

María Dolores BARROSO LOPEZ

APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Treball Fi de Carrera
dirigit per
Mercedes PALET FRITSCHI

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS
Llicenciatura en Psicologia

2012

Sin amigos nadie quisiera vivir
ARISTÓTELES

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido considerados unos de los trastornos psicopatológicos más graves de las tres últimas décadas. Esto ha llevado a que se realicen multitud de estudios para determinar sus causas y poder desarrollar una terapia adecuada. Con este trabajo se pretende reflexionar sobre la influencia que ejerce la sociedad y la familia en la formación del carácter de la adolescente, además de relacionar la sintomatología de la paciente con anorexia con las «enfermedades del alma» que describe santo Tomás de Aquino y los efectos de algunas de ellas, especialmente de la vanidad y la acedia, al descubrir como factor principal una causa moral en el desarrollo de estos trastornos.

Resum

Els trastorns de la conducta alimentària han estat considerats uns dels trastorns psicopatològics més greus de les tres últimes dècades. Això ha comportat que es realitzin multituds d'estudis per determinar les seves causes i poder desenvolupar una teràpia adequada. Amb aquest treball es pretén reflexionar sobre la influència que exerceix la societat i la família en la formació del caràcter de la adolescent, a més de relacionar la simptomatologia de la pacient amb anorèxia amb les "malalties de l'ànima" que descriu Sant Tomàs d'Aquino i els efectes d'algunes d'elles, especialment de la vanitat i la acedia, al descobrir com factor principal un factor moral en el desenvolupament d'aquests trastorns.

Abstract

The eating disorders has been considered as one of the psychopathology disorders more serious of the three last decades. Because of that, there have been many studies to define their causes and to develop a right therapy. In this work it is pretended to consider about the influence of the society and the family in the teenager character. Additionally, to relate the symptomatology of the patient with anorexia with the "diseases of the soul" described by Saint Thomas Aquino and the effects of some of them, specially the vanity and the «torpor», to discover as a principal factor a moral cause in the development of those disorders.

Palabras claves / Keywords

Trastornos de la conducta alimentaria – Anorexia nerviosa - Neurosis – Antropología aristotélico-tomista – Vanidad – Acedia

Sumario

Introducción	9
1. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la Psicología contemporánea	12
1.1 Conceptualización de los TCA.....	12
1.2 Criterios diagnósticos de la AN y la BN	12
1.3 Sintomatología de la AN	14
1.4 Referencias históricas y epidemiología de la AN	16
1.5 Etiopatogenia de la AN	17
1.6 Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la AN...	18
2. Tratamientos psicológicos para la AN y la BN.....	24
3. Rasgos de personalidad y trastornos de la personalidad en la AN.....	31
3.1 Datos empíricos	31
3.2 Relación con la neurosis en Adler.....	37
3.3 Relación con la neurosis en Allers	41
4. Antropología aristotélico-tomista.....	46
5. Consideraciones psicoterapéuticas.....	52
6. Estudio de caso: paciente con TCA.....	56
6.1 Condiciones de estudio	56
6.2 Exposición del caso	56
Conclusiones	64
Bibliografía	68

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), durante las últimas décadas, han pasado a constituir uno de los principales síndromes diagnosticados en el ámbito de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, debido a que afectan a una parte importante de la población (GARCÍA-CAMBA, 2007; PELÁEZ, LABRADOR & RAICH, 2005; SÁNCHEZ-PLANELL & OLIBEIRA, 2011).

Dicha evidencia aparece reflejada en los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el cuál, tras haber realizado una revisión de las investigaciones más recientes, (ARRUFAT, 2006; MORANDÉ & CASAS, 1997; MORANDÉ, CELADA & CASAS, 1999; RODRÍGUEZ-CANO, BEATO-FERNÁNDEZ & BELMONTE-LLARIO, 2005; OLESTI et al., 2008; ROJO et al., 2003; RUIZ et al., 1998; PELÁEZ et al., 2007; PÉREZ-GASPAR et al., 2000) muestra en la *Guía práctica sobre los trastornos de conducta alimentaria* publicada en el 2009, cómo la prevalencia y la incidencia de los TCA ha aumentado significativamente en países desarrollados o en vías de desarrollo, siendo las mujeres que se encuentran en la franja de edad entre los 12 y los 21 años la población de mayor riesgo, con una prevalencia total del 4,1% al 6,41% contrastando con la prevalencia total de hombres, que es de un 0,27% a un 0,90%.

Estos trastornos se caracterizan principalmente por la alteración de la percepción de la imagen corporal siendo sus variantes más comunes la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) según el DSM-IV-TR (*Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Texto revisado, APA, 2002*) y la CIE-10 (*Clasificación Internacional de las Enfermedades, OMS, 1992*) y el Trastorno por Atracón (TA) que únicamente es descrito por el DSM-IV-TR (APA). Debido a la tendencia a la cronicidad de estos trastornos (SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA, 2011) y a su alto índice de mortalidad (TORO, 1996 citado en BORRA, 2008) son considerados como uno de los trastornos más graves dentro de los trastornos psicopatológicos.

Por todo ello, y partiendo del hecho de que para ayudar a una persona a alcanzar la normalidad, se debe conocer al hombre y lo esencial en él, siendo la norma la naturaleza humana (ECHAVARRÍA, 2005), en el trabajo que a continuación presentamos se realizará una aproximación a este trastorno desde una aproximación antropológica aristotélico-tomista en diálogo con la Psicología contemporánea.

Desde este plano, no realizaremos un estudio de los TCA en general, — los cuales consideramos que son un desorden de la templanza o por exceso o por defecto —, sino que nuestra investigación tendrá como objeto central de estudio una de las categorías de este trastorno, la AN. La decisión de centrarnos en el estudio de una de las categorías de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia nerviosa, se debe, por una parte, a las dificultades que se encuentran a la hora de mostrar una epidemiología clara, pero también al hecho de que los TCA son considerados como un trastorno de etiología multifactorial (SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA, 2011) y, por último, a las dificultades propias de una patología que presenta un largo curso (BORRAS, 2008; STROBER, FREEMAN & ROBELL, 1997 citado en FARRERA, 2003).

En el presente trabajo realizaremos un análisis descriptivo de los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de la AN investigados por la psicopatología contemporánea, para, a continuación y en primer lugar, contrastar las definiciones conceptuales de este trastorno, primero, con las definiciones conceptuales y las descripciones de actitudes y conductas que conforman el vicio de la vanidad descrito por santo Tomás DE AQUINO (2001) en la *Summa Theologica* y, después, con el carácter neurótico definido y descrito por ADLER (1993) y ALLERS (1957). Una vez realizada esta comparación propondremos, en segundo lugar, el vicio de la acedia como posible causa de la AN. A este efecto, se analizarán la acedia y aquellos de sus efectos que se asemejan a diversos factores característicos de la AN, especialmente aquellos que son descritos como el vacío interior y la falta de un Ideal a seguir; actitudes particularmente propias de la juventud en la sociedad contemporánea. Por último, expondremos el caso de una paciente con TCA. Del cual hemos realizado un estudio cualitativo para determinar los factores que han influido en la aparición del TCA y sus síntomas, y poder contrastarlos con la definición de los vicios descritos por santo Tomás DE AQUINO (2001) previamente.

Por su alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos como los trastornos afectivos o Trastornos de Personalidad (TP), según VAZ LEAL (2003), un 93% de pacientes que ingresan en hospitales por AN son diagnosticados también de TP (2003); aunque se den la mayoría de casos en jóvenes por lo que no se considera que posean rasgos estables de personalidad. Extenderemos nuestro estudio a analizar la relación entre la AN y los dos TP que tienden a presentar mayor número de diagnósticos: el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno límite de personalidad (VAZ LEAL).

Tras un estudio exhaustivo de estos factores, examinaremos la intervención y terapias que se han llevado a cabo con mayor eficacia para, a continuación, plantear si están siendo o no suficientes para la curación de este trastorno. Considerando un factor esencial para dicha curación la persona del psicólogo, en cuanto persona prudente con un conocimiento de la normalidad humana y del fin al que tiende la persona, que va a ayudar a la persona a curarse.

1. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la Psicología contemporánea

1.1. *Conceptualización de los TCA*

En este apartado nos proponemos llevar a cabo una revisión de la historia de los TCA mediante la revisión de los datos aportados por autores especializados en este trastorno: definición de los TCA, síntomas característicos, factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. Seguidamente, relacionaremos estos datos con la enseñanza de santo Tomás DE AQUINO (2001) respecto a las disposiciones morales que se pueden dar en personas que padecen estos trastornos.

La corta historia de la clasificación de los TCA en el Manual de diagnóstico psicométrico de la APA se inició con el establecimiento de cinco categorías «diagnósticas» en el DSM-III (1980). Estas categorías (AN, bulimia, pica, rumiación y trastorno atípico de la conducta alimentaria) se mantuvieron idénticas en la publicación del DSM-III-TR (1987). Pero en este manual se modificaron los «criterios diagnósticos» de la AN, la bulimia se consideró bulimia nerviosa (BN) y la última categoría se definió como trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE), que fue como un «cajón de sastre» para diagnosticar a aquellos pacientes que no cumplen todos los «criterios diagnósticos».

Posteriormente, con la publicación del DSM-IV (1995) se realizaron cambios que se han mantenido hasta la actualidad. Se eliminaron de este apartado la pica y la rumiación, los cuales se añadieron como trastornos de inicio en la infancia y adolescencia (SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA, 2011). La pica por su corta duración y por ser común en la infancia no podría equipararse con los TCA, que son síndromes con hábitos patológicos establecidos. Otros cambios que se introdujeron en el DSM-IV (1995) fueron la división en subtipos de la AN y la BN y la inclusión del trastorno por atracón (TA), que se caracteriza por una sobreingesta de alimentos (SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA).

1.2 *Criterios diagnósticos de la AN y la BN*

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) no se produjeron cambios en el diagnóstico de los TCA. En este Manual se considera como principal característica de los TCA una

grave alteración de la conducta alimentaria. Se desarrollan principalmente dos trastornos específicos: la AN y la BN, que serán los más estudiados hasta la actualidad. Estos trastornos se distinguen en el modo en el que se da esta alteración. En la AN encontramos un rechazo a mantener el peso corporal en un valor normal saludable. Sin embargo, en la BN se presentan «episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo» (APA, 2002, p. 553). En ambos se presenta distorsión de la percepción de la forma y el peso corporales, que está más presente en la AN, y que suele ir acompañada de miedo a engordar y de una dependencia de la opinión de los demás que parecen estar provocando estas alteraciones (GINER, 2011). Estas características hacen distinguir estos trastornos de otras conductas alimentarias no patológicas, como el ayuno; al que diversos autores como CHINCHILLA (2003) han relacionado con estos trastornos por los síntomas físicos secundarios que presentan. Esta conducta difiere de las conductas patológicas de los TCA en que los fines que han movido a las personas al ayuno son muy distintos y ni siquiera presentan los mismos síntomas primarios (como por ejemplo, la distorsión de la imagen corporal). Pues, la abstinencia descrita como virtud por santo Tomás (2001, II-II, q.146, a.1) se caracteriza porque el hombre se priva de alimento siguiendo la regla de la razón, por lo que pondrá en práctica la abstinencia según le conviene. Hecho que no ocurre en las pacientes con AN, las cuales llegan a poner en peligro la propia vida.

La AN a su vez se subdivide en dos formas: de tipo restrictivo, donde la persona pierde peso mediante dietas, ayuno o ejercicio excesivo, pero no recurre a atracones ni purgas. La segunda forma, de tipo compulsivo/purgativo, sin embargo, sí que realiza atracones y purgas regularmente, aproximadamente una vez por semana (APA, 2002). Esta segunda forma, presenta más comorbilidad con trastornos psiquiátricos tanto a nivel personal como familiar (depresiones, adicciones, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, etc.). El hecho de que este segundo tipo se diagnostique como AN cuando parece que se diferencia de la BN por el número de veces que realiza atracones y purgas, parece crear confusión a la hora de realizar el diagnóstico. Por este motivo, CHINCHILLA (2003) se plantea la conveniencia de un «continuum» al hablar de los TCA, pues en muchas de las pacientes se dan periodos de episodios restrictivos y posteriormente episodios compulsivos.

Estos datos son interesantes a la hora de estudiar la motivación de las pacientes. Si una misma paciente realiza, en distintos momentos, conductas restrictivas y compulsivas, cabe considerar el planteamiento de si esta variabilidad de conductas se presenta como resultado de un mismo malestar que se expresa en distintas formas. Cabe además la posibilidad de considerar cómo afectan determinados rasgos de personalidad, que suelen indicar cómo probablemente actúe una persona ante una determinada situación.

Por tanto, la mayoría de autores parecen estar de acuerdo en afirmar que tanto la AN como la BN son de origen psíquico. En su génesis estarían implicados múltiples factores, sin haber podido encontrar hasta hoy una causa principal (CALVO, 2002; CHINCHILLA, 2003; SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA, 2011).

1.3 Sintomatología de la AN

CHINCHILLA (2003) afirma, que lo que se presenta en la mayoría de los casos como síntoma principal, es un «rechazo voluntario a la nutrición en un determinado ambiente social» (p. 3). Por lo que se observa que una determinada sociedad puede estar influyendo, de algún modo, en este trastorno. Estas pacientes no tienen pérdida real del apetito, pero se lo niegan a sí mismas y a los demás. En un inicio, niegan que haya una causa por la cual no quieran comer. Sin embargo, sí describen el miedo a estar gordas y un deseo de adelgazar, que se incrementa con el avance de la enfermedad. Por otro lado, la alteración perceptiva de la sensación de hambre aparecerá sólo tras un determinado tiempo durante el que se han realizado manipulaciones alimentarias.

En determinados casos, una vez comenzado el tratamiento, sí que reconocen determinados factores influyentes en el desencadenamiento de este trastorno, tales como conflictos sentimentales y descalificaciones, entre otros. Las pacientes consiguen estar «más delgadas» de distintos modos: ya sea restringiendo, ya sea purgando tras atracones incontrolados. Es decir, o bien presentan conductas con un control férreo respecto a la comida, o conductas descontroladas que derivan en atracones y posteriores purgas (CHINCHILLA, 2003). Como ya hemos señalado anteriormente, estas conductas podrían relacionarse con unos rasgos de personalidad u otros dependiendo de las conductas realizadas, y por ello, entendemos que estos cuadros se relacionarían con comorbilidad psiquiátrica variada, lo cual desarrollaremos posteriormente.

En un interesante estudio CALVO (2002) explica que la distorsión perceptiva de la imagen corporal es un reflejo del malestar interior, y su aspecto, por tanto, mostrará lo que ellas creen ser. Como muchas otras imágenes, la imagen que se posee del propio cuerpo proviene de las experiencias vividas en la infancia, que se tiñen con los juicios realizados por las personas más cercanas a nuestro alrededor, en concreto, nuestra familia. Así, esta misma autora, relaciona esta distorsión perceptiva con la vivencia en la familia y el papel o «rol» que la paciente tiene en ella.

Otras características que señala esta autora son las obsesiones que surgen al intentar negar esta necesidad de comer, que llevan a incrementar los pensamientos relacionados con la comida y al percibir esto, intenta controlar más aún. Cuando come, se siente vencida y se culpabiliza por no haber podido controlarse. Este hecho, junto con la previa sensación de alegría por ser admirada cuando ha perdido algo de peso, le hará presentar un estado de ánimo inestable, en el que se presentarán explosiones de irritabilidad cuando se sienta amenazada (CALVO, 2002).

El miedo a engordar podría reflejar un miedo a madurar. Como la mayoría de estas pacientes se encuentran en edades de crecimiento, como es la adolescencia, la desnutrición a la que se someten les impide desarrollarse adecuadamente, produciéndose un estancamiento biológico y psíquico en esa edad, que reflejaría, según esta autora, el deseo de no crecer.

En estas pacientes se presenta no sólo un deseo de ser «la más delgadas», sino que quieren ser también «la más perfectas» en el resto de ámbitos de su vida. Este hecho puede evidenciar que la personalidad de estas pacientes se caracteriza por presentar rasgos neuróticos y de perfeccionismo. Este perfeccionismo se ve reflejado por el hecho de que se proponen metas muy difíciles de conseguir, por lo que mantienen una sensación de fracaso continua. Bajo la tensión de esta situación tienden a controlar todo lo que hacen para poder confirmarse a sí mismas que valen. Lo cual es paradójico, pues el querer hacer todo según su propia voluntad, las lleva a frustrarse cuando no lo logran, a despreciarse y desvalorizarse y a buscar la confirmación de su valor en los demás. Y nunca es suficiente. Por lo que este círculo vicioso podrá ayudar a que se perpetúe el trastorno (CALVO, 2002) .

Por el excesivo control en la comida, que las lleva a oponerse a una necesidad vital nos parece interesante en este trabajo desarrollar más ampliamente la AN que otros TCA, a pesar de que el 70-80% de las pacientes anoréxicas desarrollan BN

posteriormente (CHINCHILLA, 2003). Aunque en síntomas, rasgos de personalidad y tratamientos encontraremos semejanzas.

1.4 Referencias históricas y epidemiología de la AN

Los primeros autores en describir los cuadros clínicos de la AN fueron GULL (1874) y LASÈGUE (1873) en el siglo XIX. Previamente, autores como Morton (1689) habían interpretado la AN como una enfermedad de origen orgánico. Sin embargo, tanto GULL como LASÈGUE relacionaron los síntomas de la AN con la histeria. BRUNCH (1961), posteriormente, afirmó que en la AN se daba una preocupación por la alimentación, y no una verdadera pérdida de apetito (CHINCHILLA, 2003; TURÓN, 1996).

En las últimas décadas se ha ido definiendo y describiendo la AN hasta llegar a la descripción sintomática actual. La mayoría de autores relacionan la AN a un determinado sistema social (CHINCHILLA, 2003; SÁNCHEZ-PLANELL & OLIVEIRA, 2011). Algunos autores (CHINCHILLA, 2003, p. 7-8) sostienen que «puede que los factores de personalidad y los estresores ambientales no sean sino factores secundarios implicados en la patogenia». Pero, a nuestro juicio, este tipo de perspectiva etiológica supondría la aceptación de un determinismo social directamente opuesto a los postulados de la concepción antropológica en la que se sostiene el trabajo que ahora presentamos. Se trataría de un determinismo social que olvidaría la fuerza psicológica del fin de las acciones y de la libertad de elección en la vida humana. Nos parece, sin embargo, acertado apuntar que en la mentalidad de la sociedad contemporánea se encuentran muchos elementos que pueden influenciar negativamente el crecimiento psicológico de algunas personas, favoreciendo un debilitamiento de la personalidad que puede acabar en una AN.

