universal que brinda el control del peso, bajo la errónea creencia de que la delgadez es igual a belleza:** "Si soy delgada, entonces soy bella." Se coloca de esta forma en la delgadez un ideal que le hace sentir a la persona que compensa todas las insatisfacciones.
Dice Emilce:

> *"De manera que el único núcleo duro o condición indispensable y presente para la producción del síntoma es la dimensión de la experiencia que sostiene el narcisismo del sujeto: si es el cuerpo y su apariencia, la vía de entrada al trastorno está asegurada".*

Es decir, ¿qué es lo que sostiene el narcisismo de cada persona? Si además de la insatisfacción narcisista el cuerpo es un componente esencial de la valoración narcisista, la vía de entrada al trastorno está asegurada.

> *"**El cuerpo delgadamente bello es una oferta fácil al alcance de cualquier chica de nuestra cultura actual para erigirse en una organización defensiva compensatoria.** Frente al displacer inconsciente de cualquier tipo de experiencias se pueden activar patrones de conducta que producen placer inmediato".*

b) **Otra motivación** es el papel que juega **la identificación con los ideales de los padres**. El temor a ser gorda, la identificación con padres que tienen ese temor puede ser otra motivación. La hija realiza el mandato o deseo incumplido de una madre gorda por el rechazo del padre ante la gordura.

El tener un familiar con anorexia predispone a padecer la anorexia, pero esto ¿es debido a la genética o a los factores educativos? Cuando la niña se cría con una madre preocupada por el peso, o con un padre recriminando continuamente a la madre los aumentos de peso, se produce una identificación con los ideales de los padres. No es raro encontrar una chica anoréxica con una madre obesa o con una madre anoréxica.

c) Otras motivaciones son traumas en la infancia con la imagen corporal de ser gorda. Ridiculización en la infancia por ser gorda.

d) Hay un subtipo de anorexia que es una defensa ante la sexualidad. Algunas chicas al empezar su desarrollo sexual y aumentar el tamaño de sus pechos se sienten incómodas y tratan de ocultarlo. Estas chicas pueden mantener el deseo de conservar un cuerpo no femenino, un cuerpo andrógino, porque temen la sexualidad y la mirada del hombre, o bien porque han realizado una idealización del cuerpo masculino.

e) La anorexia infantil tiene mucha relación con la necesidad de autonomía, el oposicionismo y el tipo de vínculo con la madre. La niña se enfrenta a la madre y dice "No como".

f) Los sentimientos de omnipotencia: "Yo consigo el peso que quiero". Esto aparece más en familias con padres controladores y perfeccionistas.

2. Factores de cronicidad.
Muchas pacientes sufren este cuadro en forma crónica por décadas con recurrentes ingresos hospitalarios, lo que conduce a pensar en la existencia de importantes factores de mantenimiento del trastorno tanto de orden biológico como psicológico.

El cambio de los patrones nutricionales persiste a pesar de la normalización de la ingesta como quedó comprobado en varios estudios realizados.

> *"A su vez,* ***aunque la motivación inicial no haya sido narcisista, una vez instalado el cuadro encuentra un soporte de mantenimiento en el formato que la cultura idealiza para la identidad femenina actual:*** *un cuerpo delgado con aspecto adolescente que aporta una fuerte ganancia narcisista interpersonal. Por otra parte, el probarse la capacidad de alcanzar y mantener un estado físico que la mayoría de las mujeres aspiran les otorga una autovaloración que sostiene el balance intrapsíquico".* (Dio Bleichmar, E. 2000).

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO.

A continuación, comentaremos algunos aspectos que tienen una gran importancia para poder acabar con éxito el tratamiento de una paciente anoréxica. Vamos a remarcar algunas generalidades sobre diversos aspectos del tratamiento de la anorexia:

1. El vínculo con el terapeuta.

El vínculo que el paciente anoréxico establece con el analista tiene unas características peculiares. Es un vínculo en que necesita estar con el terapeuta, pero a la vez, necesitan estar independientes de él. Hay dos patrones transferenciales claramente diferenciados: Uno es el oposicionismo abierto, lucha, peleas, demandas. Otro es la pasividad, la dependencia con un silencio impenetrable.

