



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ANOREXIA Y BULIMIA: FENÓMENOS POCO
COMPRENDIDOS QUE TIENEN SOLUCIÓN.
UNA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL”.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ELIA LUCERO GARCÍA SUÁREZ

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ



MÉXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología:

Por brindarme excelentes conocimientos y las herramientas necesarias para poder despegar y desarrollarme en el ámbito profesional y personal, con fin de poner en alto su nombre expresando el orgullo que por ella siento.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mutré:

Por su confianza, comprensión, consejos, paciencia y tiempo dedicado a lo largo de este proceso de crecimiento, guiando y orientando mi camino, así como por la transmisión de algunos de sus valiosos conocimientos y por el excelente ser humano y profesionalista que es.

A mis sinodales:

Mtra. Lucy Reidl Martínez

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Jorge Pérez Espinosa

Mtra. Lilia Joya Laureano

Por su tiempo, apoyo, colaboración y confianza.

A mis padres:

Para su amor, apoyo incondicional, palabras de aliento y comprensión en todo momento. A ustedes les dedico con todo mi corazón este trabajo que es una pequeña parte de mí, fruto de sus enseñanzas y ejemplo de tenacidad. Gracias por todos sus desvelos, esfuerzos y consejos, por estar ahí cuando más lo necesité y no dejarme caer, llevándome de la mano por esta senda difícil pero hermosa que es la vida.

A mi hermano: Roberto

Por escucharme y aconsejarme en momentos críticos brindándome especial atención y cuidado.

Finalmente, una mención especial a todas las personas que estuvieron cerca de mí, a lo largo de este tiempo, por su cariño, confianza y reconocimiento sincero.

A todo ellos, nuevamente, GRACIAS.

Lucero.

"Otros hombres viven para comer, mientras yo como para vivir."

Sócrates

"Lo que es alimento para un hombre puede ser fuerte veneno para otros."

Lucrecio

"El camino hacia el corazón del hombre es a través de su estómago."

Willis Parton

"Dime lo que comes y te diré quién eres."

Brillat-Savarin

"Seleccionemos el alimento que necesita el espíritu".

Dr. Mariano J. Barilari

"Que el alimento sea tu única medicina y que tu medicina sea tu alimento."

Hipócrates

*"Tenía lo que se denomina una vida interior y no sabía que la tenía. Vivía de sí misma como si comiese sus propias entrañas. La mayor parte del tiempo, sin saberlo, tenía el vacío que llena el alma de los santos.
¿Era una santa? Al parecer."*

*Clarice Lispector
La hora de la estrella*

RESUMEN

En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre los dos principales trastornos de la alimentación: anorexia nervosa y bulimia nervosa. Dentro de esta investigación se tratan temas como los antecedentes de dichas enfermedades, su existencia en la antigüedad, desde los ayunos religiosos y las comilonas de la época de los romanos hasta su aparición en el Manual Diagnóstico y Estadístico en su tercera edición (APA, 1980). Asimismo, se hace una descripción de su sintomatología, su entidad y etiología multideterminada, esto es, en las esferas bio-psico-sociales y sus consecuencias en esas tres áreas. Se explica la manera en que influye la herencia, la dinámica familiar, la cultura y la sociedad, así como la posible existencia de una personalidad premorbida. De la misma manera, se incluyen los disjuntos factores fisiológicos, psicológicos y sociales predisponentes, los factores precipitantes, al igual que los factores que hacen que estos trastornos se mantengan. Dándose a conocer, igualmente, los diversos puntos de vista de los principales autores expertos en el tema, incluyendo a Bruch, Minuchin, Palazzoli, Garner y Garfinkel, entre otros investigadores, los cuales poseen diferentes enfoques psicológicos, a saber: psicoanalítico, neo-psicodinámico, conductista, cognitivo-conductual y biologicista. Posteriormente, se describen algunas alternativas de tratamiento, así como sus técnicas con distintas orientaciones y modalidades (terapia psicoanalítica, sistémica, cognitivo-conductual, de forma grupal e individual), haciéndose énfasis en que la mejor manera de abordar estas patologías es bajo un enfoque multidisciplinario y dándole suma importancia a la profilaxis. Finalmente, se relatan algunos casos clínicos y testimonios que ilustran cómo son vividos estos trastornos por sus protagonistas.