Como hemos dicho anteriormente, la génesis de estos trastornos no es clara, la mayoría de autores concuerda en considerar que existen múltiples variables desempeñando distintos papeles. La misma dificultad en determinar y delimitar las causas de este trastorno refleja en gran parte la magnitud de las dificultades a las que deben enfrentarse los psicólogos a la hora de abordar el tratamiento de estos trastornos.

El Manual publicado por el SNS (2009) y otros estudios realizados como el de PELÁEZ (2004) y PELÁEZ, LABRADOR y RAICH (2005), muestran las dificultades metodológicas que se encuentran al contrastar los estudios sobre la prevalencia e

incidencia de los TCA a nivel nacional e internacional. Esta dificultad, es causada principalmente por la diversidad de diseños de estudio utilizados y tiene como consecuencia sesgos en las conclusiones obtenidas. A pesar de ello, basándose en los estudios realizados con una metodología correcta (estudio en «dos fases»), el SNS (2009) muestra un aumento de la prevalencia de los TCA provocada por «el aumento de la incidencia y de la duración y cronicidad de estos cuadros» (p. 35). El aumento de esta prevalencia es de dos a cinco veces mayor en las últimas tres décadas en los países más desarrollados (PELÁEZ et al., 2005). En España, las cifras de prevalencia del TCA se encuentran entre el 4,1% al 6,41%, dentro de la población de mayor riesgo (mujeres entre los 12 y los 21 años); es decir, la mayoría adolescentes en pleno desarrollo tanto físico como psíquico. Y entre los TCA, la mayor cifra se encuentra en los TCANE, de 2,76% al 5,3%; y la menor, en la AN, con una prevalencia del 0,14% al 0,9% (SNS, 2009). La mayoría de estudios verifican el hecho de que el 90% de las personas afectadas con un TCA sean mujeres (CHINCHILLA, 2003).

1.5 Etiopatogenia de los TCA

Los datos muestran la alta prevalencia de los TCA en mujeres jóvenes, evidenciando la influencia del sexo y la edad. CALVO (2002) señala que este aumento puede deberse a la pobreza de las relaciones personales propias de la ambigüedad que existe actualmente en el proceso de identificación sexual y la competitividad que se vive en la sociedad:

Las relaciones están impregnadas de comparaciones continuas con el aspecto o los rendimientos del otro. Las personas se relacionan evaluándose entre sí y sienten cómo el otro le puntúa en primer lugar lo gordo o delgado que está, y después, la ropa que lleva, el coche que conduce o el aspecto de sus facciones, en un intento de descubrir posibles sufrimientos y fracasos que le alegren los sinsabores ocultos de su propia vida. Son relaciones fantasmales que, más que el alimento de una relación interpersonal positiva, lo que producen son sensaciones de soledad y vacío. La paciente anoréxica encarna en su comportamiento la solución a la doble identidad demandada: su aparente obediencia y “bondad” son un acto de conformidad total a lo que la familia y la sociedad le piden (p.28).

Lo propio de la juventud es el desarrollo cognoscitivo, por lo que desea poder orientar su vida, tomar decisiones, tener claro un objetivo (PALET, 2000). Ahora bien, si el ambiente familiar y social no proporciona a los jóvenes un *ideal*, acaban viviendo en un «sin sentido». La sociedad está reduciendo el valor de la persona a la apariencia, y la felicidad a los placeres sensibles. Y así, el joven, que está

aprendiendo a conocerse, asentando su identidad, no se siente querido por lo que es y comienza a despreciarse. Busca una salida a la angustia. Ante una continua insatisfacción, busca significado a su vida, y por la ausencia de ideales y de sentido parece como si esta búsqueda frustrada le inclina a diversas adicciones, pero «como el consumo solamente proporciona un alivio momentáneo, su espiral compulsiva conduce a la adicción» (CALVO, 2002, p. 30). CALVO explica que la determinación de restringir la comida o purgar lo comido es consecuencia de este deseo de resolver la situación actual, de eliminar el malestar u olvidar otros problemas. Estas actitudes son claramente detectables en la mayoría de pacientes.

CHINCHILLA (2003) señala la importancia que se da en la sociedad al valor del cuerpo como «distingo», y señala junto con CALVO (2002) la fuerte competitividad que nace de una valoración fundada en la apariencia y en el culto al cuerpo y una cultura culinaria, sobre todo la occidental, que es el reflejo de una «sociedad de la opulencia». Actitudes y costumbres propias de una sociedad que se caracteriza por una búsqueda de placeres materiales como único fin para alcanzar la felicidad deseada, olvidando la persona en sí y su ser espiritual (CALVO; CHINCHILLA). CALVO resume el comportamiento de las pacientes anoréxicas: «el paciente anoréxico expresa en su ascetismo a ultranza el rechazo a tanto hedonismo y glotonería existencial. Rechaza asumir los valores de una cultura que lo engulle todo y a todos. Rechaza la lujuria imperante y busca desesperadamente una espiritualidad y solidaridad que le hagan sentirse algo más que una bestia. (...) en esta sociedad materialista no encuentra el verdadero camino para conseguirlo, y enferma» (p. 29).

Por otro lado, la pérdida del pudor se refleja en las formas de relacionarse de los jóvenes y, posiblemente, pueda estar en relación con los TCA: la forma de vestir, el desprecio del cuerpo, las redes sociales, la curiosidad por la vida íntima de los demás, etc. Es la pérdida del pudor que origina un extraño pudor del cuerpo que se quiere ocultar mediante la delgadez extrema (SHALIT, 2012).

1.6 Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la AN

A continuación, analizamos los factores que podrían estar influyendo en la aparición, predisposición y mantenimiento de los TCA. Más en concreto para la AN en sus dos formas (restrictiva y purgativa).

Los factores condicionantes son aquellos que predisponen, es decir, «contribuyen a generar una vulnerabilidad en la persona» (CALVO, 2002, p. 50) a padecer este

trastorno. Los factores desencadenantes se caracterizan por ser situaciones de estrés que facilitarían en determinado momento la aparición del trastorno. Por último, los factores perpetuantes o mantenedores serían aquellos, que una vez presente el trastorno, permanecen y prolongan la duración del trastorno e incluso interfieren en su recuperación (CALVO).

Como ya se ha indicado anteriormente, no se encuentra un único factor causal, sino que los autores concuerdan en afirmar que se da una combinación de factores sociales, familiares, biológicos y psicológicos que llevan a la aparición del trastorno. Esta afirmación debe entenderse adecuadamente, ya que puede llevar a confusión.

En el presente trabajo, se parte de la consideración de la persona humana como «un todo con potencialidades innatas, que se va desarrollando, sobre todo a través de las virtudes de su intelecto y de su carácter, o que también, lamentablemente, se realiza en modos disarmónicos y poco humanos, con la formación de los vicios» (ECHAVARRÍA, 2005, p. 177). Es decir, la persona no se va «construyendo» según va adquiriendo capacidades a través del medio social, familiar y biológico, sino que por su carácter y por la fuerza de su intelecto la persona se dispone a realizarse a través de sus operaciones, se perfecciona.

Según CALVO (2002), CHINCHILLA (2003) y el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (2008), al hablar de factores predisponentes hay que tener en cuenta los predisponentes sociales, familiares e individuales. Estos últimos están relacionados muchos de ellos con rasgos de la personalidad base o premórbida, los cuales trataremos en el siguiente apartado.

Los autores citados coinciden en afirmar la influencia que tiene la actual sociedad en la predisposición a los TCA. La persona (y más en concreto, la mujer) es únicamente valorada por la apariencia de éxito que muestra. Es decir, se asocia la delgadez a una vida exitosa, en la que se posee belleza, juventud y fuerza de voluntad (CALVO, 2002; Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» 2008). El valor que se da a la mujer, junto con el significado que se da al cuerpo, parecen hacer posible el aumento de estos trastornos. Si a esto se le suma la tendencia actual a la exposición del cuerpo, parece que aumenta la vulnerabilidad tanto para la AN como para la BN. Esto es debido a que el valor de la persona es limitado a lo que muestre con el cuerpo, convirtiéndose éste en un objeto (CHINCHILLA, 2003). A las pacientes anoréxicas se les caracteriza por tener las cualidades más deseadas

en la actualidad: nivel alto de inteligencia, fuerza de voluntad o autodisciplina elevada y pertenencia a la clase social medio-alta. (CALVO).

Los factores predisponentes familiares pueden agruparse en dos: el «estilo educativo» de los padres y la importancia que se da en la familia a la delgadez y la comida. CALVO (2002) afirma que se han encontrado dos estilos educativos durante la infancia de la niña que estarían predisponiendo a este trastorno. En un extremo, la sobreprotección de los padres y en el otro, excesiva tolerancia y distancia emocional. Los «padres sobreprotectores» se caracterizan por ser unos padres que han solucionado anticipadamente todos los problemas de sus hijas. Todo es dedicación por parte de los padres; pero si la hija manifiesta desacuerdo en algo, entonces la actitud de los padres le hará sentir culpable por haberles herido. Consecuencia de ello es la tendencia de la hija a intentar calmar la ansiedad de los padres. La niña, la joven no llega a formarse un criterio claro, y no sabe ni decidir ni actuar. Ante los acontecimientos inesperados, responde con miedo, pudiendo llegar a «paralizarse psíquicamente». Por ello, una adolescente que está sometido a cambios y debe tomar decisiones, no se siente capaz de enfrentarse a estas exigencias y «decide» no crecer tanto física como psíquicamente. Por otro lado, al no tomar ninguna decisión, se rebela ante los padres mediante el control de la comida. A la joven le parece que es lo único que pueden controlar en su vida. Ante el crecimiento psíquico de la hija, quien paulatinamente irá formando su propio criterio, los padres interfieren inadecuadamente, provocando malestar en la hija cuando ésta se va separando psíquicamente de los padres.

Las hijas de padres que no dan a sus hijos la atención y la educación adecuada llegan a percibirse como no queridas, se consideran con poco valor. Esta imagen pobre de sí mismas persistirá en la edad adolescente y adulta, pudiendo inclinarlas a la búsqueda de éxito mediante la delgadez. Estas familias se caracterizan por no poner límites educativos, permitiendo que la niña haga todo lo que desee. Bajo este estilo educativo crecen niñas que son consideradas egoístas, con baja tolerancia a la frustración, así como con incapacidad para controlar adecuadamente los impulsos. Por otro lado, se puede producir otro tipo de negligencia educativa cuando los padres invaden toda la intimidad de la hija porque «deben enterarse de todo» (CALVO, 2002, p. 92). Sin embargo, la independencia total que se concede a los hijos se llega a convertir en soledad. Cuando en la familia no hay tiempo para dedicar a los hijos, y la actividad y preocupación de los padres está principalmente centrada en cubrir los aspectos materiales y en controlar los resultados académicos; es decir, cuando la actividad de los padres adquiere una apariencia externa, una

preocupación superficial por las cosas exteriores, la adolescente puede desarrollar un TCA como demanda de otro tipo de atención a los padres. Necesita verdadero amor.

La importancia que se da a las apariencias como a la alimentación en la familia, son factores que también influyen. Así, el hecho de que en una familia se consideren las apariencias como lo más importante, porque equivale a que se les admire, «al verlos tan bien», suele indicar incapacidad para aceptarse a sí mismos (y a los demás miembros de la familia) e inseguridad en las relaciones interpersonales (CALVO, 2002). Debido a que no muestran realmente lo que piensan y sienten. Esto les lleva a «cosificar» el cuerpo, pues para lo único que sirve es para mostrar una apariencia «simulada». Otros factores como la actitud hacia la comida, la desestructuración en los horarios de comidas, la realización de dietas por parte de la madre para «sentirse más joven» pueden estar influyendo también.

Estas familias suelen presentar problemas relacionales. Aparecen ante el mundo como familias perfectas, sin embargo presentan conflictos internos que desembocan en «alianza» con la hija para no ser descubiertos. Además, como se les ha negado expresar cualquier emoción, pues no sólo equivale a debilidad, sino que ello puede desembocar además en fuente de desacuerdo entre los demás miembros de la familia, la adolescente llega a frustrarse. Esta frustración puede derivar en enfermedades psicosomáticas o incluso en un «fracaso existencial» (CALVO, 2002, p. 87), y llegar incluso al desprecio propio.

Las «coaliciones encubiertas» se producen cuando el matrimonio tiene problemas. Los padres deciden buscar apoyo en los hijos, siendo más común en las madres hablar a la hija de forma negativa sobre el padre. El padre, sin embargo, establece una relación muy estrecha con la hija, «preocupándose por su bienestar físico y una formación basada en los valores de superación y triunfo. La hija ha tenido una relación muy estrecha con ese padre perfecto y admirado, asimila toda su ideología y decide cumplirla» (CALVO, 2002, p. 88).

Otro de los problemas que se encuentran en estas familias es la falta de límites entre padres e hijas que les permitan sentirse respetados en la intimidad. Se elimina la autonomía de los hijos, lo que CALVO (2002) llama «relación simbiótica con uno de los dos padres» (p. 89). Esta relación, sobre todo con el padre, hace que la niña cuando llega a la pubertad se sienta insegura, amenazada y busque en la anorexia la solución a sus problemas. Cuando las hijas se sienten realmente invadidos y

vulnerados, es decir, cuando hay críticas y desvalorizaciones continuas, gritos y enfrentamientos, se habla de «abuso psicológico». En estos casos es frecuente que la adolescente piense que es inútil, y ésto lo puede expresar mediante ansiedad, inseguridad e incapacidad de expresar sentimientos o pensamientos, pues no considera que posea nada bueno. Si se produce abuso sexual, generalmente deriva en BN o AN restrictiva con probabilidades de suicidio.

Respecto a los factores individuales que predisponen a padecer los TCA, CALVO (2002) habla, por una parte, del temperamento como una determinación genética y, por otra, de la influencia de la educación en la conducta de los hijos. De acuerdo con los principios antropológicos en los que este trabajo quiere fundamentarse entendemos que el temperamento, si bien puede ser un factor de disposición, no determina irremediamente la conducta. El temperamento debe ser considerado como una disposición en la persona que le puede hacer inclinarse de un modo u otro. Pero nunca determinando de tal modo que la persona no pueda actuar de otra manera, aunque sí requerirá esfuerzo para cambiarlo.

CALVO (2002) describe dos formas de actuar que predominan en estas pacientes: la evitación (predominante en la AN), que GARROTE (2009) subdivide en pasiva y activa. La evitación pasiva consistiría en evitar situaciones que la paciente considere como una amenaza, y la evitación activa, consistirá en realizar un examen exhaustivo de aquello que le preocupa para evitar que suceda lo que tanto teme. Esta evitación según el mismo autor, se relaciona con baja autoestima, que se asocia con un bajo concepto físico de uno mismo. En estas pacientes, el concepto que tengan de sí mismas dependerá únicamente de cómo se encuentren físicamente. Por otro lado, CALVO encuentra otra forma de actuar que es la búsqueda continua de estimulación novedosa junto con la impulsividad, más característica de la BN.

Esta forma de actuar, está directamente relacionada con el concepto de sí misma que la adolescente ha ido configurando a lo largo de su existencia. A este concepto CALVO (2002) lo llama «estilo cognitivo», siendo el más característico en las pacientes con TCA el «perfeccionismo» que define de la siguiente manera:

El perfeccionismo origina un razonamiento en términos absolutos. Cualquier suceso o experiencia se evalúa según categorías opuestas: blanco o negro, bueno o malo, positivo o negativo, etc., de lo particular se sacan conclusiones universales. De la parte se deduce el todo. Una hora sin estudiar es sinónimo de ser una vaga,... No es posible aceptar metas asequibles, moderadas y flexibles. Al plantearse adelgazar, y hacer una dieta, ésta debe ser

perfecta, más allá de todo límite, y a rajatabla porque, siguiendo este estilo cognitivo categórico: «si logro adelgazar, todos me verán estupenda». Y este perfeccionismo se aplica a cualquier ámbito de la vida (p. 103).

En este texto la autora parece mezclar o confundir diferentes niveles epistemológicos. No podemos detenernos en esta última consideración porque escapa y supera el tema que queremos estudiar en el presente trabajo. Sin embargo, esta confusión nos parece relevante sobre todo a la hora de la intervención psicológica. Queremos tan sólo apuntar que la tendencia a la perfección que refleja este «estilo cognitivo», parecería ante todo inmadurez, pues se considera que lo propio del adulto es reconocer los propios límites y aceptar la imposibilidad de alcanzar la perfección.

CALVO (2002) no define qué quiere decir con «metas asequibles, moderadas y flexibles». Se podría entender como suponiendo que la persona eligiese los medios adecuados para el fin al que aspira. Pero parece indicar la negación de la existencia de una tendencia a la perfección propia de la naturaleza humana y por tanto, se rechaza la existencia de una perfección en el orden moral (ECHAVARRÍA, 2012). Santo Tomás (2001, II-II, q.132, a.5) afirma que se quiere el fin absolutamente, y los medios en cuanto sirven para alcanzar el fin. Si se niega esta perfección última, se buscan otras perfecciones menores. Por ello, ECHAVARRÍA (2012) relaciona este «perfeccionismo» con los vicios de la ambición, la presunción y la vanidad. En este tema profundizaremos al tratar la personalidad base de las pacientes con este trastorno.

A este «perfeccionismo» le acompañan diversas distorsiones cognitivas como son: la generalización y la sobrestimación. Respecto a otras características individuales CHINCHILLA (2003) destaca la obsesividad, la manipulación, dependencia parental, obesidad previa e identidad personal incompleta como las más características.

La mayoría de factores desencadenantes son situaciones ante las que la paciente reacciona con miedo e inseguridad, considerándolas conflictos que no se ve capaz de resolver. (CALVO, 2002; CHINCHILLA, 2003). Así el inicio de la pubertad, situaciones estresantes, presiones directas para adelgazar, cambios en la vida como el matrimonio, un embarazo, una separación o divorcio, exámenes, cambios de colegio, o de ciudad, encontrarse en ambientes muy competitivos o vivir una experiencia traumática pueden desencadenar el desarrollo de un TCA. Lo primero que aparecerá al inicio será ánimo depresivo y obsesividad por la delgadez para una

adecuada integración en la sociedad en la que se encuentra (CHINCHILLA; TURÓN, 1996).

Cualquier factor predisponente que siga existiendo durante la enfermedad, contribuirá a que se mantenga.