2. Tratamiento farmacológico.

En la anorexia los psicofármacos no dan resultado, pero sí en la bulimia donde lo fundamental es controlar la impulsividad (se da más en pacientes borderline). Si hay una pérdida importante del peso es recomendable la hospitalización.

La APA en sus guías sobre estudios sistemáticos dice: En cuatro de 7 estudios en pacientes con **anorexia no demostraron ninguna evidencia de beneficio el uso de antidepresivos**, en cambio **en la bulimia los antidepresivos ISSR (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y el topiramato son eficaces para controlar los atracones**.

3. Psicoterapia.

La APA, en relación con la psicoterapia dice:

> *"**La evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo conductual es limitado.** Un tratamiento de 20 semanas, randomizado, en 56 mujeres con anorexia nerviosa, que compararon la terapia cognitivo conductual, la interpersonal y el control mediante medidas de apoyo no específico, demostraron que **la terapia de apoyo era superior a la interpersonal y probablemente a la cognitivo conductual"**.*

4. Terapia familiar.

En cuanto a la disyuntiva de terapia familiar conjunta o individual hay que decir que **la terapia familiar conjunta no es tan útil,** pues rápidamente focaliza la atención en el peso y **convierte el peso en el foco del tratamiento**. Si es necesario hacer terapia familiar se aconseja hacerlo de forma separada del tratamiento de la paciente.

CASO CLÍNICO DE ANOREXIA NERVIOSA.

Veremos a continuación el caso de una paciente anoréxica tratada por el profesor Hugo Bleichmar. Se trata de una chica universitaria que fue llevada por los padres con un peso de 45 kilos. La psicoterapia se desarrolló durante tres años. Llegó con amenorrea, tomaba laxantes, vomitaba, tiraba la comida y ella aceptó pasivamente el tratamiento.

1. Psicoterapia a la fuerza.

Las pacientes anoréxicas no vienen al tratamiento voluntariamente: son traídas a la fuerza, lo cual origina una dificultad añadida, pues plantea qué clase de vínculo debe establecer el terapeuta con una paciente que no quiere venir a terapia y es obligada, generalmente por los padres. En este caso el terapeuta encaró la situación diciendo:

> *"Tus padres te trajeron al tratamiento. Ellos están preocupados por tu peso. Yo te quiero ser franco, yo también estoy preocupado por tu peso. Te veo en un camino peligroso, pero no seré el vigilante de tu peso. Lo que quiero es entender y tratar de ayudarte para que entiendas por qué para ti es tan importante ser delgada. Quiero conocerte como persona, no solamente cuánto pesas, sino que cosas te interesan, cuales te preocupan, como te sientes con tus amigas y amigos. Para mí eres mucho más que un cuerpo con cierto peso. Lo que quiero es que puedas sentirte libre aquí, para que puedas ir decidiendo libremente tu vida. Mi función es ayudarte para que tú puedas conocerte mejor. A veces uno vive sin conocerse lo suficiente. Conmigo no estás obligada a comer más. Cuéntame cosas de ti, de lo que te interesa, de tus relaciones, de recuerdos que tengas de tu infancia que consideres que para ti son importantes".*

Con esta intervención el terapeuta **crea un marco que trata de fijar un objetivo: que ella se mire como persona.** Todos los que la rodean están mirando el peso, sus padres están pendientes del peso, el médico está pendiente del peso, pero nadie está pendiente de ella como persona. Ella misma se considera a sí misma en una dimensión muy parcial como persona. Ella se mira para ver si esta delgada o no está delgada. **Todo su ser esta mutilado y restringido a una única dimensión: su peso corporal.**

La idea de este encuadre es que ella sienta que el terapeuta no es una mera correa de transmisión de los padres, sino que trato de verla de otra manera, que quiero conocerla y entenderla y que no va a contar a los padres nada de lo que se cuente en terapia.

