



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

TEMA XXXI

A. Polaino-Lorente

LA ANOREXIA NERVIOSA

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Diagnóstico
4. Descripción clínica y exploración psicopatológica
5. Aproximación comportamental al estudio de la anorexia

1. INTRODUCCION

Se designa con este nombre a una situación patológica caracterizada principalmente por una alarmante pérdida de peso, trastornos de la imagen corporal (con o sin participación delirante), hiperactividad, (aunque no siempre), amenorrea (en la mujer) y vaga conciencia de enfermedad.

La denominación de *ANOREXIA* no es muy afortunada, pues no hace justicia a lo que realmente sucede ya que la mayoría de éstas jóvenes, además de sentir hambre, procuran satisfacerla ingiriendo, exagerada y desproporcionadamente, alimentos. Es frecuente que a la conducta de autosatisfacción alimentaria siga el consecuente vómito (autoprovocado o espontáneo), como más adelante veremos.

Por otra parte, la denominación con que se conoce —anorexia— se refiere más a un síntoma que a una enfermedad; a un síntoma que ni es absolutamente constante, ni el más sustantivo para la definición operativa de estas alteraciones.

Por eso algunos autores, como A. Crisp (1981, 1982), prefieren hablar de la “fobia al peso” (lo que también implica el rechazo al propio cuerpo). Bruch (1973) en cambio, enfatiza más la “lucha por mantenerse delgadas”.

Asumamos una u otra denominación, el resultado es el mismo: una persona joven, que parece un “esqueleto andante” se está muriendo de hambre dentro de la abundancia, intrigándonos a todos lo que tenemos alguna relación con ella, sin que alcánzemos a conocer con cierta exactitud qué es lo que le sucede.

En consecuencia, el comportamiento alimentario es muy irregular y versátil, variando desde la total aversión a la ingestión de alimentos

(inapetencia espontánea o reactiva a la situación conflictiva del paciente; Feigner, 1972), al abuso alimentario (bulimia impulsiva), sin que apenas importe ni la calidad ni la cantidad de los alimentos ingeridos (Casper y col., 1980) La predicción de este comportamiento alternativo y sinuoso es muy difícil. Resulta muy complicado apresar las circunstancias y estímulos situativos —generalmente conflictivos— que desencadenan o disparan estas conductas anómalas. No obstante esta dificultad, es muy conveniente intentarlo por las importantes consecuencias que para las oportunas estrategias terapéuticas puedan tener estas informaciones, como observaremos luego.

2. EPIDEMIOLOGIA

Aunque hay pocos estudios sobre la epidemiología de la anorexia nerviosa, se ha informado que la incidencia media por año y 100.000 habitantes es de 0,37 (Kaplan, 1981). Sin embargo, esta cifra parece excesivamente baja y puede atribuirse a que no se diagnostican todos los casos y/o al aumento, relativamente importante, de su incidencia en estos últimos años. Así por ejemplo, Crips (1980), ha encontrado que es más frecuente en el ámbito escolar (1 de cada 250 niñas, cuyas edades están comprendidas entre los 16 y los 18 años), en ciertas profesiones preocupadas por la nutrición y el peso (deportistas, ballet, etc.), y en determinada clase social (profesiones liberales). Su incidencia es menor en las regiones nortes que en las sureñas. La edad de comienzo más frecuente son los 18 años, aunque las edades en que el riesgo es mayor, varían entre los 12 y los 30 años. El 80% de las anorexias, sin embargo, comienzan entre los 13 y los 20 años, a pesar de que se han comunicado casos en que estas alteraciones aparecieron antes incluso de los 10 años de edad.

En los varones son muy poco frecuentes (del 4 al 6% de las anorexias). El riesgo de morbilidad es aproximadamente del 6,6% en las pacientes anoréticas.

3. DIAGNOSTICO

Los criterios diagnóstico fijados por la DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1980), se resumen en los siguientes:

- Rehusar mantener un peso mínimo normal, proporcionado a su edad y talla.
- Pérdida de peso al menos del 25% de su peso normal.

- Alteraciones del esquema corporal e incapacidad para percibir su cuerpo de forma objetiva y adecuada.
- Temor intenso a engordar que no disminuye con el adelgazamiento
- Amenorrea en la mujer.

