



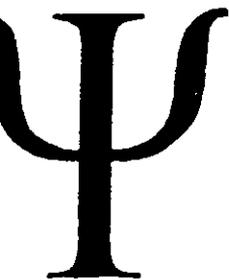
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0297822

"LAS APROXIMACIONES, COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SITEMICA EN LA ANOREXIA NERVOSA: UNA APROXIMACION INTEGRATIVA".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
BARBOSA FRANCO ALEJANDRA
LORA CASTELLANOS GEORGINA



DIRECTORA DE TESIS: LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO D.F. OCTUBRE 2001
EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico esta Tesis a:

Mis padres por su apoyo durante todo este tiempo:
A mi **papá** por no quitar el dedo del renglón y no
abandonarme a lo largo de este camino, y
A mi **mamá** por brindarme su mano cuando
tambaleaba.

A **Leo** por la ayuda y motivación que me brindo
para realizar mi tesis,
Así como, por su inagotable paciencia para
aclarar todas mis dudas,
Leo, fuiste mi gran apoyo tanto a lo largo de
la carrera como en terminar este paso,
Sin ti, tal vez no lo hubiera logrado.
Gracias por brindarme no solo tu mano, sino
todo tu ser desde que me conoces.

A **Gina**, por su dedicación y esfuerzo en realizar el trámite,
pues de no ser por ella
No estaríamos donde estamos

A la **Lic. Leticia Bustos**, Directora de tesis,
por su orientación y recomendaciones
durante la realización de este trabajo,
así como a los demás integrantes del jurado
por su especial apoyo y comprensión en
mis horarios de trabajo.

A mi abuelita Bertha y a mi tía Gema, por su cariño.

“Gracias a todos los que me acompañaron en este viaje”

Alejandra Barbosa Franco.

Dedicatorias

A mis papás, por estar siempre conmigo, apoyarme y nunca dejarme vencer en el camino que he escogido.

A mis hermanas, Vero y Ale, a quienes quiero entrañablemente y que han sido mis compañeras y amigas durante toda mi vida.

A Miguel, por siempre estar ahí desde hace años. Por ser un gran amigo y apoyo en los momentos en que más lo necesitaba.

A Ale y Leo por su apoyo, paciencia (tuvieron toneladas de ella) y ayuda en el transcurso de este trabajo.

A mis amigos de la carrera: José, Ale (del Rosal), Diana, Ana, Adriana, Ingrid, Bere, Andrea, Daniela, Leo y Ale (sí, otra vez), por su amistad, sus regaños, sus consejos, sus abrazos, los cafés, los tecolotes, los antros y todo lo que hizo de mi estancia en la facultad algo que jamás olvidaré.

A Sergio, que apareció cuando menos lo esperaba y que me ha hecho la mujer más feliz de la tierra XOXO.

A Lety, directora de esta tesis, por sus consejos, sus puntos de vista y sus críticas, así como a los demás sinodales por su rapidez en la revisión del mismo.

A la facultad de Psicología por haberme acogido y formado durante tantos años.

A la UNAM. Es un privilegio ser parte de su comunidad.

Gina.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANOREXIA NERVOSA.....	4
1. 1. ETIOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA.....	4
1. 1. 1. FACTORES BIOLÓGICOS.....	5
1. 1. 2. FACTORES PSICOLÓGICOS.....	6
1. 1. 3. FACTORES AMBIENTALES.....	7
1. 1. 3. 1. FAMILIARES.....	7
1. 1. 3. 2. SOCIALES.....	9
1. 1. 3. 4. FACTORES DISPARADORES.....	12
1. 2. EPIDEMIOLOGÍA	15
1. 2. 1. INCIDENCIA	15
1. 2. 2. PREVALENCIA	16
1. 3. CUADRO CLÍNICO.....	17
1.3.1 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INANICIÓN.....	20
1.3.2 EFECTOS BIOLÓGICOS DE LA INANICIÓN.....	23
2. APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS.....	25
2. 1. APROXIMACIÓN MÉDICA	25
2. 2. APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA.....	27
2. 3. APROXIMACIÓN SISTÉMICA.....	33
2. 4. APROXIMACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.....	56
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	78
4. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	89

INTRODUCCIÓN

Es de nuestro amplio interés, recopilar en este estudio los principales modelos teórico- metodológicos en el tratamiento y explicación de la Anorexia Nervosa, en el cual el profesional del trabajo clínico encuentre una guía de apoyo en lo que respecta a este trastorno y que le permita conocer los principales modelos teóricos que atacan la Anorexia Nervosa, así como los principales tratamientos propuestos por cada uno de ellos. Como elemento adicional a esta recopilación, pretendemos establecer una aproximación integrativa en el tratamiento de la Anorexia Nervosa, desde las aproximaciones COGNITIVO – CONDUCTUAL Y SISTÉMICA, esto con el fin de avanzar un poco en la posible integración terapéutica que creemos futura y que por lo menos en este estudio pretende aproximar las técnicas de ayuda al paciente, que es al fin y al cabo la esencia de nuestra formación. Con respecto a las aproximaciones MEDICO y PSICOANALÍTICA, solo serán mencionadas brevemente dada su importancia en este padecimiento.

De algunos años a la fecha la incidencia de casos de Anorexia Nervosa le ha conferido a ésta el título de enfermedad pública, esto debido al fuerte impacto que ha tenido sobre la sociedad en general. Se han escrito un sin número de artículos en revistas profesionales e, incluso, existe una amplísima documentación dirigida hacia aquellas personas no profesionales interesadas en este trastorno dada su magnitud.

La Anorexia Nervosa es un trastorno alimenticio en el que los pacientes se auto imponen estados de inanición. Este es el nódulo principal del trastorno alimenticio, y aunque existen diversas teorías que tratan de explicar el fenómeno, de modo general, se agrupan en dos corrientes: la médica y la psicológica. En la médica se considera que el estado de inanición y el bajo peso son consecuencia de los cambios psicológicos, es decir, que debido a la falta de elementos nutricionales se

alteran estados de consciencia y en general de funciones mentales superiores. En la segunda categoría, se cree que existe un control alimentario de la enferma que hay que analizar de manera integral. Aquí la paciente está buscando algún objetivo, y la inanición no es más que una metáfora para expresar el significado que tiene para ella (Duker, 1995), y por ende la manifestación de su problemática. Antes de pasar al bosquejo general de la anorexia, es necesario enfatizar, que no pretendemos una traducción o transcripción de los paralelismos en las teorías, sino una aproximación que permita al profesional de la salud ubicar, de manera general los puentes terapéuticos, mas no explicativos de las diversas teorías, querer intentar esto último creemos demasiado ambicioso para los alcances de este estudio, y tal vez para la Psicología en general, dadas sus magnitudes y complejidades metodológicas.

La Anorexia Nervosa se caracteriza por una excesiva pérdida de peso, preocupación constante por el contenido calórico de alimentos y ejercicio excesivo, alteraciones del estado de ánimo, distorsión de la imagen corporal, y generalmente la evasión de la participación en actividades sociales relacionadas con la comida. Hay una distorsión en la percepción corporal, pues el estado es extremadamente delgado y aún así la interpretación de su figura corporal es de obesidad, además como rasgo característico del estado de inanición y de desproteinización, en casos prolongados se presenta amenorrea (Duker, 1995; Malan, 1997).

Entre algunas de las causas se cuenta con situaciones de estrés ante cambios imprevisibles del medio tales como la separación o divorcio de los padres, cambios de residencia, escuela o incluso la muerte de algún ser querido; por lo que no es de extrañar que la familia está muy relacionada con este trastorno (ANRED, s/f).

Según indican algunos estudios (Herzog y col. 1993 y Sullivan, 1995, en Steiner y Lock, 1998), el curso de la Anorexia Nervosa es variable, muchos pacientes logran recuperarse completamente después de presentar varios episodios.

Algunos otros presentan y van desarrollando un curso variable de peso, decrecentando e incrementando constantemente. Se sabe que algunos pacientes presentan esta enfermedad recurrente de los afectos y se han registrado suicidios en el 5% de los pacientes que sufren Anorexia Crónica. Los estudios indican una tasa de mortalidad del 3 al 10%.

Estudios basados en población, específicamente de blancos jóvenes, en el que se utilizan diseños de pantalla de dos fases, muestra que la prevalencia de desórdenes alimenticios en adolescentes se ha incrementado durante los últimos 50 años (Lucas y col., 1991 en Steiner y Lock, 1998).

Dadas las necesidades de actualización y desarrollo propios de la Psicología, y debido a la necesidad social que implica la comprensión y control de la anorexia, creemos pertinente analizar y organizar las aportaciones de los modelos psicológicos, cognitivo conductual y sistémico. En este trabajo de tesis realizaremos una investigación documental en relación a este trastorno y una posible aproximación integrativa de estos modelos, para el tratamiento de la Anorexia Nervosa.

1. ANOREXIA NERVOSA

1.1. ETIOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA

Anorexia se define etimológicamente como “falta de apetito, ausencia total de éste”, eso no es correcto, ya que en la Anorexia Nervosa existe una disminución de la ingesta de alimento, no una ausencia total. (DSM - IV).

No existe una etiología definitiva para la Anorexia Nervosa. Se ha propuesto un modelo multicausal para comprender esta enfermedad. En este modelo, cada persona experimenta un rango de factores de predisposición específicos, que incluyen todos los factores psicológicos, biológicos, sociales y familiares.

Existen factores que son antecedentes comunes en el desarrollo de un trastorno alimentario:

- Individuales: preocupaciones acerca de la autonomía, identidad y separación, distorsiones preceptuales, preocupaciones por el peso, distorsiones cognitivas, enfermedades médicas crónicas.
- Familiares: historia familiar de trastornos de alimentación, historia familiar de alcoholismo o enfermedades afectivas, historia familiar de obesidad (lo que puede ocasionar bulimia). Interacciones padre-hijo llevadas a problemas con la autonomía y la separación.
- Culturales: presión para ser delgada(o). (Woodside, B. D., et al. 1993).

1. 1. 1. FACTORES BIOLÓGICOS

El temperamento parece ser, por lo menos en parte, genéticamente determinado. Algunos tipos de personalidades (obsesivo – compulsivos y sensibles – evasivos) son más propensos a desarrollar trastornos alimenticios. Las recientes investigaciones sugieren que anormales niveles de sustancias químicas predisponen a algunas personas a tener estados de ansiedad, perfeccionismo, y actos y pensamientos obsesivo – compulsivos. Esas personas parecen tener un perfil más propenso a algún trastorno alimentario. (ANRED, s/f). Existe la hipótesis de que, en la anorexia, ocurre un incremento en la actividad estimulante del cerebro. Esto hace que siga restringiendo la ingesta porque las hace sentir “bien”. Al paso del tiempo, la elevación del estado de ánimo solo puede ser mantenida reduciendo la ingesta de alimento. Se piensa que el ejercicio también produce la secreción de sustancias estimulantes en el cerebro, lo que indica que quien aumenta su ritmo de ejercicio necesita mantener los niveles de esta sustancia en el cerebro. (Abraham, Llewellyn-Jones, 1997).

Si estas teorías son correctas, los pacientes con anorexia nervosa estarían tratando de estimular su estado de ánimo e igualan la euforia decrementando su ingesta.

Además, una vez que una persona comienza a dejar de comer, o atracarse, o purgarse, estos comportamientos pueden alterar la bioquímica cerebral y servir de apoyo para el sostén de la enfermedad. Por ejemplo, tanto la falta de alimento, como la sobre alimentación, producen estados de euforia y paz, así se reduce momentáneamente la ansiedad y la depresión. De hecho, algunos investigadores creen que el desorden de alimentación en la gente puede ser utilizado para evitar sentimientos dolorosos y evitar el mal humor. (ANRED, s/f).

1. 1. 2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Las personas que sufren desórdenes en la alimentación tienden a ser perfeccionistas. Pueden tener expectativas poco reales de ellos mismos y de otros. El rencor que genera sus escasos logros, los hace sentirse incómodos, con defectos y devaluados. Además, ellos tienden a ver al mundo como negro o blanco, sin matices de gris. Cada cosa es, o mala o buena, un éxito o un fracaso, delgado o gordo. Si la gordura es mala y ser delgado es bueno, entonces ser delgado es mejor, y la delgadez es lo máximo – sobretodo cuando ser delgado es pesar 76 libras y con soporte médico de urgencia. (ANRED, s/f).

Algunas personas con Anorexia Nervosa usan estos comportamientos para evitar la expresión de la sexualidad. Otras los usan para tratar de tomar el control de ellas mismas y de sus vidas. Son fuertes, y usualmente ganan en las batallas de poder dónde se hallan a si mismas, pero dentro de rigidez, perdida del poder, siendo víctimas, derrotadas, y resentidas. (ANRED, s/f).

Las personas que padecen Anorexia Nervosa frecuentemente carecen de un sentido de identidad. Tratan de definirse a sí mismas manufacturando un exterior socialmente aprobado y admirado. Ellos han contestado la pregunta existencial, “¿quién soy?” simbólicamente diciendo “yo soy, o yo estoy tratando de ser delgada. Por lo tanto, me importa.” (ANRED, s/f).

La gente con Anorexia Nervosa frecuentemente está legítimamente molesta, pero a causa de buscar la aprobación y de su miedo a la crítica, no saben como expresar su enojo de manera saludable. Se vuelven contra ellas mismas no comiendo o atracándose. (ANRED, s/f).

1. 1. 3. FACTORES AMBIENTALES

1. 1. 3. 1. FAMILIARES

Comprender el síntoma (trastorno mental), desde el concepto de unidad, supone entenderlo dentro del marco ecológico de conductas en que se halla inmerso. El síntoma aparece como una necesidad del sistema en su conjunto, no de los individuos en particular (Navarro, 1992). El síntoma aparece de manera insidiosa y procesual dentro del ciclo familiar. En la evolución de la familia las alteraciones del mundo externo la llevan a adoptar posiciones adaptativas, ya que es una de sus funciones, y de no hacerlo se puede dar una respuesta potencialmente patológica. La adolescencia es uno de esos momentos en que se conjugan diversos cambios y nuevas exigencias tanto dentro del sistema familiar como provenientes de la sociedad, así suponemos que es esta etapa susceptible de cambios desestabilizadores del sistema y por tanto, de génesis de respuestas patológicas, como lo puede ser la anorexia (Blos, 1979).

Sin embargo, el trastorno mental no es algo “que le pase” a un miembro de la familia, sino que le ocurre a todo el sistema en general, se desindividualiza el etiquetamiento o la atribución de patología que excluye al sistema familiar (Cf. Navarro, 1992). La patología se constituye a partir de los sistemas de interacción del medio social en el que aparece, así que su abordaje es desde patrones de conductas interactivas.

Levant (1983; en Navarro, 1979) proporciona un Modelo Procesual de trastorno mental que consiste en que éste deriva su fuente de la interacción entre los

miembros de la familia , así el síntoma se considera como una parte de la pauta interaccional. Existen tres tipos de modelos procesuales:

- El conductual: basado en los refuerzos contingentes que sostienen una conducta.
- El comunicacional: se buscan secuencias repetitivas que den una definición operativa de las reglas del sistema familiar
- El de roles: se describe la configuración de roles que los miembros de la familia juegan en la interacción.

Las relaciones familiares son una forma de socialización entre los miembros de ésta y como agentes socializadores incorporados a la sociedad por la misma familia. Dado que la familia proporciona elementos de expresión emocional. son estos delineados en un sin número de formas

Algunas personas con Anorexia Nervosa dicen sentirse sofocadas en sus familias. Otras se sienten abandonadas, poco comprendidas y solas. Los padres, quienes sobre valoran la apariencia física pueden, sin darse cuenta, contribuir a un trastorno de Anorexia Nervosa. También pueden provocarlo aquellos que hacen críticas o comentarios, aún en broma, acerca de los cuerpos de sus niños.

Este tipo de familias tienden a ser sobre protectoras, rígidas e inefectivas para resolver sus conflictos. Algunas veces tienden a ser emocionalmente frías. Existen, frecuentemente altas exigencias y expectativas de éxito y propósitos. Los niños no aprenden a resolver sus dudas, miedos, ansiedades e imperfecciones. En cambio tratan de resolver sus conflictos manipulando el peso y la comida.

Los patrones se observan aún en la infancia. Incluyendo irregulares hábitos y programas de alimentación, usando la comida como recompensa y castigo.

comodidad o algunos otros propósitos no nutritivos, que preocupan a las hijas sobre el peso.

Aun no se ha determinado si las hijas de madres con algún Trastorno Alimenticio desarrollarán ellas mismas algún Trastorno Alimenticio cuando alcancen la adolescencia.

De acuerdo con un reportaje publicado en la *International Journal of Eating Disorders* (1999, en ANRED s/f), las madres que han padecido anorexia y/o bulimia o atracones, se ocupan más de los problemas relacionados con la comida y el peso, que aquellas madres que nunca han tenido un problema de este tipo.

1. 1. 3. 2. FACTORES SOCIALES

Las intervenciones sobre el cuerpo son diferentes según la sociedad y el momento histórico, y estos resultados se reflejan en culturalmente en el estatus socio- sexual, económico, religioso y político de los individuos. Aunque el control sobre el cuerpo es ejercido tanto sobre las mujeres como sobre los hombres es innegable que es el cuerpo femenino objeto de una mayor atención y moldeamiento según lo que la moda dicte (Méndez, 1995).

Esta moda es dictada, principalmente, por diseñadores de París, Londres y otras grandes ciudades, de una temporada a otra. La difusión de la moda no sería lo que es hoy sin la presencia de modelos; estas muchachas protagonizan los desfiles que exhiben la vestimenta femenina, y ya no tanto la vestimenta sino la figura (Toro, 1996). El término modelo se ha acuñado apenas hace algunos años, ya que a estas mujeres se les conocía como maniqués, lo cual es comprensible, ya que lo que hace el maniquí es solo llevar una prenda, sostenerla. El término modelo lleva, en sí, una connotación muy diferente.