2. El problema del peso.

Es muy conveniente en la psicoterapia de la anoréxica que el terapeuta quede libre de la misión de vigilar el peso. Esta misión debe recaer sobre los médicos o los cuidadores, pero debe quedar siempre al margen del psicoterapeuta. Cuando esto no ocurre, al final la psicoterapia acaba convirtiéndose en un monotema: el peso.

Hay que ser muy claro a la hora de establecer el contrato con la paciente y con los padres. **Hay que explicar a los padres lo que uno va a desarrollar en la psicoterapia, sin inmiscuirse en el tema del peso,** pero que como consecuencia de ese trabajo va a venir un beneficio para el problema de la anorexia. Debe haber un médico que se encargue del peso, de la dieta, de los análisis clínicos y que deje el campo libre al terapeuta para que éste pueda poner el foco en los factores caracterológicos y motivaciones específicas de esa paciente.

Esta característica de separar por una parte al médico encargado de vigilar el peso y por otra al terapeuta, no es sólo algo propio de las corrientes psicodinámicas, sino que **la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en sus guías para los trastornos alimentarios, recomienda esta**

separación basándose en la evidencia. La APA es muy biologicista, muy farmacológica y preconiza mucho la modificación de conducta. Aun así, en su detallada guía dice:

> *"Mucho del trabajo psicológico no se focalizará sobre la conducta alimentaria, sino sobre los temas afectivos que rodean el trastorno alimenticio. El que trabaja sobre la salud mental puede ser útil en guiar a otros miembros del equipo sobre temas de salud mental.* ***Poner un único foco solamente para tratar los temas del peso puede dejar a muchos pacientes con anorexia con problemas psicológicos persistentes****".*

Este hecho quedó demostrado en un estudio sobre 70 mujeres con anorexia. Muchas de estas mujeres tras superar los problemas de anorexia y dejar de cumplir los criterios del DSM-V persistieron con problemas de depresión, dependencia del alcohol y trastornos de ansiedad. Es decir, que podemos mejorar el peso, pero si no se trabajan los aspectos psicológicos, al final acaba persistiendo una sintomatología variada como depresión, ansiedad o alcoholismo. No nos encontramos aquí ante la célebre controversia con la que los psicoanalistas atacaban a los conductistas señalando que eliminaban un síntoma, pero éste luego volvía a aparecer de otra manera.

En el caso de la anorexia, no es qué al solucionar el problema del peso, éste reaparezca transformado en nuevos síntomas, sino que **la anorexia actúa como una cortina de humo que impide ver una serie de trastornos subyacentes** y que, una vez eliminada la anorexia, si no son tratados adecuadamente se ponen de manifiesto de una forma muy evidente.

3. Actitud con los padres de la paciente.

El terapeuta debe llegar a un acuerdo con los padres de la paciente, indicando que no se ocuparía del peso, sino que esa tarea recaería sobre el médico. Ante posibles dudas de los padres sobre si esta actitud es la correcta, es conveniente leerles lo que dicen las guías sobre trastornos alimentarios de la APA, que preconizan una medicina basada en la evidencia y contrastada con múltiples y rigurosos estudios médicos. **Con esto conseguimos que los padres se pongan de nuestro lado y sean nuestros aliados.** De no hacerlo así los padres pueden boicotear la terapia argumentando que tras un mes de tratamiento su hija no gana peso.

4. La imagen de la anoréxica.

Veamos otros aspectos de la relación con la paciente: La chica cuenta que se aproximan los exámenes en la universidad, dice que no los tiene bien preparados, pero que no teme que la suspendan sino hacer "un papelón" esto es, no sacar unas notas sobresalientes. **Es decir, la paciente se exige a sí misma, no sólo aprobar, sino hacerlo con muy buena nota.** Aquí podemos observar la imagen persecutoria de otra gente (¿los padres?) observándola y exigiendo un alto rendimiento. Ante este hecho es conveniente que el terapeuta dice:

> *"Por los hechos que me cuentas, me doy cuenta de que para ti es importante, no sólo no fracasar, sino ser además alguien excelente, y que al temer hacer un papelón eso demuestra que eres una persona que cuida su buen nombre y su imagen".*

De esta forma tan sutil el terapeuta **puede introducir el tema de la imagen**. Pero aquí es importante recalcar que estas afirmaciones que hace el terapeuta se apoyan en lo que ella ha dicho: "Por los hechos que me cuentas…" lo cual refuerza la autonomía de la paciente que no ve la observación, como algo gratuito o impuesto por el terapeuta.