El hecho de que las pacientes de TCA se mantengan en sus conductas alimentarias patológicas les lleva a la desnutrición. El organismo reacciona enviando «señales» para que se nutra, lo que hace a la paciente centrarse más en la comida y por tanto aumentar la obsesión. La paciente con TCA se siente amenazada por sus propios pensamientos, ante los cuales reacciona controlando más la comida. Todo su objetivo se centra en estar delgada, produciéndose una distorsión cognitiva que le hace no ser capaz de ver la realidad tal cual es y puede llevar a una disociación, al negarse a sí misma que lo que está haciendo está mal. El hecho de que sea capaz de controlar lo que come, le hace percibirse como una persona «exitosa». Parece que su inseguridad desaparece, además, todos los problemas «se olvidan» pues todos sus pensamientos se centran en la comida. A todo ello hay que sumar el hecho de que la delgadez inicial permite aparecer ante los demás como una persona digna de admiración, llama la atención, cree que es envidiada. También llamará la atención de los padres, aunque sea de forma negativa, lo que ayudará a mantener el trastorno. Además, el control tan estricto de alimentación, puede conllevar a que se desencadene un episodio de descontrol, con la subsiguiente frustración y sensación de incapacidad que abocará a la paciente a reforzar el control. Por otro lado, el atracón proporciona sensación de alivio ante la ansiedad previa.

La enfermedad permite evitar enfrentarse a las exigencias y situaciones que son temidas, incluso el ingreso hospitalario puede llegar a interpretarse como un lugar en el que «por fin se puede descansar». Por lo que se refiere al sentido que las pacientes de TCA conceden al cuerpo, el hecho de que no tenga curvas y que tenga apariencia infantil evita que sea mirado y deseado (CALVO, 2002).

2. Tratamientos psicológicos para la AN y la BN

La revisión bibliográfica sobre las terapias aplicadas a los TCA muestra que algunos autores coinciden en apostar por un enfoque psicoterapéutico multidimensional (CHINCHILLA, 2003; GARNER, GARFINKEL, & BEMIS, 1982 citado en GARNER &

GARFINKEL, 1997) lo que puede deberse a la complejidad de estos trastornos, la falta de concordancia en su etiopatogenia o la alta comorbilidad con otros trastornos.

SALDAÑA (2001) señala que la BN es el trastorno más estudiado dentro de los TCA. Sin embargo, por lo que se refiere a la estrategia psicoterapéutica de la AN, aunque muy estudiada, parece no haber acuerdo a la hora de concluir cuál es el tratamiento más adecuado. SALDAÑA (2001) sigue la clasificación realizada por el Comité de expertos de la APA (BELL et al., 2000), aunque únicamente se centra en los datos recogidos de la experiencia clínica avalada empíricamente. Esta clasificación divide a los tratamientos en: tratamientos bien establecidos, probablemente eficaces y en fase experimental.

PIKE (1998) citado por SALDAÑA (2001) muestra las dificultades que conlleva el estudio de los tratamientos de la AN. Esto es debido a la variedad de tratamientos a los que se somete una misma paciente y la diversidad a la hora de definir el momento en que se da la recuperación de una paciente. En estos tratamientos se realizaban habitualmente dos fases de tratamiento: una primera fase consistente en el ingreso hospitalario con el fin de recuperar peso y normalizar los hábitos alimentarios, y una segunda fase, en régimen ambulatorio para ayudar a mantener el peso y evitar recaídas. A pesar de este procedimiento la recuperación de las pacientes no se mantenía a largo plazo. Muchos de las pacientes tuvieron que volver a ingresar varias veces en un hospital. Sin embargo, otros autores afirman que para la AN el mejor método es un modelo de tratamiento familiar, el «modelo Maudsley», que consiste primero en un entrenamiento de los padres para que puedan efectuar un adecuado control sobre sus hijas adolescentes y, posteriormente, en asistir a la adolescente a la hora de decidir el momento en el que puede hacerse responsable de su autonomía. En el estudio realizado por RUSSELL, SZMUKLER, DARE y EISLER (1987) en el que se aplicaba este tratamiento se comprobaba que en los más jóvenes producía mejores resultados que la terapia psicodinámica; sin embargo, en las pacientes con edad más avanzada no resulta beneficioso ningún tratamiento (WILSON, GRILO & VITOUSEK, 2007). Otro punto de discusión es el de la consideración acerca de la conveniencia de realizar una terapia conjunta padres-hijos o una terapia separada.

La mortalidad en las pacientes con AN es del 5% y los estudios realizados sobre el éxito del tratamiento indican que aproximadamente el 40% realizan con éxito el tratamiento, mientras que en un 30% se cuantifica un bajo éxito (ZIPFEL, LÖWE, REAS, DETER & HERZOG, 2000 citado en HERPERTZ et al., 2011)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, SALDAÑA (2001) considera que existen ocho objetivos de tratamiento para la AN bien establecidos que concuerdan con el orden que establece TURÓN (1996): debido al grave estado de desnutrición que pueden llegar a presentar este tipo de pacientes, el primer objetivo será tratar los problemas físicos más urgentes. TURÓN denomina este primer paso «normalización biológica», concordando con los dos primeros objetivos que establece SALDAÑA, a saber: la recuperación de peso hasta llegar a un nivel saludable y el tratamiento de todas las complicaciones físicas. Posteriormente, se lleva a cabo una recuperación ponderal de peso para poder trabajar los aspectos más cognitivos (TURÓN), que consistirá en ayudar a incrementar la motivación de la paciente, proporcionar hábitos alimentarios sanos y modificar pensamientos erróneos (SALDAÑA). Una vez alcanzados estos objetivos, se procederá a tratar los trastornos comórbidos y a realizar terapia familiar para facilitar un ambiente socio-familiar sano.

SALDAÑA (2001) afirma la evidencia empírica de la recuperación de síntomas como las conductas patológicas alimentarias o la obsesión por la comida una vez normalizado el peso. Y cierta mejoría en síntomas asociados con la ansiedad y el estado de ánimo (HSU, 1990 citado en SALDAÑA).

Respecto al tratamiento de la BN se ha comprobado que la terapia cognitivo-conductual es la más eficaz frente a la terapia psicodinámica, la terapia no directiva y la terapia focal (SALDAÑA, 2001; MCINTOSH et al. 2005). Los objetivos más adecuados son una restricción de los atracones y vómitos, así como la educación de hábitos alimentarios sanos, para posteriormente tratar otros trastornos comórbidos. (BELL et al. 2000 citado en SALDAÑA). Esta terapia produce mejoría respecto a los atracones, purgas, restricción alimentaria y actitudes negativas respecto al peso y la comida.

Podemos observar que la recuperación que evidencian los resultados de estos estudios es una recuperación a nivel físico y una recuperación de conductas alimentarias adecuadas. No se habla de la recuperación con respecto de los demás síntomas y desórdenes psíquicos y por tanto, a nuestro juicio, parece que el tratamiento no llegó al núcleo del problema. Tratando este tema CHINCHILLA (2003) afirma que:

Si uno se centra en la ganancia de peso por medio de técnicas conductistas, en primer lugar no se suele mantener dicha ganancia en el tiempo y, en segundo lugar, se olvidan

otros temas que de alguna manera generan y mantienen el cuadro y su comprensión, por lo que son necesarias otras terapias psicológicas, cognitivas, etc. (p. 193).

CHINCHILLA (2003) recuerda la importancia de que los tratamientos de los TCA sean integrativos, combinando un tratamiento nutricional con el psicológico y psicofarmacológico. Después del tratamiento nutricional, este autor considera importante conseguir un cambio en la forma de pensar de la paciente, resaltando la importancia de tanto en la toma de conciencia de la enfermedad por parte de la paciente como en evitar que las pacientes se propongan ganar peso sólo con la finalidad de finalizar el ingreso.

Además, afirma que cuando en el tratamiento de la AN se controla la ingesta y se impide a las pacientes la posibilidad de controlarla, la AN puede derivar fácilmente en BN. En este sentido el autor afirma que las pacientes llegan a realizar conductas con carácter de una patología obsesiva involuntaria. Es decir, afirma que a este nivel este tipo de conducta no es evitable por parte de la paciente, quienes afirman que se trata de conductas irracionales, pues las mismas pacientes verbalizan que son irracionales. Respecto a la BN, este autor señala que además de la terapia cognitivo-conductual, se debe llevar a cabo un tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos (debido a la comorbilidad BN y depresión) y normotípicos-antiimpulsivos. Aunque se ha asociado el uso de antidepresivos con la mejoría de síntomas relacionados con episodios de voracidad y vómitos, CHINCHILLA (2003) señala que estas pacientes siguen estando enfermas, «con actitudes alteradas relacionadas con el peso y la imagen corporal» (p. 201).

Este autor recuerda que para un adecuado tratamiento se deben tener en cuenta la comorbilidad de personalidad y otros trastornos. Siendo muy característico de los pacientes con BN la comorbilidad con el trastorno límite de personalidad.

Dependiendo de la intensidad del trastorno se procederá a ingresar a la paciente en un hospital de día, si su estado es grave, o a iniciar un tratamiento ambulatorio, si es moderado o leve. Tanto en uno como en otro caso, las actividades terapéuticas son similares, con la diferencia de que en el hospital de día la terapia es más intensiva.

CALVO (2002) recomienda establecer un compromiso terapéutico al inicio del tratamiento, para marcar objetivos que la paciente tendrá que cumplir. El cumplimiento de esos objetivos permitirá a la paciente poder realizar una mayor actividad. (Por ejemplo, permiso para poder volver a ir al colegio).

Por lo que se refiere el tratamiento psicológico, CHINCHILLA (2003) recomienda proporcionar apoyo emocional a la paciente e información sobre la enfermedad para ayudar a tomar conciencia de la enfermedad. CALVO (2002) insiste en la importancia de centrarse en ayudar a la paciente a un autoconocimiento profundo, para que sea capaz de cambiar:

Con este apoyo terapéutico la paciente tendrá que tomar conciencia de sus pensamientos, emociones, miedos y necesidades personales, tanto positivas como negativas, hasta lograr integrarlos como componentes de un «yo» que, progresivamente maduro, emprenda los cambios conductuales necesarios para alcanzar la recuperación, *responsablemente* (p. 227).

Debido a que la terapia cognitivo-conductual es actualmente la más recomendada y utilizada tanto para AN como BN (aunque más en BN), resumimos a continuación brevemente las distintas técnicas utilizadas (CALVO, 2002; CHINCHILLA, 2003; HERPERTZ et al., 2011; WILSON et al., 2007).

Lo primero que se aconseja trabajar es la conciencia de las conductas patológicas, lo que se lleva a cabo mediante autorregistros y autoconciencia corporal. La autoconciencia corporal se trabaja mediante relajación, que permite percibir las distintas sensaciones corporales. Mediante los autorregistros la paciente será capaz de concretar en qué momentos dados se dan determinados comportamientos y analizar qué pensamientos y sentimientos los acompañan. Por lo que se procederá a realizar autorregistros de vómitos, de purgas y otras conductas patológicas. Observar los autorregistros permite conocer las situaciones problemáticas. Y con esta información, la paciente orientada por el terapeuta puede empezar a realizar cambios.

Los cambios en los hábitos alimentarios y otros comportamientos patológicos, como las purgas y el excesivo ejercicio físico, suelen llevarse a cabo bajo la guía del médico nutricionista. La terapia psicológica se centra en el apoyo a este profesional y en tratar las complicaciones mediante un programa operante. Este programa consiste en organizar un plan para potenciar los comportamientos más adecuados y disminuir los perjudiciales.

Para que la paciente llegue a esta normalización se recomienda la integración de la acción de los profesionales con la paciente y su familia. Esto supone de antemano

que la paciente acepte los objetivos, que sea capaz de verbalizar las dificultades al psicólogo, y que la familia realice adecuadamente todo lo acordado (que consistirá seguir las indicaciones que le dan los médicos y psicólogos y llevarlas a cabo en casa). El tipo de dieta recomendada por el nutricionista dependerá de la gravedad del trastorno y del estado físico en el que se encuentre la paciente.

A la hora de tratar los atracones, se debe llevar a la paciente conocerse a sí misma y reorganizar la estructuración y los tiempos de la comida. Para ello, la terapia se centrará en ayudar a ver a la paciente que el deseo de que todo se realice como ella quiere y cuando quiere no es posible, deberá ayudarla a aceptar la frustración y que experimente que a pesar de no alcanzar lo que se desea se encuentra bien. Si llega a aceptar esto, puede empezar a cambiar sus pensamientos y ordenar su impulsividad.

Estos objetivos generales suelen ir acompañados de objetivos centrados en la comida: disminuyendo el desorden alimentario que ha llevado y organizando el horario de comidas durante el día de forma progresiva. Aprender a disfrutar de la comida, (y esto acompañarlo de actividades en las que aprenda a apreciar otros aspectos de la vida, como las relaciones sociales), y aprender a comer todo tipo de alimentos, pero en cantidades adecuadas.

Otros aspectos que acompañan al atracón, son el sentimiento de culpa que se produce tras haber comido en exceso, lo cual puede llevar a realizar la purga, y esto a su vez a aumentar la ansiedad y volver a comer más. Muchas pacientes antes de realizar un atracón experimentan un «vacío interior», «sentimientos de soledad», por tanto, la terapia debe ayudarlas a utilizar otros medios para cubrir ese vacío, a otros niveles. La terapia se centra en tratar la baja autoestima de las pacientes.

Por otro lado, existen factores externos que favorecen los atracones, para ello la terapia se debe orientar a ayudar a la paciente a saber evitar las situaciones dañinas y buscar alternativas. Por ejemplo, el terapeuta puede exponer a la paciente los alimentos que para ella son más peligrosos. Ante estos alimentos, puede realizar relajación, disminuyendo la intensidad del impulso que aparezca. Si lo cumplen, les puede llevar a darse cuenta que esos mismos alimentos, cuando los han comido adecuadamente no les ayudan a subir de peso, e incluso se les reduce la sensación de hambre. Además, para disminuir el deseo compulsivo se utiliza la meditación, como proceso mental para focalizar la atención necesaria para la reorganización de la actividad diaria.

Para el manejo de las conductas purgativas, se requiere que la paciente sea capaz de identificar los antecedentes y las consecuencias inmediatas de estas conductas, para poder aprender posteriormente soluciones alternativas: como procurar un trato respetuoso o estrategias asertivas. Debido a que estas conductas, la mayoría de veces, se relacionan con la evitación de problemas e incapacidad de resolverlos, es necesario que el terapeuta ayude a la paciente a detectar las señales de estrés y registrarlas. Así, después será capaz de manejar estas situaciones con la ayuda del terapeuta, mediante la evitación de determinadas situaciones o disminuyendo el impacto que provoca. Respecto al vómito en sí, para su eliminación se recomienda realizar una ingesta en terapia de la comida que provoque el deseo de vomitar, para aprender a controlar el impulso inicial. Una vez realizado el entrenamiento, se procederá a realizarlo en casa delante de algún familiar. También puede realizar actividades que le distraigan como hablar con alguien.

Junto con estas técnicas, se debe proceder a una reestructuración cognitiva y manejo adecuado de emociones. Para la aplicación de la reestructuración cognitiva en los TCA, se parte de que estas pacientes tienen como dos voces internas: una positiva y otra negativa. Por tanto, se centrará en fortalecer la parte positiva. Esta reestructuración se comienza dando a conocer a la paciente el funcionamiento de estos pensamientos. Las pacientes detectan los pensamientos negativos cuando toman conciencia de qué pensamientos predominan, así podrá confrontarlos con la evidencia. Para confrontarlos se recomienda escribirlos y posteriormente cuestionarlos para poder ver los juicios erróneos. Cuando se han confrontado, y se observa que estos pensamientos eliminan la confianza en uno mismo, que hacen aparecer los sentimientos de culpa y le hace percibirse como fracasada, se desarrolla un pensamiento positivo, que vea toda la realidad. Para ello, por ejemplo, se puede fortalecer un pensamiento sobre una cualidad positiva concreta durante todo el día.

Debido a la relación que se establece en muchas pacientes entre la emoción y la comida, se recomienda realizar una reeducación de expresión de emociones. Sugieren escribir para expresar los sentimientos que querrían haber expresado en un determinado momento a algunas personas o realizar un ejercicio de imaginación donde perciba lo valiosa que es ella misma y se sienta querida. Las emociones se trabajan con terapias alternativas como arteterapia o risoterapia para trabajar la desinhibición.

Además de trabajar los aspectos cognitivos y emocionales, se debe cambiar la visión del cuerpo que tiene la paciente, por tanto, se debe afrontar la distorsión e insatisfacción corporales. La distorsión se puede reducir mediante la confrontación de sus percepciones erróneas con la realidad. La insatisfacción se trabaja mediante el reconocimiento de los límites corporales, el respeto a su propio cuerpo y el cuidado de este. El miedo a determinadas situaciones que va unido a la distorsión se trata mediante desensibilización sistemática, inoculación al estrés y exposiciones «en vivo». Mediante la primera técnica, se realiza una lista con situaciones ordenadas jerárquicamente de menos a mayor miedo. Posteriormente, se realiza relajación con ellas. Con la inoculación al estrés, a través de la imaginación se afrontan estas situaciones, creando respuestas alternativas que ayuden a disminuir la ansiedad. Para que, una vez disminuida la ansiedad, la paciente sea capaz de afrontarlas en la realidad, que se llevaría a cabo con la técnica de exposición «en vivo».

Si se presentan problemas relacionales, se procederá a su mejoría. Para ello, se trabaja la asertividad: la paciente aprende a escuchar a los demás y a expresarse sin criticar a los demás, además, de ser capaz de tomar decisiones por sí misma y ser capaz de reflexionar sobre lo que le dicen (CALVO, 2002).

Si bien se muestra la amplitud de técnicas aplicadas para el tratamiento de esta patología, hemos observado que existe falta de acuerdo en el tratamiento más eficaz para la AN y bajo porcentaje de pacientes que se curan, por lo que a nuestro juicio refleja falta de un conocimiento profundo de las causas de esta enfermedad.

3. Rasgos de personalidad y trastornos de personalidad en la AN.

3.1 Datos empíricos

Como hemos señalado anteriormente, en la génesis de la AN están implicados múltiples factores. Los rasgos de personalidad son considerados como un importante factor no sólo en la etiología de los TCA, sino también en su evolución y pronóstico (BORDA et al., 2011; CALVO, 2005; CHINCHILLA, 2003; GONZÁLEZ, UNIKEL, CRUZ & CABALLERO, 2003; MARTÍN, CANGAS, POZO, MARTÍNEZ & LÓPEZ, 2009; ROSSITER, AGRAS, TELCH & SCHNEIDER, 1993 citado en SANCHO, ARIJA & CANALS,

2008; WILFREY et al., 2000), además de estar implicados en su expresión clínica (GONZÁLEZ et al., 2003; SANCHO et al., 2008).

Los autores consideran que cuando estos rasgos de personalidad permanecen estables a lo largo de tiempo puede hablarse de un trastorno de la personalidad (TP; URABEL, RO, MARTINSEN, HOFFART & ROSENVINGE, 2010). Varios autores han confirmado la alta relación existente entre TP y TCA (BORDA et al., 2001; GODT, 2008; GONZÁLEZ et al., 2003; MARTÍN et al., 2009; DENNIS & SANSONE, 1997 citado en SANSONE, LEVITT & SANSONE, 2005; URABEL et al., 2010). Supuesta esta relación, entre los TP y los TCA puede considerarse que una prevención educativa en la formación de la personalidad pueda posiblemente evitar la aparición de los TCA y más concretamente de la AN.