Pero junto a estos síntomas aparecen otros muchos que sin resultar imprescindibles para el diagnóstico, suelen presentarse a lo largo de la evolución de la enfermedad y también tienen una gran importancia. Veamos algunos de ellos.

4. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.

El cuadro aparece de forma insidiosa con una pérdida de apetito que suele coincidir con un periodo de crecimiento en el que los cambios corporales y hormonales propios de la pubertad son más intensos. En otras ocasiones la inhibición de la conducta alimentaria responde a la decisión de adelgazar. En este punto es demostrativo que no hallamos encontrado ningún sujeto anorético que iniciara dicho comportamiento tras la administración de sustancias adelgazantes que, como es sabido, intervienen en la composición de casi todas ellas, estimulantes anfetamínicos en proporción suficiente como para justificar ciertos síntomas anoréxicos (depresión, pérdida del apetito, irritabilidad, adelgazamiento e insomnio), —cfr., para una revisión Polaino-Lorente (1982).

Cuando la supuesta paciente llega al especialista, habitualmente ha recorrido ya varias consultas de médicos internistas, pediatras, ginecólogos y endocrinólogos y, posiblemente, haya seguido más de un tratamiento a base de preparados hormonales, reconstituyentes etc., tras los resultados negativos de la exploración clínica y de las muchas y variadas pruebas analíticas que se le han practicado.

La paciente llama la atención por su aspecto extraordinariamente delgado y por su porte algo huraño y retraído, permaneciendo sentada o levantado, ocupando un lugar distanciado, casi siempre, de la familia (especialmente de sus padres), quienes aparecen preocupados y perplejos.

La comunicación es apagada y muy poco fluida, como si le costara mucho esfuerzo contestar a las preguntas del terapeuta. Es posible que ante la insistencia del entrevistador haga referencia a que ha sido traída por su familia y que por su gusto no habría venido.

En ocasiones es llamativa la vitalidad con que se presenta (no quiere sentarse) y la ansiedad que se revela en su conducta, a pesar

de su extrema delgadez. En el *rostro* sobresalen los pómulos en contraste con el hundimiento que presentan los ojos y el ligero vello que a veces recubre su cara (lanugo). El *cabello* es debil y quebradizo. El maquillaje puede ser acentuado, pero la mayoría de las veces viste de manera algo infantil con ropas que tratan de disimular su delgadez. Los *pies y las manos* están fríos y ofrecen un color amoratado, a pesar de que la temperatura ambiente no sea fría.

Dependiendo de la gravedad del caso, pueden encontrarse en las extremidades inferiores *edemas* (1) a causa del déficit sanguíneo y proteico, a que le ha conducido la dieta de hambre a la que se somete. (los edemas pueden aparecer de forma brusca también al iniciarse repentinamente la ganancia de peso).

La *piel* aparece apergaminada y seca; el relieve de las mamas ha disminuido o incluso se ha borrado por completo. El panículo adiposo y la distribución de la grasa bajo la piel son inexistentes. Sin embargo, persiste, aunque muy debilitado y escaso, el vello pubiano y axilar.

La *temperatura basal, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca*, son bajas, casi siempre. Constituyen una excepción las pacientes que se autoprovocan en vómito tras comidas copiosas. En estas suele haber taquicardia.

Los *exámenes clínicos y de laboratorio* no suelen proporcionarnos ninguna información relevante. Lo habitual es que no exista anemia ni leucocitosis y que, a no ser en los casos muy graves, las proteínas plasmáticas estén dentro de los límites normales. Lo mismo sucede con el ionograma.

En las vomitadoras crónicas, está disminuida la concentración de potasio en sangre, con el consiguiente peligro de que se produzcan arritmias cardiacas. En el electrocardiograma hay cambios consistentes, cuando se llega a estos extremos: inversión de la onda T, depresión del segmento ST y enlentecimiento del intervalo QT.

La investigación analítica de las *constantes endocrinológicas*, manifiesta una situación hormonal prepuberal. Hay un retraso en la liberación de hormona luterizante (LH) y folículoestimulantes (FSH), tras la estimulación con GnRF; algo análogo sucede con la prolactina tras la estimulación de TRF. La hormona del crecimiento está elevada, el estradio en cambio, disminuido. No se ha podido demostrar, por ahora, variaciones circadianas de cortisol en estos pacientes.

(1) Acumulación patológica de líquido seroalbuminoso en el tejido celular.