El fenómeno de las modelos no es nuevo, todo autor recuerda a Twiggy como la iniciadora de las modelos extra delgadas a finales de los años 60, desde entonces el culto a la delgadez ha ido en ascenso (Martínez- Fronés, 1995). "Desde Twiggy en los sesentas hasta Kate Moss en los noventa, las *top- models* que semejan muchachos, sin pecho y de pequeño trasero, parecen ser cualquier cosa menos femeninas... Y así se ha hecho deseable –y literalmente modélico- ser delgada"(Sanders y Bazalgette, 1994; p. 19, citado en Toro, 1996; p. 241). Los especialistas de moda sugieren que ésta se trata de ideales y es por esta razón que una modelo no puede tener un aspecto común, aún cuando esto raye en lo patológico, como en la mayoría de los casos.

Incluso en los juguetes se da este mensaje modélico. Las Barbies son el más claro ejemplo, representando a una jovencita de brevísima cintura, caderas estrechas y un cuello largo, exhibiendo unas piernas largas y finas. Es este el modelo con el que millones se identifican desde la infancia (Martínez- Fornés, 1995).

Las revistas femeninas ofrecen un recetario para alcanzar estos modelos de delgadez, a través de ellas se propone un modelo de mujer que debe poseer capacidad seductora, capacidad física en el trabajo del hombre, la disponibilidad sexual de una prostituta y el aspecto físico de una modelo (Gallego, 1992 citado en Méndez, 1995). El éxito, la modernidad y la inteligencia son cualidades que sirven para que muchas mujeres y hombres legitimen su culto a la delgadez, ya que se ha convertido en un ideal a alcanzar, puesto que así se miden la calidad de vida y buena salud actualmente (Méndez, 1995).

Los medios de comunicación también se han dado a la tarea de promover este culto al cuerpo esbelto. En el estudio de Nemeroff en 1994 se eligieron tres tipos de revistas periódicas (tradicionales, modernas y de modas) destinadas a público femenino y masculino. De cada revista se analizaron seis ejemplares por año desde

1980 a 1991. Los artículos se contabilizaron dividiéndolos por categorías en función del contenido: “perder peso”, “belleza”, “estar en forma” y “salud”.

El promedio de artículos relativos a perder peso en las revistas femeninas fue de 10.7 en contraste con los varones que fueron de 0.8; los concernientes a belleza fueron de 15.8 y 2.7 respectivamente; los correspondientes a estar en forma eran 4.8 y 3.2; y los relacionados con salud 10.5 y 2 (Toro, 1996).

Dentro del análisis de revistas de *Playboy* y de las concursantes en certámenes de belleza en un periodo de veinte años (1959- 1978) se encontró que definitivamente la figura se volvía cada vez más tubular y delgada. El estudio fue prolongado hasta 1988 por Wiseman *et. al* (1992) y el resultado fue que el peso de las modelos de *Playboy* y las concursantes de “Miss América” seguían manteniendo un peso bajo. Más del 50% de estas muchachas estaban por debajo del peso esperado para su talla, edad y sexo (Toro, 1996).

La publicidad centrada en la mujer y en adelgazar se programa para llegar al público femenino a través de revistas, posters, programas de televisión con una campaña adelgazante con el propósito de mostrar, si no un cuerpo perfecto un cuerpo cuasiperfecto (De Morandé, 1999).

La presión publicitaria y social por una figura femenina cada vez más delgada resulta irresistible para muchas muchachas que son especialmente vulnerables. El mensaje que les llega es que solo siendo delgada se es atractiva, espiritual, competitiva con las demás. Para muchas adolescentes no hay autoestima sin la delgadez.

La publicidad de hoy ha hecho de una enfermedad una mina de oro ya que a diario salen nuevos productos que prometen darnos el cuerpo perfecto “sin

esfuerzo". Que nos prometen cuerpos esbeltos "sin hambre" y un sin fin de productos para modelar el cuerpo y sentirnos "más bellas" o "más sanas". En fin "mejores".

Santiago Martínez- Fornés (1995) no podría haberlo expresado mejor: "Jamás en la historia, la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora" (p. 27)

1. 1. 3. 4. FACTORES DISPARADORES

Si existe predisposición a desarrollar Anorexia Nervosa, algunas veces los sucesos cotidianos o situacionales funcionan como disparador de la enfermedad en especial si estos las chicas no saben como manejar estos sucesos. que en muchas ocasiones son cambios dentro de la vida, los cuales se salen de nuestro control. Un disparador es un factor que marca el momento del inicio de la enfermedad (Toro, 1987).

Entre los cambios que han demostrado disparar la enfermedad se encuentran la muerte de un familiar próximo, el matrimonio, el divorcio, el perder un trabajo, el nacimiento de un hijo, etc. (Raich, 1998). Parece que cualquier cambio que pueda significar un gran cúmulo de estrés para la persona ocasiona el inicio de la enfermedad.

Los factores disparadores se pueden dividir en tres grades grupos: los llamados *life events*, los cambios en la adolescencia y los acontecimientos vitales potencialmente estresantes (Raich, 1998). Los primeros fueron mencionados en el párrafo anterior y, como su nombre lo indica éstos están asociados históricamente con una manera de enfocar y de evaluar la intensidad del estrés experimentado por una persona en una época determinada de su vida (Toro, 1987). Estas circunstancias demandan una capacidad de respuesta que no se posee en muchas ocasiones; el nivel de tensión se eleva, lo cual puede producir el inicio de un trastorno alimentario.

Los cambios en la adolescencia fueron clasificados por Compass y cols. (1987) en:

1. Intimidad, sexo, romance.
2. Familia.
3. Compañeros.
4. Académicos.
5. De autonomía.
6. Sociales.

Para los adolescentes el inicio del contacto sexual puede ser especialmente estresante ya que suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. Esta experiencia también provoca, inherentemente, el reconocer el cuerpo y ser reconocido por el otro. Este hecho puede estar asociado también a la tenencia de un porcentaje elevado de anoréxicas a evitar y rechazar el contacto sexual (Toro, 1987). Los compañeros ocupan un lugar sumamente importante dado que ellos aceptan, objetiva o subjetivamente, a sus pares.

Los acontecimientos vitales como desencadenantes incluyen: un cambio de casa, de escuela, una enfermedad importante de un miembro de la familia y la separación de un amigo cercano (Pyle, Mitchel y Eckert, 1981, citado en Raich, 1998).

El fracaso personal también está citado como un factor desencadenante y este puede darse en el rendimiento académico, la práctica de alguna actividad lúdica o de competencia (danza o algún deporte), en las relaciones interpersonales, etc. Un incremento rápido de peso se considera igualmente un detonador en los trastornos alimentarios, que puede ir de la mano con comentarios críticos por parte de familiares o amigos. Esto es muy común en las pacientes, ya que es de las cosas que mejor recuerdan cuando platican de cómo se inició el cuadro. Toro (1987) reporta su

estudio de cinco anoréxicos varones, de los cuales cuatro practicaban un deporte y, de estos, tres iniciaron su enfermedad después de que sus respectivos entrenadores los criticaron por algún kilo de más.

Toro apunta que Damlouji y Ferguson (1985) encontraron tres casos de anorexia que habían iniciado después de accidentes automovilísticos con traumatismos y modificaciones corporales importantes. Ninguna de las tres jóvenes habían presentado síntomas hasta después del accidente. Esto pone de manifiesto la importancia de la imagen corporal valorada estéticamente dentro de la patogenia de la anorexia nervosa.

Las dietas también han demostrado ser un factor disparador de trastornos alimentarios. La dieta restrictiva parece la causa más cercana al desencadenamiento de episodios de sobreingesta. Es bien sabido que lo prohibido es lo deseado y cuando una dieta es restrictiva en algún tipo de alimentos, la persona puede caer en un episodio de sobreingesta si tiene la ocasión de romper la dieta

El exceso de actividad física puede provocar el inicio de una anorexia nervosa. La hiperactividad es un hecho clínico, precoz y duradero dentro de la anorexia nervosa, no simplemente secundario a un deseo consciente de perder peso. Un incremento en el ejercicio físico puede muy bien funcionar como precipitante en el desarrollo de la enfermedad y mantenerse así en todo el curso de ella (Toro, 1987).

1. 2. EPIDEMIOLOGIA

1. 2. 1. INCIDENCIA

Se estima que 1 de cada 200 adolescentes de edades entre los 12 y los 18 años, grupo de alto riesgo, desarrolla la enfermedad y el 90% son mujeres. Un estudio nacional encontró que una adolescente de 8 y el 4% de la población adolescente masculina tenían serios síntomas de Anorexia Nervosa. (Romeo, 1994).

En México no existe información acerca de la prevalencia e incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria (Palma, 1997 p.p.22), sin embargo existen datos estadísticos que demuestran la presencia de prácticas alimentarias de riesgo y conductas dirigidas a la pérdida de peso, esto como resultado de una preocupación exagerada por el peso y la figura corporales (Unikel, Villatoro, Medina- Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000). Algunos estudios realizados en México reportan que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso y entre el 2.5 y el 12% utiliza el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos con el mismo fin (Unikel, et al. 2000).

En la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, en la cual se tomó población de escuelas públicas y privadas con estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas y comerciales; se hicieron 11 preguntas relativas a la conducta alimentaria y se incluyó una sobre autopercepción del peso corporal. Esta encuesta mostró que las adolescentes de 16 y 17 años presentaron mayor preocupación por no engordar (19.9%) mayor frecuencia de prácticas de ejercicio para bajar de peso (15.8%), pero las de 18 y 19 años mostraron los mayores porcentajes en casi todas las prácticas de

riesgo exceptuando las arriba mencionadas; aunque de éstas solo un pequeño porcentaje desarrolla anorexia (Unikel C, et. al 2000).

Se encontró también que el 40.6% de las mujeres y el 35.4% de los varones reportaron la presencia de un máximo de dos indicadores clínicos, mientras que un 0.3% de los hombres y un 3.1% de las mujeres reportaron tres indicadores clínicos. Estos indicadores fueron a saber: sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas de tipo restrictivo, prácticas de tipo purgativo. Los varones reportaron mayor promedio de indicadores clínicos entre los 12 y 13 años, mientras la edad de las mujeres fue entre los 18 y 19 años (Unikel C, et. al 2000 p.p 145).

Durante la década de los 80 la frecuencia de anorexia nervosa se situó entre el 1% y el 5% en mujeres blancas adolescentes. En Inglaterra, en 1995 los informes de prevalencia fluctuaron entre el 0.02% en la población general y del 0.1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad. En Noruega la prevalencia encontrada en 1995 fue de 5.7% en mujeres adolescentes y de 0.8% en hombres (Palma, 1997).

La frecuencia de los trastornos alimentarios es más alta en los países occidentales que en los orientales. En Hong Kong se diagnosticaron 70 casos durante la década de los ochenta y en Japón la prevalencia fue de 0.2% en las zonas urbanas y de 0.05% en las zonas rurales (Palma, 1997).

1. 2. 2. PREVALENCIA

La prevalencia de la Anorexia Nervosa reportada en la bibliografía varía entre el 0.5% y 1% y se dice que de éstos solo el 5-10% de los casos son hombres. (Margo. J. L., 1987).

1. 3. CUADRO CLÍNICO

El DSM – IV propone como características de la Anorexia Nervosa las siguientes:

- A. El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal.
- B. Miedo intenso a ganar peso.
- C. Alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.
- D. En mujeres que hayan pasado la menarquia, se presenta amenorrea (cuando el peso es menor a 40 kilogramos).
- E. El DSM-IV propone dos subtipos para este trastorno, primero el tipo restrictivo que consiste en la pérdida de peso debido a hacer dieta, ejercicio excesivo o ayunando (p. 554). El segundo subtipo es el llamado compulsivo/purgatorio, en el que la persona recurre a atracones y/o purgas, recurriendo al vómito, laxantes, enemas o utilizando diuréticos de manera excesiva.
- F. Generalmente las personas que sufren de este trastorno presentan retraimiento social, estados de depresión, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés por el sexo (DSM-IV, p.555). Se han encontrado rasgos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, debido al enorme foco de atención que les despiertan los temas referentes a la comida, incluso algunas personas con este trastorno, coleccionan recetas o se dedican a cocinar para otros.

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en

- conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
 - c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
 - d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos).

Por su parte la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) propone como criterios diagnósticos, los siguientes:

- Trastorno caracterizado por la presencia de pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia..

La Anorexia Nervosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

1. Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.

2. Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nervosa.
3. Hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos..

El diagnóstico de la Anorexia Nervosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- I. Pérdida significativa de peso. Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período del crecimiento. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:
 - 1) evitación de consumo de "alimento que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes:
 - 2) vómitos autoprovocados,
 - 3) purgas intestinales autoprovocadas,
 - 4) ejercicio excesivo y
 - 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

- II. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- III. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).
- IV. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

A pesar de los intentos descriptivos, existen varias teorías y ninguna de ellas responde de manera simple o que incluya todos los componentes. Algunos o todos de los siguientes factores juntos, pueden producir estados de no comer, o de comer demasiado o purgarse.

1.3.1 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INANICIÓN

Cambios intelectuales

La funciones mentales superiores, se van deteriorando conforme avanza el estado de inanición, y aunque es reversible, se pueden observar, al principio, ligeros cambios en estados de atención (disprosexia) y alteraciones en el tiempo, que como

dijimos irán avanzando conforme al estado de inanición. La categorización de experiencias, se va deteriorando en el sentido de que se polarizan las percepciones; todo o nada, blanco o negro, bueno o malo, gordo o flaco. El pensamiento abstracto es el primero que se altera, hay una disfunción de las capacidades lógico – matemáticas, creativas e imaginativas, debido a esto, se dificulta la solución de problemas y se crea una disfunción en la toma de decisiones. Las capacidades de relacionarse con otras personas están alteradas debido a estados confusionales, y de estupor, es decir, falta de reacción e incapacidad, para darse cuenta de lo que pasa a su alrededor, lo que conlleva a que no pueda sostener un adecuado desenvolvimiento con otra persona (Duker, 1995). Debido a la pobre capacidad de comprensión, la anoréxica, cree en la firme organización de su vida, lo que la hace reticente al cambio, además su déficit en las relaciones interpersonales, le hacen ser una persona aislada y retraída. A medida que se vuelve más severo el estado de inanición, el contenido del pensamiento, se vuelve hacia la comida, generando episodios obsesivos, por ello la comida se torna el eje principal de sus preocupaciones, aunque es interesante que esta obsesión no le genera hambre. La distractibilidad le produce efectos negativos en diversas esferas sociales, como la escuela, el trabajo, la familia y degeneración del contacto con la realidad en general.

Sexualidad

La disminución del interés sexual es característico del estado de inanición, debido a una alteración hormonal, y la reducción de la secreción de hormonas reproductoras, produce en la persona mal nutrida un estado semejante al de la preadolescencia, es por ello que algunos teóricos proponen que la anoréxica regresiona a un estado anterior del desarrollo como negación de crecimiento y de identidad sexual. Entonces se maneja la hipótesis del estado de inanición como causa de la inapetencia sexual, o por otro lado la falta de apetito sexual como una

forma de simbolizar la negación de la identidad, no solo sexual sino también personal (Duker, 1995).

Estados de ánimo

Parece ser que los sentimientos en general, se expresan y se perciben con menos fuerza. Este aplanamiento afectivo, fortalece en la anoréxica el aislamiento social, ya que al no compartir la misma expresión de sentimientos con sus semejantes se le ve como ajena a emociones ordinarias. Además el estado de inanición genera un efecto psicotrópico en el que la persona siente que flota o tiene sentimientos de euforia y bienestar en general (op cit.). La incapacidad de darle nombre a las emociones se le conoce como Alexitima y se presenta en algunas mujeres anoréxicas. Es un trastorno en el que las enfermas sienten pero no pueden comunicarlo con palabras.

Complicaciones

También se presentan complicaciones médicas a corto y largo plazo en adolescentes con anorexia, por ejemplo, los cambios en la hormona del crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia ósea, anomalías en la estructura del cerebro, disfunción cardíaca y dificultades gastrointestinales (Fisher y col. 1995; Palla y Litt, 1988). Recientes estudios comprueban que el problema médico más significativo para los adolescentes, a diferencia que para los adultos, son el potencial para el retardo del crecimiento significativo, retraso o interrupción de la pubertad y reducción de la masa muscular y ósea. (Steiner y Lock, 1998). Y además los riesgos de muerte debido a complicaciones de Anorexia están estimados del 6 al 15% y la mitad de las muertes resultan del suicidio. (op cit.). Estos efectos altamente dañinos de la enfermedad tienen un impacto importante en la dinámica familiar (microsocialmente), tanto como en la comunidad próxima y la sociedad en general

(macrosocialmente). De ahí la necesidad de continuar la investigación de éste tópic.

1.3.2 EFECTOS BIOLÓGICOS DE LA INANICIÓN

La piel de las pacientes aparece envejecida, marchita, quebradiza y seca. En algunas pacientes hay presencia de lanugo especialmente en mejillas, espalda, antebrazos vientre y muslos (Toro y Vilardell, 1987). Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan un color amarillento además de ser frías; a esto se le conoce como hipercarotinemias, producida por el exceso de carotenios contenidos en calabazas y zanahorias que están presentes frecuentemente en la dieta de estas pacientes (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). No solo las plantas de los pies y las palmas de las manos están frías; la hipotermia se manifiesta en todo el cuerpo debido a que se economiza energía bajando la temperatura corporal.

Las uñas se vuelven quebradizas y en ocasiones se presenta una caída de cabello, aunque el vello axilar y el púbico permanecen.

Las alteraciones dentales se presentan en el caso en que aparezca el vómito. Como consecuencia hay un deterioro del esmalte y presencia de caries. Según Garfinkel y Garner (1982, citado en Toro y Vilardell, 1987) también pueden desarrollarse cuadros de dermatitis periorales.