Sin embargo, existen dificultades a la hora de determinar la naturaleza de esta relación mediante estudios empíricos (GONZÁLEZ et al., 2003), pues tanto los resultados como la interpretación varían debido a la diversidad de instrumentos que se utilizan para la evaluación de un TP, la variedad de modelos que se han creado para entender dicha relación (URABEL et al., 2010) o la falta de un criterio antropológico común en la definición de los TP. Autores como GONZÁLEZ et al. (2003) definen la personalidad como una «entidad completamente independiente», y otros autores como un «principio organizador de la psicopatología» (MILLON, T., GROSSMAN, MILLON, C., MEAGHER & RAMNATH, 2006 citado en MARTÍN et al., 2009). Más adelante volveremos a referirnos a estas dificultades. Estos últimos autores se plantean la posibilidad de que la relación que se establece entre TP y TCA pueda significar que un determinado TP muestre la forma de desarrollarse el TCA y así facilitar el pronóstico (BELL, 2002; BULIK, SULLIVAN, FEAR & PICKERÍNG, 2000; MATSUNAGA et al., 2000; JOHNSON & WONDERLICH, 1992 citados en MARTÍN et al., 2009).

Lo que sí muestran estos estudios son qué rasgos de personalidad están presentes en las pacientes con TCA, así como la proporción de TP existentes.

Según GODT (2008), el diagnóstico más común en el Eje II en pacientes con TCA es del Cluster C de TP, con una prevalencia total del 17'1%, el cual se caracteriza por la presencia de rasgos ansiosos y de inhibición (SANSONE et al., 2005). Dentro de este grupo, el trastorno evitativo de personalidad (TEP) es el que tiene mayor prevalencia (12'1%). Además, afirma que la prevalencia de TP es mayor en BN que en AN. Sin embargo, la baja prevalencia que se encuentra en este estudio difiere de

la mayoría de investigaciones, lo cual puede deberse a la muestra utilizada y a la entrevista aplicada. Así, GONZÁLEZ et al. (2003) al revisar otros estudios previos, estima que «la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de un 53% a 93%» (GARNER, 1993 citado en GONZÁLEZ et al., 2003; p. 3).

GONZÁLEZ et al. (2003) refiere la presencia de rasgos obsesivos, timidez, dependencia y ansiedad con variación de porcentajes en la muestra de casos. Entre un 69% y un 87% presentan un tipo de personalidad caracterizado por rasgos obsesivos, de inhibición y conformismo (VITOUSEK & MANKE, 1994 citado en GONZÁLEZ et al., 2003). Además, estos autores han afirmado la presencia de un «cúmulo de rasgos “neuróticos”» (p. 4), tras haber analizado el nivel de neuroticismo con el Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; EYSENCK & EYSENCK, 1975), por lo que consideran el término «neurosis» desde una concepción dimensional (VALLEJO, 2011). Otros estudios han confirmado una alta puntuación de neuroticismo en pacientes con TCA; GARLARSI, LEDEZMA, BORTOLI & CORRECHE (2009), estudiaron la correlación entre rasgos de personalidad de extroversión y neuroticismo y comportamientos característicos de un TCA, mediante la aplicación del EPQ, y llegaron a la conclusión de que existía correlación entre introversión y obsesión por la delgadez, y por otro lado, entre sentimientos de ineficacia y rasgos de personalidad neuróticos.

GONZÁLEZ et al. (2003), al revisar los estudios realizados sobre los rasgos más característicos en la AN, señala que el 30% presenta rasgos obsesivos, además de alto grado de conformismo, falta de iniciativa, y otros rasgos que hemos destacado en párrafos anteriores como son, tendencia a la inhibición y dificultades en la expresión emocional (CLONINGER, 1987; HERZOG, KELLER, LAVORI, KENNY & SACKS, 1992; STROBER 1980 citado por GONZÁLEZ et al., 2003). Estos estudios se han realizado con pacientes con AN controlado, por lo que estas características no están influidas por el deterioro físico y señalan claramente que forman parte de la personalidad de estas pacientes.

Estos mismos autores señalan las diferencias entre ANR y ANCP. Las pacientes con ANR puntúan más alto en introversión y las pacientes con ANCP en extroversión en el EPQ (EYSENCK & EYSENCK, 1975). Además, las primeras presentan obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social (GODT, 2008; SOHLBERG & STROBER, 1994 citado en GONZÁLEZ et al., 2003). Sin embargo, las segundas no presentan un perfil claro con rasgos precisos, lo cual podría deberse a que frecuentemente se produce una «migración» a otros TCA (URABEL et al., 2010).

GONZÁLEZ et al. (2003), además, expone que las pacientes con ANR, tras realizar una evaluación con el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, 1943), muestran perfiles que sugieren depresión (la más elevada), aislamiento social y ansiedad. Las ANCP presentan perfiles con mayor gravedad y, como hemos dicho, con menor precisión de rasgos, puntuando también en depresión y ansiedad.

No debemos olvidar la presencia de otros dos rasgos, perfeccionismo y baja autoestima, que han sido confirmados por múltiples estudios y se relacionan con los anteriormente citados (BORDA et al., 2011; HALMI et al., 2005). Borda et al., refieren que tanto el perfeccionismo como una baja autoestima correlacionan con la insatisfacción corporal, la cual a su vez se relaciona con la restricción dietética. Esta correlación explicaría la razón por la cual la autoestima de muchas mujeres depende de la apariencia corporal y de la evaluación que los demás realicen de ella. Además, HALMI et al. (2005) muestra la relación existente entre perfeccionismo y rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos. Siguiendo a CALVO (2002) se ha descubierto que estos rasgos frecuentemente forman parte de la sintomatología de las pacientes diagnosticadas con TCA.

Además de la baja autoestima, que manifiesta una distorsión en el conocimiento de sí mismo del paciente, CHINCHILLA (2003) refiere otras distorsiones cognitivas que se presentan comúnmente en estas pacientes, como son un «razonamiento dicotómico», ideas autorreferenciales, «pensamiento supersticioso», «magnificación o sobrevaloración del significado de las consecuencias de sucesos no deseados» (p. 63), abstracción selectiva, entre otros.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los anteriores estudios revisados se afirma que la presencia de estos rasgos de personalidad hace que «algunas mujeres jóvenes sean más propensas a desarrollar TCA a causa de acontecimientos precipitantes, como abuso físico y psicológico, sobreprotección, sobre-exigencia, control excesivo de su persona y la influencia de fenómenos ambientales» (GARLANSI et al., 2009, p. 6). Todo ello confirma de nuevo la multicausalidad de los TCA permitiendo ahora una aproximación a los factores más importantes.

Así, observamos que como principales factores individuales en el desarrollo de la AN se encuentran un conjunto de rasgos de personalidad que afectan tanto al nivel afectivo, como al cognitivo y al conductual de la persona; rasgos que por sus características, permiten una consideración de la motivación central de la persona y, por lo mismo, una consideración sobre el orden que estructura la personalidad de

estas pacientes. En el trabajo que ahora presentamos seguimos la definición de carácter propuesta por ECHAVARRÍA (2005): «el conjunto ordenado de los hábitos operativos prácticos (afectivos, cognitivos y conductuales)».

Refiriéndose a los TP más comunes en la AN, GONZÁLEZ et al., (2003), tomando por referencia a otros dos estudios (JOHNSON & CONNORS, 1987; SKODOLAE, 1992) muestra que el trastorno evitativo de personalidad es el más frecuente (14-16%), seguido del trastorno dependiente y el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, SANSONE et al., (2005), tras realizar una revisión de artículos publicados en psycINFO y PubMed, encuentran que el TP más frecuente en pacientes con ANR es el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (22%), seguido del evitativo; mientras que en pacientes con ANCP es el trastorno más frecuente es el trastorno límite (25%, aproximadamente) debido al alto nivel de impulsividad presente en estos trastornos, que además suele ir acompañado de otras adicciones.

A pesar de la evidencia de la relación existente entre TP y TCA, encontramos unos resultados muy variables respecto a cuál sea el TP más frecuente, Entendemos que esta variabilidad puede ser debida a las limitaciones a las que están sujetos la mayoría de estudios empíricos, estudios de pacientes con TCA en tratamiento, diferencias de resultados en los escasos estudios longitudinales que se han realizado, diversos instrumentos de evaluación, diferentes edades y duración del trastorno, etc. Sin embargo, en la investigación que venimos realizando sobre los diversos estudios de TCA (y especialmente de AN) nos parece descubrir que la mayoría de los rasgos de personalidad propios de este tipo de pacientes son los rasgos de personalidad que corresponden a los tres TP más frecuentes. Además, cabe destacar que los estudios que han investigado esta relación con pacientes en tratamiento, refieren una disminución tanto del TCA como del TP, lo que nos lleva a estudiar más profundamente esta relación en los siguientes apartados.

Al analizar los rasgos de personalidad característicos de estos trastornos hemos podido observar la similitud con los rasgos previamente señalados. Así, ESBEC & ECHEBURÚA (2011), revisando la descripción de TP que se realiza en el DSM-IV-TR (APA, 2000) señalan que el trastorno límite de personalidad se caracteriza por labilidad emocional, autolesiones, miedo a la pérdida, ansiedad, baja autoestima, depresividad, hostilidad, agresión, impulsividad y propensión a la disociación. El trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad por perfeccionismo, rigidez, perseveración, ansiedad, pesimismo, culpa o vergüenza, afecto restringido y negativismo. El trastorno evitativo de personalidad por ansiedad, miedo a la pérdida,

pesimismo, baja autoestima, culpa o vergüenza, evitación de intimidad, aislamiento social, afecto restringido, anhedonia, desapego social y aversión al riesgo. Se observa que muchos de estos rasgos están presentes formando parte de la personalidad de las pacientes con TCA, y más en concreto con AN. Los rasgos muestran un aspecto o hábito del carácter, y su conjunto conforma aquello que ECHAVARRÍA (2005) entiende por carácter, realidad que en muchas ocasiones se confunde con lo que se conoce como «personalidad» del paciente o individuo.

Una vez llegados a este punto de nuestro trabajo, y para avanzar en nuestra argumentación, quisiéramos ahora, siguiendo a ECHAVARRÍA (2005), proponer una relación entre los «trastornos de personalidad», tal como se definen en la Psicología contemporánea, con las «enfermedades del alma» de las que habla santo Tomás de AQUINO:

Como dice santo Tomás: «se puede hablar de enfermedad en el alma a semejanza de la enfermedad del cuerpo. [...] se dice que hay una enfermedad en el alma cuando está impedida en su operación propia, por el desorden de sus partes» (2001, I-II q. 77 a. 4 in c). Y estas enfermedades del alma afectan a la persona en modo más profundo que las enfermedades corporales. Son auténticos trastornos de la personalidad, pues la tocan en aquello que es más propio suyo como persona. Por ello pueden ser causa de síntomas que alcanzan, partiendo desde lo hondo, todos los niveles de la persona, también el cuerpo y las facultades sensitivas, como se ve en las neurosis (p. 179).

Santo Tomás enseña que la operación ordenada de la razón es el centro de una personalidad equilibrada y normal. Por lo que una personalidad desordenada (especialmente en la afectividad) conllevará una alteración en el juicio de la razón, y por tanto, que la persona realice razonamientos erróneos e incluso actúe contra la propia razón desviándose del fin último verdadero, y quedando desorganizada la estructura de su alma al sustituir el fin verdadero por un bien limitado. Pero esta idea la desarrollaremos en apartados posteriores.

Por tanto, para llevar a cabo una comparación de los rasgos descritos, procedemos a nombrarlos y resumirlos a continuación para mostrar una síntesis de las actitudes y comportamientos que hemos ido desarrollando.

Los rasgos de personalidad característicos en las pacientes con TCA, y más en concreto con AN son: distorsiones cognitivas entre las que destaca el perfeccionismo y la baja autoestima asociada a un bajo concepto de su físico, obsesiones, que se producen al intentar negar la necesidad de comer y que les lleva

a un mayor control. Control que ejercen en todos los ámbitos de su vida, para poder confirmarse a sí mismas que valen, junto con manipulación. Además, presentan rigidez de pensamiento y alto grado de conformismo. Junto a la sensación continua de fracaso que surge del deseo de ser las más perfectas en todo experimentan una profunda insatisfacción, que se transforma en ansiedad y en una búsqueda frustrada de sentido que deriva en adicciones. Desean eliminar todo malestar de su vida y evitan todo tipo de responsabilidad. Su estado de ánimo es variable (labilidad emocional), y se caracteriza por explosiones de irritabilidad. Respecto a las relaciones sociales, muestran inseguridad, se sienten amenazadas, evitan la intimidad y pueden llegar a aislarse, además de padecer anhedonia.

En el siguiente apartado, procedemos a desarrollar el concepto de neurosis desde ADLER (1993) y ALLERS (1957), por la semejanza que nos parece descubrir entre en la descripción de los factores anteriormente citados y con la descripción que propone ADLER del «carácter neurótico», así como los interesantes estudios que el mismo autor propone sobre su etiología.

3.2. Relación con la neurosis en Adler

Existe un gran desacuerdo entre los distintos autores a la hora de definir el término neurosis; además se atribuye multiplicidad de formas clínicas a este término: neurosis de angustia, fóbica, histérica y obsesiva (VALLEJO, 2011), a los cuales se les atribuía una causa psíquica (ECHAVARRÍA, 2005).

Hemos considerado adecuado estudiar a un autor como ADLER (1993), porque mediante la definición de «carácter neurótico» como «conjunto de rasgos» que organizan la personalidad del individuo, nos parece encontrar una gran semejanza con los rasgos de personalidad propios de las pacientes con TCA.

ADLER (1993), al considerar la importancia del fin como motivación principal de las acciones humanas (ECHAVARRÍA, 2005), unifica y da sentido a la estructuración del carácter. Es en este sentido que nos parece descubrir una relación entre TP y TCA: «Si se conoce el objetivo de un hombre y se conoce también medianamente el mundo, se sabrá asimismo lo que pueden significar sus movimientos expresivos y se podrá entender su sentido como una preparación para ese objetivo» (ADLER, p. 24).

ADLER (1993) considera que el origen de la organización de un carácter neurótico se da cuando el individuo centra toda su vida en la consecución de un falso ideal, o

«ficción directriz». Así las elecciones propias del carácter neurótico irán orientadas a este falso fin. A esta estructuración del carácter neurótico ADLER la denomina «sustancialización», pues el fin que se ha creado es inalterable para el individuo, que lo lleva a apartarse de la realidad voluntariamente, y refuerza los rasgos de carácter, siendo este fin el «principio cristalizador» de estos rasgos. En la base, se encuentra un sentimiento de inferioridad, que el individuo intenta compensar al dirigir su afecto al fin ficticio, el cual adquiere fuerza en el individuo por el desorden egocéntrico que se relaciona con el sentimiento de inferioridad.

A nuestro juicio, en la teoría de ADLER (1993) se encuentran ciertas limitaciones al considerar que el fin verdadero sería desarrollar el «sentimiento de comunidad» en compensación al egoísmo. Además, afirma que no es posible que el individuo realice conductas que no estén orientadas al fin principal, por lo que no tiene en cuenta que se pueda actuar con deliberación contrariamente a la tendencia al fin verdadero. No distingue con claridad la diferencia existente entre la simple disposición y el hábito, y cómo se va constituyendo el fin a partir de estas disposiciones afectivas anteriores, las cuales se pueden o no cambiar a hábitos difícilmente móviles y formar un carácter totalmente vicioso (ECHAVARRÍA, 2005).

A pesar de estas limitaciones, la teoría de ADLER (1993) permite una aproximación a las características propias del neurótico, y la relación existente entre los desórdenes afectivos y cognitivos.

Una de las características del neurótico son las distorsiones cognitivas que irán acompañadas de desórdenes afectivos y comportamentales. El neurótico intenta construir una estructura ideal frente al sentimiento de inferioridad que le hace focalizar toda su atención en un defecto propio; en este proceso se agudiza la sensibilidad y se hace excesivamente cuidadoso, para prevenir todas las posibles consecuencias de un acto, actitud ésta que le lleva a intentar controlar todo lo que hay a su alrededor. Al intentar influir en todo, se vuelve más desconfiado consigo mismo y con los demás, lo que le lleva a realizar conductas que demuestren su superioridad, para sentirse seguro. (ADLER, 1993). ECHAVARRÍA (2005) las relaciona estas características con un desorden a nivel sensitivo, en los sentidos internos: la imaginación, la cogitativa y la memoria. Más adelante, al desarrollar algunas propuestas de la vida moral según santo Tomás DE AQUINO, explicaremos más detalladamente esta afirmación.

ADLER (1993) afirma que la ficción directriz que se crea el neurótico llega a afectar a la memoria, por lo que ordena sus recuerdos en orden al esquema que ha formado y no se apartará de él. ADLER dice que:

Hasta que no se hayan desbaratado sus dispositivos y su plan neurótico de vida, el individuo continuará siendo juguete de sus sensaciones y afectos –situación que se complica más, pues aquellos dispositivos y rasgos de carácter, al negar el sentimiento de inferioridad estimulan su neurosis: orgullo, envidia, avaricia, crueldad, valor, sed de venganza, ira, etc., y en último término la ambición con su acción paralizante. (p. 63)

Orientados al fin ficticio son los rasgos primarios, que se diferencian de los rasgos subalternos orientados a la línea directriz, es decir, de los rasgos primarios derivarían el resto de rasgos. El fin falso par ADLER (1993) es lo que llama el «sentimiento de personalidad» o «voluntad de poder», el cual radica en el orgullo (citado en ECHAVARRÍA, 2005). Para ADLER, el neurótico «lo quiere todo», por lo que las principales características de personalidad serán la vanidad, el egoísmo, la avaricia y la envidia, seguidos de otros rasgos como el afán de dominio, malicia, coquetería, autoritarismo. Siendo la extrema voluntad de poder lo que llama ADLER el «afán de divinidad».

Así, por el deseo de eliminar el sentimiento de inferioridad, el neurótico pone como objetivo la propia superioridad, bajo la que se ordenan el resto de rasgos. Así lo indica MANRESA (2012) al explicar la neurosis en ADLER (1964; 1993): «afirma que el origen de la neurosis se encuentra en una reacción inconsciente a una vivencia de inferioridad no superada». Este sentimiento de superioridad también se puede expresar en forma de retraimiento, cuando el neurótico se ve en peligro de manifestar su propia debilidad:

Finalmente, la crisis neurótica, a la que puede compararse con la lucha por el poder, tiene la misión de preservar el sentimiento de personalidad de una amenaza de humillación y depreciación. (ADLER, 1993, p. 45)

De ahí que el neurótico se nos presente, por lo regular, como un individuo orgulloso, egotista, envidioso y ávaro, que en todo momento pretende deslumbrar, ser él el primero, y que, no obstante, tiembla ante la posibilidad de un fracaso y retrocede atemorizado ante la necesidad de tomar una decisión. (ADLER, 1993, p. 48).