La excreción urinaria de 3 metosi-4 hidroxifeniglicol (MHPG), el metabolito más importante de los neurotransmisores noradrenérgicos cerebrales, está descendido. El aumento de la tasa urinaria de MHPG correlaciona con la disminución de la sintomatología depresiva y la ganancia de peso, siendo un buen predictor de la mejoría de la anorexia.

La paciente está consciente y bien orientada en el espacio y en el tiempo. Su aspecto es habitualmente vivaz como el que acabamos de describir. Llama la atención la total ausencia de conciencia de enfermedad.

El humor es depresivo en algunos estadios, sobre todo cuando el estado de desnutrición es extremo; habitualmente no se manifiesta así.

Hay casi siempre ansiedad que se manifiesta por que las pacientes son incapaces de permanecer sentadas durante largo rato (acatasia), prefiriendo estar de pie. A pesar de su estado caquéctico (desnutrido), son capaces de realizar ejercicios físicos excesivos (prolongadas marchas a pie, natación, ejercicios gimnásticos agotadores, etc.) y niegan que estos ejercicios les produzcan cansancio.

Suelen encontrar dificultad para dormirse, durmiendo pocas horas debido a que se despiertan durante la segunda mitad de la noche.

Los registros *electroencefalográficos* realizados en estos pacientes manifiestan una importante reducción en la fase del sueño paradójico (sueño REM).

Hay pensamientos obsesivos respecto de la comida, el peso, y la forma en que ambos se relacionan con la afectividad y con el modo de experimentar su propio cuerpo.

Otros *trastornos cognitivos* frecuentes son:

- Confusión entre la sensopercepción del hambre y otras sensaciones desagradables.
- Dificultades para elaborar una identidad propia y personal.
- Pésima construcción del esquema corporal y de sus necesidades (una paciente hablaba de "mi cuerpo y yo").
- Dificultad para asumir e integrar las modificaciones corporales específicas del desarrollo psicobiológico.

Al incidir en estas pacientes los cambios corporales propios de la pubertad, experimentan que "les está ocurriendo algo, como si les viniera de fuera", en lugar de considerar dichos cambios como algo natural y propio de su desarrollo.

Algunos han sugerido, que en estas pacientes predominan las actitudes y los *estilos cognitivos* de acomodación sobre los de asimilación.

Hay también falta de iniciativa y pérdida de la autonomía afectiva (dependencia afectiva-reactiva), además de la formación de un autoconcepto negativo y una autoestima deficitaria. Cualquier nueva situación puede poner de manifiesto estos déficits cognitivos.

Un síntoma patognomónico que se cita en todas las definiciones de anorexia nerviosa, es la *alteración de la percepción del esquema corporal*. Durante la anorexia nerviosa, se percibe la imagen corporal de forma mucho más ancha de lo que es en realidad. Esta distorsión de la percepción se extiende también, aunque en grado variable, a la percepción corporal de otras personas, no ocurriendo así para los objetos inanimados. La percepción de la imagen o forma-tamaño corporal se ha medido con diferentes técnicas (modificación de fotografías, reproducción de las propias medidas por medio de dos luces móviles en una tabla horizontal, etc.) y por lo general, la *percepción de la altura* es bastante correcta, mientras que las *medidas horizontales* se perciben más anchas. Esta autopercepción de falsa obesidad, puede observarse también en otras adolescentes no anoréticas, aunque nunca con una intensidad tan extremada. En varones adolescentes y en personas adultas no suele observarse. Existen discrepancias sobre la evaluación de este dato. Alguno autores han encontrado que estas autopercepciones no se modifican con el aumento de peso.

Otros, en cambio, parecen haber encontrado lo contrario. Los resultados de los primeros apoyarían la hipótesis del *fijismo corporal autoperceptivo*, lo que explicaría mejor —de comprobarse, claro— las alteraciones cognitivas de estos pacientes que tanto influyen en el moldeamiento y mantenimiento de las conductas anoréticas.