La bradicardia y la hipotensión son muy frecuentes. Se puede dar adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución de las cavidades del corazón y disminución del trabajo cardíaco. Además se produce un desgaste o lesión miocárdica y el riesgo de que esto provoque una muerte súbita aumenta cuando el peso de las pacientes disminuye del 35% al 40% del peso original (Toro y

Vilardell, 1987). Las arritmias se presentan por una disminución de nutrientes como calcio, potasio y magnesio (Crispo, et.al 1998).

En el estómago se presenta un retardo de evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo. La consecuencia es una sensación de saciedad precoz, lo que perpetua el cuadro anoréxico. El intestino se constipa, lo que puede requerir la utilización de enemas evacuantes (Crispo, et.al 1998). Puesto que el intestino es incapaz de absorber calcio esto aumenta el riesgo de osteoporosis que se centra en la cadera y la zona lumbar de la columna vertebral. La osteoporosis no es solo la falta de calcio en los huesos, sino la incapacidad del cuerpo para fijarlo en los mismos por la disminución de estrógeno que produce así mismo la amenorrea (Toro, y Vilardell, 1987).

La anemia, por déficit de hierro, aumenta la sensación de cansancio y produce un estado de depresión por falta de fuerza. Además se presenta un aumento de colesterol (Crispo, et.al 1998).

2. APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS

2.1 APROXIMACIÓN MEDICA

Los síntomas fisiológicos de la Anorexia Nervosa comprenden generalmente a elementos de orden estructural, de regiones cerebrales, y de activadores bioquímicos que tienen lugar en la regulación de la ingesta y saciedad. Estructuralmente, los trastornos de tipo hipofisiario y alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal están relacionados con alteraciones de la ingesta de alimento. Las lesiones de los núcleos ventromediales del hipotálamo (paraventricular, dorsomedial, ventromedial y supraquiasmático) producen en ratas, hiperfagia y obesidad. La lesión del hipotálamo lateral da lugar a la situación de hipofagia (Caparrós, 1997; Rosenzweig y Leiman, 1984). En cuanto a los neurotransmisores, aquellos que se relacionan con el alimento son las catecolaminas (adrenalina, dopamina y noradrenalina) y la serotonina. La noradrenalina, al alcanzar los receptores α_2 del núcleo paraventricular aumentan la ingesta. La ingesta está relacionada con variaciones en los niveles de serotonina, aunque las catecolaminas también tienen otros efectos en diferentes zonas cerebrales, por lo que la situación dista mucho de ser sencilla. Parece ser que la activación dopaminérgica reduce la sensación de hambre y que la activación serotoninérgica aumenta la sensación de saciedad (op cit.). El papel de la colecistoquinina (CCK) y la bombesina tienen relevancia en la saciedad, y dentro de los inhibidores del hambre se encuentra la hormona adenocorticotropa y la somatostatina, en último término, se sabe que los opiáceos estimulan el hambre (op cit.).

Ante un estado de hiponutrición, el organismo despliega una serie de tácticas encaminadas a la conservación de la energía. Para lograrlo, el metabolismo decrece (acción tiroidea), la capacidad reproductiva decrece (control gonádico) y aumenta la

función corticosuprarrenal (aumento de cortisol). Esas manifestaciones tienen algunas repercusiones sintomáticas de la Anorexia, que son:

- a) disminución de las hormonas T3 y T4, de origen tiroideo (que explica la intolerancia al frío y el estreñimiento)
- b) niveles altos de hormona del crecimiento
- c) tendencia de intolerancia a la glucosa, debido a la disminución de la producción de insulina
- d) aumento de cortisol en plasma
- e) la disfunción gonadotrópica genera amenorrea, manifestación de la alteración del sistema hipotálamo-hipófisis-gonadal. Aunque no se sabe si es causa o consecuencia del problema ponderal.

La manifestación fisiológica de la anorexia, requiere en su estado grave de hospitalización y de tratamiento con fármacos antianoréxicos, alimentación parenteral, ansiolíticos y antidepresivos, aunque siempre se acompaña de algún tipo de psicoterapia.

2.2 APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA

Como la estructura general del síndrome, la Anorexia Nervosa es la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimentaria.

En la Anorexia Nervosa, el rechazo al alimento por parte de las pacientes es la representación del conflicto en la identificación sexual, que se manifiesta en miedo al embarazo y un rechazo a la feminidad (Chinchilla, 1994). La obesidad simboliza el embarazo, aunque el problema puede estar dentro de un plano más primitivo: la incorporación del seno, objeto ambivalente benigno y maligno al mismo tiempo; que es devorado, pero al mismo tiempo devora. Como lo propone Melanie Klein en su posición esquizo-paranoide en el desarrollo del yo del infante, lo que viene a ser en la anoréxica la implicación del comer como la asimilación y destrucción simultánea (Toro, 1987), es decir, comer para aniquilarse y para desarrollarse, en sentido paradójico. Sin embargo, antes de desarrollar elementos psicodinámicos complejos, recordemos brevemente la posición de Melanie Klein en el desarrollo psíquico; innova y amplía conceptos freudianos utilizados durante su práctica clínica. Es el caso del término Fantasía, en el que Klein refiere “la expresión mental de los instintos” (Segal, 1975). La fantasía está en función directa del instinto, así existe una fantasía para cada expresión del instinto y es ésta parte del individuo tanto en la salud como en la patología. Antes de seguir adelante con nuestra exposición debemos recalcar que la fantasía es una función yoica, de lo que se desprende que para Klein el Yo (self) ya existe desde el nacimiento, sólo que este yo es un yo inmaduro, fragmentado y desintegrado, de modo que a lo largo del desarrollo, de lo que se trata es de que el yo adquiera esa integridad de la que iremos hablando con más detalle. Por ahora regresemos al problema de la fantasía. La fantasía no es siempre ajena a la realidad, sino que es en gran medida la que conecta

—por así decirlo— al recién nacido con el mundo externo y con su mundo interno. También media su interacción con la realidad, de modo que muchas de las resultantes o interpretaciones del mundo externo e interno son debido a la fantasía (op. cit). Sin embargo la realidad también ejerce su influencia sobre la fantasía, por lo que podemos decir que la fantasía cumple una función dinámica en el contacto con el mundo externo y evidentemente en el desarrollo de la personalidad, para Segal “la importancia del factor ambiental sólo se puede evaluar correctamente si se tiene en cuenta cómo lo interpreta el bebé en función de sus propios instintos y fantasías” (1964, p.22). Por otro lado, la fantasía no sólo facilita satisfacciones sino que es también un elemento de defensa contra la realidad externa, de aquí que tenga que ver con los mecanismos de defensa. Segal distingue entre la fantasía y los mecanismos de defensa en que la fantasía es la expresión mental de un mecanismo defensivo, cómo fantasea una persona el proceso de defensa que se efectúa de manera no consciente con diversas funciones que tienen que ver también con la estructura de la personalidad debido a que esta última está determinada por los contenidos sobre sí y sobre el mundo externo (objetos externos) que le ha proporcionado la fantasía. Cualquier cambio en la fantasía inconsciente tiene una repercusión directa sobre la estructura de personalidad, de ahí la importancia de la fantasía en la constitución e integración del yo primitivo del que hablamos antes.

Klein supone la existencia de un yo desintegrado, primitivo, y que el proceso de maduración se ayuda de la fantasía y la realidad en su conformación. De modo que al nacer, el pequeño ya tiene la capacidad para sentir ansiedad y también la de utilizar ciertos mecanismos defensivos primitivos ante el instinto de muerte y la ansiedad de aniquilamiento que le genera. Debido a la fantasía el yo es en este momento capaz de tener contacto con algunos objetos y así empezar sus primeras relaciones con el mundo externo. Es durante los primeros tres meses de vida, en que aparece la posición que Klein denominó como esquizo-paranoide —determinante en

la anorexia- , la cual consiste en que el bebé comienza su integración yoica mediante la relación con otros objetos.

Primero, el yo expulsa de sí el instinto de muerte proyectándolo hacia el exterior, particularmente en el objeto original: el pecho. El pecho proporciona gratificación, alimenta; sin embargo también frustra cuando no cumple con su función, de modo que es en esta parte de frustración donde se facilita la proyección del instinto de muerte en el pecho. Por otro lado, el instinto de vida, Libido, se identifica con ese pecho alimentador y se introyecta en el primitivo yo a fin de enriquecerlo. Así, se tienen dos representaciones de un mismo objeto, pero con opuesta concepción. El objeto proyectado (malo) se vuelve perseguidor del objeto alimentador (bueno) y del yo, ya que el yo cree que avasallará al objeto bueno y aniquilará al yo, esta experiencia es generadora de gran ansiedad (Segal, 1975; Bleichmar y Leimberman, 1989). Como medida de defensa, el yo proyecta parte de la energía libidinal en el objeto bueno, que se convierte en ideal. La fantasía de este objeto ideal se asocia con el sentimiento de ser amado y alimentado por la madre externa real, mientras que a la fantasía persecutoria se atribuyen sentimientos de dolor, de desesperanza y extinción (Segal, 1975). La función principal de la posición esquizo-paranoide puede delimitarse como sigue: "El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con éste, que es para él quien le da la vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte" (Segal, 1975, p. 31). Esta posición es esquizo-paranoide debido a que la escisión del mismo objeto es un rasgo esquizoide, y por otro lado la angustia de persecución es de naturaleza paranoide. Ahora nos enfocaremos a los mecanismos defensivos que utiliza el recién nacido en su afán de posesión del objeto ideal y por la persecución del objeto externo (malo). En cuanto a la primera , es la Introyección la que permite al yo incorporar al objeto ideal y hacerlo parte de sí; mientras que en cuanto a la persecución, es la proyección la que hace que el objeto se viva como malo, no es más que la propia agresividad la que

está desplazada hacia ese objeto que se vuelve peligroso al yo. En este momento del desarrollo del yo con la ayuda de la identificación y la proyección, surge un nuevo mecanismo de defensa mediante el cual las partes agresivas del yo son separadas y depositadas (desplazadas) hacia el objeto externo, de modo que la propia agresividad se vive como identificatoria del yo, pero escindida de él. A este mecanismo Klein le llamó Identificación Proyectiva, ya que ata de algún modo, la agresividad desplazada del yo con éste mismo sólo que de manera que el yo la viva como ajena a él. Esto le permite al yo organizar las instancias agresivas y conservadoras de vida que serán parte de su propia estructura, sólo que en éste momento del desarrollo el yo no está tan integrado como para conjugarlas. La anorexia parte de esta ambivalencia de identificación, proyección, ya que el alimento es identificado, no asimilado, y después proyectado como persecutorio, lo que genera elementos paranoicos (Caparros y Sanfeliau, 1997). Más adelante mostraremos los elementos que repercuten en la adolescencia de la anoréxica para entrever su génesis.

Siguiendo la línea kleniana, Lacan propone que el infante podrá quedar satisfecho fisiológicamente después de haber sido alimentado pero mantiene su deseo (incestuoso) por el pecho materno y lo alucina; se encuentra satisfecho en cuanto a su hambre pero no en cuanto a su demanda. Recordamos brevemente que el deseo se vuelve incestuoso por la falta básica del vientre materno, de ahí la separación de la necesidad fisiológica y del deseo (incumplible, a menos que como síntoma) del sujeto. En la anorexia, las mujeres quieren mantener vivo el deseo, es decir no se alimentan para no tener un estado doble: el estar satisfecha físicamente pero no en el plano del deseo, es decir que la anoréxica cruza necesidad y deseo, de modo que la fórmula de su existir se torna en la paradoja "si como, me alimento, pero también cumplo con mi deseo, y entonces ¿qué caso tiene vivir?". La anorexia es el mantenimiento intacto del deseo (Nasio, 1995), ya que si cumple el deseo es equivalente a la aniquilación ya que en la neurosis el incumplimiento del deseo promete la propia existencia, así la anoréxica se encuentra atrapada en un absurdo

existencial: "si como, muero"; o más bien: "si vivo, muero". Para el anoréxico hay deseo, pero el Otro (la madre en muchos casos o la persona maternizante) obstruye este deseo satisfaciendo una necesidad. Para que exista un deseo debe haber dos demandas, pero la madre no deja que el niño exprese este deseo y lo "sobrealimenta", procurando la necesidad pero dejando insatisfecho el deseo (el deseo se satisface por amor); en la anorexia el sujeto no come porque en la relación con su madre, o la persona maternizante, su deseo queda reducido a la necesidad, pues lo atiborra de comida, o de otros objetos, cada vez que efectúa una demanda de amor (Baravalle et Vaccarezza, 1993). El goce de la anoréxica es lo que Lacan llamó apetito de muerte, un deseo de nada; de que su cuerpo no contenga nada, llevando la negación al extremo (op cit.).

Selvini Palazzoli (1978) concibe a la futura anoréxica como una persona con problemas en la etapa de incorporación oral, la cual impide la separación-individuación. La anoréxica fantasea con una incorporación de un objeto maternizante malo y controlador. Esta Introyección maternal es después equivalente al cuerpo de la anoréxica y experimenta la identificación de su cuerpo como el de su madre. La inanición es un intento de la adolescente por detener la feminización de su cuerpo y para minimizar la confusa y ambivalente identificación con su madre (Handbook of treatment for eating disorders, edited by David M. Garner, Paul E. Garfinkel 2nd edition, 1997 N. Y.).

Los adolescentes anoréxicos perciben su cuerpo como el último vestigio de una grandiosidad arcaica situada en la infancia, en la cual son el centro de atención alrededor del cual gira el mundo, eso los hace sentirse perfectos y en control de todo lo que les rodea. Los anoréxicos enfocan estas necesidades narcisistas en sus propios cuerpos, por lo que éstos no deben cambiar, ser perfectos y deben estar en completo control de ellos. Los cambios en la pubertad amenazan la grandiosidad y la

perfección del niño, lo que amenaza el frágil equilibrio de la psique del adolescente (op cit).

Sours (1973) resume los procesos psicodinámicos sobre la anorexia nervosa: sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico; apatía y depresión por la pérdida del objeto; intento complaciente por acercarse a la madre a través de una identificación regresiva; deseos de muerte contra la madre a través de una identificación regresiva; deseos de muerte contra la madre, vía impulsos incorporativos destructivos; relación hiperdependiente y seductora con el padre; respuesta de evitación ante un intenso conflicto postpuberal; intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento; rechazo del deseo de estar embarazada, mediante la privación de alimento; tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos; control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural; identificación femenina en los pacientes varones, deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina; intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que conduce a la interrupción del metabolismo sexual y, por lo tanto, de la excitación sexual; incapacidad de diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debidos al desarrollo bajo la influencia y al servicio de otra persona; perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos, omnipresente sensación de ineficiencia (Chinchilla, 1994).

2.3 APROXIMACIÓN SISTÉMICA

ANOREXIA Y FAMILIA

La orientación del grupo de Milán, dirigido por Mara Selvini- Palazzoli, fue en un principio psicoanalítica. El que las terapias se alargaran por una considerable cantidad de tiempo llevó al grupo a adoptar otra manera de abordar los trastornos de sus pacientes. En 1972 el Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto California, realizaba tratamientos e investigaciones sobre familias, realizadas con la ayuda del antropólogo Gregory Bateson y bajo la dirección del psiquiatra Don Jackson. Esto interesó al grupo de Mara Selvini y los introdujo a una nueva manera de tratar a los pacientes y a sus familias. En el libro *Pragmatics of human communication* publicado en 1967 de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin (citado en Boscolo et.al 1987) proponen que el enfoque psicodinámico es incorrecto ya que centra la patología en el individuo y pasaba por alto el que las personas se desenvuelven en un medio social y mantienen vínculos sociales dónde se manifestaba el problema;

En 1968 Mara Selvini Palazzoli organizó el Instituto de Estudios Familiares en Milan, teniendo como colaboradores a Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin (Hoffman, 1987). El trabajo de J. Haley con familias esquizofrénicas fue lo que proporcionó al grupo de Milán el modelo metodológico de su investigación, o más bien, los parámetros más adecuados para la descripción de la familia como sistema interaccional. Estos parámetros se originan en la teoría de los sistemas, la teoría de la comunicación humana y la cibernética (Selvini, M *Crónica de una investigación* Piados 1990, España)

De acuerdo con este enfoque, los seres humanos en interacciones recíprocas a través del tiempo se convierten en el otro; viendo el río *uno* es el río. Las personas

no son buenas ni malas. La familia siempre está cambiando sus miembros, que se mantienen conectados uno con el otro, influenciándose entre sí a lo largo del tiempo. (Carloson J, Sperry L, Lewis J. A.(1997) *Family therapy. Ensuring treatment efficacy* Brooks/Cole Publishing Company, California U. S. A.). Así el principal contexto es la familia y la tesis sistémica radicaba en que si se podían modificar los patrones de interacción dentro del núcleo familiar, entonces la conducta problema también cambiaría (Boscolo et.al 1987), ya que el síntoma (en este caso anorexia) que está presentando uno de los miembros es el resultado del *efecto* de las interacciones familiares y de sus conductas. En ningún momento el síntoma es la *causa* de la conducta de los demás miembros de la familia (Selvini, 1990).

El enfoque sistémico del tratamiento, se centra en la atención del problema, que está definido como “*una situación indeseable y persistente en el tiempo, a la que alguien intenta aplicar soluciones que no resultan y para la que ese alguien considera que es necesaria la intervención de un experto*” (Crispo, Figueroa, Guelar, 1994). El problema está en función del sistema que sostiene o mantiene el síntoma, de ahí que no interesa el cómo se originó el problema, sino el cómo es que se mantiene; eso es lo que se va a atacar en la terapia. La familia, como sistema primario (microsistema) es de vital importancia en al tratamiento de la anorexia nervosa, así que a continuación delinearemos las generalidades del sistema familiar y de su función en el desarrollo de sus participantes.

Según la terapia sistémica, el sistema familiar está compuesto de cuatro propiedades fundamentales:

- Unidad: el funcionamiento del sistema
- Morfofostásis: tendencia al equilibrio
- Morfogénesis: tendencia a adaptarse a los cambios externos e internos y.