MANRESA (2012) ha realizado un interesante estudio comparativo, en el que relaciona los síntomas característicos de los TP del Cluster B con las características del «carácter neurótico» definido por ADLER (1993) y la vanagloria descrita por santo

Tomás (2001, II-II q. 132). Esta autora, explica cómo sin desatender las causas biológicas, el factor principal en la etiología de los TP es psicológico y moral. Por lo que la educación y la sociedad tienen un papel importante en su génesis.

Siguiendo a MANRESA (2012), procedemos a desarrollar las características que forman parte del carácter neurótico y que están presentes en los TCA.

El sentimiento de inferioridad se relaciona con baja autoestima, alto grado de conformismo y falta de iniciativa, con introversión (o timidez) que llevaría a un debilitamiento de la personalidad. Una autovaloración muy escasa se relaciona con las distorsiones cognitivas relacionadas con la imagen corporal, con la inseguridad en las relaciones sociales y la inestabilidad del estado de ánimo (o labilidad emocional). Esta inestabilidad del estado de ánimo junto con las explosiones de irritabilidad también se relacionan con el infantilismo del que trata ADLER (1993), con esta característica también asociamos la búsqueda continua de novedades y la impulsividad. La inseguridad consideramos que se asemeja al control que ejercen para confirmarse a sí mismas que valen, al igual que la inseguridad en las relaciones sociales, las conductas de evitación tanto pasiva como activa y la ansiedad, angustia y dependencia. La pérdida de contacto con la realidad por el fin ficticio de la que trata ADLER se relaciona con las distorsiones cognitivas y perfeccionismo. Las llamadas de atención, rigidez de pensamiento, conductas autolesivas, deseo de no crecer y miedo a engordar y madurar, deseo de eliminar los problemas se asocian a lo que Adler refiere como evitación de responsabilidad, no asunción de culpa, desconfianza en sí mismo y en los demás, así como deseo de exclusividad y protección ante el mundo. El deseo de ser «la más perfecta» en todo, que sería la característica que se considera como perfeccionismo, la cual hemos relacionado con la pérdida de contacto con la realidad, también consideramos que se asemeja al afán de hacerse valer y la realización de acciones que dependerá de que otros les vean.

Tras haber realizado esta comparación, observamos la semejanza existente entre los rasgos estudiados para los TCA y el conjunto de rasgos que conformarían el carácter neurótico como tal. Al realizar esta comparación nos parece descubrir la importancia del fin ficticio en la formación de un carácter vicioso como el que parece encontrarse en las pacientes con AN, siendo las conductas alimentarias patológicas expresiones de este carácter y expresión de los vicios predominantes en este, los cuales estudiaremos posteriormente. Llegados a este punto nos parece llegado el momento de poder afirmar que en la mayoría de las descripciones de pacientes con

AN se descubren muchos de los rasgos del carácter neurótico descritos por ADLER (1993) y, además que en las descripciones de los rasgos de personalidad de pacientes con An se advierte como factor central un amor desordenado de sí, del cual derivan otros rasgos de personalidad como la vanidad, el egoísmo o la avaricia.

Pero antes, en el siguiente apartado, presentamos un resumen de la teoría de ALLERS (1957) sobre la neurosis; teoría que no sólo amplía la teoría de ADLER (1993) sino que, a nuestro juicio, además corrige algunas de sus limitaciones.

3.3. Relación con la neurosis en Allers

Al igual que ADLER (1993), ALLERS (1957) pone el origen de la neurosis «en la rebelión contra el orden objetivo de la realidad, y en el deseo desordenado de la propia excelencia,...se ha reformado la razón para que no se contraponga a la sensualidad» (ECHAVARRÍA, 2005, p. 456).

Previamente a presentar esta teoría, resumimos las principales ideas de ALLERS (1957) respecto a la formación y desarrollo del carácter. La razón de ello se encuentra en la proximidad de las ideas Allers con la visión antropológica en la cual quiese sustentarse el presente trabajo, y por lo mismo, en su cercanía a lo que nosotros entendemos que es la verdad de la cuestión.

En la Psicología contemporánea, ALLERS (1957) es uno de los pocos autores que ha sabido definir el carácter diferenciándolo de la persona, afirmando la posible variabilidad del carácter a lo largo de la vida de una persona, sin que el núcleo personal cambie. Considera que el carácter es «la máxima general de las acciones» o, como también lo llama, «el acto de aprehensión del valor, como objeto de ese acto» (p. 39), por lo que si queremos conocer esa máxima, los motivos que impulsan a un hombre, lo haremos a través de su «hacer diario», sus acciones habituales. Considera que el hombre es portador de un valor, el cual se fundamenta en el saber de lo que «debería y puedo ser» y el ideal que nos formamos en base a la experiencia. Si bien ALLERS afirma que la constitución de una persona influye en la manera en cómo se presenta ante él el mundo, no es causa de un tipo de carácter, sino que considera que será la primera experiencia vivida, que aunque inconsciente forma la base de la formación del carácter. La experiencia, la educación que reciba el hombre, la cultura en la que se desarrolle, en conjunto, las situaciones vividas son un papel predominante en la formación del carácter.

Como dos rasgos fundamentales en el ser humano, ALLERS (1957) refiere la «voluntad de poderío» o afirmación del propio ser y la voluntad de comunidad. La primera, si no se ordena, se extendería «desenfrenadamente», coartándola mediante el contorno y la voluntad de comunidad. Pero si se halla rectamente dirigida, tiende al perfeccionamiento de la propia persona. Se relaciona con la voluntad de comunidad en cuanto que la voluntad de poderío se corrige mediante la voluntad de comunidad; es decir, del amor al prójimo, que, a su vez, sólo será posible si uno se ama a sí mismo. De ello se hablará en el siguiente apartado.

Para ALLERS (1957) en todo niño predomina una inseguridad, basada en la constitución del contorno que rodea al niño o en la imagen que el niño de ese contorno se hace. Así, en la niñez, se da una primera oposición a la voluntad de poderío, dado que esta inseguridad hace que el niño necesite de protección, lo cual, con respecto a la voluntad de poderío, supone cierta inferioridad; de ahí que, como afirma Allers los niños experimente cierta «vivencia de minusvalía». Esta vivencia podrá aumentar debido a la constitución (conocer los propios límites) de cada hombre o a la posición del contorno; pero, a la vez, esta minusvalía acrecienta la voluntad de poderío, fenómeno al que ya ADLER (1993) denominaba «compensación». Entre las situaciones que pueden aumentar esta inseguridad se dan el lugar que ocupa el niño en la familia y el sexo. Como veremos más adelante, la familia, en tanto que primer encuentro con la sociedad es un factor muy importante en el desarrollo del carácter del hombre.

ALLERS (1957) destaca la fantasía y la creación de un mundo ficticio por parte de los niños y los jóvenes como mecanismo de huida de una realidad desagradable, y formación de una realidad en la que todo acontece de acuerdo con los deseos del niño. «Es propio de la naturaleza del hombre no contentarse con una simple corrección de las circunstancias de la vida que le oprimen y angustian, apetecer aún más, no sólo una compensación, sino una sobrecompensación». Frente a esta huida, se presenta la voluntad de comunidad con la inclinación a asumir libremente las leyes de la realidad. La comunidad es el lugar donde el niño puede cambiar las fantasías y acercarse a la realidad. La principal correlación con esta inseguridad, que puede permanecer inconsciente, pero a la vez revelándose de distintas formas como la timidez o el apocamiento, es la angustia. La angustia se presenta cuando la situación es insegura (o el hombre lo estima así). Esta angustia aumenta cuando el hombre no se siente a la altura, y siente amenazada su vivencia de valor propio. Como consecuencia de la angustia pueden surgir manifestaciones de poder (muchas veces enmascaradas), como por ejemplo, en el niño, cuando muestra su

debilidad para «forzar» la ayuda de los demás, o cuando miente por temor al castigo, pero sobre todo al hacer lo prohibido y luego ocultarlo, considerándose con un secreto poder. Este deseo de lo prohibido manifiesta la debilidad para realizar una rebelión declarada. Junto con la rebelión y el desaliento aparece la terquedad (o «resistencia pasiva») frente a las órdenes recibidas. Sobre esta rebelión ALLERS dice:

Siendo esta rebelión acto de confirmación del valor propio, lo que demuestra que para que el hombre busque la verificación de su persona y la confirmación de su valor propio en la línea de los valores negativos, de la rebelión y la disociabilidad, tiene que haber perdido ya la confianza en lograr ese objetivo en la dirección positiva, en la del rendimiento (p.150).

Esta rebelión — a la que ALLERS (1957) aquí se refiere — sería una manifestación del déficit y de los errores en la educación. Si no se fortalece el valor propio y el conocimiento de su verdadera posición en el mundo y en la realidad, el hombre al no conocer su valor propio deseará adquirir una posición sobre los demás; posición que sólo considera poder conseguir mediante la confirmación desde fuera de que es algo, alzándose sobre los demás o desvalorizándolos.

Si por el modelo predominante en la familia, en la adolescente nace el deseo de no abandonar la postura de la infancia por la visión del padre como figura nociva que desvaloriza a la figura de la madre, puede darse que esa adolescente desespere en conseguir el ideal de carácter que deseaba y como consecuencia, se incline a la rebelión y desprecio por el propio sexo. Teniendo en cuenta que la educación en la familia puede llegar a ser un factor predisponente en los TCA y más concretamente en la AN, a nuestro juicio, esta rebelión que ALLERS (1957) expone, es aquello a lo que CALVO (2002) se refiere analizando las consecuencias de uno de los «estilos educativos» que predisponen a la AN: la «relación simbiótica con uno de los padres» (p. 89) que lleva a la adolescente a sentirse inútil y sin valor propio. De este modo, la AN podría entenderse también como una expresión de esta rebelión interior. Esta idea la desarrollaremos más adelante, pues ALLERS también la considera.

La rebelión se presenta como consecuencia de la «absolutización» de la propia persona, quien se rebela contra todo lo que le une a la realidad, y se puede presentar también como un aislamiento en cualquier dimensión de la vida del hombre. Este aislamiento, que puede darse de muchas formas, es también propio de la AN.

La rebelión, actitud central del carácter neurótico, juega un papel importante en la AN. De ahí que, en último término, pueda establecerse una relación entre el carácter neurótico y la AN. Más adelante, y atendiendo a aquello que dice ALLERS (1957) cuando dice que «con esas impresiones de la infancia puede enlazarse toda una serie de evoluciones que en sus formas extremas parecen claramente morbosas» (p. 174), intentaremos argumentar con más detalle nuestra afirmación.

Continuando con la teoría de ALLERS (1957) sobre la formación del carácter neurótico señalaremos que este autor entiende que el deseo de aprecio es natural en el hombre; pero que si se desarrolla en la línea de la voluntad de poderío (y no de comunidad) puede derivar a formas de carácter patológicas. ALLERS distingue varias actitudes propias del deseo desproporcionado de poder: la ambición; es decir, un deseo de éxito que hace crecer al hombre en la idea de estar en competencia con los demás, deseando para sí especialmente aquellos éxitos que obtienen los demás. Cuanto mayor sea este deseo de éxito, más dependencia habrá de los éxitos inmediatos y más fuertemente se evitará tanto el fracaso como la vergüenza que el fracaso conlleva y las situaciones que puedan conducir al fracaso.

Si en la infancia se empieza a formar una base de carácter neurótico, en la pubertad se constituye un cierto carácter que perdura después de la adolescencia. La relación entre el inicio de la AN y las transformaciones en el carácter propias de esta etapa es evidente. En la pubertad el adolescente se forma la idea del mundo, desde el propio conocimiento, lo que ALLERS (1957) denomina «el encuentro del yo». Esta búsqueda del yo se caracteriza por la inseguridad (a veces disimulada) y por tanto, por la aparición de nuevos conflictos; pero se da también el crecimiento del sentimiento de sí mismo, por lo que somete a prueba todo, y en especial se hace difícil el concepto de autoridad. Pero puede suceder que no se produzca este aumento del sentimiento de sí mismo, sobre todo cuando el adolescente está desanimado, lo cual frecuentemente se da en las pacientes con AN. Cuando el adolescente se deja llevar por el desánimo, se dan síntomas sexuales como la exacerbación, perversión y en ocasiones supresión del impulso (que ALLERS considera que son formas de rebeldía y oposición), que acompañan a la timidez, el aislamiento y la depresión, entre otras manifestaciones. Muchas de estas acciones constituyen para la adolescente un medio de defensa. Ante este hecho Allers aporta una novedosa visión. Considera que la mayoría de las veces es importante preguntar qué ocurriría si aquellas conductas no se dieran; es decir, qué consecuencias positivas está teniendo esa conducta, a pesar del sufrimiento que conllevan. Esta aportación de ALLERS nos induce a preguntarnos si las conductas de

desorden alimentario no pueden ser una conducta que evita o elude un problema todavía mayor para las adolescentes.

Resumiendo y sintetizando las ideas de ALLERS (1957) puede decirse que el carácter neurótico surge como un «conjunto de fenómenos conexos por su esencia» (p. 288), por la exageración de rasgos que se derivan de la voluntad de poderío o idea de autoafirmación y la inseguridad existente en toda persona, pudiéndose dar varios tipos de neurosis en un mismo individuo, pues la enfermedad en el fondo es la misma, pero variará dependiendo de las situaciones y experiencias del individuo. Según ALLERS, las principales características del carácter neurótico son: la angustia, la rebelión y la inautenticidad (entre el ser de la persona y su conducta y la renegación de su propio ser, tal y como se da en las AN). Y el principal impulsor, un desordenado amor a sí mismo y de la propia excelencia, («egocentrismo»), así como la rebelión contra el orden objetivo de la realidad.

Los rasgos del carácter neurótico que explica ALLERS (1957) coinciden con los rasgos que presenta el carácter de las pacientes con TCA. En este desarrollo de este trastorno, tal y como ya se afirmó anteriormente, es central la propia consideración como poco valiosa (CALVO, 2002). Esta baja autovaloración conduce a la adolescente a la búsqueda del éxito por la delgadez, y obtener así la admiración de los demás. Ello coincidiría con lo que Allers afirma ser un deseo desordenado de la propia excelencia y ambición, y que con lo que otros autores contemporáneos denominan perfeccionismo (BORDA et al., 2011; CALVO, 2002; GONZÁLEZ et al., 2003; HALMI et al., 2005). La desvalorización de sí mismo se define en la Psicología contemporánea como baja autoestima (BORDA et al., 2011; HALMI et al., 2005) y correlaciona con la distorsión de la imagen corporal, que esconde la voluntad de poderío de la que habla ALLERS, como egocentrismo que se manifiesta de distintas formas: mediante otras distorsiones cognitivas, como ideas autorreferenciales, o magnificación del significado de los sucesos (CHINCHILLA, 2003), rigidez de pensamiento, obsesiones, compulsividad y continuo intento de control en todos los ámbitos de su vida (GONZÁLEZ et al., 2003), así como la frustración al no poderlo conseguir. La angustia a la que se refiere ALLERS se relaciona con la inseguridad que se da en estas personas por el temor de fracasar en una situación, con la evitación que se manifiesta en el aislamiento social (GODT, 2008; SOHLBERG & STROBER, 1994 citado en GONZÁLEZ et al., 2003), con la tendencia a la inhibición y con la deficiencia en la expresividad emocional (CLONINGER, 1987; HERZOG, KELLER, LAVORI, KENNY & SACKS, 1992; STROBER 1980 citado en GONZÁLEZ et al., 2003). Son todas ellas manifestaciones del egocentrismo y la inautenticidad que llevan a la

paciente a vivir de modo ficticio para mantener su poder en contra de la realidad. Esta inautenticidad también se refleja en la inestabilidad emocional y en los cambios de ánimo. La profunda rebelión (ALLERS) se esconde en las conductas características del desorden alimentario, por las que se atenta contra la propia vida, y por lo mismo, contra la finitud e impotencia de la propia existencia.

Como prevención y terapia del carácter neurótico, además de la sanación de orden sobrenatural, ALLERS (1957) propone la reeducación en determinadas virtudes morales.

En el siguiente apartado proponemos una comparación fenomenológica muy particular para fundamentar una propuesta concreta sobre la etiología de la AN. En puntos anteriores se han ya expuesto resumidamente aquellas descripciones de los TCA y de la AN que nos proporcionan las descripciones de la Psicología contemporánea. En nuestro trabajo hemos intentado, además, hacer una comparación entre éstas descripciones y las descripciones del carácter neurótico; al realizar esta comparación hemos descubierto una relación fenomenológica entre el carácter neurótico y los TCA que nos parece estar basada particularmente en las consecuencias de un fracaso educativo. A continuación, en el apartado siguiente, queremos avanzar un paso más y realizar ahora una nueva comparación entre las descripciones de los TCA, especialmente de la AN, y las descripciones que facilita santo Tomás DE AQUINO (2001) sobre las manifestaciones conductuales de algunos vicios morales. Al realizar esta comparación no queremos olvidar que santo Tomás de Aquino no se limita sólo a un análisis psicológico de las realidades humanas que estudia, sino que profundiza y penetra en una dimensión ética que no queda atendida en las descripciones psicopatológicas contemporáneas. Es por esta razón que hay que advertir que la comparación que a continuación proponemos no podrá ser un estudio comparativo perfecto.

4. Antropología aristotélico-tomista

ALLERS (1957) llegó a entender siguiendo a santo Tomás (2001, I-II, q. 77) que en el hombre la causa principal del desorden psicológico-moral se encuentra en el amor desordenado de sí. Santo Tomás muestra que el amor desordenado de uno mismo, lleva a apetecer desordenadamente un bien transitorio. Este desorden recibe el nombre de concupiscencia. Y se refiere al desorden presente en todas las potencias del alma en cuanto destituidas del orden de la razón. Por lo que, como afirma

ECHAVARRÍA (2005) «así como el egoísmo es el principio *subjetivo* del desorden del carácter, el bien aparente perseguido para uno — el fin — es el principio *objetivo*».