Peculiares características presenta la *conducta alimentaria*. Lo habitual es que comiencen por evitar la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos (patata, dulces, pastas, etc.), a la vez que muestran preferencias por comer a solas y fuera de las horas de las comidas. Otras veces, retrasan cuanto pueden el momento del almuerzo. Comen con parsimonia, después de desmenuzar o cortar en pequeños trozos cada alimento. Suelen mostrar preferencia por alimentos ácidos (cítricos, vinagre, etc.), frutas (manzanas) y queso (en exclusiva), acompañándose de ciertas bebidas (grandes cantidades de café o té). Si en la clínica se las lleva la comida a la habitación, manifiestan el deseo de comer a solas (procediendo a esconderla para en una mejor ocasión deshacerse de ella). Si se les fuerza a comer en presencia de alguien, ingieren una cantidad muy pequeña; luego pedirán ir al servicio y se provocarán el

vómito. Otras veces toman escondidas diuréticos para conseguir su propósito de estar delgadas, mediante la forzada eliminación de líquidos.

En la anorexia es muy frecuente las ráfagas de bulimia (el sujeto come impulsivamente grandes cantidades de alimentos —a veces a escondidas y casi siempre fuera de casa o de la clínica—, hasta disminuir o aumentar, a veces, en un sólo día uno o dos kilos de peso), seguidas de culpabilidad, autoestima negativa y sentimientos depresivos. No es raro que a los episodios de bulimia sigan de inmediato los vómitos compulsivos, casi siempre autoprovocados con purgantes o, mecánicamente, así como la autoadministración —compulsiva y reiteradamente negada— de laxantes y diuréticos.

El obvio comportamiento contradictorio (bulimia/vómito) comienza a esclarecerse (Brunch, 1973; Beumotn y col, 1976). Una investigación reciente de los hábitos alimentarios de 105 mujeres anorécticas ingresadas en el Instituto Psiquiátrico de Illinois, mostró que la bulimia apareció en el 47% de ellas. Pudo distinguirse dos grupos de pacientes con anorexia en función de la obesidad y de la aparición o no de las crisis de bulimia (Casper y col., 1980)

Las pacientes del primer grupo —obesas no bulímicas— eran más introvertidas, sentían con menor frecuencia hambre y presentaban síntomas psíquicos explicables por el estrés. Las pacientes con bulimia en cambio, eran más extrovertidas, con tendencia a ser de mayor edad, y admitían padecer, con mucha frecuencia, un intenso apetito.

En estas últimas —y sólo en ellas— eran muy frecuentes los vómitos y la cleptomanía, acompañándose además de depresión, ansiedad intensa, excesiva sensibilidad a las relaciones interpersonales, complicaciones somáticas y culpabilidad. Estas enfermas tienen actitudes favorables a la hospitalización frente a la frecuente oposición al ingreso de las pacientes del otro grupo.

Todo esto parece confirmar que la presentación de la bulimia en la anorexia, está vinculada a ciertos rasgos de personalidad y a un perfil psicopatológico diferente de las enfermas anorécticas en que no hay crisis de bulimia. Dicho de otro modo: que pueden distinguirse dos subgrupos, comportamental y tal vez psicopatológicamente diferentes, en la clínica de la anorexia nerviosa.

El abuso de laxantes (para acentuar la eliminación por vía rectal) y de anfetaminas (para disminuir el apetito) es también frecuente. La cohartada empleada para usar laxantes, consiste en el estreñimiento que habitualmente presentan estos pacientes, como consecuencia de

la pereza intestinal al tomar muy pocos alimentos o/y como síntoma acompañante del cuadro depresivo.

Estas y otras conductas, realizadas a hurtadillas y con todo cuidado suelen escapar a la atención de las personas que cuidan de la paciente.

Paradójicamente, las personas anoréticas, suelen tener una gran afición por la cocina. Algunas se dedican a cocinar para toda la familia y se complacen en hacer comer a sus hermanos menores. Esto explica que otros miembros de la familia ganen peso al enfermar la paciente.

La *amenorrea* (ausencia de menstruación), suele ser una manifestación constante, a excepción de las que consiguen un precario equilibrio (a base de atracones y de vómitos) y logran mantener el peso y el balance hormonal imprescindible para que la menstruación se produzca. En cualquier caso, las graves irregularidades del ciclo mensual (dismenoreya), suele ser algo muy frecuente.