Con los pacientes anoréxicos **es importante potenciar, siempre que se pueda el tema de la autonomía**, a la que ellos conceden un gran valor.

5. El silencio opresivo.
Ante una observación de este tipo no es infrecuente, que la paciente guarde silencio, en ocasiones **un silencio tenso y opresivo**, pues suele tratarse de pacientes adolescentes que se sienten **muy perseguidas y presentan una extraordinaria dificultad para abrirse**, por lo que el silencio suele ser su respuesta natural.

El psicoanalista poco avezado puede sentirse incómodo ante este silencio de la paciente, pero debe saber encauzarlo adecuadamente con observaciones semejantes a ésta:

> *"Necesito tu silencio, pues eso indica que quieres ser cuidadosa en tu relación conmigo. Todavía no me conoces y pese a mis palabras iniciales, tú quieres asegurarte de que yo no soy un empleado de tus padres que les va a ir contando lo que tú me dices".*

En este punto el analista no puede preguntar: *"¿En qué piensas?"*

El analista debe respetar su silencio y legitimarlo de alguna forma, sin que ella se sienta cuestionada por su actitud. Por eso el analista dijo:

> *"El silencio es incómodo no sólo para ti, sino también para mí, pero yo pienso que necesitamos tiempo para que te vayas sintiendo más segura y te puedas abrir más, y sin duda lo harás cuando sea su momento".*

El analista en este punto le transmite algo suyo ("él también siente incomodidad ante el silencio") y **trata de que empiece a ver al analista como persona** y no como una máquina interpretante. Se trata de que empiece a **hacer un vínculo con el analista visto como persona**. **En estas situaciones** en las que el silencio resulta abrumador, **el analista puede optar por la opción de preguntar sobre situaciones o recuerdos del pasado, siendo consciente el analista que se trata de una actitud de ir defensivamente hacia el pasado.** Ante una situación tensa en el presente (silencio prolongado) que el paciente no puede afrontar, preguntamos por recuerdos del pasado, no tanto para conocer la historia del paciente, como para alejarnos de lo inmediato que no tenga un carácter persecutorio. Es más fácil hablar de lo pasado que de un presente amenazador.

6. Modelos idealizados.
Al retroceder en los recuerdos de la infancia no es infrecuente que **aparezcan comparaciones con un modelo de belleza idealizada.** Al preguntar a la paciente relata que guarda el recuerdo de sus primas ***"como estrellas de cine. Muy hermosas."*** Se mira a otra persona delgada y se quiere ser como ellas. Este aspecto comparativo propicia el que la anorexia sea un fenómeno epidémico, pues no faltan actrices o modelos que se convierte en objetos de comparación con las adolescentes.

Hay que reseñar, que el terapeuta en esta situación **usa la historia personal de la paciente**, como una forma de entrar en contacto con ella y **afianzar el vínculo terapéutico**. Esta actitud es distinta de la del psicoanálisis clásico que busca en la historia personal las claves interpretativas del presente**. Esta reconstrucción histórica es un instrumento para fortalecer la naturaleza del vínculo.**

No es infrecuente, en este punto de la terapia, las llamadas de los padres interesándose por el curso del tratamiento. Una buena recomendación es agradecerles la llamada y el interés y decirles que se está trabajando en aumentar un clima de confianza con la paciente. Esta actitud favorece **la "narcisización" de los padres alabando su interés e implicación** y evitando así un posible boicot de la terapia si se sienten marginados y sin información.

7. La sexualidad.
Dentro de la terapia **es importante hablar de la sexualidad**, siendo relativamente frecuente observar el rechazo o el asco hacia el sexo. En el caso de la paciente dice que no le interesa la sexualidad y que recuerda con asco una escena en que vio aparearse a dos perros. Al profundizar en el tema se observa frecuentemente, que la anorexia no es un instrumento para conquistar al hombre, sino una actitud para conseguir asemejarse a sus modelos idealizados de belleza. Suele encubrir conflictos sobre la sexualidad y el miedo al hombre.