- Causalidad circular: una conducta A causa o controla a B, y es controlada por B

Entre los elementos del sistema se observa una conducta interactiva que se conceptualiza en términos de secuencia, así una conducta obedece a todo un conglomerado procesual de interacciones entre los miembros, que está en función de los cuatro elementos anteriores (Navarro, 1992).

Las secuencias dentro del sistema obedecen, entre otros, a aspectos motivacionales, actitudinales de sus miembros que le generan su propia lógica al sistema, dado que se encadenan las secuencias para formar pautas de comportamiento complejo, de ahí que sólo se entiende al sistema situándose el observador, dentro de su propia lógica. Por ello se describe al sistema familiar en términos de secuencias, morfostásis y demás elementos (Navarro, 1992).

El sistema está influido y delimitado por influencias externas, como internas, la sociedad ejerce un fuerte control sobre los cambios que se generan dentro del sistema y de cómo el sistema familiar lo aborda (morfogénesis).

La generación del conocimiento social, su inclusión a este, y el dominio general para formar parte de una comunidad, de sus valores, costumbres, creencias y modos de relación con los semejantes y otros significativos tiene su base sobre la dinámica de la función familiar (Ackerman, 1969; Roggof, 1993). Es ésta una de las principales fuentes de influencia en la que se provee de las herramientas necesarias para la inclusión del individuo a un grupo sociocultural determinado, como elemento integrante de aquél del que se es parte.

La familia, como unidad básica de la sociedad está encargada de proveer las condiciones necesarias para que el hombre y la mujer procreen hijos y proporcionen

sustento y seguridad a estos. El ser humano es un animal social a todas luces, ya que morfofisiológicamente la hembra está equipada con un sistema reproductor que le asegura todo lo necesario al nuevo ser que se gesta en su vientre, pero no solo eso, además después del nacimiento los padres se encargarán de alimentarlo y proporcionarle sustento por muchísimo tiempo (Ackerman, 1969), incluso hasta la adultez –como veremos más adelante este rasgo se presenta aún en diversas culturas, incluso contrastantes. Además, es el ser humano el animal que en el momento de nacer solamente cuenta con un 25% del peso total de su sistema nervioso, el resto se desarrollará en el ambiente, es un sistema que podemos llamar propiamente ecológico (Cf. Shore, 1996).

El apoyo que la madre proporciona al nuevo miembro sólo puede ser efectivo con la colaboración del padre y de la familia y de la comunidad en general. Su mente se desarrolla también en relación al sistema parental, tal y como lo expresa Ackerman “la familia es literalmente la cuna de la tierna mente del bebé, así como es cuna del cuerpo de éste” (1969).

La familia cumple con la enorme responsabilidad de moldear la personalidad de cada uno de sus integrantes y además tiene como una de sus principales responsabilidades la socialización de sus miembros y si ésta llega a fracasar, lo hace también cada uno de sus miembros convirtiendo a éstos en representantes de la anomia social, la desinstitucionalización y la enfermedad mental. a ésta última le dedicaremos especial atención más adelante. La familia como sistema ecológico está en constante interacción con actividades provenientes del exterior y regulándose desde dentro, aún así, la función integral de la familia es adaptativa, ya que su supervivencia sólo se concibe adaptándose a los cambios del medio circundante

La familia, como toda organización social, posee diversos elementos que la estructuran y la regulan; y como grupo reúne los elementos en los que, como dice

Bleger con referencia a los grupos éstos están conformados por "...un conjunto de individuos que interaccionan entre sí compartiendo ciertas normas en una tarea" (1971), tema que retomaremos cuando hablemos de las normas y valores dentro de la familia y de cómo éstos modifican la conducta. Los lazos que la unen están en función de lo que se intercambia entre los miembros: amor, protección, bienes materiales e información (Ackerman, 1969). Una de las configuraciones principales en la estructura de la familia es la que está conformada por el rol que cada quién ejerce dentro de ésta. Un rol es una categoría estereotipada de conducta, con ciertos elementos y límites a los que el encasillado se tiene que adaptar; así tenemos, dentro del núcleo familiar los roles básicos de Padre, Madre, Hijos. Estos estructuran la unidad mínima familiar. Los roles también ejercen una fuerte influencia sobre la identidad de los miembros de ésta ya que les da un lugar en el mundo, un sentido de quienes son y de qué es lo que hacen; la identidad psicológica de la pareja marital está modificándose por el o los hijos, y estos también por los padres. Los valores e identidades van cambiando conforme influyen situaciones tanto externas como internas, esto modifica los roles y la identidad de cada uno de los miembros, y es dentro de este devenir en el que surge la personalidad y la adaptación social del hijo (op. cit.). Esto es un factor fundamental para la sana o la disfuncional relación familiar, ya que es la familia quien determina la dirección emocional del hijo, y la estabilidad de la familia está en relación directa de este patrón de relaciones e intercambio emocionales. Ackerman (1969) propone que la investigación de las relaciones familiares debe enfocarse a tres dimensiones:

- La dinámica de la familia como un grupo.
- Los procesos de integración emocional del individuo a sus roles familiares y la reciprocidad básica de las restricciones de rol.
- La organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico.

La organización familiar está dirigida por los cánones sociales y sus metas comunitarias; así la familia proporciona individuos que cumplan con esas metas y con los cánones comunitarios que prometen el progreso social. De este modo las metas de la unión familiar pueden delinearse como sigue: unión e individuación, cuidado de los niños, cultivo de un lazo de afecto e identidad, satisfacción de necesidades recíprocas, entrenamiento para las tareas de participación social, incluyendo el rol sexual, y el desarrollo y la realización creativa de sus miembros (op. cit.).

Hemos visto que la familia es un sistema estructurado por normas, que delinear los roles, así que la familia está gobernada por reglas. Estas reglas influyen y determinan la conducta de sus integrantes, ya que de no ser así estaría bajo amenaza la propia existencia de ésta.

Además de los lazos emocionales, que estabilizan a la familia, existen ciertos cordones de tensión en la forma de relación de los miembros de ésta que son las normas y las reglas intrafamiliares. Podemos pensar como ejemplo, aquella situación bastante común, que se gesta desde el momento en que una nueva pareja se empieza a conocer; surgen reglas tácitas a las que ambos participantes se someten, tales como los horarios en que se frecuentan, o de quién paga las cuentas y un sin número de situaciones en las que cada uno de los miembros tornea su rol y su modo de relación con el otro. Esta forma de adaptación a la convivencia con la nueva pareja (y con la sociedad en general) proviene desde las familias de origen, sin embargo pensemos en que la pareja del ejemplo se casa y forma una nueva familia. Es entonces cuando el padre o la madre moldean nuevamente sus roles y su modo de imponer los roles a los nuevos miembros representados por los hijos. Los mensajes que delinear padre y madre a los hijos están cargados de elementos reguladores de lo que se puede y de lo que no se puede hacer. El padre puede exigir que se cena a las ocho y que todos deben estar presentes mientras tanto, o la madre puede acostumbrar a los niños a

saludar de un modo al padre cuando éste llega del trabajo. Parecen estos ejemplos muy someros, sin embargo son estos tipos de costumbres dentro de la familia los que la hacen única. No queremos decir que existen reglas infranqueables que, como en una organización, determinan las relaciones entre los miembros, sino que en la familia cada miembro negocia los modos de relación impuestos tácitamente o no, por la misma dinámica familiar por el influjo social y de los roles, así, las reglas no son elementos rígidos, sino más o menos flexibles en función de la situación y de la negociación que los elementos hagan de estas normas. Uno de los principales problemas surge cuando dentro de la familia, los miembros comienzan por romper las normas y generar cambio en el ejercicio del control parental, y surge una crisis en la que la dinámica se modifica o genera conflictos mayores, incontrolables para los miembros de ésta (Cf. Jackson, 1981; en Ackerman, 1981). Las normas y su establecimiento, decíamos, puede ser tácito e inconsciente, lo que significa que muchos de los modos de normar conductas dentro del seno familiar está determinado simbólicamente, en donde cada uno de los miembros infiere e interpreta señales de los demás participantes, que le modifican la conducta ya para crear nuevas relaciones o para limitarle sus relaciones. Esto último resulta particularmente complejo si un observador externo trata de decodificar las señales que se están transmitiendo entre los miembros, ya que éstas, dado su carácter tácito, han sido aprehendidas desde la infancia quizá y generalmente no se someten a juicio, sino hasta que surge alguna variante que las haga merecer la atención de sus miembros (Zerubavel, 1997). En estos casos le regla funge más como una metáfora que como un sistema lineal de significado (op. cit.) así, las reglas propiamente dichas se transforman en *normas*, siendo éstas las responsables de la originalidad familiar, como expresa Jackson: “por lo común, las normas son fenomenológicamente únicas en el caso de cada familia observada [...] la norma es un índice o línea básica en relación con el cual se mide la conducta familiar y en torno del cual varía en mayor o menor grado” (1981, p. 146).

Así el foco de atención para el análisis familiar se centra en la norma como reguladora de la conducta de los miembros. La familia así entendida, se caracteriza por ser un sistema homeostático u homeodinámico (según la expresión de Ackerman, 1969), que se regula por sí mismo.

Las normas, como mecanismo homeodinámico resultan ser el toma y da de las relaciones familiares, son éstas las flexibilizadoras de las reglas, aunque no dejan de ser reguladoras de la conducta. Así, la conducta de los miembros puede fluctuar en un sentido o en otro alrededor de la norma. En la medida en que la conducta se aleja de la norma se activa el mecanismo homeostático, consistente en el sometimiento del miembro anormal propiamente dicho, al sendero de lo establecido (Cf. Jackson, 1981 en Ackerman, 1981).

Del establecimiento de las reglas, normas y métodos homeostáticos se delinea la personalidad de los miembros y de cómo estos afrontan y se adaptan a diversas situaciones del mundo social, que como decíamos es una de las funciones principales de la familia, la sana individuación de sus miembros y el adecuado encauzamiento de sus individuos al progreso socialmente establecido.

Después de haber delineado someramente el papel de la familia como un sistema que regula y determina la conducta de los individuos y de su papel en la salud, veremos cuáles son algunos de los patrones familiares que se encuentran en familias de anoréxicas.

Las familias anoréxicas tienen una característica predominante: las relaciones entre sus miembros están tan enredadas que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger. Esto lleva a las familias a un tipo de dependencia donde la lealtad y la entrega son factores fundamentales para el bienestar del grupo, siendo éste lo que se debe proteger a toda costa, siendo éste un

terreno fértil para la respuesta somática a la tensión psicológica. Siendo la familia anoréxica, una familia psicósomática, evita los conflictos y las maniobras dirigidas a controlar se disfrazan de preocupación y protección (Minuchin, 1985).

La negativa a alimentarse, que la paciente presenta con su síntoma, no parece armonizar únicamente con el acto reiterado del rechazo, con lo que constituye una redundancia, sino también con otro; en el curso de las sesiones se observó que los padres definen la relación con su hija en términos de “alimentantes” y “alimentada”. La hija defiende la relación de manera opuesta con su conducta anoréxica, que le sirve para adquirir una posición de superioridad en el juego fundamental de la supremacía en la definición de la relación. Esta redefinición no se hace en primera persona, sino en nombre de la enfermedad, es decir, de una condición ingeniosamente manifestada en el acostumbrado tono moralista y ritual del grupo familiar. Se explica así que las pacientes insistan en cocinar para el resto de la familia asumiendo el carácter de “madres”:

- todos los miembros de la familia muestran grandes dificultades para ejercer abiertamente el rol de líder;
- está prohibida toda alianza de dos miembros contra un tercero;
- ninguno de los miembros se responsabiliza de una culpa (Selvini, 1990).

Los principales aportes para compilar algunos de los patrones familiares de la anorexia emergen de investigaciones de tipo estadístico en las que los datos han sido recolectados de cuestionarios contestados por miembros de familias de esta índole y por observaciones clínicas provenientes de video tapes, en los que se observan interacciones familiares. Minuchin, en su libro *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. (1978, en Malan, 1997), propone ciertos elementos subyacentes a las familias de anoréxicas:

- a) hostilidad, entrometidas, con pocos límites demarcados.
- b) sobre protectoras.

c) extrema rigidez en sus jerarquías, lo que provocaba el establecimiento del status quo.

d) evasiva de conflictos y con pocas habilidades de afrontamiento ante estos.

Por otro lado, Palazzoli en su libro *Family games* (1988, en Malan, 1997) describe algunos patrones como los siguientes:

Estadio 1. Existe un juego entre los padres en el que nunca uno obtiene una respuesta deseada del otro

Estadio 2. La hija anoréxica empieza a estar implicada en el juego de los padres desde muy temprana edad. O bien asume el punto de vista de la madre y es calificada como la que más ayuda en casa o toma el partido del padre, es su favorita y no puede entender la forma en la que su madre lo trata.

Estadio 3. al llegar a la adolescencia pueden suceder dos cosas: que la paciente cambie a la madre por otro objeto de amor, que puede ser un hermano, o bien se intensifica la relación con el padre, lo que provoca que cuando entren en juego los cónyuges la anoréxica tome partido por el padre de una manera encubierta. La paciente se siente más cercana al padre, en oposición común a la madre.

Estadio 4. Es un período de tensión en las relaciones. La dieta, puede entrar como un arma para la diferenciación de la madre, o es utilizada como un desafío directo hacia la madre. En este caso el padre se aliará a la madre y la lectura de este comportamiento en la paciente será que en vez de entender su mensaje (quiero independencia) y unirse a ella, el padre "perdedor" se pone del lado del otro al desaprobando la conducta de la hija.

Estadio 5. Viene marcado por el cambio de actitud del padre. La hija siente que el padre la ha traicionado y su actitud es de rechazo y resentimiento hacia él. Reduce su ingesta al mínimo, es la única forma que tiene de someter a su madre y enseñar a su padre hasta dónde es capaz de llegar.

Estadio 6. La paciente ha experimentado el poder que le confieren los síntomas. Cada miembro elabora estrategias a su servicio basadas en la firme convicción de que el síntoma persistirá. Selvini llama “embrollo” a un proceso interaccional complejo que aparentemente, se desarrolla alrededor de la estrategia de mantener como privilegiada una relación diádica transgeneracional (madre/hija, padre/hija) que, en realidad, no lo es en absoluto. Esta relación no está basada genuinamente en el afecto, sino que es un arma contra un tercero, usualmente la esposa.

Estos seis estadios describen cómo el inicio del síntoma anoréxico es la expresión de un proceso interactivo global dentro de la familia que se ha denominado el juego interactivo y que también se ha descrito para la esquizofrenia. Lo novedoso es como se describen la serie de coaliciones dentro de las familias disfuncionales.

Mara Selvini y su equipo encontraron que las familias con un miembro anoréxico son un sistema, en el que:

- existe la voluntad de comunicar;
- cada miembro del sistema se define a sí mismo, en la relación, de una manera coherente;
- con mucha frecuencia cada uno de los miembros rechazan mensajes de los demás, tanto en el nivel de contenido como en el de relación (Selvini, 1990).

La anorexia fluctúa entre dos polos: el de la espontaneidad y el de la coerción y lanza la siguiente pregunta ¿la paciente *no quiere* comer o *no puede*? Ambas hipótesis son correctas desde un punto de vista epistemológico. Sin embargo la paciente declara una sola hipótesis y es coercitiva: no puede comer. Frente a estas pacientes se debe prestar especial atención, por parte del terapeuta:

1. a la noción errada de que la paciente se apropia del control unilateral del sistema;
2. a la convicción de la paciente acerca de que el “si- mismo”, o mente, trasciende de su cuerpo y que puede librar una batalla victoriosa entre su cuerpo y el sistema familiar;
3. al hecho de que nunca se emprende esa batalla en primera persona, sino en nombre de una abstracción (el síntoma anoréxico), de la cual no se puede considerar responsable a la paciente, y
4. al hecho de que se estima que esa abstracción es “maléfica” porque obliga a todos a sufrir (Selvini, 1990).

La estrategia en la terapia sistémica es poner a todos los integrantes de la familia en un mismo nivel, esto previene ataques por parte de unos miembros hacia la paciente señalada o que a uno se le considere, o los demás lo perciban como más importante.

La meta principal del equipo terapéutico es que la familia descubra, interrumpa y, eventualmente, cambie sus reglas de juego. Que la familia pueda crear una solución a su problema diferente de la meta del terapeuta. A la pareja parental se le alienta a recuperar las habilidades que aumenten su función de liderazgo (Carloson J, Sperry L, Lewis J. A., 1997).

La terapia sistémica se ha distinguido, en primer lugar por lo espaciado entre las sesiones, que puede ser hasta de un mes y su uso de un equipo de dos terapeutas en cada sesión, originalmente un hombre y una mujer. El método original de Milán se ha descrito, en ocasiones, como una terapia “larga y breve” (Tomm, 1984, citado en Goldenberg y Goldenberg, 1991), ya que se tienen pocas sesiones (generalmente diez), que se dan a lo largo de un año o más, dependiendo de que tan espaciadas

sean las sesiones. El tiempo entre sesiones era largo por dos razones: una de ellas era porque las familias tratadas tenían que hacer viajes muy largos y porque las prescripciones y rituales que les eran recetados debían hacerse en un periodo de tiempo lo suficientemente largo para que se vieran los cambios dentro del sistema familiar. Dentro del protocolo de la terapia sistémica está la firme regla de no dar sesiones extras, esto se debe a que el terapeuta no se someterá al juego de la familia ni se subyugará a sus reglas para mantener el control de la relación terapéutica, además esto puede significar que la familia está experimentando cambios, lo cual es esperado por los terapeutas (Hoffman, 1987).