Para algunos autores, los cambios corporales de la pubertad y su significación socio-cultural y fisiológico (cuerpo adulto, capaz de llevar a cabo funciones sexuales y reproductivas) es lo que hace tambalear la precaria personalidad de estos pacientes. Hipotetizan que las anoréticas sentirían pánico a la posibilidad de perder el control de sus impulsos. La anorexia nerviosa al volverles a una situación corporal prepuberal (sin curvas ni formas corporales de significado sexual) les proporcionaría el estado y la configuración anatómica que tanto apetecen para su propio cuerpo.

El hecho de que la *amenorrea sea primaria* (es decir, que suceda cuando aún no se ha producido la primera menstruación), o *secundaria* (que se extinga la función menstrual una vez que fue adquirida), depende del momento del desarrollo en que haya hecho eclosión la enfermedad. Lo más frecuente es que la menstruación cese tras la pérdida de peso, aunque en algunos otros (los menos) sucede lo contrario.

La amenorrea es reversible y remite al instaurarse la normalidad en el peso y en la situación hormonal y metabólica. Por lo general esto no sucede de forma inmediata, sino al cabo de varios meses de evolución y en función de cuál sea el índice de recuperación de las anteriores funciones.

Las conductas de interacción social de las anoréticas, cambian con la enfermedad. Sus compañeras habituales son percibidas ahora como personas frívolas, poco serias, y que se "hacen las mayores".

La situación de autoaislamiento en que se encierran, la viven como algo muy doloroso. Tienden a buscar la compañía de chicas más jóvenes o menos aventajadas en otros aspectos (físico, intelectual, rendimiento escolar, etc.). La rigidez, la obsesión y la dependencia caracterizan sus relaciones interpersonales.

Algunos autores consideran la enfermedad como un síntoma del núcleo familiar enfermo. El síntoma expresaría y aliviaría el estrés emocional imperante. Estas familias se caracterizan por patrones de relación de atrapamiento, de sobreprotección, rigidez, y ausencia de resolución de conflictos. En ellas la rigidez y la protección son más importantes que la autonomía y la autorrealización. Entre los cónyuges se ha descrito una cierta incapacidad para ocuparse uno del otro. Son familias totalmente orientadas a los hijos y a su bienestar, con una vigilancia excesiva sobre sus movimientos. Esta actitud crea en la paciente la sensación de estar totalmente controlada y busca la aprobación constante, convirtiéndose en una gran "observadora de sus padres". Muchas veces, el problema de la hija anoréctica es el primer conflicto importante y manifiesto que vive la familia como tal.

En muchas de estas familias se observa una descompensación (madre ansiosa, padre deprimido) a medida que se va recuperando la paciente de su enfermedad.

5. APROXIMACION COMPORTAMENTAL AL ESTUDIO DE LA ANOREXIA

Con anterioridad, la discusión sobre la anorexia nerviosa se centró en dos posibles modelos explicativos: el psicoanalítico y el médico (cfr. Benis, 1978). En los últimos quince años la discusión ha variado de escenario, en la medida que las investigaciones neurofisiológicas y comportamentales iban incorporando nuevos datos explicativos (bioquímicos, hormonales, etc.) y de eficacia terapéutica indiscutible (Benis, 1978); Hantzinger, 1978).

Por ello, parece lógico que se haya producido un giro importante en el modo de concebir la terapia: desde los gruesos procedimientos empíricos (Agras y col., 1974) a las técnicas de modificación de conducta, especialmente la desensibilización sistemática, y los procedimientos operantes (empleo de refuerzos positivos y negativos, moldeamiento, economía de fichas, técnicas de autocontrol, etc; cfr., por ejemplo, Halini y col., 1978).

Para tratar de solucionar el problema en la anorexia nerviosa, hay que partir de un análisis de las variables comportamentales que puedan estar implicadas en la aparición de estas alteraciones.

Lo más apropiado sería la construcción (trás el análisis direccional y funcional de la conducta) de un modelo comportamental en el que se integren los factores biográficos, situativos, conductales y cognitivos así como las consecuencias (contingencias positivas y negativas) del comportamiento anorético, de modo que las estrategias de intervención terapéutica puedan adecuarse luego, con la mayor precisión posible a las hipótesis establecidas (Hantzinger, 1980).