8. Autonomía y oposicionismo.
En las pacientes anoréxicas es conveniente analizar el fastidio y el enojo que para las pacientes supone el hacer caso a otras personas, sobre todo en lo relacionado con la dieta. **Estas pacientes tienen una gran necesidad de autonomía y esto hace que se enfrenten a los padres** en temas relacionados con el peso y fomente una actitud de rebeldía.

No es raro observar en las **familias de las anoréxicas la presencia de padres, sobre todo madres, muy controladoras,** ante las que la paciente se rebela. Cualquier palabra del terapeuta, que evoque la figura familiar controladora, desata de forma inconsciente una actitud oposicionista en el paciente.

Esta actitud oposicionista, en ausencia de terapia, crea un círculo vicioso: a mayor desnutrición, mayor preocupación y actitud controladora de los padres y consecuentemente un mayor oposicionismo de la paciente, que agrava el estado de salud.

9. Evitar errores. Conforme mejora la alianza terapéutica y se avanza en la terapia, si ésta se acompaña de una ganancia de peso, el analista debe cuidarse mucho de hacer comentarios sobre este tema, pues eso da pie a la paciente a pensar que al analista sólo le interesa su peso.

BIBLIOGRAFÍA.

- Almenara, C. (2003). Anorexia nerviosa: Una revisión del trastorno. Revista de Neuro - Psiquiatría 2003; 66: 52-62.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría: Panamericana.

- Barrera, A. (2016). Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria. Tesis doctoral. Recuperado de: https://zaguan.unizar.es/record/56685/files/TESIS-2016-183.pdf

- Bleichmar, H. (1997). Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid: Paidós.

- Bleichmar, H. (2014). La Anorexia. En "Curso de especialista en clínica y psicoterapia psicoanalítica". Madrid.

- Bruch, H. (1978). La jaula dorada. 1º edición. Barcelona: Paidós.

- Chinchilla, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. 2º edición. Barcelona: Masson.

- Dio Bleichmar, E. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. En "Aperturas Psicoanalíticas", Nº 4. Recuperado el 28/02/2019 de http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=103.

- Doyen, C. y Cook-Darzens, S. (2005). Anorexia, Bulimia: pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia. 1º edición. Barcelona: Amat.

- Franco, V. (2009). ¿Cómo explican Freud y Lacan la anorexia? Recuperado el 1/03/19 de https://eldivandelpsicoanalisis.wordpress.com/2009/02/23/como-explican-freud-y-lacan-la-anorexia/

- G. Bermejo, B., Saul, L.A., Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mía, dos malas compañías para las jóvenes de hoy. Acción psicológica 2011; 8 (1): 71-84.

- García Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. 2º edición. Barcelona: Masson.

- García de Castro, S. (2014). La anorexia a través del tiempo. Trabajo Fin de Grado. Recuperado el 28/02/2019 de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/6907/1/TFG-M105.pdf

- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H. (1950). The Biology of Human Starvation. Minneapolis: Univesity of Minnesota Press.

- Mardomingo, M.J. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. 1º edición. Madrid: Díaz de Santos.

- Mayo Clinic (2018). Anorexia Nerviosa. Recuperado el 28/02/2019 de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591

- Nardone, G. (2003). Más allá de la anorexia y la bulimia. 1º edición. Barcelona: Paidós.

- Ogden, J. (2005). Psicología de la alimentación. 1º edición. Madrid: Morata.

- Ortuño, F. (2010) Lecciones de psiquiatría. 1º edición. Madrid: Panamericana.

- Psychiatry, T. A. J. o. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). Am. J. Psychiatry, 157 (supplement).

- Rovira, B., Chandler, E. (2011). Anorexia nerviosa, curioso no comer para vivir. 1ª edición. Buenos Aires: Verlap.

- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. 3º edición. Barcelona: Ariel.