La terapia comienza con la primera llamada telefónica. Durante esta entrevista, el grupo de Milán habla con el miembro de la familia que pide tratamiento por 15 o 30 minutos. Esto se hace para obtener la información necesaria para formular una hipótesis antes de que el equipo terapéutico vea a la familia y para decidir quien debería invitar a la familia a una primera sesión.(Carlson et. al, 1997). Se toma en cuenta el tono de voz y quien hizo la llamada. En una primera sesión se requiere que toda la familia esté presente, posteriormente el equipo puede decidir el ver a unidades distintas; por ejemplo sólo los padres o sólo el paciente señalado, según se considere (Hoffman, 1987).

Las sesiones duran aproximadamente una hora, aunque Salvador Minuchin trabajaba durante dos horas con una familia, tomando el almuerzo con ellos. Minuchin respalda esta práctica sosteniendo que, compartiendo una comida con la familia hace posible el trasladar el foco de la alimentación de la paciente señalada "a las transacciones interpersonales de la familia que se desarrollan en torno a la comida: control, obediencia/ desobediencia, chantaje y exigencias de lealtad" (Minuchin, 1985 p.98).

El grupo de Milán utilizaba una sala con un espejo del otro lado del espejo se encuentra otra pareja de terapeutas que observan y dan opiniones a la pareja que se encuentra trabajando con la familia, en un pequeño receso que se hace durante la terapia.

El primer paso dentro de la terapia es establecer el juego en el que está envuelta la familia. Generalmente esto se resume en que la familia presenta una persona enferma a la que hay que cambiar, pero que ellos, su juego, no cambie. Esto sería un cambio de primer orden: en el que un miembro de la familia cambia y las pautas del sistema prevalecen (Minuchin, 1985). La terapia sistémica, sin embargo, busca los llamados cambios de segundo orden; esto es, que si un miembro del sistema cambia afecta a los demás miembros haciendo que las pautas del sistema cambien (Brabendery y Fallon, 1993).

El papel del terapeuta es completamente neutral, hace preguntas circulares, y ocasionalmente hace observaciones y comunica hipótesis formuladas con el equipo terapéutico (Griffin, 1993). Es primordial señalar que el terapeuta debe permanecer neutral durante el proceso, de manera que no se perciban alianzas con alguno de los miembros y así evitar la resistencia de los demás. La tarea del terapeuta será notar en que se desvía la familia que acude a la consulta, sin hacer demasiado hincapié en el síntoma o la historia de la aparición del mismo. La terapia, entonces, consiste en rediseñar la organización familiar, estableciendo un cambio de segundo orden (Chinchilla, 1994).

Después de la entrevista telefónica se formula una hipótesis. El Grupo de Milán afirma que una hipótesis debe ser circular y relacional (Madanes, 1980. citado en Hoffman, 1987), esto es, que se pondrán en orden todos los datos incorporados a un síntoma, de manera que tengan sentido en el marco de las relaciones familiares (*op. cit.*). Esta puede ser rechazada al término de la sesión y modificada

posteriormente. Los propósitos de la hipótesis son el relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción, ordenar las preguntas circulares que se harán durante la sesión e introducir a la familia en el encuadre de la terapia sistémica; se formula con base en la información que la familia da durante la entrevista telefónica y con la familia, en las experiencias previas del terapeuta con un problema similar tomando en cuenta la religión, cultura, posición sociocultural y patrones repetitivos. Una hipótesis será útil durante el proceso terapéutico si se relaciona con la problemática central de la familia, si encuentra la verdad que la mantiene, si se configura y confirma la hipótesis de la familia y el terapeuta sobre la verdad del problema. Siempre que haya una evolución en la interacción terapéutica se deben plantear nuevas hipótesis de acuerdo con el momento terapéutico (Sánchez, 2000).

Habiendo observado las modalidades de comunicación se atribuyen motivos positivos para el patrón de comportamiento sintomático de una familia o individuo; a esto se le conoce como connotación positiva y no va dirigida a una persona en particular sino a las tendencias de automantenimiento del sistema global; esto ayuda a que la familia reduzca su resistencia al cambio, ya que se está viendo el síntoma desde el punto de vista homeostático de la familia (Boscolo, L, Cecchin, G, Hoffman L, Penn P, 1989), aún cuando los comportamientos sean los que se etiquetan en psicología como destructivos y perjudiciales.

La connotación positiva está cargada de mensajes implícitos:

- 1) El terapeuta gana su status gracias a que no está desaprobando ninguna conducta, todo lo contrario, está aprobando conductas que no aprobarían muchas autoridades, pero siempre explica el porqué de su aprobación.

- 2) El terapeuta demuestra que todos están a favor de la preservación de la unidad familiar y su estabilidad. Esta afirmación lleva un absurdo ¿cómo puede ser que la preservación de la familia exija un precio tan elevado como el padecimiento de la anorexia de uno de sus miembros?
- 3) El terapeuta desplaza al paciente de su lugar habitual a un lugar en el que complementa el juego familiar. El paciente *no puede evitar* sacrificarse por la familia, haciéndolo mediante su enfermedad y la familia hace lo mismo *sin poder evitarlo*.
- 4) Además del tono coercitivo en el que la paciente no puede evitar sacrificarse, el terapeuta también admite que el síntoma está siendo beneficioso para el sistema y define como síntomas las modalidades conductuales de los demás familiares que no pueden evitar y se les da la misma connotación positiva.(Selvini, 1990)

Después de haber dado una connotación positiva al síntoma que se ha de atacar se hace una prescripción, éstas son intervenciones paradójicas por medio de las cuales la familia o ciertos miembros de la familia se les pide que realicen el comportamiento sintomático, y así demostrar que el síntoma está bajo control voluntario. Si se resiste esta realización, la familia abandona el síntoma problemático (Carloson J, Sperry L, Lewis J.A.,1997). En el caso de la anorexia se le pide a la paciente que continúe comiendo al mínimo y a los padres en continuar con sus modalidades de conducta habituales (Selvini, 1990).

La prescripción es paradójica: la familia acude a terapia para que ayude a eliminar el síntoma y el terapeuta lo refuerza. Además al prescribir el síntoma, implícitamente lo rechaza como tal, pero lo prescribe de manera espontánea, que el paciente ya no cumplirá de la misma manera por el hecho de que el terapeuta lo haya

pedido. La paciente, entonces, se ve empujada a abandonar el síntoma, a causa de una rebelión contra el terapeuta. A la siguiente sesión se presentará con una mejoría que el terapeuta no menciona, aunque siguiendo la lógica de la prescripción el mejorar (comer con más regularidad y mejor) es una desobediencia al terapeuta; esto encierra otra paradoja.

Además de las prescripciones están los rituales es un método de prescripción por medio del cual los miembros de la familia ponen en acción una serie de comportamientos designados a alterar el juego familiar. El terapeuta expone las especificaciones de la prescripción detalladamente. Este es el tipo de prescripción que dirige a la familia hacia un cambio de conducta bajo ciertas circunstancias. Así el terapeuta espera cambiar el mapa cognitivo o el significado del comportamiento (Carlosón J et. al, 1997). El ritual además se acompaña de fórmulas verbales y todos los miembros de la familia deben participar. Como cualquier ritual debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según tiempo y lugar específicos. El fin principal de un ritual es curar al paciente asignando al grupo una tarea común, en este caso el ritual que introduce un nuevo sistema normativo entre los miembros de la familia. Los rituales son diferentes dependiendo de la familia (ya que cada una tiene reglas y juegos peculiares) y del problema por el cual acudieron a consulta. El ritual conduce a la sustitución de un rito insano (la anorexia) por uno sano (el abandono del síntoma) (Selvini, 1990).

Las sesiones se manejan con algo que el grupo de Milán ha nombrado interrogatorio circular Esta técnica de entrevista se funda en la creencia de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar formaciones en lazo (“loop formations”) más que secuencias lineales de causa y efecto, lo que estas preguntas abarcan es una cadena de retroalimentación mutuamente causales, de modo que se engendran circuitos de trazado complejo y no lineal. Las preguntas generalmente se dividen en categorías: percepción de los vínculos; diferencias de grado; diferencias de

“entonces” y “ahora”; diferencias hipotéticas o concernientes al futuro (Boscolo, et. al, 1989).

Los propósitos del cuestionamiento circular son:

- a) Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- b) Confirmar o descartar la hipótesis del problema.
- c) Proponer la conducción de la terapia.
- d) Como una herramienta para que el terapeuta se introduzca en el sistema familiar, de una manera precisa y organizada.
- e) Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente, futuro) del problema.
- f) Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.
- g) Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro de ésta, como el flojo, el preocupón, el regañón, el loco, el tonto, etc. y determinar cuándo y porqué se dio.
- h) Cuando se observen límites muy rígidos en la familia y se dificulte la interacción, hacer preguntas en forma menos incisiva respecto del problema.
- i) Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico(Sánchez, 2000 pp.147)

El cuestionamiento circular está dirigido a cada miembro de la familia en relación a quien hace que, cuando, como y dónde, también sobre la hipótesis, el problema y el síntoma. El cuestionamiento debe contener preguntas relacionadas con la hipótesis; el terapeuta no pregunta usando el verbo “ser”. lo sustituye por

otro, esto para no calificar a algún miembro de la familia y que esto se confunda con una alianza entre el terapeuta y alguno de los miembros de la familia en contra de un tercero. Este método parece enriquecer la calidad y la cantidad de información que se puede obtener en una entrevista. El cuestionamiento circular básicamente plantea preguntas que buscan definir una relación o que enfoquen una diferencia, por ejemplo preguntar quien ha sufrido más por la pérdida de alguien o el calificar de uno a diez la preocupación de la madre por alguno de los hijos. También se hacen preguntas de antes y después para marcar una diferencia.

Estas preguntas ayudan a la reflexión de los miembros de la familia e impiden una respuesta estereotipada y parecen desencadenar más del mismo pensamiento “‘diferente’, que se busca dentro del interrogatorio porque introduce la idea de vínculos formados por perspectivas cambiantes” (Hoffman, 1987 pp.280). Este tipo de interrogatorio es útil para el terapeuta ya que puede formular preguntas muy cargadas sin necesidad de velos o frenos de su parte, ya que sólo se están expresando opiniones con respecto a otro. Incluso el solo señalar un comportamiento puede bloquearlo, formulando una pregunta hipotética sobre el peor de los casos, como el preguntar a la familia “¿Qué efecto tendría sobre la familia el que X muriera?”. Esto pone de manifiesto los temores con respecto a una situación dada(*op. cit*).

El concepto de neutralidad dentro de la Escuela de Milán es muy importante; implica una actitud apacible y respetuosa durante la entrevista, pero firme en la determinación de no entrar en el juego de la familia, so riesgo de crear una alianza aún sin intención. Los terapeutas están conscientes del poder que tiene una familia para volverlos impotentes, así que utilizan todas sus técnicas para que el equipo mantenga una posición desde la cual pueda lograr el máximo cambio.

Los Asociados de Milán describen la neutralización como “la capacidad de evitar las alianzas con miembros de la familia, de evitar los juicios morales, de

resistir a todas las trampas y enredos lineales”(Hoffman, 1987). Si al final de la sesión los miembros de la familia entrevistada están de acuerdo en que el terapeuta no se puso del lado de ninguno, se puede decir que se ha logrado la neutralidad.

Ya que el trastorno aparece típicamente en la adolescencia el terapeuta debe hacer una exploración acerca de cómo se resuelve la autonomía dentro de la familia y cómo los padres han pasado de la obediencia de los hijos a la supervisión y negociación con ellos. Otro objetivo terapéutico es explorar las fronteras familiares, en especial las más disfuncionales; pudiera ser necesario fomentar límites más flexibles hacia el mundo exterior; algún comportamiento de rivalidad o competencia con los hermanos y cómo está situado el paciente dentro de la triangulación en el sistema parental de coaliciones y el conflicto conyugal (Chinchilla, 1994). Esto se logra con el cuestionamiento circular, de manera que todos los miembros expresen su opinión acerca del problema y de las relaciones familiares; ya que en una misma familia dos hijas pueden ser tratadas de igual manera por la madre y solo una padecer el trastorno. Minuchin (1985) hace hincapié en que si la paciente señalada confronta directamente problemas que no están relacionados con la comida es un prerrequisito para la recuperación.

En el transcurso de las entrevistas se intenta una reestructuración final de las relaciones familiares, de forma que, al final, los hijos puedan desenredarse del conflicto parental para reestructurar la jerarquía entre ellos. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando al aspecto sintomático (recuperación del peso), simultáneamente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación. Por último se trabaja con la autonomía de los subsistemas. Se pone a cargo de los padres el tratamiento médico del hijo y de la desaparición del síntoma. Más tarde se trabaja en conseguir la diferenciación adecuada del subsistema fraterno y se intentará promover la autonomía funcional de los subsistemas familiares (Chinchilla, 1994).

El equipo de Milán se dividió en dos; por un lado Boscolo y Cecchin y por otro Selvini y Prata. Fueron Selvini y Prata quienes desarrollaron el modelo al que se le llamó “método invariante” ya que las prescripciones eran similares para padecimientos y familias similares, lo que daba un punto de partida para el desarrollo terapéutico (Sánchez, 2000).

Las bases del modelo post- Milán son: Entrevista telefónica, sesión previa, encuentro terapéutico, sesión posterior, prescripción y el tiempo entre las sesiones. Sánchez y Gutiérrez (2000) compara los dos modelos encontrando las siguientes diferencias:

1. en el modelo Milán se analiza el caso para realizar la terapia familiar, se plantea una hipótesis y se considera si es o no conveniente invitar a cada uno de los miembros a la primera sesión. En el modelo post- Milán no se plantea hipótesis y todos los miembros de la familia pueden asistir a todas las sesiones desde la primera.
2. la estructura de la sesión es la misma.
3. en el modelo de Milán el terapeuta desarrolla la hipótesis enfocándose en el problema que llevó a la familia a terapia. El modelo post- Milán hace preguntas a nivel individual y social además de las preguntas acerca del motivo de consulta.
4. El modelo de Milán tiene dos objetivos principales: inyectar una nueva carga de información al sistema y proveer un panorama exhaustivo de todos los puntos de vista y contradicciones de la familia. En el modelo post- Milán el terapeuta puede proporcionar información en cualquier punto de la sesión y la libertad de dar una opinión que la familia puede aceptar o rechazar. En este modelo se cierra la sesión repitiendo las reglas del juego.

5. En el modelo de Milán se comienza con un número de integrantes y gradualmente se van eliminando. En el modelo post- Milán todos los integrantes de la familia son invitados desde la primera sesión.
6. el proceso de ambos modelos involucra dos fases: asesoramiento y tratamiento. El asesoramiento se da desde el primer contacto con la familia hasta la tercera sesión. En esta fase el objetivo principal es evaluar si el equipo puede ayudar a la familia, lo que significa determinar la cantidad de integrantes, delimitación de territorios, como se relacionan entre sí y el papel de cada uno en el mantenimiento del juego. Otro de los objetivos consiste en determinar la motivación del sistema familiar hacia la terapia. El tratamiento empieza en la tercera sesión y en las sesiones posteriores el equipo terapéutico busca establecer y reforzar la autoridad de los padres en el núcleo familiar.
7. Ambos modelos reconocen tres reglas con respecto al terapeuta: 1) el terapeuta debe obtener información de cada uno de los miembros a diferentes niveles, para comprender el problema sistémico. 2) el terapeuta debe estar abierto a lo que diga la familia y a los cambios de opinión que se susciten durante la sesión, 3) elaborar puntos de vista individuales. El terapeuta será quien otorgue la oportunidad de intercambiar lo que entienden cada integrante en relación al problema.
8. Para el éxito de una sesión se deben tomar en cuenta dos reglas: que todos los miembros de la familia puedan participar tanto por parte del terapeuta como de la familia y el terapeuta debe controlar que las normas no se rompan, por ejemplo si un miembro interrumpe a otro, es papel del terapeuta decidir si continúa o si la palabra es del interrumpido.

9. en el modelo de Milán el terapeuta plantea directamente a cada miembro de la familia preguntas circulares sobre el problema. El problema post- Milán usa paradojas y metáforas que en la interacción le proporcione información que ayude a resolver el problema.

Las diferencias entre ambos modelos consiste en el modo en que los objetivos se logran. En el modelo de Milán los puntos de vista de los terapeutas no se expresan durante la sesión sino hasta el final. Se trata de que cada miembro de la familia cambie de actitud hacia el problema gracias a las preguntas del terapeuta, manteniéndose una distancia entre los dos familia y terapeuta. El modelo post-Milán emplea la prescripción paradójica y se involucran el terapeuta y la familia: ambos realizan preguntas y permitirán la interacción de los miembros de la familia. El modelo Milán lleva el tratamiento por medio de hipótesis, neutralidad, rituales, paradoja y contraparadoja, siendo las preguntas circulares de gran ayuda. El modelo post- Milán permite a los coterapeutas una participación más activa, en cualquier momento interactuando como un todo junto con la familia y el terapeuta. Se utilizan todas las ventajas y principios originales con excepción de la hipótesis.

2.4. MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL

Puede decirse que la terapia cognitivo- conductual está fundada en dos escuelas teóricas principalmente: la teoría conductual y la psicoanalítica. Hay propuestas acerca de que la teoría cognitiva surgió de la modificación de conducta, trabajo realizado por Bandura, siendo esta la piedra angular. De la escuela conductista los teóricos cognitivos- conductuales adoptaron el método científico, como el establecer metas claras, enfocarse en el cambio conductual y una gran variedad de técnicas y estrategias derivadas de la terapia conductual.

Dentro del psicoanálisis, la tendencia hizo énfasis en la cognición, culminando en la fundación de la escuela cognitiva (cognitive- volitional school).

El principio de la psicoterapia cognitiva como una escuela de pensamiento separada coincide con la partida de Beck y Ellis del psicoanálisis para desarrollar una nueva terapia en la primera mitad de los años 60's.

De la escuela psicoanalítica la terapia cognitiva ha recogido la importancia de comprender las características individuales, es decir todo lo subjetivo, las percepciones del paciente sobre sí mismo y sobre el mundo, el diálogo interno y los procesos que pueden influenciar la percepción de una persona de situaciones pasadas, presentes o futuras y la importancia del insight.