Blincler y col (1970), definieron la anorexia nerviosa como "una conducta específicamente aprendida y mantenida por refuerzos ambientales" (p. 1093). En nuestra experiencia clínica, hemos encontrado cuatro factores que podrían condicionar muy importantemente el aprendizaje y mantenimiento de esta conducta: a) una identidad corporal y personal hábiles, y en parte dependientes de la aparición de los caracteres sexuales secundarios, lo que puede intensificar, aún más, la vulnerabilidad de los sujetos a otros posibles moldeamientos durante esta etapa; b) el hecho de que algún familiar (generalmente la madre) sea obeso y el futuro anorético haya sido rechazado o mortificado a causa de ello por alguno de sus familiares y/o amigos, que constituye la primera experiencia negativa respecto de la obesidad; c) la gratificación y el reconocimiento que puedan recibir de otros adolescentes (por ejemplo, ser aceptada) en función de su mayor o menor peso; y d) concepciones (personales y sociales) en torno a los ideales estéticos vigentes en ese momento que intensificarían —para ser y sentirse "normales"— la importancia que la joven atribuye a su mayor o menor peso.

La investigación pormenorizada de los cuatro bloques anteriores, ha generado algunos datos importantes que pueden sistematizarse como sigue:

1. Análisis de la situación familiar:

Entre los anoréticos son frecuentes las familias conflictivas sometidas a un estrés excesivo. Las relaciones entre madre e hija (anoréticas) aparecen deterioradas; hay rivalidad entre la paciente y alguno de sus hermanos. La madre es a menudo una mujer depresiva; el padre es descrito como una personalidad que reacciona compulsivamente y con ansiedad; la paciente controla excesivamente su conducta agresiva prefiriendo la inhibición a la acción frente a los conflictos (Cfr. Crips y col., 1974, 1976 y 1980). El balance de la situación familiar

puede proponerse como un predictor de la vulnerabilidad a las futuras recaídas de estos pacientes (Hantzinger, 1980; Halmi y col., 1979).

2. Estilo familiar alimentario:

El paciente considera el estilo familiar alimentario negativo y desagradable caracterizándose por hábitos compulsivos y forzamientos de sus padres para que coma, lo que condiciona que experimente la conducta alimentaria como algo odioso y difícil de soportar. La desconsideración de los gustos del paciente (en el modo de componerse y programarse la dieta) contribuye a que teman el momento de sentarse a la mesa, experimentando los alimentos como algo sin atractivo. El peculiar estilo alimentario, unido a las características familiares antes descritas, configura un universo estimular familiar que en absoluto es el apropiado —por sus contingencias estimulares y consecuencias comportamentales— para el desarrollo de hábitos alimentarios adaptativos.

3. Actitudes del sujeto anoréxico

Las actitudes hacia el logro de objetivos las desarrolla el paciente fuera de casa (principalmente en la escuela), coincidiendo frecuentemente con una buena capacidad intelectual y con un alto nivel de aspiraciones y de expectativas ante el rendimiento.

Sin embargo, las anteriores actitudes están en franca oposición con su comportamiento en casa: excesivamente obediente y diligente, plegándose dócilmente a cualquier iniciativa de sus familiares. En otro sentido el alto nivel de aspiraciones de estos sujetos choca frontalmente con su habitual sentimiento de insuficiencia que anticipa negativamente los resultados futuros y que consolida una autoestima y un autoconcepto demasiado negativos, amenguado su nivel motivacional.

Las actitudes hacia el sexo se alteran por sus dificultades para identificarse con el padre del mismo sexo (conflictos interpersonales) y por la protección relativamente frecuente (fundamentalmente a expensas del tema alimentario) a que está sometido (Benis, 1978).

4. Repertorio de habilidades sociales.

Es algo más que pura coincidencia el hecho de que la conducta anoréxica se inicie con la llegada de la pubertad. Las impresiones y experiencias relativas a los cambios morfológicos de su organismo configuran actitudes desajustadas hacia su esquema corporal (véase en este volumen) que mal configurado obstaculiza sus relaciones interpersonales.

En este punto resulta muy interesante el hecho de que el paciente con anorexia básicamente sobreestime la representación de su cuerpo. Esta sobreestimación está vinculada (cfr. Slade y col., 1973; Casper y col., 1979; Crips y col., 1981 y 1982 pp. 209 y ss) a la ingesta de carbohidratos, poco importa que las calorías proporcionadas por estos estén limitadas y sean idénticas a las que pudieran proporcionarles otros principios inmediatos (por ejemplo, las proteínas).