Santo Tomás (2001, I-II, q.1) considera la importancia del fin último como principio del recto obrar humano, y por ello, de la estructuración de un carácter virtuoso. Así como el fin juega un papel importante en la formación de la virtud, la consecución de un falso fin es fundamental en la formación del vicio (ARISTÓTELES, 1985, libro VI). Tanto ARISTÓTELES como santo Tomás (2001, I-II, q.5) consideran que el apetito de fin es innato, pero en qué consiste la felicidad no se le aparece a los hombres como inmediatamente evidente, por lo que a cada uno se le aparece de acuerdo a su disposición afectiva (ECHAVARRÍA, 2005). Cuando el hombre se equivoca persiguiendo fines falsos y erróneos adquiere vicios.

Santo Tomás (2001, I-II, q.77) pone la base de todo desorden en el amor desordenado de sí mismo y el deseo desordenado de la propia excelencia, que sería una soberbia incipiente, a la cual se la considera como raíz de todo vicio. La virtud que modera este apetito de propia excelencia es la humildad, que es la base del edificio de todas las demás virtudes. Esta virtud es definida por ECHAVARRÍA (2005) como «una disposición positiva de la afectividad respecto del verdadero orden en el grado de perfección, por el que se reconoce con objetividad el propio carácter creatural» (p. 331). Es decir, quien es humilde se conoce a sí mismo y conoce su lugar en la creación, se reconoce como un bien y conoce sus cualidades y defectos. Junto con la humildad, para santo Tomás, la justicia tiene un papel también muy importante en la adquisición de las virtudes morales. Como todas las virtudes morales también la justicia tiene su lugar propio de aprendizaje y adquisición, la familia y la vida social humana. Si la humildad tiene un papel central en la formación de la virtud, el amor desordenado de sí es el eje central en la formación del carácter neurótico, como afirmaron ALLERS (1957) y ADLER (1993) al igual que santo Tomás (aunque éste no se refiera concretamente a la «neurosis»). Este desorden proveniente del pecado natural, si no se ordena por la educación en la infancia puede llevar a consecuencias más graves en el carácter, que serán los vicios y sus efectos consecuentes. Siguiendo a santo Tomás de Aquino, ECHAVARRÍA (2005) lo explica del siguiente modo:

Algo parcialmente similar sucede con los niños antes del uso pleno de razón: sus inclinaciones naturales pueden ser dispuestas en determinada dirección a través del recuerdo del placer y el dolor, a los que son muy sensibles, y que producen amor o temor. Pero con la importante diferencia de que se trata ya de verdaderas personas, que deben ser tratadas y respetadas como tales, y que este acostumbramiento inicial se ordena a la

formación de un carácter humano y, con el advenimiento del uso de razón (al que debe preparar), por incipiente que sea, se transforma en una auténtica educación del carácter, fundada en el intelecto y la voluntad. Esto no quita que esta habituación inicial sea importante, porque puede orientar el temperamento del niño en una dirección que facilite luego la educación conciente y voluntaria — o que la impida, formando disposiciones viciosas o patológicas —. Así, el niño se va disponiendo a través de la formación que recibe de sus padres y de los otros adultos, y va adquiriendo capacidades que en ese momento todavía no puede apreciar en su racionalidad, como sucede con la adquisición del lenguaje (p. 174).

En la primera infancia es fundamental que la persona reciba de los padres la confianza afectiva adecuada y una educación orientada a adquirir y ejercitar las virtudes de la fortaleza y de la magnanimidad (ECHAVARRÍA, 2005), siendo estas dos virtudes muy importantes en la prevención del carácter neurótico y de un posible TCA. Por falta de educación en estas virtudes y por la influencia negativa de falsos modelos sociales, las niñas por un deseo desordenado de la propia excelencia quedan como predispuestas a actitudes propias del *vicio de la vanidad* cuyas manifestaciones (lo que santo Tomás denomina «hijas») son: jactancia, hipocresía, disputa, pertinacia, discordia y afán de novedades. Así como también otros vicios conectados a la vanidad: presunción, ambición, envidia y avaricia, los cuales se adquieren por repetición de los actos propios de estos vicios. Pues, como dice santo Tomás (2001, I-II, q.45. a.2), la vanidad surge inmediatamente de la soberbia al ser la gloria cierta manifestación del bien que es honrado por todos, y por tanto, uno de los bienes que lleva al hombre a adquirir la excelencia. Al ser la propia gloria y excelencia un bien tan apetecible, de este deseo desordenado se originan muchos vicios, los cuales acabamos de nombrar.

Si relacionamos estos vicios con las características del carácter neurótico, — a pesar de las diferencias terminológicas, si bien la terminología de santo Tomás es cercana a la utilizada por ALLERS (1957) y ADLER (1993), aunque este último no distinguiese adecuadamente los vicios de la ambición o vanidad de otros (ECHAVARRÍA, 2005) —, y con los rasgos de la personalidad premórbida de pacientes con AN, podemos descubrir algunas semejanzas existentes en el transcurso de los TCA.

Que estas pacientes se consideren como poco valiosas (CALVO, 2002), o como describen otros autores, con poca autoestima (BORDA et al., 2011; HALMI et al., 2005) puede indicarnos una vanidad encubierta, en cuanto es humildad en modo ficticio (ADLER, 1993) o pusilanimidad (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.133,

a.1), vicio que posteriormente trataremos. El perfeccionismo y la búsqueda de éxito mediante la delgadez (BORDA et al., 2011; CALVO, 2002; GONZÁLEZ et al., 2003; HALMI et al., 2005), se relaciona con la vanidad, el afán de novedades (tiende a sobresalir por los hechos que realiza), pertinacia (se aferra a la propia opinión y persevera en su propósito hasta alcanzar la victoria), discordia (no querer ceder ante la voluntad de los demás), (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.131, a.5) y la ambición, que es el apetito desordenado de honor (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.131, a.1) y la presuntuosidad (sobreevaluación de las capacidades de uno mismo). La magnificación del significado de los sucesos (CHINCHILLA, 2003) se relaciona con la hipocresía, que es gloriarse de hechos que son ficticios, así como las ideas autorreferenciales que junto con la hipocresía también se relacionan con la jactancia. La rigidez de pensamiento (GONZÁLEZ et al., 2003) se relaciona con la excesiva confianza en sí mismo y con la pertinacia, la discordia, la desobediencia (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.131, a.5), en cuanto pone su voluntad como norma, apoyándose en su propio juicio aunque no sea verdadero, sin dejar paso a la realidad, por lo que las obsesiones también se relacionan con estos vicios, además de reflejar el objeto hacia el que tiende el principal desorden en la persona, la frustración al no poder conseguir sus objetivos se relaciona con la desesperanza y la tristeza (santo Tomás DE AQUINO, I-II, q.35, a.8) de las que luego hablaremos, así como la angustia con la tristeza, aunque se relaciona también con el temor, como señala ECHAVARRÍA (2005) al considerar que para la persona el temor mismo es un mal presente y por eso siente tristeza.

Otras características de la personalidad de las pacientes con AN son la tendencia a la inhibición y la deficiencia en la expresividad emocional (CLONINGER, 1987; HERZOG et al., 1992; STROBER, 1980 citado en GONZÁLEZ et al., 2003) que se relaciona con la pusilanimidad y con la envidia. Esta pusilanimidad también se relaciona con los cambios de ánimo y la inestabilidad emocional, que se muestra con irritabilidad cuando se siente amenazada (CALVO, 2002) debido a la debilidad del ánimo y falta de fortaleza que caracteriza al pusilánime (santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q. 133, a. 1). Las manifestaciones de la envidia muestran que la vanidad y la pusilanimidad pueden ir juntas, así dice santo Tomás (2001, II-II, q.36, a. 4, p. 323): «Los que aman los honores son más envidiosos. Y de modo semejante también los pusilánimes son envidiosos, porque todo les parece grande, y por cualquier bien que le suceda a alguien les parece que han sido superados en mucho.»

Esta descripción de la pusilanimidad nos acerca a lo que anteriormente ALLERS (1957) y ADLER(1993) definieron como rasgos del carácter neurótico, lo que nos lleva a afirmar que las pacientes con AN, llegadas a la pubertad, o cuando en su vida se

da un cambio importante, (CALVO, 2002), no son capaces de afrontar los sucesos con fortaleza, pues temen que se presente lo que estiman un mal al que no van a poder resistir (santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q. 43, a.1) y temen fracasar. Lo que les lleva a paralizarse e incluso, debido a la desvalorización de sí mismas y la frustración que lleva no poder conseguir lo que quieren, pues se les han presentado falsos ideales, se pueden llegar a desesperar. Pues «la razón de que uno desespere es porque teme la dificultad aneja al bien que debería esperar» (santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q. 45, a.2, p. 353).

La desesperación, es la que lleva a las adolescentes a la rebelión de la que habla ALLERS (1957), que si bien es una tendencia innata por el pecado original (ECHAVARRÍA, 2005), se manifiesta en estas adolescentes contra el orden de la realidad, la autoridad paterna y su propio ser, que les impide alcanzar lo que desean desordenadamente. Pues como afirma Echavarría el amor desordenado de sí mismo, en el fondo es un odio a sí mismo según lo que realmente es.

La rebelión en las pacientes con AN se da contra el bien recibido, que es su propio ser, contra su propio valor, desprecian sus propios bienes, lo que propiamente sería ingratitud (CANALS, 2004), que para los padres es una forma de acusación frente a lo recibido por ellos y por la sociedad. Por lo que, la posesión de estos bienes, les lleva a considerarlos como malos, y a entristecerse por la posesión de estos bienes. La adolescente ha perdido el sentido de su vida (o no lo ha encontrado) y se entristece por este bien, que en apariencia es un mal para ella. Esta tristeza parece corresponde a un vicio especial que santo Tomás (2001, II-II, q.35, a.1) la considera tristeza por el bien espiritual, siendo el máximo bien espiritual, Dios mismo. Por lo que se refiere a la profunda tristeza en la AN, en este contexto, hay que relacionarla con la negación al sentido de vida verdadero, pues muchas de ellas desconocen la existencia de Dios, y lo único que perciben es el deseo frustrado de alcanzar la perfección a la que tiende todo hombre. Así afirma CANALS:

Cada hombre lleva dentro de sí el bien que obra dentro de él. Y no sólo está pensando Santo Tomás en los propios bienes de la gracia, sino en su propia naturaleza racional, su entendimiento, libre albedrío. El hombre tiene en sí mismo un mundo interior, un bien, que por este vicio capital de la acedia no aprecia, no goza, le entristece (p. 5).

Esta tristeza, en sus efectos, lleva al hombre a retraerse totalmente. Le lleva a realizar dos tipos de actos, los primeros consisten en apartarse de aquello que le entristece, lo que puede reflejar la búsqueda de aislamiento social de las pacientes

con AN, el exceso de actividad, entre otras conductas. Los segundos, consisten en la búsqueda de otras cosas que le produzcan placer, (santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.35, a.1) y aquí encontramos la relación que existe con las distintas adicciones, pero sobre todo lo que es en sí el TCA, y principalmente, la AN. Desde las obsesiones por contar calorías, por perder peso, los atracones de comida y los posteriores vómitos.

Así, si bien puede ser característico de la acedia una inactividad, lo cual se relaciona con la depresión, que está presente en algunas pacientes con ANCP (GONZÁLEZ et al., 2003); la tristeza puede también aparecer «oculta» bajo un exceso de actividad, que se da en la AN, como hemos dicho en anteriores párrafos. Esta tristeza lleva a la desesperación, que como se apuntó anteriormente está presente en estas pacientes; y de la desesperación, surgen otros males. Así, huye de los bienes arduos (lo que es propio del pusilánime) que en estas pacientes se observa en el miedo a la hora de enfrentarse a los problemas, siendo para ellas la misma enfermedad una la solución o una huída, que puede significar como un alivio, al pensar que son incapaces de asumir las responsabilidades que les son exigidas. Se da también la somnolencia y ociosidad (ECHAVARRÍA, 2005) y el rencón contra quienes proponen estos bienes, en este caso generalmente los padres, por lo recibido por ellos, además del odio y rencor hacia los demás (CANALS, 2004). Otras veces, se produce contra los bienes mismos (santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q. 35, a.1), y en este caso, la angustia de la propia vida puede llevar a la muerte corporal, lo que nos acerca a la AN y a la gravedad de este trastorno por su alta mortalidad (TORO, 1996 citado por BORRAS, 2008).

Siguiendo la línea argumentativa de santo Tomás, (2001, II-II, q.148, a.6) la AN sería propiamente una forma del vicio de intemperancia, un desorden en los placeres del tacto, en este caso en los placeres de la comida. Lujuria y gula, tan presentes en la sociedad actual (CALVO, 2002), son vicios contra la templanza y ligan muy vehementemente al hombre a los placeres corporales y le ciegan la mete. La ANR es un desorden contra la virtud de la templanza porque consisten en tomar menos alimento del que la persona necesita, provocando daño en la persona. ECHAVARRÍA (2005) si bien señala la antinaturalidad de este desorden, se plantea el grado de responsabilidad de las pacientes en la adquisición de este vicio, lo cual es congruente con la multicausalidad de los TCA de la que tanta mención se ha hecho a lo largo de este trabajo. Como trastorno contrario a la ANR se contrapone la ANCP, que se asemeja a la BN, que, siguiendo la línea expositiva de santo Tomás, podría considerarse propiamente como gula (2001, II-II, q.148, a.6). Este deseo

desordenado de placeres es una manifestación más del egoísmo, en cuanto que consecuencia de la lujuria, por el deseo específico de satisfacer el placer carnal (santo Tomás DE AQUINO, II-II, c.153, a.5). Por lo que vemos, las consecuencias de los actos viciosos, cuando son permitidos y repetidos, si no se corrigen, se desarrollan como hábitos y llevan a la persona a otros vicios. Esta concatenación de fenómenos se encuentra también en las manifestaciones conductuales de la AN y en la alta comorbilidad con otros trastornos ya expuestos anteriormente.

El desorden afectivo y apetito, lleva a la deformación práctica de la realidad, y por lo mismo a una falta de prudencia, que depende de la rectitud de la apetitividad (santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.47, a.7). El afecto desordenado se apodera de alguna manera de la razón, al dominar las pasiones desordenadas las representaciones de los sentidos internos, sugiriendo a la razón aquello que le hace actuar de acuerdo con la inclinación desordenada (santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q. 112, a.5), por lo que se produce una «ceguera» que impide al hombre conocer sus bienes espirituales (ECHAVARRÍA, 2005). Debido al gran desorden apetitivo, las adolescentes que padecen una AN, están incapacitadas para ordenar y dirigir su propia vida y sufren un gran impedimento para la prudencia, ya tanto a consecuencia de una mala educación como por la influencia negativa de la falta de ideales en la sociedad en la que viven (CALVO, 2002, PALET, 2000).

5. Consideraciones psicoterapéuticas

No hay evidencia de que entre los tratamientos de la AN actuales exista uno que sea más eficaz que los demás (CHINCHILLA, 2003; COURT, MULDER, HETRICK, PURCELL & MCGORRY citado en ROJO MORENO et al., 2012, WILSON et al., 2007). Por ello, VARDERLINDEN (2008) citado en ROJO MORENO et al. (2012) enfatiza la importancia de la relación terapeuta-paciente y la profundización psicoterapéutica en los aspectos familiares y sociales. CALVO (2002) se refiere además a la importancia de la persona del terapeuta, resaltando su importancia para la curación de la paciente por encima de las técnicas empleadas. ECHAVARRÍA (2005) también ha afirmado la importancia de la persona del terapeuta en la curación de los pacientes, pero de distinto modo. Según ECHAVARRÍA, el terapeuta debe tener un conocimiento de la normalidad humana, y por tanto, una visión ética sobre los fines y medios propios de la vida humana; según este mismo autor, es especialmente importante que el terapeuta sea una persona prudente. Pero además, para adquirir aquel conocimiento del otro que conviene para poder ayudarle, ECHAVARRÍA advierte la necesidad de

empatía que permita al terapeuta acercarse a la interioridad del paciente. En resumen, según ECHAVARRÍA, las inclinaciones virtuosas o viciosas del psicoterapeuta pueden ayudar o impedir el conocimiento del paciente.

El fracaso educativo que se cuenta como uno de los factores predisponentes (CALVO, 2002) y que según ALLERS (1957) puede llevar al desarrollo de un carácter neurótico, con la consecuente rebelión ante el orden de la realidad y ante los bienes recibidos; puede conducir a aquellas actitudes y hábitos que santo Tomás califica como vanidad (2001, II-II, q.132). Cuando los hábitos vanidosos se interiorizan y llegan a conformar el estilo de vida, pueden conducir a las adolescentes a un vicio más grave, la acedia. En este camino hay una actitud muy importante, la ingratitud que se relaciona con la envidia de los bienes de otros, llevando al desprecio de los propios (CANALS, 2004).

Atendiendo a todo lo expuesto hasta el momento en el presente trabajo, parece ahora oportuno presentar sucintamente una aproximación terapéutica centrada en la educación y adquisición de las virtudes de la humildad, fortaleza y agradecimiento como claves para la sanación de estas pacientes.

La posibilidad de un recto conocimiento de sí mismo se basa en la virtud de la humildad, que permite que el hombre se vea a sí mismo tal como es. Por el ejercicio de esta virtud, el paciente será capaz de verse sin máscaras, y podrá comenzar a reconocer los errores de su vida, así como las cualidades que tiene (ECHAVARRÍA, 2005). Como dice ARISTÓTELES (1985), estos pacientes tienen que experimentar, saborear el bien, para conocerlo y amarlo. En este mismo sentido ALLERS (1957) afirma que:

el hombre fomenta el desarrollo de su propia persona, y ayuda a que se abran paso las posibilidades de valor que en él radican, sólo cuando se somete de un modo activo a las leyes del ser, cuando cumple voluntariamente las exigencias que le plantean los mundos de los que él forzosamente es miembro (p. 212).

El reconocimiento de los propios bienes, puede ser fomentado por la educación de la adolescente en el agradecimiento.

Si como ya se dijo la acedia se daba en estas pacientes por una falta de agradecimiento por los bienes recibidos (CANALS, 2004), se hace evidente la necesidad de una terapia centrada a invitar al paciente a descubrir los motivos

personales de gratitud. La Psicología Positiva aporta muchos datos sobre la eficacia preventiva y terapéutica de la gratitud. Algunos autores de esta corriente han demostrado la importancia de la gratitud en los jóvenes y las repercusiones negativas de la ingratitud. En el estudio de FROH, BONO y EMMONS (2010), en el que pretendieron examinar cómo la gratitud tiende a incrementar el bienestar social en los jóvenes, y por tanto, su integración en la sociedad, estos autores muestran que la gratitud se relaciona con la esperanza y con la confianza y satisfacción en múltiples ámbitos de la vida (FROH et al. 2009b, citado en FROH et al.) y con la confianza en los demás (DONN & SCHWEITZE, 2005 citado en FROH et al.