El término cognición se refiere a ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones. No sólo se hace referencia a un proceso intelectual, sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas. En palabras de Bruner: "el concepto

fundamental de conducta humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados” (en Feixas, 1993).

Autores posteriores a Skinner, principalmente Bandura, pusieron de manifiesto que ciertas conductas sí eran resultado de contingencias tanto ambientales como cognitivas, es decir, que la percepción o el pensamiento o la actitud de una persona hacia un estímulo también determinaba su conducta y que era posible utilizar estos nuevos elementos en el Análisis Conductual y sobre todo en los métodos de tratamiento.

De acuerdo con la definición según Beck y Hollon, la terapia cognitivo-conductual incluye las aproximaciones que intentan modificar desórdenes existentes o anticiparlos alterando las cogniciones o los procesos cognitivos (Beck y Hollon, 1986 citado en Brabendery y Fallon, 1993). Kendal y Bemis (1983) incluyen todas las aproximaciones que comparten la meta de corregir una relación desadaptativa entre eventos y cogniciones con base en la premisa que un desorden en el proceso de mediación dan pie a estados emocionales y patrones conductuales desadaptativos (Brabendery y Fallon, 1993). Una cognición se puede definir como pensamientos automáticos, habituales y creíbles o imágenes visuales que generalmente operan fuera de la conciencia inmediata del individuo pero que puede ser identificada (Beck, 1979 citado en Garner y Garfinkel, 1997).

Beck (1976) utilizó la terapia cognitiva con pacientes depresivos y fue utilizado por primera vez con pacientes bulímicos en 1985 por Fairburn (Thompson, 1997).

La premisa del enfoque cognitivo- conductual sostiene que hay una interacción entre las maneras en las cuales los individuos se conceptualizan y

construyen a sí mismos, sus mundos y su futuro. El foco principal son las cogniciones y la corrección de cogniciones defectuosas.

Este enfoque (cognitivo-conductual), se compone de dos aspectos: aspectos conductuales y aspectos cognitivos.

Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objeto de cambiar directamente conductas anómalas, es decir se enfocan al aquí y ahora. El modelo propone que las percepciones de un individuo o cogniciones (generalmente negativas) acerca de sí mismo, el mundo y el futuro son el resultado de distorsiones perceptivas. Estas distorsiones se generan cuando un estresor interno o externo activa un esquema cognitivo subyacente, siendo este el sustrato de donde emergen las distorsiones cognitivas (Brabendery y Fallon, 1993); esto pudiera ser lo que sucede con las mujeres que desarrollan anorexia.

Dentro de la escuela cognitivo- conductual existen conceptos centrales. Uno de ellos es la *triada cognitiva*. Esta se refiere a las visiones negativas o distorsionadas que los individuos pueden tener acerca de 1) ellos mismos, 2) el mundo y 3) el futuro (Brabendery y Fallon, 1993). Están también los esquemas cognitivos. Las personas organizan de manera individual las experiencias sociales e información acerca de sí mismos en categorías, a esto se le llama esquemas. Son estructuras cognitivas duraderas que funcionan procesando, organizando e integrando información compleja (Garner y Garfinkel, 1997).

Los desórdenes emocionales se dan cuando se confía desmesuradamente en ciertos esquemas demasiado rígidos o extremos, que llevan a interpretaciones disfuncionales, erróneas o poco realistas. Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos ante determinados alimentos).

como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones, tendencia al aislamiento, ambivalencia) que determinan o mantienen un trastorno alimentario (Fernández, 1998).

Los aspectos cognitivos comprenden las creencias y pensamientos irracionales del paciente hacia la comida, el aumento de peso y la imagen corporal como termómetro para medir el valor de una persona. Las distorsiones cognitivas son el resultado de esquemas subyacentes o un sistema de creencias (p.e. la religión). Cuando se tiene una creencia aún cuando hay evidencia que la refuta o cuando existe una aplicación inflexible de alguna creencia, ésta se vuelve disfuncional (Freeman, 1987 citado en Brabendery y Fallon, 1993). La terapia cognitiva parte de la premisa que, si estas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán (Fernández, 1998).

La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los individuos con anorexia o bulimia nervosa a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas. (Thompson, 1997).

Dentro de la Psicología Cognitiva la Anorexia esta construida en términos de déficits cognitivos individuales y constructos que han sobrevaluado actitudes y creencias que resultan disfuncionales, las cuales pueden ser tanto causa como resultado de los efectos psicológicos de la inanición. La Anorexia Nervosa ha sido construida en términos de una falta en la capacidad del pensamiento abstracto (que caracteriza la etapa de pensamiento formal) en términos de una pobre ejecución cognitiva, y en términos de pensamientos irracionales como son el pensamiento de todo o nada, el pensamiento supersticioso y el pensamiento egocéntrico. Aunque

algunas investigaciones contradicen esto último argumentando que las anoréxicas ejecutan igual o mejor estos procesos cognitivos.

El discurso cognitivo a constituido a la Anorexia como una manifestación de esquemas sobrevaluados con relación al peso y la comida. Sin embargo es prioritario señalar que esta visión individualista de la Anorexia no es radical, ya que las cogniciones se comparten en un contexto social (Zerubabel, 1997), así la Anorexia se convierte de un problema de percepciones individuales a un problema de percepciones socioculturales y políticas, como es el caso de algunos países en los cuales la anorexia es considerada un problema de salud pública.

Entre los precursores principales del movimiento cognitivo se encuentra la teoría de los constructos personales de Kelly, que se basa sistemáticamente en las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de dichas estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo (Feixas, 1993).

Aunque varias perspectivas psicológicas asignan un rol central al significado del peso del cuerpo y de la figura para diagnosticar un desorden de la alimentación, la Psicología Cognitiva asigna este concepto en términos de cogniciones individuales. La existencia de un esquema cognitivo en particular producirá errores sistemáticos en el proceso de información relevante a ese dominio, y se sugiere que tales esquemas podrían jugar un rol dentro de la Anorexia y otros Trastornos Alimenticios (Vitousek y Hollon, 1990; en Malson, 1998).

Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos ante determinados alimentos), como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones, tendencia al aislamiento,

ambivalencia) que determinan o mantienen un trastorno alimentario (Fernández, 1998).

Durante el proceso de la Anorexia Nervosa se presentan cambios a nivel cognitivo, es decir, existen *distorsiones cognitivas* relacionadas con el aspecto y valoración estética del cuerpo y se manifiestan de forma reiterativa a lo largo del cuadro. Estos pensamientos se expresan como: estoy muy gorda; para alcanzar la felicidad debo estar delgada; para gustar debo estar flaca; y por lo tanto para lograrlo debo dejar de comer y controlarme.

Albert Ellis, proporciona una serie de pensamientos irracionales que determinan la conducta, así el pensamiento irracional se vuelve contingente en la génesis de la conducta. Algunos de los pensamientos irracionales más comunes son:

- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás casi en todo momento.
- Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.
- Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas, condenarlas y castigarlas con severidad.
- Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de la depresión, la hostilidad y sentimientos similares.
- Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con cosas provechosas de auto disciplina.
- Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme o perturbarme por ello.

- Mi pasado sigue siendo importante, y sólo por que haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.
- Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.
- Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y no la acción, o “disfrutando de mí mismo” pasivamente y sin comprometerme.
- Todas las cosas deben estar ordenadas, y yo debo de estar seguro de ello para sentirme bien.
- La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y autopercepción, dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.

Veremos como estas constantes de pensamiento se presentan comúnmente en la Anorexia Nervosa, como contingentes de gran influencia para el sostenimiento de la conducta anoréxica.

Pensamientos naturales, normales y comunes en mujeres, sobretodo adolescentes preocupadas por su apariencia física que son comunes en nuestra cultura, sin embargo lo que empieza como una normalidad sostenida por hechos objetivos, se transforman en distorsiones cognitivas, apareciendo a cada momento, su reiteración va en aumento, convirtiéndose en el tema único y exclusivo, al mismo tiempo que va asociándose con una creciente ansiedad. (Toro, 1987).

Garner y Bemis (1982, en Toro, 1987), trabajaron con las irregularidades del pensamiento anoréxico estando ya presente el trastorno; concluyeron que se presentaban varias alteraciones:

- a) Abstracciones Selectivas: toman ciertos aspectos del tema para hablar de ellos y controlar su conducta.
- b) Generalizaciones Excesivas: toman conclusiones parciales y las plasman en toda su realidad.
- c) Magnificación de posibles consecuencias negativas: todo pensamiento negativo por mínimo que sea; se transforma en único y se engrandece convirtiéndose en generador de ansiedad.
- d) Pensamiento Dicotómico: se vuelven extremistas; todo o nada.
- e) Ideas de Autoreferencia: miedos dirigidos a ellos mismos para reafirmar su posición.
- f) Pensamiento Supersticioso aceptando relaciones de causa a efecto entre acontecimientos no contingentes: crean conclusiones drásticas.

Estas alteraciones del pensamiento precipitan la presencia del cuadro, llegando a una toma de decisión en cuanto a una dieta restrictiva y al mismo tiempo constituyen un factor de mantenimiento resistente a la crítica racional. De esta forma se vuelven cogniciones de origen desadaptativo que envuelven un potencial ansiógeno y generan la mayor parte del conflicto existente entre la anoréxica y las personas que viven con ella.

Las anoréxicas, apoyadas por estas distorsiones cognitivas presentan *autoestima baja*, debido a esto no se aceptan a sí mismas, y creen no agradar en general además de que tienden a opinar que no se conocen. Creen *carecer de control* sobre su desarrollo corporal, adecuación física y sobre peso. Valoran negativamente su *aspecto personal*, es decir, apariencia en general. Son muy *críticas* con su ingesta en el sentido de cuándo, cómo y qué comen. (Toro, 1987).

Dentro del cuadro anoréxico, y en relación a las percepciones se presentan también *alteraciones cognitivas de la imagen corporal*, la anoréxica parece sobre

valorar sus dimensiones, y no reaccionar ante ellas; siempre se percibe gorda aunque este extremadamente delgada. Su negación de enfermedad parece, en ocasiones, estar estrechamente relacionada con esta tendencia a negar o no querer ver (pensamiento rígido). Esta ausencia de objetividad en la percepción de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan impactante que se ha hablado de *dimensiones delirantes*. (Toro, 1987). Siguiendo la misma línea, existen dos tipos de anomalías relacionadas con la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo:

1) Auténticas distorsiones perceptivas: errores significativos en la percepción de determinadas características corporales.

2) Evaluaciones distorsionadas: a partir de una percepción más objetiva que según su contenido producirán reacciones de ansiedad o pueden contribuir a mitigarla.

El sobredimensionamiento, como lo llama Toro en su libro *Anorexia Nervosa* (1987), parece servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte. Cabe aclarar que estas distorsiones no son necesariamente en todo el cuerpo, sino que se dan principalmente en zonas concretas como muslos, abdomen, caderas y glúteos. Resaltaremos que son áreas corporales con dimensiones que marcan una clara diferencia entre sexos. Con respecto a esto, no es clara la razón por la que las anoréxicas tienden a distorsionar las dimensiones de su cuerpo. (Toro, 1987). Crisp en 1980, como señala Toro, teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente / juvenil, apunta que el error puede resultar del fracaso en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal. Brunch (Op.cit), basándose en Piaget, sugiere un predominio excesivo de los procesos de acomodación sobre los de asimilación. Profundizando, Piaget describe a la asimilación como un proceso cognoscitivo mediante el cual las personas integran nuevos elementos perceptuales, motores o conceptuales a los esquemas o patrones de conducta existente (Wadsworth, 1989). Mientras que la acomodación consiste en

la creación de nuevos esquemas o de la modificación de los antiguos, de cualquiera de las dos formas se da un cambio o desarrollo en las estructuras o esquemas cognoscitivos (Wadsworth, 1989). Todo cuanto preocupa, es más atendido y observado, facilitándose así la distorsión del precepto. Preocuparse de algo es ocuparse aunque sea mentalmente y acompañado de ansiedad.

Dentro del cuadro Anoréxico hay evidencia de *alteraciones interoceptivas* (percepción interna). Las anoréxicas perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar más relacionada con sus experiencias cognitivas de la alimentación que con los estados internos. Garfinkel y Garner (1982) sostienen que pueden presentar un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden tener factores cognitivos mediadores de la ingesta que logran prevalecer sobre los mecanismos internos. (Toro, 1987).

En el cuadro de la Anorexia Nervosa parece ser que los estímulos internos relacionados con el hambre, saciedad y otras sensaciones corpóreas como su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga y la falta de apetito sexual, fueran percibidas de manera anormal. Así como su dificultad para abordar e informar con certeza acerca de sus estados físicos y emocionales. Llegan a presentar confusiones interoceptivas expresada como desconfianza en el sentido de como el organismo puede llevar los procesos reguladores automáticos sin control consciente. pueden llegar a considerar algunas anoréxicas que su cuerpo es extraño y desafiante, al cual hay que poner en orden. (Toro, 1987).

Sin embargo no queda claro si lo anterior es un trastorno en sí mismo, disfunciones primarias o la consecuencia de la evolución de la Anorexia Nervosa. Estas alteraciones alteran los momentos de la ingesta, condicionan el uso de

laxantes, facilitan la sensación de escaso control y la necesidad de ejercerlo drásticamente. (Toro, 1987).

La conducta anoréxica

El inicio de una *dieta restrictiva* suele ser la manifestación pública que dará comienzo a un Trastorno Alimenticio, por lo tanto, los primeros cambios son los relacionados con la *ingestión de alimentos*. Generalmente el curso es el mismo: reduciendo o suprimiendo el consumo de alimentos que contienen hidratos de carbono, siguiendo con las grasas y continuando con los que contienen proteínas. En casos muy extremos suelen llegar a reducir la ingesta líquida, que con lleva a una deshidratación que involucra una hospitalización inmediata. (Toro, 1987).

Aproximadamente la mitad de las anoréxicas, sobretodo aquellas entre los 18 y 19 años presentan *episodios bulímicos* de periodicidad irregular. (Toro, 1987). Satisfacer un apetito largamente coartado, pero el precio que debe pagar por ello es muy alto.

Estos consumos críticos en la mayoría de los casos conllevan a otra irregularidad conductual: *vómitos voluntarios*. Estos vómitos tienen la función de regular la ingesta desequilibrada por su crítica voracidad. (Toro, 1987).

Los episodios bulímicos provocan una ingestión excesiva de alimento que da como resultado una intensa respuesta de ansiedad. Todo está condicionado por las consecuencias de la *clandestinidad* en la que se desarrollan estos eventos. El guardar esto de forma clandestina desde un principio aumenta el carácter ansiógeno de la situación. El vómito, reestablece aunque sea parcialmente el equilibrio perdido. Por lo que aunque es percibido como una irregularidad conductual, resulta un reforzador negativo al lograr que se reduzca la ansiedad. El problema no termina

cuando finalizan los episodios bulímicos, sino que una vez que se le da el carácter de reparador al vómito; éste se establece como un hábito y se puede presentar aun en ausencia de los episodios bulímicos. Las anoréxicas dejan de vomitar por la ingesta excesiva y lo hacen en función de sus sobrevaloradas molestias postprandiales, es decir, la menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago. Cuando es muy intenso, se vuelve voluntario adoptando características reflejas, en otras palabras, se torna condicionado (Toro, 1987).

Otra característica conductual es el *uso de laxantes*. La restricción alimentaria produce constipación (estreñimiento pertinaz). Para contrarrestarlo utiliza laxantes de todo tipo. Pero mientras permanezca la condición anoréxica. El estreñimiento facilita, real y subjetivamente, molestias abdominales difusas que conducen a un mayor uso de laxantes.

La *utilización de diuréticos*, se presenta para disminuir la retención de los líquidos.

Suelen presentarse *conductas* que se pueden considerarse *extravagantes*, raras o compulsivas, es decir, aumentan las conversaciones, lecturas y observaciones de los contenidos relacionados con la alimentación y el peso. Se informa continuamente sobre el contenido calórico de los alimentos, de todas las dietas posibles para disminuir el peso, del uso de cremas, dietas sintéticas y ejercicios físicos que facilitan la pérdida del peso, de recetas de cocina, y del peso y dieta o régimen alimentario de sus familiares y amigos. Llega a coleccionar libros, revistas, recetas, y recortes.

Presentan *rituales obsesivos*: desmenuza la comida, la reparte en el plato, la esconde en sus bolsillos o en sitios propicios, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego no prueba y los deja, se

deterioran sus modos de comer. Puede ocurrir que aumente súbitamente la frecuencia de cepillados de dientes, para así lograr vomitar en soledad, o llega a depositar los vómitos en botellas vacías que oculta esperando la oportunidad propicia para deshacerse de ellas (Toro, 1987).

Suelen aparecer también *episodios de hiperactividad*, se entregan a una actividad física superior a lo normal tanto en intensidad como en frecuencia que se sigue de manera obsesiva. El ejercicio reduce el consumo de alimento en los seres humanos, aunque vaya contrario al sentido común (Toro, 1987). Estudios verifican el incremento de ingesta cuando transcurre cierto tiempo a partir del incremento de actividad (Toro, 1987), con el tiempo suficiente, la ingestión se adapta a los niveles de actividad, aunque para que se logre esto, el alimento no debe estar restringido. Los resultados de algunos experimentos demuestran que animales situados bajo un programa de alimentación restringida disminuyen el consumo de alimento si se les da la oportunidad de dedicarse a una actividad motora (Epling y cols., 1983; Toro, 1987). Esto sugiere que la influencia entre actividad física e ingesta de alimentos tiene un carácter recíproco. La restricción alimentaria voluntaria inducirá mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría, por lo menos en un principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose un dramático círculo vicioso. Esto supone la posibilidad de que la anoréxica incrementará sus actividades físicas en función de dos mecanismos:

1) Estrictamente cognitivo-conductual: sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevan a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.