La obesidad frecuente de las respectivas madres, el prurito por la delgadez hoy de moda, las negativas experiencias sufridas en casa, respecto de la conducta alimentaria y el rechazo de su identidad sexual mal conformada, empobrecen el aprendizaje de sus habilidades sociales. Su anterior historia biográfica, su situación familiar, y alguna experiencia social desafortunada sufrida en relación con su supuesta obesidad acaban por empobrecer el repertorio de estas habilidades.

Las ambivalentes relaciones con su madre hacen que la paciente rechace su identidad femenina; la sobreprotección-rechazo (ambivalentes) de la madre respecto de su hija, tematizadas a través de la ingesta, dificultan el que ésta desee crecer y desarrollarse hasta convertirse en una persona adulta.

La enigmática anorexia nerviosa ha sido objeto de muchas reformulaciones diagnósticas (desde la histeria y la regresión a la fase oral a la psicosis), suscitando el empleo de muy variados tratamientos (desde la insulina a la administración de neurolépticos). Sin embargo los resultados obtenidos por la *behavior therapy* y las hipótesis explicativas que están en su base (Eckert y col., 1979) permiten conceptualizarla según un diferente modelo: el modelo comportamental tal y como aparecen en el siguiente esquema:

- Relaciones ambivalentes con la madre.
- Competitividad con los hermanos.
- Sobreprotección - rechazo de la madre de temática alimentaria ("toma un poco más..."/"te pondrás como una bola...")
- Ausencia de un modelo parental que facilite su identidad sexual y personal.
- Situaciones alimentarias aversivas ("sentarse a la mesa como quien se presenta a un examen")
- Procesos psicobiológicos de maduración (pubertad)
- Variabilidad hormonal
- Ambiciones personales.
- Actitudes hacia el sexo y la corporalidad.
- Sobrevaloración errónea del propio peso.

- Disminución en su repertorio de habilidades sociales.
- Contactos sociales pobres e insatisfactorios.
- Temor a la obesidad por el rechazo social que comporta.

Ecología familiar conflictiva

Factores biológicos, cognitivos y sociales

Percepción de incontrolabilidad sobre esos eventos.
Sentimientos de desvalimiento, impotencia e inferioridad.
Pensamientos depresivos; autoestima y autoconcepto negativos.
Frustración y vulnerabilidad extremas.

Conducta de evitación activa frente a la comida con el fin de recuperar el control sobre la situación aversiva.

Ensayo de RR alternativas para resolver el conflicto.
Pérdida del apetito, rechazo de los alimentos, bulimia/vómitos, disminución de peso. Tendencias autodestructivas larvadas.

Contingencias ambientales.
Consolidación de la conducta anoréctica por los refuerzos especiales que recibe de sus padres (atención, cuidados, comidas especiales, etc.)

Intensificación de la anorexia (amenorrea, depauperación, disproteinemia, hipotensión, intentos suicidas, tec.) *y recuperación parcial del control sobre su ambiente*, en la medida que continúe comportándose de idéntica forma.

Alternancia y contradicción en la dispensación de los refuerzos y versatilidad en la administración de las contingencias (atención/desaprobación; cuidados/imposiciones; gratificaciones/castigos; etc., todo ello administrado al azar, sin un plan previsto.

Incremento de la conflictividad familiar

- Hospitalización
- Mejoría en la medida que se aleja o separa de la situación aversiva.
- Intención de perpetuar su anterior comportamiento respecto de las personas que le rodean en la nueva situación.

Después de observar este modelo, no parece extraño que algunos investigadores (Kissel y Arkins, 1973) hayan definido la anorexia mental como "la lucha por el poder y el control".

Las estrategias terapéuticas deberían ajustarse en lo sucesivo a modelos comportamentales que sean explicativos y no sólo sintomatológicos.

Ello no obsta, sin embargo, para que cuando sea preciso —y hay muchas circunstancias que lo hacen necesario— se ingrese al paciente anoréxico, de modo que pueda facilitarse el necesario control de sus alteradas funciones biológicas. Los tratamientos medicamentosos resultan entonces imprescindibles. Pero repárese en que la administración de esos medicamentos —fluidoterapia, tónicos cardiacos, antibióticos, antidepresivos, etc.— aún cuando resulten imprescindibles son sólo un recurso subsidiario o/y simultáneo a las estrategias modificadoras que específicamente inciden en el cambio rehabilitador de estas alteraciones comportamentales.