De su relación con la esperanza, que es la pasión que ordena la magnanimidad, — la cual a su vez se fundamenta en la confianza y la seguridad en sí mismo desarrollarse (santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.129) —, se deriva la importancia de la gratitud y su relación con la virtud de la fortaleza. ALLERS (1957) recuerda la importancia de la educación en la confianza durante la infancia y la adolescencia para preparar al joven a mirar la de frente realidad y no ceder ante las dificultades y ante el esfuerzo que requieran determinadas situaciones. Además, señala la importancia de la familia y de la acción educativa de los padres basada en el amor. A partir de la vivencia del amor, el joven aprenderá el agradecimiento y a la vez la entrega a los demás. ECHAVARRÍA (2005), al tratar la magnanimidad, describe la relación de los padres con el hijo y la influencia en su persona:

Uno tiene confianza en lo que otro dice. Y el niño comienza conociendo sus propios valores y capacidades porque sus padres especialmente su madre que es «la que más ama», se los hace ver y confirmar. Esto supone la confianza misma de los padres, conectada a su vez con la esperanza, en la posibilidad del desarrollo del ser del niño. (p. 338)

FROH et al. (2010) muestran que la gratitud puede ayudar a los jóvenes a sentirse seguros y realizar grandes cosas, y crear relaciones cercanas con los demás. Estos autores enfatizan la necesidad de que los jóvenes sean agradecidos para tener un desarrollo social saludable. Afirman que el agradecimiento favorece la salud intra e interpersonal y ayuda al joven a un mejor desarrollo en muchas facetas de la vida (EMMONS, 2007 citado en FROH et al.) Estos mismos autores presentan diversos estudios en los que se demuestra como adolescentes a los que se animó a hacer ejercicios concretos de agradecimiento, eran más agradecidos, tenían más optimismo y satisfacción con la vida y menores pensamientos negativos. SIMMEL (1950) es citado por estos mismos autores para definir el agradecimiento como lo que conduce a las personas a devolver el beneficio que se ha recibido. Esta

definición se aproxima hasta cierto punto a la definición de ciertas virtudes anejas a la virtud de la justicia y nos muestra la importancia de la influencia del ambiente social. Considera, además, la relación del amor de los demás con el agradecimiento. Esto mismo afirma BAUMEISTER (2005) citado por FROH et al. (2010) en el mismo estudio, cuando afirma que la naturaleza del hombre está «diseñada» para participar en la sociedad. Esta es una afirmación que recuerda lo que ya sostenía ARISTÓTELES (1985) cuando afirmaba que el hombre es un «animal social».

En un estudio posterior FROH, EMMONS, CORD, BONO y WILSON (2011) contrastan la influencia de valores materialistas en los jóvenes y valores de gratitud, considerando que los jóvenes que adquieren los ideales que plantea la sociedad materialista son menos felices que los que los rechazan y crecen en agradecimiento. Estos autores, citando a KASSER (2002), describen el «materialismo» como un estilo de vida en el que lo principal es acumular y adquirir bienes materiales más allá de lo necesario y describen que los jóvenes que persiguen estos ideales lo hacen con la creencia de que alcanzarán mayor éxito, buena imagen y alto estatus (KASSER et al. 2004 citado en FROH et al., 2011). A pesar de esta creencia, este estudio demuestra que el materialismo se relaciona con el incremento social de la soledad y los conflictos. Sin embargo, los jóvenes que son agradecidos reportan satisfacción en las relaciones con amigos, con la familia, con el colegio y la comunidad. Además, que los jóvenes sean agradecidos parece ser el fundamento de que sientan que sus vidas se sustentan y apoyan en los demás y son ayudados por otros, lo que nos vuelve a llevar a la confianza. De la cual ALLERS (1957) afirma que, si bien la confianza es en uno mismo, se debe sustentar en el prójimo. EMMONS (2007) citado en este mismo artículo muestra que el agradecimiento, por ser una respuesta positiva hacia otro, tiende a mejorar las relaciones con los demás, y ayuda al crecimiento personal. Finalmente se demuestra también que mientras que el materialismo predice alto grado de envidia, la gratitud predice alta satisfacción con la vida, integración social, baja envidia y baja depresión.

Para terminar, una última apreciación sobre la educación en la fortaleza. Puede dar la impresión de que una paciente con AN posea la virtud de la fortaleza en cuanto es capaz de resistir durante largo tiempo los males que provienen de no comer. Sin embargo, esta firmeza es signo de algo distinto, podemos considerarlo presunción, pues realiza lo que parece un acto de virtud con un fin completamente distinto al que causa la virtud. La fortaleza se refiere a los temores y las audacias. Por lo que cohibe los temores y modera las audacias (santo Tomás DE AQUINO, II-II, q. 123, a. 3). La educación en esta virtud ayudará a la persona a superar el miedo que le

ocasiona la mayor parte de las situaciones y ser capaz de resistirlas y enfrentarlas. El crecimiento en la gratitud y la confianza, le ayudará a ser una persona fuerte y a desarrollar las demás virtudes. Técnicas psicoterapéuticas que ayuden a realizar actos de estas virtudes serán siempre necesarias para una sanación, sin olvidar no obstante la importancia de la virtud en el psicoterapeuta y su amor de benevolencia por la paciente, así como una reeducación con la familia, y la ayuda de los amigos que será esencial.

6. Estudio de caso: paciente con TCA

6.1. Condiciones de estudio

Se presenta un estudio de caso único cualitativo mediante el análisis de los datos aportados por la Historia clínica y la observación del avance de la paciente durante el tratamiento. Para la realización de este estudio se ha contado con la colaboración y la autorización del Centro Especializado en trastornos de la conducta alimentaria (ABB), de Barcelona. A través de la historia clínica y otros documentos facilitados por el Centro, se realiza un análisis de los factores que han influido en el desarrollo del trastorno en esta paciente, y una descripción sintomática que se intenta relacionar teóricamente con la descripción de los vicios considerados desde una antropología aristotélico-tomista.

Hemos acompañado durante cuatro meses a la paciente (de febrero a junio de 2012), pero no hemos tratado a la paciente durante el primer periodo de desarrollo de la enfermedad y del tratamiento de esta paciente. El análisis de síntomas iniciales se obtiene de los datos recogidos en la Historia clínica. El análisis de los síntomas actuales se obtiene, entre otras fuentes, de las observaciones que hemos podido realizar durante las sesiones.

6.2. Exposición del caso

Datos personales

Se trata de una mujer, María, que ingresó en la Clínica en mayo de 2010, a los 16 años de edad. Tras un año de hospitalización en el Hospital de Día, actualmente recibe tratamiento ambulatorio.

Antecedentes familiares

María es la menor de 3 hermanos. Su padre tiene 48 años y durante mucho tiempo la relación con él no ha sido buena. Con la familia paterna no tiene una relación muy estrecha. Su abuelo tiene 74 años, y padece depresión. Su abuela tiene 72 años. Tienen dos hijos, a los cuales les ha afectado la depresión de su padre. Su tía, tiene 8 hijos, uno de ellos murió a las 2 semanas. Su segunda tía, tiene tres hijos, uno de ellos padece depresión. Los adjetivos con los que María define a esta familia son: «incomprensión, perfeccionismo, ayuda». Escribe que siente rabia hacia esta familia porque no se han preocupado por ella cuando ha estado enferma, «y lo pago con mi padre».

Su madre tiene 48 años; el abuelo materno tiene 78 años, padece cáncer y ha sufrido dos infartos. La abuela tiene 75 años. La relación con esta familia es mucho más cercana que con la paterna. Tuvieron 3 hijos, de los cuales dos han muerto. El primero a los 18 años, la segunda a los dos años. La tercera hija, (tía de María) tiene 5 hijos, uno de ellos muerto a la primera semana de nacer. La mayor de los 5 hijos tiene problemas con la comida y María dice que «me afecta la bulimia no reconocida de mi prima». Los adjetivos con los que define a esta familia son: «ayuda, unión y confianza».

María tiene una hermana y un hermano. Su hermana tiene 20 años. Tuvo meningitis C a los dos años. La describe como «perfecta, estudiosa y despistada». Su hermano, tiene 18 años y dice de él que es «sociable, pero un desastre». Para María sus hermanos significan «exigencia, ayuda, apoyo y unión».

Antecedentes personales

María vivió durante 6 años en Madrid, su familia se mudó de ciudad hace 3 años y afirma haberse integrado bien. En 2008 decide ir al endocrino por un sobrepeso consecuencia de la tendencia a comer de forma ansiosa. Inicia una dieta con orden alimentaria y comienza a perder peso. En enero de 2010 aumenta la obesidad y comienza a presentar conductas alimentarias restrictivas.

Historia de la enfermedad

En Mayo de 2010 María acude junto con sus padres al Centro ABB, pues en el colegio detectan que está restringiendo. Este tipo de conductas se inicia en

septiembre de 2009; a ello se añaden pensamientos obsesivos. En el momento de la entrevista presenta una tal alta preocupación por la imagen e incomodidad con la propia imagen que su actividad vital ordinaria queda afectada. Antes de iniciar la dieta, presenta conductas ansiosas.

Su estado psicológico al ingreso se caracteriza por ausencia de conciencia sobre la propia enfermedad. Otras características eran: restricción alimentaria, cansancio, síntomas depresivos, aislamiento, alteraciones del ánimo e irritabilidad, alexitimia, baja autoestima: «me siento como una mierda, a lo largo del día va a peor» e hiperactividad. Sobreexigencia a la hora de afrontar y resolver conflictos y alta aceptación yoica.

Las conductas alimentarias patológicas se caracterizaban por: restricción, se pesaba una vez al día, obsesiones con las calorías de las comidas e iba al baño después de comer, pero afirmaba no vomitar. Posteriormente, confesó haber estado realizando conductas purgativas. Afirmó que «se me está yendo de las manos y tengo miedo».

El resultado de la exploración médica fue normal. La situación socio-familiar es buena, y su red social en el momento de la entrevista era pobre, con alto aislamiento. Los factores desencadenantes señalados por la psicóloga son: disminución del apetito, régimen de adelgazamiento y cambio de colegio. Sus hábitos alimentarios se caracterizaban por realizar dieta, desayunar 3 veces por semana fruta, no almorzar durante la semana, (únicamente postre), y cenar diariamente. Frecuentemente solía esconder la comida, seleccionaba alimentos, y comía a escondidas. Aunque niega realizar conductas compensatorias, se confirmó que realizaba ejercicio frecuente con la idea de perder peso. Compensaba el hambre comiendo chicles y bebiendo agua, así como distrayéndose. Ante la subida de peso presentaba ansiedad y tristeza.

Se evaluaron los rasgos de personalidad con el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) de CLONNINGER (1993).

Como rasgos temperamentales, obtuvo las siguientes puntuaciones: búsqueda de novedades (25), evitación del riesgo (12) y dependencia de las recompensas (17). En la evaluación de rasgos caracteriales obtuvo la siguiente puntuación: autodirectividad (31), cooperatividad (34) y autotrascendencia (11). Por lo que se le caracterizó según este Inventario en un tipo ciclotímico: suele ser ilógico, suspicaz e

inmadura. Posee un temperamento explosivo con conflictos de aproximación-
evitación. Lo cual se asocia con trastornos límites y de la impulsividad.

Tras la evaluación clínica el diagnóstico inicial señalaba según la clasificación
indicada por el DSM-IV-TR (APA, 2002):

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50] debido a la falta
de constancia del número de conductas purgativas realizadas a la semana (lo que lo
diferencia de la BN) y de que a pesar de la pérdida de peso, la paciente se
encontraba dentro de los límites de normalidad (IMC=19,07) lo que lo distingue del
diagnóstico de la AN. A pesar de este diagnóstico, consideramos adecuado exponer
este caso, debido al alto porcentaje de diagnósticos de TCANE y la variabilidad de
síntomas en una misma paciente tanto de AN como de BN, como afirma Chinchilla
(2003).

El diagnóstico multiaxial indica: en el Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta
alimentaria no especificado [307.50], en el Eje II: Z03.2. Ningún diagnóstico
[V71.09], en el Eje III: amenorrea, en el Eje IV: ningún diagnóstico y en el Eje V:
EEAG=40.

El curso clínico de la paciente desde su ingreso en mayo de 2010 hasta 2011 se
caracteriza por la presencia de múltiples crisis de ansiedad. En agosto de 2010 la
paciente es atendida por un cuadro de crisis de ansiedad con taquicardia e
hiperventilación. Durante el anterior mes, presenta ansiedad habitual, aislamiento,
anhedonia, astenia y mareos. Por lo que se le receta Seropram (inhibidor de la
recaptación de serotonina indicado en el tratamiento para trastornos depresivos, de
angustia o obsesivo-compulsivos) y, posteriormente, otros psicofármacos, siendo el
Seropram el que toma durante más tiempo. Antes del 30 de agosto de 2010 María
padeció tres crisis de angustia.

En 2011 escribió — como parte de la terapia — nuevos propósitos a llevar a cabo.
Este ejercicio facilita un análisis de los síntomas más característicos de la paciente
durante ese periodo. Entre estos propósitos se encuentran: «conectar y no querer
evadirme, no obsesionarme con el deporte, no provocar ni llamar la atención en
casa, reducir el control, no manipular todo, no insultar a mi padre».

Además de estos propósitos, María escribió un testimonio en el que plasma su
experiencia a lo largo de sus 16 años. Cuando habla de su infancia, destaca que de

pequeña le llamaban «la oveja negra» y explica que es porque su hermano era «el preferido de su madre y su hermana de su padre», por lo que «ella sobraba». Por otro lado, también resalta que sus primos la llamaban «vaca». Recuerda que siempre se comparaba con los demás y que ha sentido mucha envidia tanto de su hermana, a la cual describe como «perfecta» como de su hermano. Respecto a sus padres, únicamente refiere que su padre siempre se enfadaba con ella. Cuando sus padres decidieron trasladarse a Madrid, transmite su enfado por esa decisión, pues no le gustaba, y transmite que sólo pensó en que sus padres le habían estropeado la vida. El primer año en el nuevo colegio, suspendió varias asignaturas, y cuando llegaba a casa lloraba cuando estaba sola y afirma «en esa época me sentía un monstruo». Posteriormente, tras hablar con sus padres, mejoró académicamente y mostró arrepentimiento por «el mal que les había causado». A lo que se refiere a las relaciones sociales, muestra que se sentía inferior a sus amigos.

En enero de 2012, cuando María tenía 17 años, se evaluó su evolución durante los dos últimos años, mediante el Inventario de Personalidad de MILLON para adolescentes (MACI). Los resultados mostraron un aumento (aunque no significativo) en la puntuación obtenida en el patrón de personalidad de «tendencia limítrofe», de los resultados obtenidos en la evaluación realizada en mayo de 2010 a la realizada en 2012. La puntuación varió de 24 a 44 puntos. En 2012, en las escalas que obtuvo puntuación significativamente relevante fueron: rebelde (102) y rudo (100). Respecto a las escalas que analizan las preocupaciones expresadas en 2012, destacaron la alta puntuación en la escala de insensibilidad social (109). En las escalas que evalúan distintos síndromes clínicos también se encontraron diferencias en los resultados obtenidos entre la evaluación realizada en 2010 y 2012. Esta paciente obtuvo una puntuación significativa en las escalas de inclinación al abuso de sustancias (30 en 2010 y 92 en 2012), predisposición a la delincuencia (62 en 2010 y 85 en 2012) y propensión a la impulsividad (30 en 2010 y 104 en 2012). Esta variabilidad proporcionó información sobre la personalidad que esta paciente estaba desarrollando, y que analizaremos posteriormente.

Según manifiesta en sus escritos, María consideraba que la principal causa de su enfermedad fue el sentimiento de inferioridad frente a los demás, lo que la hacía ser muy exigente consigo misma. Varias veces refiere que tiene mucho orgullo y que esto le ha llevado a no darse cuenta de lo que ha recibido, pues le cuesta «recibir cosas de los demás y pedir ayuda». Por el orgullo dice mostrarse muy segura ante los demás, tapando todas las inseguridades que tiene en realidad y mentir constantemente. De esa forma quería parecer superior a las demás personas que le

rodeaban. Por ello, le cuesta obedecer, pues para ella es una «relación de poder», el que le manda tiene más poder que ella. A su vez, María se va dando cuenta de que este orgullo la está destrozando y que quiere superar el miedo que le impide avanzar. Considera que la enfermedad es parte de esa rebelión interior «que todo lo soluciona enfadándose», y tiene miedo a separarse de ella, pues esto la hará pensar y como afirma «ser más libre». María relaciona el hecho de que se sienta inferior con la envidia que tiene hacia los demás. Refiere que desde pequeña ha tenido envidia de sus hermanos, pero actualmente refiere darse cuenta de que ella también tiene muchas cualidades que antes no era capaz de ver, y que el ponerlas en práctica la está haciendo confiar más en sí misma. Los cambios que en los últimos meses ha realizado, además de referir que se dan por un conocimiento más profundo de sí misma, los relaciona con la ayuda de las personas que están a su alrededor. Pues afirma que fue cuando comenzó a pedir ayuda a los demás y a confiar en ellos.

El desarrollo de la sintomatología de esta paciente y la muestra de los pensamientos sobre sí misma procedemos a contrastarlos con la antropología aristotélico-tomista que hemos desarrollado previamente. Pues, si bien hemos hablado de la AN en general, es necesario acercarnos a la persona en concreto para entender qué le ha llevado a desarrollar estos hábitos.

Interpretación del caso desde una visión antropológica aristotélico-tomista

Si bien el estudio de este caso comienza una vez la paciente ha iniciado tratamiento, y por tanto, no poseemos información sobre los factores que influyeron en el de la patología que presenta, las afirmaciones que la misma paciente hace de sí misma y el relato sobre los principales acontecimientos de su vida, permiten una profundización en su personalidad.