2) Esencialmente psicofisiológico: la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

La interacción tendría un sustancial efecto potenciador, a partir del momento en que la hiperactividad fisiológica resultara reforzada cognitivo-conductualmente. La hiperactividad se ha considerado como un factor que empeora el pronóstico del trastorno (Toro, 1987). Los resultados han confirmado que los incrementos en la

actividad motora se asociaban al incremento del peso a medida que progresaba el tratamiento. La actividad detectada como incrementada se producía dentro del hospital. Partiendo de una hiperactividad anoréxica, la inanición habría disminuido la tasa de movimiento y la realimentación hospitalaria facilitaría la reanudación. Lo que pueda decirse de la hiperactividad de las anoréxicas resulta ambiguo (Toro, 1987).

Por último, la *alteración del sueño* que suele presentarse entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide reducir sus horas de sueño en la medida en que según sabe, esto implica un mayor consumo energético. Para esto suele acostarse mas tarde justificándose con las obligaciones escolares o universitarias. Lo cierto es que la inanición parece cursar con insomnio, especialmente terminal, ya que no podemos dejar de lado la frecuencia de síntomas depresivos que acompañan a la Anorexia, que puede ser lo que produce las alteraciones del sueño (Toro, 1987).

Habiendo delimitado la Conducta Anoréxica de nada sirve que se conozca la conducta sino se tiene un marco de referencia objetivo y cuantificable para su análisis y para ello es necesario que dejemos claro lo que es la unidad de análisis dentro de esta corriente. La ciencia de la conducta pretende descubrir leyes o afirmaciones que describan las relaciones funcionales entre la conducta y el medido ambiente, y es aquí donde se verán reflejadas las respuestas. En la Anorexia Nervosa, la respuesta medible es el peso y/o el índice de masa corporal, que corresponde a su unidad de análisis.

La evaluación del peso es imprescindible. El peso es una combinación de la grasa corporal, el esqueleto y los órganos internos. El procedimiento más común es el comparar el peso del individuo con lo que debería pesar según su edad y talla (peso ideal), que se obtiene en las tablas estandarizadas. La formula que se utiliza para conseguir el resultado es:

%Diferencia del peso ideal: $[(\text{Peso actual}-\text{Peso ideal})/\text{peso ideal}] \times 100$

Es de suma importancia conocer el índice de tejido adiposo o masa corporal, que necesita una evaluación precisa y la fórmula para conseguirlo es:

$$\text{IMC} = \text{Kg} / \text{metros}^2$$

Un valor de 16 o menos es indicador de Anorexia Nervosa.

Cuando se sitúa dentro de lo anterior al miedo a engordar, podemos pensar que el cuadro anoréxico se plantea como un modelo fóbico. Esto es, una vez establecido el miedo a engordar (respuesta de ansiedad ante el aumento de peso), cualquier comportamiento que consiga evitar dicho aumento o incluso reducir el peso resultaría un reforzador negativo con relación a la disminución de la ansiedad (op. cit.).

La terapia cognitivo-conductual familiar

La terapia cognitiva parte de la premisa que, si estas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán. (Fernández, 1998). La terapia cognitivo-conductual plantea que el cuadro anoréxico de acuerdo a un modelo fóbico, basándose en el miedo a engordar que desarrolla la paciente (Toro, 1987), aunque también plantea que esta psicopatología se basa en el intento de compensar deficiencia de autoestima definiéndose y evaluándose de manera exagerada en términos de peso y figura. (Thompson, 1997). Ello supone que una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que condiga evitarlo o reducirlo debiera resultar reforzado negativamente merced a la disminución de la ansiedad. (Toro, 1987).

La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los individuos que sufren de este trastorno, así como de otros relacionados con la alimentación a darse cuenta del grupo de reglas rígidas y elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas. (Thompson, 1997). Actualmente los modelos cognitivo-conductual de terapia familiar aplican principios del aprendizaje humano derivados desde el laboratorio ya sea para cambiar o modificar la conducta inadaptada, problemática o disfuncional que prevalece en la relación familiar. Para algunos terapeutas familiares conductuales, la teoría precede a la práctica. Esto es, los procedimientos de intervención siguen de la teoría conductual y en muchas otras aproximaciones a la terapia familiar las técnicas terapéuticas exitosas se desarrollan primero y sólo a partir de ahí se trata de construir o explicar las teorías. Siendo menos antimentalistas que en el pasado, los conductistas de hoy son más propensos a considerar a las personas no tanto como dirigidos por fuerzas internas o externas exclusivamente, sino que entienden la conducta como el resultado de un continuo de la interacción recíproca entre la conducta y el control que ejercen las condiciones sociales. También reconocen que el funcionamiento cognitivo (habilidad para pensar y tomar decisiones) debe ser también tomada en cuenta. En esencia la terapia cognitivo-conductual intenta modificar pensamientos y acciones que están influenciados por patrones de pensamiento consciente individual (Meichenbaum, 1977; en Goldenberg 1990).

Algunos conceptos básicos acerca del conductismo que tiene influencia directa en la terapia cognitivo conductual familiar son los 10 siguientes:

1. Toda la conducta normal y anormal es adquirida y mantenida por medios idénticos (de acuerdo a los mismos principios de aprendizaje).
2. Los desordenes de la conducta reflejan patrones inadaptados aprendidos que no presuponen una causa o motivo oculto que se infiera.

3. La conducta inadaptada tales como los síntomas, son en sí misma un desorden, tanto en su manifestación, como una señal que manifiesta un desorden o un proceso enfermizo.

4. No es lo esencial el descubrir la situación exacta o el conjunto de circunstancias bajo las cuales el desorden fue aprendido; tales circunstancias son generalmente irreparables, así el objetivo debería ser la medición de los determinantes actuales que apoyan y mantienen la conducta indeseable.

5. La conducta inadaptada, que ha sido aprendida, puede ser extinguida, y reemplazada por nuevos patrones conductuales aprendidos.

6. El tratamiento incluye la aplicación de hallazgos experimentales en el campo psicológico, enfatizando el desarrollo de nueva tecnología que se especifica de manera clara y específica, objetivamente evaluada y fácilmente repetible.

7. La evaluación es una parte continua del tratamiento, así como la efectividad del tratamiento es continuamente evaluado y técnicas específicas, son adaptadas a problemas específicos.

8. La terapia conductual se enfoca en problemas del "aquí y ahora" en lugar de descubrir o intentar reconstruir el pasado. El terapeuta conductual se enfoca en ayudar al cliente a identificar y cambiar aquellos estímulos ambientales actuales que refuerzan o mantienen la conducta no deseada.

9. Los resultados del tratamiento son evaluados en términos de cambios conductuales medibles.

10. Las investigaciones en técnicas específicas terapéuticas son realizadas por terapeutas conductuales.

La terapia conductual familiar está enfocada a incrementar la interacción positiva entre los miembros de la familia, alterando las condiciones ambientales que se oponen a dicha interacción, y entrenando a los miembros de la familia a mantener la conducta deseada. No se investigan motivos inconscientes ni se diagnostican condiciones patológicas que producen la conducta indeseada, se enfatiza en la

influencia situacional, y en los determinantes sociales que elicitán la conducta indeseada (Kazdin, 1984, en Goldenberg, 1990). La teoría del aprendizaje social, representa un esfuerzo por integrar los principios básicos del aprendizaje con una apreciación de las condiciones sociales sobre las cuales “ese” aprendizaje se desarrolla. Desde esta perspectiva, las personas son capaces de aprender vicariamente, por observación de la conducta de otros, así como de las consecuencias que recaen sobre otros por la imitación; los niños aprenden muchas conductas a través de estos medios (Bandura, 1977; en Goldenberg, 1990).

Así, la teoría del aprendizaje social ofrece una más amplia perspectiva que las teorías del aprendizaje clásicas. Además de que alerta sobre el rol de las cogniciones y los sentimientos en la contingencia de la conducta. Esta teoría ha sido ampliamente aceptada en el tratamiento familiar, y una de las técnicas más exitosas ha sido la del modelo de la conducta deseada través de un miembro de la familia. Así la imitación comienza a ser el factor determinante en la génesis del cambio conductual en la dinámica familiar, y eventualmente esta imitación se convierte en el propio repertorio conductual del observador.

La asociación para el avance de la terapia conductual define ampliamente a la terapia conductual como “la aplicación de principios derivados de la investigación experimental y la psicología social para el alivio del sufrimiento humano y de la explicación del enigma del funcionamiento humano (Franks & Wilson, 1975; en Goldenberg, 1990 pag. 216).

La aplicación de los principios surgidos en investigación sugieren que la medición y la evaluación juegan un rol importante no nada mas en la planeación del tratamiento, sino también a lo largo de éste, ya que las intervenciones y modificaciones que el terapeuta hace también están sujetas a estos dos elementos. El tratamiento que se debe aproximar a problemas familiares debe ser en función de las

necesidades de la propia familia. En el principio, el terapeuta conductual hace un cuidadoso y sistemático análisis de la conducta de los patrones conductuales inadaptados de la familia, puede usar un tipo de cuestionario para enfatizar exactamente que necesidades conductuales están alteradas y cuales eventos preceden y siguen en la manifestación de esta conducta. La definición operacional de la conducta blanco es muy importante para delinear o definir cual es el significado que la familia le da a esta conducta (por ejemplo, cuando la madre de la anoréxica define esta conducta como un berrinche). El terapeuta conductual debe investigar los alcances de este problema y los factores ambientales que mantienen la conducta problemática, así la medición de las circunstancias ambientales es especialmente crucial, desde que el terapeuta conductual cree que toda la conducta (deseable o indeseable) está mantenida por sus consecuencias.

En términos generales, el trabajo del terapeuta conductual familiar tiene algunas características que lo distinguen de las aproximaciones sistémicas en las que podamos considerar :

1. Un directo enfoque en la conducta observable, tales como síntomas, sin poner énfasis o esforzarse para establecer causas intrapsíquicas o interpersonales.
2. Una cuidadosa y continua medición específica de la conducta que está alterada.
3. Preocupación por el aumento o decremento de la conducta específica con la manipulación directa de las contingencias externas de reforzamiento.
4. Esfuerzo para entrenar a las familias a monitorear y modificar sus propias contingencias de reforzamiento.
5. Un interés en la evaluación empírica de los efectos de las intervenciones terapéuticas.

De acuerdo a las características antes descritas la terapia familiar funcional está diseñada para actuar sobre cambios cognitivos y conductuales en los individuos

y sus familias. Este modelo que plantea un punto de encuentro entre las propuestas sistémicas, cognitivo y conductual, va mas allá de los modelos conductuales que enfatizan el cambio conductual, sino que supone *que la necesidad del cliente consiste en ayudarlo primero a entender y en cambiar la función que su conducta juega en la interacción de sus relaciones, ya sean familiares o sociales en general* (Cf. Goldenberg, 1990). El terapeuta familiar funcional cree que toda la conducta es adaptativa. Mas que considerar una conducta “buena o mala” la conducta se considera siempre en función de representar un esfuerzo para crear un resultado específico en las relaciones interpersonales. Mientras que los juegos interpersonales de la s funciones de los miembros individuales pueden aparecer en una ilimitada variedad de formas, estos terapeutas ven en última instancia como esfuerzos para lograr uno o tres estados: contacto/acercamiento (fusión), distancia/independencia (separación), o una combinación de las dos (punto medio).

El terapeuta funcional hace un esfuerzo por comprender porqué la conducta existe y cómo y porqué esta mantenida por otros dentro de la familia. Este enfoque no comparte la crítica tradicional del conductismo a la teoría sistémica en el sentido de que los conductistas se enfocan en una unidad de análisis diádica, mientras que en la teoría sistémica es triádica. En el modelo diádico, la conducta inadaptada puede estar sostenida por una relación de contingencia que puede incluir solo a un miembro de la familia y al miembro que presenta la conducta no deseada, mientras que en el modelo triádico, la conducta no deseada está sostenida en función de dos o más contingencias de conductas familiares. Este último modelo corresponde más directamente con el análisis funcional de la conducta, sin embargo este tema se abordará mas ampliamente en el último capítulo.

Contemplando el contexto familiar, el terapeuta funcional familiar debe especular acerca de los juegos interpersonales que la conducta de la anoréxica ofrece dentro de los miembros de la familia. Para analizar estos juegos de contingencia

familiar algunos autores ofrecen una serie de funciones que puede tener un miembro familiar y estas son:

1. Puede estar habilitado un miembro de la familia para justificar su coerción en términos de acciones que pueden estar jerárquicamente justificadas.
2. La responsabilidad puede recaer en el primer miembro jerárquico, que controla funcionalmente la conducta de todos los miembros.
3. Los puestos jerárquicos pueden variar en función de la dinámica conductual de los miembros, así la responsabilidad es flexible dentro de la dinámica familiar.

El terapeuta conductual funcional tiene la misión de entender cual función interpersonal está sirviendo para qué, en la conducta problemática, así debe de ofrecer ayuda a la familia para encontrar formas más efectivas en el logro de conductas adaptativas. El terapeuta no trata de cambiar las funciones pero sí las conductas específicas que se usan para mantener el mismo resultado, en este caso desadaptativo.

El terapeuta funcional realiza su análisis de las interacciones familiares desde los tres estados interpersonales mencionados anteriormente. Así, el análisis de las funciones en relación a los estados determinan las contingencias que sostiene alguna conducta y es en ésta etapa (la que genere o sostenga la conducta desadaptada) en donde se proporcionan habilidades terapéuticas para cambiar la función que sostiene la conducta inadaptada. Una descripción mas detallada de los procedimientos de la terapia funcional familiar serán abordados en el siguiente capítulo.

Los análisis funcionales de las relaciones familiares, como hemos visto incluyen aspectos conductuales y cognitivos en el mantenimiento de una conducta desadaptada dentro de la contingencia familiar, así la inclusión de elementos

conductuales y cognitivos en la explicación de la Anorexia Nervosa es de crucial importancia en el desarrollo de tratamientos y técnicas en esta área.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el mundo actual se ven cada vez más ejemplos de figuras anoréxicas que influncian a la juventud, inspirando a que muchas chicas en edad adolescente practiquen el culto a la delgadez, haciendo de ésta un modelo de perfección y belleza. Esta patología ha crecido alrededor del mundo, pasando de ser una enfermedad exclusiva de países desarrollados y clases socioeconómicas altas a presentarse también en países tercermundistas y clases socioeconómicas medias, e incluso, medias bajas. Al convertirse la Anorexia en un problema de percepciones individuales a un problema de percepciones socioculturales y políticas, la anorexia ya puede ser considerada un problema de salud pública.

Por esta razón es importante el tratar esta enfermedad de una manera cada vez más eficiente, con el fin de reducir la mortandad y complicaciones físicas irreversibles a causa de este trastorno. Una manera de tratar este problema de manera más eficiente es el formular una terapia que integre más de una aproximación ya que hoy en día no se puede negar que los profesionales de la salud deben trabajar de una forma integrada, de manera que se le dé un mejor servicio a los pacientes que acuden pidiendo nuestra ayuda.

La integración es una cuestión de comprensión y evolución por parte de los que practicamos alguna de las ramas de la salud humana, sea física o mental, pero es innegable que esta necesidad se ha hecho cada vez más importante y primordial, ya que no podemos tratar a un paciente con un solo modelo o teoría.

En el caso de la psicología el integrar los modelos terapéuticos es todavía más importante, ya que las necesidades de las personas varían y una sola aproximación

no es suficiente o funcional para un solo individuo, ya que no son iguales y sus necesidades varían aunque presenten el mismo trastorno.

Los paradigmas en psicología, son diametralmente opuestos en algunos casos (el conductismo versus psicoanálisis, es el ejemplo más clásico), pero con la práctica y la evolución de los mismos, en determinados padecimientos, se hace posible una conjunción beneficiosa para el paciente y para quienes lo rodean, alcanzando la curación y la estabilización de su vida.

Por esta razón en este trabajo intentamos formar una alianza entre dos aproximaciones más completas y modernas, la cognitivo conductual y la sistémica ya que ambas nos hablan tanto de la conducta como del ambiente y su efecto en el individuo. En capítulos anteriores hemos descrito el padecimiento anoréxico en su totalidad y basándonos en las dos teorías arriba mencionadas; en este capítulo nos enfocaremos a las diferencias y semejanzas que pudimos observar tratando de concluir si se puede dar una integración.

Los trastornos de la alimentación tales como la Anorexia Nervosa tienen una génesis multicausal, esto quiere decir que no sólo las características individuales facilitan el desarrollo de este padecimiento, sino todo el entorno.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, nos hemos centrado en la familia, ya que es el primer núcleo de interacción para el ser humano, su primera influencia y patrón de aprendizaje de muchas conductas. Habiendo establecido que la Anorexia Nervosa tiene raíces multicausales, la familia debe involucrarse en el tratamiento y curación del miembro anoréxico, ya que es en ésta donde el individuo se desenvuelve de manera directa y dónde su conducta será catalogada, criticada y, de alguna manera, reforzada.

Se pueden encontrar similitudes entre la terapia cognitivo- conductual y la sistémica, aunque con enfoques diferentes, propios de sus respectivas orientaciones y epistemología.

En ambas teorías la familia juega un papel importante. Dentro de la cognitivo conductual se pretenden describir las relaciones funcionales o disfuncionales entre la conducta y el ambiente, tomando en cuenta a la familia como parte de él; en la sistémica cómo la conducta está sosteniendo las relaciones funcionales o disfuncionales entre los miembros de la familia. Aunque ambas trabajan con el ambiente, lo abordan de diferente manera: la primera con contingencias y la segunda con retroalimentación; es decir una la refuerza conductualmente hablando y la otra la retroalimenta sistémicamente hablando, siendo esta la única diferencia ya que las dos sostienen la conducta.

En ambas aproximaciones se maneja el término juego, en relación a cómo los miembros de una familia interactúan. Aunque dentro de la teoría cognitivo conductual la paciente está recibiendo una ganancia de parte de la familia y en la teoría sistémica la conducta anoréxica está aportando una ganancia a la familia.