La investigación básica de las relaciones existentes entre ciertas funciones —especialmente la actividad, el sueño, la afectividad y la conducta alimentaria, aquí alteradas gravemente— tiene mucho que decir.

En relación con la anorexia nerviosa, algunas investigaciones básicas (de tipo interfuncional) han puesto de manifiesto lo que sigue:

- Que no son significativas las correlaciones entre la movilidad nocturna del sujeto durante el sueño (mediante un detector especialmente diseñado para ello, Crisp y col., 1970) y los autoinformes recogidos respecto de la duración del sueño. La ausencia de significación en la correlación no varía en función del tratamiento.
- Que los pacientes anoréxicos experimentan una significativa reducción del sueño durante la segunda mitad de la noche.
- Que esta disminución varía en función de las alteraciones en su comportamiento.
- Que hay ciertas relaciones entre las calorías de la dieta consumida, la duración total del sueño, la actividad durante el día (cuestionario y cuentapasos), la actividad menstrual, las variaciones en la intensidad de la ansiedad y de la depresión (*Middlesex Hospital Questionnaire*), los cambios en neuroticismo, introversión y extroversión (*Eysenck Personality Inventory*) y el aumento o disminución del peso (Crisp y Stonehill, 1976, pp. 73-91).

El anterior modo de proceder en la investigación de la anorexia está generando ya importantes resultados, cuya contribución al servicio de la verificación o refutación de los modelos psicopatológicos comportamentales e interfuncionales es desde luego indudable.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S.W. et al.: Behavior Modification of Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, 279-286.
- BEMIS, K.M.: Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 593-617.
- BEUMONT, P.J. et al.: "Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 1976, 6, 617-622.
- BLINDER, B.J. et al: Behavior therapy of anorexia nervosa: effectiveness of activity as reinforcer of weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 1970, 126, 1093-1098.
- BRUCH, H.P.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York, Basic Books inc., 1973.
- CASPER, R. et al.: Disturbances in body image estimation as related to other characteristic and outcome in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*. 1979, 134, 60-66.
- CASPER, R. et al.: Bulimia. Its Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia Nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, 1030-1035.
- CRISP, A.H.: Anorexia nervosa "Feeding disorder", "Nervous malnutrition" or "Weight phobia"? *World Review of Nutrition and Dietetics*, 1970, 12, 452-504.
- CRISP, A.H.: Primary anorexia nervosa or adolescent weight phobia. *The Practitioner*. 1974, 212, 525-535.
- CRISP, A.H. et al.: *Sleep, Nutrition and Mood*. John Wiley and Sons. 1976.
- CRISP, A.H.: *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Academica Press, London, 1980.
- CRISP, A.H.: Anorexia Nervosa at normal body weight! The abnormal weight control syndrome. *Int.l. J. Psychiatry in Medicine*. 1981-82. 11-3, 203-233.
- ECKERT, E.D. et al.: Behavior therapy in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, 1979, 134, 55-59.
- FEIGHNER, J.P. et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1972, 26, 57-63.
- HALMI, K.A.. et al.: Familial alcoholism in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 1978, 123, 53-54
- HALMI, K.A., et al.: Treatment predictors of outcome in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*., 1979. 134, 71-78.
- HAUTZINGER, M.: Anorexia Nervosa. *Psycho.*, 1978, 4, 414-419.
- HAUTZINGER, M.: *Anorexia Nervosa: A Behavior-Analytical Model*. *Behav. Anal. Mod.* 1980.
- KAPLAN, H.I.; *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. William & Wilkins, Baltimore, 1981.

KISSEL, S. et al.: Anorexia nervosa reexamined. *Child Psychiatry and Human Development* 1973, 3, 255-263.

PERTSCHUK, M.J. et al.: A multiple Baseline approach to behavioral Intervention in Anorexia Nervosa. *Behavior therapy*, 1978, 9, 368-376.

POLAINO-LORENTE, A.: El doble efecto depresógeno y toxicómano de los adelgazantes. Madrid, 1982, (Universidad Complutense, texto no publicado.)

SLADE, P.D., et al.: Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol. Med.*, 1973, 3: 188-199.

STONE HILL, E., et al.: *Sleep, Nutrition, and Mood*. John Wiley and Sons., 1976., 73-91.