Esta paciente afirma que desde su infancia hasta la pubertad siempre se ha sentido inferior, y enfatiza la envidia a sus hermanos y el sentimiento de desplazamiento en el seno de la familia. Este sentimiento de inferioridad puede relacionarse con el amor desordenado de sí mismo o egoísmo que es causa de todo vicio (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.153, a.5) y que según santo Tomás es fruto del desorden propio de la naturaleza caída del hombre. Cuando este amor desordenado de sí no es reorientado por el amor y la acción educativa de los padres hacia el fin adecuado, la afectividad infantil queda descentrada y fijada en la búsqueda de la propia excelencia, que es la vanidad. A nuestro juicio, en esta paciente se refleja la vanidad cuando expresa que desea ser mejor que los demás. De este sentimiento

nace e deseo de control de todo lo que tiene a su alrededor, deseo que puede relacionarse con la pertinacia, la discordia y la desobediencia (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q.45, a.5). La vanidad no se contrapone a la pusilanimidad, sino que fácilmente puede llevar a la inseguridad, (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.61, a.1). Lo que refiere la paciente como un continuo sentimiento de inferioridad, se correspondería con el «complejo de inferioridad» descrito por ADLER (1993) .Junto con la pusilanimidad y la vanidad se presenta la envidia, (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q. 133, a.1) que queda expresada en la tendencia a la inhibición y la deficiencia en la expresividad emocional que presenta esta paciente. En esta paciente apreciamos una posible expresión de la pusilanimidad en el boqueo que sufre ante situaciones nuevas y en la ansiedad continuamente presente en los primeros años de tratamiento, las cuales, a su vez, se relacionan con el temor y la tristeza de los que se trató anteriormente (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q.45, a.1). La desvalorización de sí propia de la pusilanimidad y la frustración que conlleva el no conseguir lo que quiere, lleva a la rebelión de esta paciente contra el orden establecido por la realidad, y por tanto, a la ingratitud, la cual deriva en tristeza vital, es decir, la acedia (santo Tomás DE AQUINO, 2001, I-II, q.35, a.8). Parece que nos encontramos ante el fenómeno que describe ALLERS (1957):

para que el hombre busque la verificación de su persona y la confirmación de su valor propio en la línea de los valores negativos, de la rebelión y la disociabilidad, tiene que haber perdido ya la confianza en lograr ese objetivo en la dirección positiva, en la del rendimiento ... La terquedad surge cuando el desaliento y la rebelión con él estrechamente hermanada acompaña algún arrojito. No es otra cosa que la resistencia pasiva contra las órdenes (p. 150-151).

A pesar de no tener mucha información de la infancia de esta paciente, sabemos, porque ella así lo explica varias veces, que no se sentía comprendida, que discutía a menudo con su padre, y que se enfadó mucho cuando sus padres decidieron cambiar de ciudad. En estas circunstancias biográficas de la paciente nos parece descubrir el origen de su falta de confianza.

La rebelión que manifiesta María esta dirigida contra el propio valor, y por tanto, contra quienes se lo han dado, principalmente su padre. Con los cambios de la pubertad y la exigencia de nuevas responsabilidades esta paciente parece verse incapacitada para afrontarlas y se frustra. La acedia que deriva de esta ingratitud, que conlleva desesperanza, tiene como efectos la huida de los bienes arduos y el miedo a enfrentarse a los problemas, (Santo Tomás DE AQUINO, 2001, II-II, q.35, a.1) que en esta paciente se muestra en la aparición de la enfermedad y en la

comprensión de la enfermedad como «solución» ante el miedo que le ocasionan las circunstancias de la maduración en la vida, como son cambiar de lugar de residencia, elegir carrera, hacer nuevos amigos, etc. En algunas sesiones de terapia a las que hemos podido asistir, esta paciente se refiere, además, a otros síntomas, como somnolencia, rencor tanto hacia sus padres como hacia sus amigos y búsqueda de otros placeres como beber alcohol.

Si bien, la exposición del presente caso está sometida a muchos límites, pues no hemos podido realizar un estudio más exhaustivo, permite una primera aproximación a la realidad de las pacientes con AN. En esta caso nos parece descubrir de modo práctico las relaciones que hemos expuesto de modo teórico a lo largo del presente trabajo. Ello nos confirma en el convencimiento de la importancia tanto de la familia como de la sociedad en la formación del carácter, como de la importancia de la educación moral en la familia para la adquisición y ejercicio de la virtud, y por tanto, para la formación de una personalidad sana.

Conclusiones

Después de la exhaustiva exposición y descripción del malestar que sufren las pacientes con TCA, más específicamente con AN, tanto desde la psicología contemporánea como la antropología aristotélico-tomista, podemos concluir las cuestiones siguientes.

En primer lugar, tras haber comprobado — al estudiar la etiología de los TCA — que los autores contrastados hablan de causas multifactoriales en el origen de los TCA (CALVO, 2002; CHINCHILLA, 2003; TURÓN, 1996); nos sorprende que no se considere la cuestión de la unidad de la persona, y por ello, la fuerza psicológica del fin de las acciones y la libertad de elección en la vida humana. Así, también, al definir las causas que pueden estar influyendo en esta patología, si bien, se desarrollan algunos factores familiares predisponentes al explicar la influencia familiar y parental en las pacientes con AN; no se hace referencia a la influencia de la educación en estas adolescentes. Es decir, como desarrolla ALLERS (1957) se da un fracaso educativo en la familia porque no se han sabido compensar adecuadamente las posibles tendencias de las hijas a manifestar su malestar a través de las conductas alimentarias.

Esta consideración, la confirmamos tras constatar la relación descriptiva que se da entre los rasgos conductuales de los TCA y algunos TP, particularmente, el trastorno evitativo y el trastorno límite de personalidad. La relación, por tanto, de los TCA con los TP, y en definitiva, con el carácter neurótico, nos lleva a concluir que: la AN siendo una manifestación de los TCA, no es sólo una determinada sintomatología, sino una afección profunda y grave de la personalidad. Por ello, nos atrevemos a suponer que la AN es una manifestación de un problema global de la personalidad de quien lo sufre y que, por este motivo, tiene que ver con «modos de ser y actuar, de conocer y entender la vida», que provienen y afectan a toda la persona, tanto intrapsíquicamente, como comportamental y moralmente. Pues, a nuestro juicio, los TCA no son sólo trastornos de un tipo concreto de conductas, sino manifestación de un malestar mucho más profundo e integral.

Debido a esto, en segundo lugar, consideramos que es necesaria una comprensión de la afección general e integral que suponen los TCA y más en concreto, la AN, tanto a nivel psíquico como moral para, a su vez, poder considerar que la atención terapéutica a estos pacientes debe contemplar esa dimensión integral de la persona.

De ello nos hemos percatado al comprobar que el carácter neurótico coincide en las manifestaciones descritas por ADLER (1993), y más particularmente en la definición ofrecida por ALLERS (1957), con las manifestaciones externas y las causas intrínsecas de algunos vicios morales que describe y analiza santo Tomás DE AQUINO (2001). Es por ello, que hemos descubierto que, los TCA y especialmente la AN pueden entenderse también como una de las consecuencias posibles de un fracaso en la educación para la adquisición y ejercicio de la virtud, pues «el desarrollo pleno de la propia personalidad supone la formación en la virtud» (ECHAVARRÍA, 2005, p. 668). En el caso que hemos expuesto, hemos intentado iluminar esta relación al describir el origen y desarrollo del TCANE en una paciente adolescente e intentar reflejar las semejanzas con las expresiones de algunos vicios y sus actos propios descritos por santo Tomás.

Finalmente, la aproximación psicoterapéutica para la atención a los pacientes de TCA (AN) no puede prescindir de la consideración moral sobre el terapeuta. Pues, además de las técnicas — más o menos efectivas — que actúan a nivel comportamental, es necesaria la acción de un terapeuta virtuoso que, por el ejemplo de su vida y de su profundización personal y profesional, sea capaz de presentar el bien de la vida moral ordenado a sus pacientes. Así lo afirma ECHAVARRÍA (2005) al hablar de una psicoterapia integral:

Además, algo muy importante en la práctica, lo principal no es descubrir todos los recovecos de pensamientos y sentimientos morbosos o depravados de la persona,..., sino sobre todo intuir lo que puede llegar a ser. Y esto se puede hacer sólo desde una connaturalidad profunda con el bien, que permite descubrir y suscitar el bien en los otros. Es mejor curar que diagnosticar(p. 681).

Tres parecen ser las fuerzas interiores fundamentales que pueden provocar la transformación radical del carácter, bajo el impulso de la gracia: 1) La humildad, para reconocer que se ha conducido la vida en un modo errado, y para descubrirse a sí mismo así como uno es, sin máscaras.... 2) De este modo, se hace posible dirigir la vista hacia la luz de la verdad, que brilla en el ápice de nuestra mente y nos muestra el camino del cambio; 3) El amor del bien, acompañado de la esperanza de alcanzarlo (ALLERS, 1999 citado en ECHAVARRÍA, p. 691-692).

Para finalizar, consideramos que desde cierto punto de vista, la AN es clasificada como un trastorno conductual que en nuestros días y en nuestra sociedad occidental, va en aumento. Lo cual, a nuestro juicio, puede entenderse como «un suicidio lento» en cuanto desprecian la propia vida y desean no afrontarla. En este trabajo se ha apuntado la posibilidad de una relación entre la AN y el vicio de la

acedia, que es la tristeza y pereza por el bien espiritual que lleva al desprecio de la propia vida. De acuerdo con los resultados de los trabajos que hemos consultado (ECHAVARRÍA, 2011), parece quedar demostrado el aumento de todo tipo de malestar psíquico (y también del trastorno límite de personalidad) en la sociedad contemporánea, por el fracaso educativo en la adquisición y ejercicio de la virtud, tanto a nivel personal, como familiar, social y político.

Queda, por lo tanto, abierta la cuestión de una posible relación entre el aumento de la AN y la sociedad psíquica y moralmente enferma. Además, es manifiesto que el elevado porcentaje de pacientes con TCA (AN) son mujeres, y muchas de ellas jóvenes (entre los 12 y 21 años). Sería interesante y merecería un esfuerzo realizar un estudio dedicado a descubrir las posibles causas de esta realidad, por lo que queda abierta la cuestión del estudio de las causas de esta mayor incidencia de los TCA (AN) en el mundo femenino.

No quisiéramos concluir este trabajo sin antes recordar otra imagen de la mujer, en ocasiones olvidada y que es más propia:

Mujer virtuosa, ¿quién la hallará?

Porque su estima sobrepasa largamente a la de las piedras preciosas.

El corazón de su marido está en ella confiado,

Y no carecerá de ganancias.

Le da ella bien y no mal

Todos los días de su vida.

Busca lana y lino,

Y con voluntad trabaja con sus manos.

Es como nave de mercader;

Trae su pan de lejos.

Se levanta aun de noche

Y da comida a su familia

Y ración a sus criadas.

Considera la heredad, y la compra,

Y planta viña del fruto de sus manos.

Ciñe de fuerza sus lomos,

Y esfuerza sus brazos.

Ve que van bien sus negocios;

Su lámpara no se apaga de noche.

Aplica su mano al huso,

Y sus manos a la rueca.

Alarga su mano al pobre,

Y extiende sus manos al menesteroso.

No tiene temor de la nieve por su familia,
Porque toda su familia está vestida de ropas dobles.
Ella se hace tapices;
De lino fino y púrpura es su vestido.
Su marido es conocido en las puertas,
Cuando se sienta con los ancianos de la tierra.
Hace telas, y vende,
Y da cintas al mercader.
Fuerza y honor son su vestidura;
Y se ríe de lo por venir.
Abre su boca con sabiduría,
Y la ley de clemencia está en su lengua.
Considera los caminos de su casa,
Y no come el pan de balde.
Se levantan sus hijos y la llaman bienaventurada;
Y su marido también la alaba:
Muchas mujeres hicieron el bien;
Mas tú sobrepasas a todas.
Engañosa es la gracia, y vana la hermosura;
La mujer que teme a Jehová, ésa será alabada.
Dadle del fruto de sus manos,
Y alábenla en las puertas sus hechos (Proverbios, 31).

Bibliografía

- ADLER, A. (1993) *El carácter neurótico* (2ª ed.) Barcelona: Paidós Ibérica
- ALLERS, R. (1957) *Naturaleza y educación del carácter* Barcelona: Editorial Labor S. A.
- American Psychiatric Association. (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos* (4th ed., texto revisado) Barcelona: Masson S. A.
- AQUINO, santo Tomás de, (2001) *Summa Theologica* [Traducción] Madrid: BAC
- ARISTÓTELES. (1985) *Ética nicomáquea. Ética Eudemia*, Madrid: Gredos
- BORDA, M., AVARGUES, M. L., LÓPEZ, A. M., TORRES, I., RÍO, C. DEL & PÉREZ, M. A. (2011) Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227
- BORRA, C. (2008) *El atracón y sus trastornos: características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas*. Tesis doctoral publicada en Universitat de Valencia, Valencia
- CALVO, R. (2002) *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas* Barcelona: Ed. Planeta
- CANALS, F. (2004) La pereza activa. *E-aquinas: Revista electrónica mensual del Instituto Universitario Virtual Santo Tomás*, 2(1), 2-12. [Documento en PDF] Obtenido en Enero de, 2012, de URL: <http://www.e-aquinas.net/epoca1/la-acidia-segun-santo-tomas/>
- CHINCHILLA, A. (2003) *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones* Barcelona: Masson, S. A.
- ECHAVARRÍA, M. F. (2005) *La praxis de la Psicología y sus niveles epistemológicos según Santo Tomás de Aquino*. Tesis doctoral publicada en Documenta Universitaria, Girona
- ECHAVARRÍA, M. F. (2011) El carácter patógeno de la cultura contemporánea. *V encuentro de formación para jóvenes, V Jornada universitaria de apologética* San Luis, Argentina (Artículo inédito)
- ECHAVARRÍA, M. F. (2012) El orden perfecto de la vida personal: Virtud y educación. En Enrique Martínez (Ed.), *Congreso Internacional ¿Una sociedad despersonalizada? Propuestas educativas* (pp.195-211). Barcelona: Editorial Balmes
- ESBEC, E. & ECHEBURÚA, E. (2011) La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatría*, 39 (1), 1-11
- FARRERA, S. (2003) *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona. [Documento en PDF] Obtenido en Enero de, 2012, de URL <http://hdl.handle.net/10803/5418>

FROH, J., BONO, G. & EMMONS, R. (2010) Being grateful is beyond good manners: Gratitude and motivation to contribute to society among early adolescents. *Motivation Emotion*, 34, 144-157. doi: 10.1007/s11031-010-9163-z

FROH, J., EMMONS, R., CARD, N., BONO, G. & WILSON, J. (2011) Gratitude and the reduced costs of materialism in adolescents. *Journal Happiness Studies*, 12, 289-302. doi:10.1007/s10902-010-9195-9

GALARSI, F. M., LEDEZMA, C., BORTOLI, M. A. DE & CORRECHE, M. S. (2009) Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en humanidades*, 19, 157-166

GARNER, D. & GARFINKEL P. (1997) *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2nd. ed.) Nueva York: The Guilford Press

GARROTE, D. (2009) *Análisis de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los factores de personalidad de los estudiantes de educación secundaria de Granada*. Tesis doctoral publicada en la Universidad de Granada, Granada. [Documento en PDF] Obtenido en Enero de, 2012, de URL <http://hdl.handle.net/10481/2341>

GINER, M. (2011) *Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona. [Documento en PDF] Obtenido en Febrero de, 2012, de URL <http://hdl.handle.net/10803/48513>

GODT, K. (2008) Personality Disorders in 545 Patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 94-99

GONZÁLEZ, L., UNIKEL, C., CRUZ, C. & CABALLERO, A. (2003) Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3), 1-8

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (AATRM Núm. 2006/05-01) Madrid, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. [Documento en PDF] Obtenido en Enero de, 2012, de URL 2012 http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09.pdf

HALMI, K.A., TOZZI, F., THORNTON, L. M., CROW, S., FICHTER, M. M., KAPLAN, A. S., KEEL, P., KLUMB, K. L., LILENFELD, L. R., MITCHELL, J. E., PLOTNICOV, K. H., POLLICE, C., ROTONDO, A., STROBER, M., WOODSIDE, D. B., BERRETTINI, W. H., KAYE, W. H. & BULIK, C. M. (2005) The Relation among Perfectionism, Obsessive- Compulsive Personality Disorder and Obsessive- Compulsive Disorder in Individuals with Eating Disorders. *International Journal Eating Disorders*, 38, 371-374

HERPERTZ S., HAGENAH, U., VOCKS, S., WIETERSHEIM, J. VON, CUNTZ, U. & ZEECK, A. (2011); The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 678-685. Obtenido el 19 de mayo de 2012 doi: [10.3238/arztebl.2011.0678](https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0678)

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2008) Guía para la intervención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria. *Programa de tratamiento integral de trastornos de la conducta alimentaria*. <http://www.insm.gob.pe/documents/guia-IPTCAL.pdf> Extraído el 8 de marzo de 2012

MANRESA, I. (2012) "Encouragement" y equilibrio personal: una alternativa preventiva a los trastornos de personalidad. Trabajo de licenciatura presentado en la Universidad CEU San Pablo, junio, Madrid

MARTÍN, F. M., CANGAS, A. J., POZO, E. M., MARTÍNEZ, M. & LÓPEZ, M. (2009) Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38

MCINTOSH, V., JORDAN, J., CARTER, F., LUTY, S., MCKENZIE, J., BULIK, C., FRAMPATON, C., & JOYCE, P. (2005) Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American J Psych (Ed esp)*, 8, 429-435
<http://www.uv.mx/medmina/avisos/documents/anorexiaesp.pdf> Extraído el 8 de marzo de 2012.

Organización Mundial de la Salud (1992) *Clasificación internacional de las enfermedades* (10th ed., texto revisado) Ginebra: OMS

PALET, M. (2000) *La familia, educadora del ser humano* Barcelona: Balmes

PELÁEZ, M. A. (2004) *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. [Documento en PDF] Obtenido en Febrero de, 2012, de URL <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26738.pdf>

PELÁEZ, M.A., LABRADOR, F. J. & RAICH, R. M. (2005) Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 131-144
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56050204#>

RUSSELL, G. F. M., SZUMKLER, G. I., DARE, C., & EISLER, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056

SALDAÑA, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392

SHALIT, W. (2012) *El retorno al pudor* Madrid: Rialp

SÁNCHEZ-PLANELL, L. & OLIVEIRA, C. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo Ruiloba (7.ª ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (pp. 805-829) Barcelona: Elsevier España, S. L.

SANCHO, C., ARIJA, M. V. & CANALS, J. (2008) Personality disorders in non-clinical adolescents with eating disorders. *European eating disorders review*, 16, 133-138

SANSONE, R. A., LEVITT, J. L. & SANSONE, L. A. (2005) The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, p. 7-21. Obtenido el 18 de mayo de 2012. doi: 10.1080/10640260590893593

SANSONE, R.A. & SANSONE, L. A. (2007) Childhood borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eating Disorders*, 15, p. 333-346. Obtenido el 18 de mayo de 2012. doi: 10.1080/10640260701454345

TURÓN, V. J. (1996) *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* Barcelona: Masson

URABEL, K.R., RO, O., MARTINSEN, E. W., HOFFART, A. & ROSENVINGE, J. H. (2010) Five- Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders. *International Journal Eating Disorders*, 43, p. 22-28

WILFLEY D. E., FRIEDMAN M. A., DOUNCHIS J., STEIN R., WELCH R. & BALL S. (2000) Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, p. 641-649

WILSON, G., GRILO, C. & VITOUSEK, K. (2007) Psychological Treatment of Eating Disorders. *American Psychological Association*, 62, p. 199-210. Obtenido el 30 de marzo de 2012. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199