Bajo el encuadre cognitivo conductual los llamados “juegos de contingencia” entre los miembros de la familia pueden tener diferentes funciones: el habilitar a un miembro de la familia a ejercer una coerción que está justificada de antemano dada su jerarquía; la responsabilidad recae sobre el miembro que ejerce el control sobre todos los demás, pero la jerarquización puede ser cambiada de acuerdo a la dinámica familiar.

Esta rotación dentro de la jerarquía de la familia puede ser dañina y estar alentando el síntoma anoréxico, ya que, por lo mencionado anteriormente, el

liderazgo, sobretodo de los padres, está desdibujado y ninguno de los miembros se hará responsable de culpa alguna, como lo sostiene el enfoque sistémico.

Ambas teorías trabajan con la conducta observable. La teoría cognitivo conductual propone que toda conducta es producto del aprendizaje (sin importar si la conducta es normal o anormal) y es este aprendizaje el que se refleja por medio de desórdenes conductuales. Dentro de la teoría del aprendizaje social se maneja la imitación, por la cual se da la génesis del cambio conductual en la dinámica familiar.

La terapia cognitivo conductual se centrará en el aquí y ahora, dado que el pasado no es tan relevante; no es esencial el descubrir qué fue lo que originó el trastorno, sino qué es lo que lo está manteniendo. En este sentido también la terapia s. se centra en lo mismo. Tal vez no minimiza el pasado, pero no es su principal fuente de investigación; esta es todo lo que la familia pueda aportar acerca de cuándo comenzó el problema y cómo es que interaccionan los miembros entre sí. A la terapia s. también le interesa porqué la familia necesita que el síntoma prevalezca, en cambio a la cognitivo conductual le interesan las contingencias que mantienen el síntoma.

Dentro del enfoque cognitivo conductual se ha observado que la conducta se mantiene por medio de contingencias: estímulo antecedente, conducta y consecuencia.

Ambas terapias están, en mayor o menor medida, enfocadas a mejorar e incrementar la interacción entre los miembros de la familia; la terapia cognitivo conductual alterando condiciones ambientales que se oponen a ella y entrenando a los miembros de la familia a mantener la conducta deseada. La terapia sistémica consiste en rediseñar la organización familiar; si un miembro del sistema cambia afecta a los demás miembros haciendo que las pautas del sistema cambien y éstas

son las que hay que reemplazar en la terapia. De acuerdo con esto la terapia sistémica buscaría un cambio de segundo orden, ya que al modificarse la conducta de uno de los miembros, se estaría modificando la dinámica familiar. La terapia cognitivo conductual, también se enfoca al cambio de uno de los miembros de manera contingente.

Tanto una como otra terapia coinciden en que ésta debe estar en función de las necesidades de la familia; los cambios que se hagan estarán enfocados a lo que la familia requiera.

El terapeuta sistémico y el cognitivo conductual analizan los patrones de conducta de la familia, el terapeuta funcional haciendo un cuidadoso y sistemático análisis de patrones conductuales inadaptados de la familia y la investigación de los alcances del problema y los factores ambientales que la mantienen así como la medición de circunstancias ambientales ya que la conducta está mantenida por consecuencias. El terapeuta sistémico realiza una hipótesis para comenzar la terapia, esta hipótesis le da un punto de partida en la primera sesión con la familia; el terapeuta cognitivo conductual usa herramientas tales como un cuestionario y busca contingencias. Aunque dentro del enfoque sistémico no exista el concepto de contingencia, el terapeuta sí busca conductas que estén facilitando la permanencia del síntoma, ya que, según esta teoría, el síntoma está actuando con el fin de mantener la homeostasis dentro del sistema familiar.

La definición operacional de la conducta blanco es importante para delinear el significado que se le da a determinada conducta dentro del enfoque cognitivo conductual, así como la hipótesis es importante para definir el juego familiar dentro del enfoque sistémico. De alguna manera ambas aproximaciones buscan lo mismo por diversas vías: el saber qué es lo que está produciendo y manteniendo el trastorno; aunque dentro de la orientación sistémica el trastorno no se aísla, se

estudia y trata desde el contexto en que se desarrolla. Para lograr esto, el terapeuta sistémico practica el interrogatorio circular tratando de develar los juegos familiares y la participación del paciente en ellos, mientras que el terapeuta funcional especula acerca de estos juegos que la conducta del paciente ofrece a su familia. Los terapeutas funcionales buscan descubrir leyes o afirmaciones que describan relaciones funcionales entre la conducta y el ambiente. Si consideramos el ambiente familiar, los juegos interpersonales de las funciones de los miembros individuales pueden aparecer en una ilimitada variedad de formas, estos terapeutas intentan lograr uno de tres estados: contacto/acercamiento (fusión), distancia/independencia (separación), o una combinación de las dos (punto medio).

En ambas aproximaciones se explora el juego entre los miembros de la familia, el enfoque que se les da es diferente: mientras que dentro de la aproximación sistémica existe un juego en el que toda la familia toma parte, siendo el paciente sólo un miembro del mismo, cumpliendo un papel en nombre de la preservación de la unidad familiar. En este caso el paciente ayuda a la familia con su trastorno.

En la aproximación cognitivo conductual la conducta del paciente está brindando un juego dentro de la familia, pero no se contempla el que el trastorno actúe de manera homeostática dentro de la familia.

Existe una diferencia importante entre las dos orientaciones: el terapeuta funcional no trata de cambiar las funciones sino las conductas que mantienen la conducta indeseable; en cambio dentro del enfoque sistémico el terapeuta hace un cambio dentro de la dinámica familiar cambiando las conductas que facilitan el mantenimiento del trastorno (por ejemplo, una madre tan sobre protectora que no deja que su hija realice las actividades propias de su edad y ésta reacciona controlando lo único que tiene a su alcance y que nadie más puede controlar: su

propio cuerpo y su ingesta). Dentro de la teoría cognitivo conductual existe la relación entre eventos precedentes y consecuentes, que pueden ser contingentes a la respuesta operante y a evento ambiental, en este caso la familia.

Habiendo explorado tanto las diferencias como las similitudes de las dos aproximaciones, es posible aventurar el que se dé una integración ya que ambas teorías se amoldan lo suficiente. Partiendo de que ambas abordan la familia como el ambiente en que se genera y mantiene la Anorexia Nervosa podríamos lograr una mayor exploración de éste mediante la teoría sistémica que le da un mayor sustento a su comprensión. Sabiendo que ambas exploran la conducta y trabajan modificándola, así como la reorganización de patrones conductuales de la familia y del miembro anoréxico, la teoría cognitivo conductual se complementaría y aportaría herramientas enfocadas al cambio individual, mientras que el enfoque sistémico se dedicaría al cambio colectivo de la familia.

De esta manera el tratamiento tendría una gama mayor de posibilidades en cuanto a curación o a un contexto en el cual se podría trabajar teniendo más datos para lograr un cambio probablemente más eficaz, más rápido y más duradero, reduciendo en la medida de lo posible las recaídas.

La evolución de las propuestas terapéuticas facilita el que se acepten otras influencias para el nacimiento de un trastorno, así los conductistas de hoy aceptan que las personas son dirigidas por la interacción continua entre condiciones sociales (siendo la familia la primera interacción social a la que el individuo está expuesto) y la conducta (que puede ser aprendida en el entorno familiar en primera instancia). Esto hace más fácil una integración ya que es el entorno en su totalidad el que provoca la aparición de un trastorno y su mantenimiento. A este respecto la orientación sistémica comparte el que las personas se comportan de acuerdo a una serie de circunstancias que no sólo se circunscriben a fuerzas internas o externas.

sino que la sociedad influye en los patrones de conducta y los valores se modifican de acuerdo con el momento histórico, lo cual no puede ser ignorado en la frecuencia e incremento de ciertas patologías. En nuestro momento histórico la Anorexia ha alcanzado innegablemente gran notoriedad por la cantidad de casos que, cada año van en aumento en diferentes países y clases socioeconómicas. Es por esto que la propuesta de un tratamiento más completo y eficiente es sin lugar a duda prioritario y fuente de investigaciones para un procedimiento integral en la Anorexia Nervosa.

4. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En este capítulo hablaremos de las dificultades con las cuales nos encontramos al realizar este trabajo de tesis. Actualmente la mayoría de los estudios se enfocan a encontrar factores de riesgo que facilitan el inicio de la enfermedad a edades cada vez más tempranas con la finalidad de crear programas de prevención, pocos se han ocupado de crear nuevos enfoques terapéuticos o integrar dos para lograr una curación más rápida y eficaz. Esto es comprensible porque la enfermedad ha permeado a una población joven, y se ha propagado a poblaciones de menor edad, aunque es una enfermedad que se ha presentado desde mucho tiempo atrás y los estudios realizados en ella son de hace más de 40 años, no se presentaba con tanta frecuencia como ahora, además porque los enfoques que actualmente se utilizan han probado su eficacia. La falta de bibliografía que trabaje con esta posible integración entre las dos aproximaciones fue una ventaja dentro de nuestro trabajo, ya que nos permitió el explorar ambos modelos e iniciar lo que podría ser una investigación más amplia y profunda que permita integrar estas dos escuelas de mejor manera.

Al revisar la bibliografía de las aproximaciones encontramos que las dos aproximaciones tanto la cognitivo conductual como la sistémica presentan una manera de abordar los problemas similar: las dos se refieren a los mismos sucesos, solo que los conceptualizan de forma diferente; esto en la práctica puede significar un problema para los terapeutas, ya que puede haber una confusión sobre todo en la aplicación directa para con el paciente. Podría conducir a un mal uso y/o mala interpretación de la información y causar errores graves en el tratamiento; como profesionales que se dedican a trabajar con la salud de los humanos esto es muy delicado y riesgoso, por lo que sería pertinente contar con la supervisión de expertos en el tema.

Escogimos trabajar con las teorías cognitivo conductual y sistémica debido a que al investigar los tratamientos encontramos que tienen una base parecida ya que como mencionamos anteriormente la manera de abordar el trastorno es parecida aunque los conceptos son diferentes; por el contrario encontramos que el modelo médico está muy limitado a las cuestiones fisiológicas, dejando de lado el aspecto psicológico del trastorno. Por otro lado el modelo psicoanalítico es muy extenso, tanto en información como en el tiempo de tratamiento, lo cual en esta enfermedad no es lo óptimo.

Nosotros buscamos optimizar el tratamiento para alcanzar mejores resultados en menor tiempo y tratar de que las pacientes lleguen al término de éste, ya que muchas veces se queda a la mitad por diferentes factores, como pueden ser la cantidad de tiempo invertido (en el caso de la Anorexia Nervosa puede resultar peligroso para la salud integral del paciente). Por esta razón el modelo psicoanalítico fue descartado, además de que dentro de él encontramos autores que utilizan, en ocasiones, un mismo concepto con diferentes acepciones y es otra dificultad para realizar una integración. En este caso se sugeriría trabajar con solo un autor o una escuela en específico. Esta propuesta queda abierta para futuras investigaciones.

Queremos aclarar que en nuestro trabajo hablamos de una integración en el tratamiento de la Anorexia Nervosa, por lo cual no nos atrevemos a afirmar que la integración sea completamente funcional para cualquier trastorno. Por lo tanto creemos que se necesitan mayores investigaciones que permitan establecer la integración entre las aproximaciones, primero con Anorexia Nervosa, si los resultados son positivos aplicarlo a algún otro padecimiento.

Nuestro trabajo no toma en cuenta un programa terapéutico ya que no contamos con la población adecuada para probarlo.

Consideramos que esta investigación logra dejar el camino abierto a futuras investigaciones en esta área que profundicen mas en el tema, tanto para formar un tratamiento integral como el trabajar la integración propia de las aproximaciones para otros trastornos; de esta forma podríamos conseguir una conclusión más extensa en el arduo trabajo de una futura integración dentro de la Psicología.

Bibliografía

- Abraham, S., Llewellyn- Jones, D. (1997) Eating disorders, the facts. Oxford University Press.
- Ackerman, N. (1969) Psicoterapia de la familia neurótica. Hormé, Buenos Aires.
- Ackerman, N. (1981) Grupoterapia de la familia. 2ª ed. Horné, Buenos Aires.
- Andersen, A; Bowens, W; Evans, K. (1997) Impatient treatment of anorexia nervosa En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- ANRED (s/f) Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. <http://www.anred.com>
- Baravalle, J. y Vaccarezza (1993) Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica. Ed. Piados, España.
- Bleger, J. (1971) Temas de psicología: entrevista y grupos. Nueva Visión
- Bleichmar, N., Leiberman, C. (1989) El psicoanálisis después de Freud. Eleia, México.
- Blos, P.(1979) La transición adolescente Piados.
- Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P. (1989) Terapia familiar sistémica de Milán; diálogos sobre teoría y práctica. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.
- Brabendery V, Fallon A (1993) Models of impatient group psychotherapy APA Washington D.C.
- Caparros, N., Sanfeliau (1997) La anorexia: una locura del cuerpo. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Carlson J, Sperry L, Lewis J. A.(1997). Family therapy. Ensuring treatment efficacy Brooks/Cole Publishing Company, California U. S. A.
- Chiesa, M. (1994) Radical behaviorism. The philosophy and the science. Authors Cooperative, Boston.

- Chinchilla A (1994) Anorexia y Bulimia Nerviosas ediciones Ergon S. A. España
- Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 10), Organización Panamericana de Salud, O. M. S.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward W. L.(1987) Applied behavior analysis. Merrill, Columbus.
- Crisp A. (1997) Anorexia nervosa as flight to growth: assessment and treatment bases on the model. En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- Crispo, R., Figueroa, E. Y Guelar, D.(1998) Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. ed. Gedisa, España.
- Dare, Ch.; Eisler, I. (1997) Family therapy for anorexia nervosa. En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- De Morandé, G. (1999) La anorexia ed. Vivir Mejor: México
- Devereux, G. (1977) De la ansiedad al método e las ciencias del comportamiento. Siglo XXI, México.
- Duker, M. (1995) Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. Limusa, México.
- Feixas, G. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción. Paidós.
- Ferster C. B., Perrott M. (1974) Principios de la conducta. Trillas.
- Garfinkel. P. and Walsh, T. (1997) Drug therapy. En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N.Y.
- Garner, D; Vitousek, K; Pike, K. (1997) Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- Goldenberg I. Goldenberg H (1991) Family Therapy: an overview Brooks/Cole California

- Goldenberg, F. (1990) Family therapy: an overview. Goldenberg Brooks publishing company.
- Griffin, (1993) Family therapy: Fundamentals of theory and practice. Brunner/ Mazel, New York.
- Hoffman L, (1987) Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas FCE México
- Kaplan, S. and Olmsted, M (1997) Partial hospitalization En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- Klenke, C. (1998) Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer.
- Malan, D. (1997) Anorexia, murder and suicide. Butterworth- Heinemann.
- Malson, H. (1998) The thin woman: feminism, poststructuralism and the social psychology of anorexia nervosa. Routledge.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Masson, México.
- Margo, J.L. (1987) Anorexia Nervosa in males, a comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry*;151:80-83
- Martínez- Fornés, S (1995) La obsesión por adelgazar ed. Espasa Calpe: México
- Méndez, L. (1994) Recetarios mágico- científicos al servicio de la estética de la delgadez: cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres. En Anorexia. Dieta, estética, creencias. Actas do seminario (1995) ed. Museo do Pablo Galego: Santiago de Compostela
- Minuchin S. (1985) Calidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación Piados, España
- Nasio, J. (1995) Cinco lecciones sobre la teoría de Jaques Lacan. Gedisa.
- Navarro, G.J.(1992) Técnicas y programas en terapia familiar. Piados, España.
- Nichols. P., Shultz. R. (1994) Family therapy: concepts and methods. Allyn and Bacon.

- Palma, M. (1997) Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*; 20(5):21-28.
- Piaget J. (1959) La formación del símbolo en el niño. Fondo de Cultura Económica.
- Piaget J. (1972) Problemas de la Psicología Genética. Ariel
- Raich, R. M. (1998) Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios ed. Pirámide: España
- Rogoff B. (1993) Aprendices del pensamiento: el desarrollo cognitivo en el contexto social. Paidós.
- Romeo, F.(1994) Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence*; 29(115):643-647
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) terapia familiar: modelos y técnicas. Manual Moderno, México.
- Segal, H. (1975) Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós, Buenos Aires.
- Selvini M. (1990) Crónica de una investigación Piados, España
- Shore, B. (1996) Culture in mind:cognition, culture and the problem of meaning. Oxford University Press.
- Steiner y Lock (1998) Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a reveiw of the past ten years. *Psychiatry*.37:4, april 352-359.
- Strober, M. (1997) Consultation and therapeutic engagement in severe anorexia nervosa En David M. Garner. Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- Toro, J. (1996) El cuerpo como delito ed. Ariel: España
- Toro, J., Vilardell, E. (1987) Anorexia nervosa. ed. Martínez Roca.
- Torres A. (1997) Equivalencia de estímulos y significado en el lenguaje. Material de Apoyo para el Curso de Pensamiento y Lenguaje del Semestre 97-2. Facultad de Psicología. UNAM.

- Touyz S., Beumont (1997) Behavioral treatment to promote weight gain in anorexia nervosa. En David M. Garner, Paul E. (1997) (comps.) Handbook of treatment for eating disorders, edited 2nd edition, N. Y.
- Unikel, C. (1998) Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de maestría, U. N. A. M., México.
- Unikel, C. Villatoro, J.A., Medina- Mora M.A., Fleiz, C., Alcántar, E.N., Hernández, S.A. (2000) Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*;52(2):140-147
- Wadsworth B. J (1989) Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo. Ed. Diana
- Woodside, B. D.(1993) Eating disorders: the couple in focus. Brunner/ Mazel, New York.
- Zerubavel , E. (1977) Social Mindscapes. Harvard University Press.