Esta investigación documental tiene como objetivo dar a conocer algunas de las múltiples causas, implicaciones y consecuencias de la anorexia y bulimia nervosas desde distintos fundamentos teóricos. Así como sensibilizar al lector sobre algunas de las posibles soluciones existentes a través de diferentes técnicas y tratamientos con diversos abordajes, dando como resultado un tratamiento óptimo de índole multidisciplinaria.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	4
HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVOSA.....	4
<i>El ayuno santificador</i>	4
<i>Las asombrosas jóvenes inmaculadas</i>	7
<i>Las "perfectas" ayunadoras</i>	8
<i>La anorexia</i>	9
<i>"No quiero estar gorda"</i>	15
<i>La actualidad</i>	16
¿QUÉ HAY SOBRE LA BULIMIA NERVOSA?.....	20
CAPITULO II.....	30
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	30
ANOREXIA NERVOSA.....	30
<i>Generalidades</i>	30
<i>Criterios de Diagnóstico</i>	33
<i>Otros tipos de anorexia</i>	35
<i>Síntomas y trastornos asociados</i>	39
<i>Síntomas o cambios conductuales</i>	40
<i>Hallazgos de laboratorio</i>	43
<i>Exploración física y enfermedades médicas asociadas</i>	44
<i>Prevalencia, incidencia y mortalidad</i>	45
<i>Curso</i>	46
<i>Diagnóstico diferencial</i>	47
<i>Diferencias entre los Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los del DSM-IV</i>	49
<i>Otros criterios diagnósticos</i>	49
<i>Reconocimiento de la anorexia nervosa</i>	53
<i>Etiopatogenia</i>	57
<i>Pronóstico</i>	88
BULIMIA NERVOSA.....	88
<i>Generalidades</i>	88
<i>Criterios Diagnósticos</i>	90
<i>Subtipos de bulimia</i>	91
<i>Descripción clínica y pautas diagnósticas para la bulimia de peso normal de la CIE-10</i>	92
<i>Sintomatología asociada</i>	93
<i>Características y trastornos mentales asociados</i>	96
<i>Hallazgos de laboratorio</i>	98
<i>Exploración física y enfermedades médicas asociadas</i>	98
<i>Prevalencia e incidencia</i>	98
<i>Curso y pronóstico</i>	100
<i>Patrón familiar (herencia)</i>	100
<i>Diagnóstico diferencial</i>	100
<i>Diferencias entre los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y el DSM-IV</i>	101
<i>Etiopatogenia</i>	102
<i>Similitudes y diferencias entre anorexia y bulimia nervosa</i>	106
CAPÍTULO III.....	110
PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	110

ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y NEO-PSICODINÁMICO.....	110
OTRAS APORTACIONES	121
ENFOQUE SISTÉMICO (DINÁMICA FAMILIAR).....	123
ENFOQUE CONDUCTUAL.....	130
ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	130
CAPITULO IV	134
TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	134
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO.....	134
EL CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO ESTRATEGIA EN EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	136
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	140
<i>Tratamiento conductual</i>	140
<i>Terapia cognoscitiva</i>	142
<i>Técnicas cognitivas</i>	143
TERAPIA FAMILIAR (SISTÉMICA) Y RECOMENDACIONES PARA LOS FAMILIARES.....	148
PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	155
<i>Conformación del grupo</i>	155
<i>Orientación Terapéutica y técnicas utilizadas en la Psicoterapia de Grupo</i>	160
TRATAMIENTO PSICODINÁMICO Y PSICOANÁLISIS.....	162
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	163
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: FARMACOTERAPIA, INTERNAMIENTO Y CONSULTA EXTERNA	170
INTERNAMIENTO: TRATAMIENTO HOSPITALARIO.....	170
FARMACOTERAPIA	173
PSICOTERAPIA EN CONSULTA EXTERNA Y TRATAMIENTO AMBULATORIO	175
INTENCIÓN PARADÓJICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA CRÓNICA	177
LA PSICOLOGÍA DEL SELF APLICADA AL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA	177
EFFECTIVIDAD DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS.....	178
EJEMPLO DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	181
PREVENCIÓN.....	184
CAPITULO V.....	185
CASOS ILUSTRATIVOS Y TESTIMONIOS SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSA.....	185
ANOREXIA NERVOSA	185
<i>Peggy</i>	185
<i>La señorita AA</i>	186
<i>El caso de "L."</i>	187
<i>La escuálida estudiante de ballet</i>	187
<i>Testimonio de Mate</i>	188
<i>Eñojo Anoréxico</i>	189
<i>La Niña Anoréxica</i>	193
<i>El Infierno Anoréxico</i>	196
<i>Anorexia: una perspectiva masculina</i>	197
<i>La "hija problema"</i>	201
<i>Mi vida en un capítulo</i>	205
<i>La flacura que mata</i>	209
<i>Mentiras ingeniosas</i>	210
<i>"La dieta de la muerte"</i>	210
<i>Miguel</i>	211
BULIMIA NERVOSA.....	213
<i>Gregory</i>	213
<i>"Alma"</i>	214

<i>Festines de medianoche</i>	214
<i>Una joven que no podía dejar de comer</i>	215
<i>El testimonio de Rosa</i>	216
<i>"Con el estómago planito"</i>	218
CONCLUSIONES	219
ANEXO 1	222
MENSAJES PARA UNA ANORÉXICA	222
ANEXO 2	223
DIRECTORIO DE INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ORIENTACIÓN Y/O TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	223
REFERENCIAS	225

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia y la bulimia nervosas, éstos son cada vez más prevalentes en todo el mundo, ya no sólo en mujeres adolescentes de países desarrollados, sino también en la población mexicana. De igual forma, desafortunadamente, la frecuencia va en aumento en varones, en mujeres de mayor y menor edad y en todos los estratos sociales. Dadas las características de estos trastornos, su tratamiento es complejo, multidisciplinario y especial, así como indispensable, ya que estas patologías por sí solas, pueden llevar a la persona que los padece a la muerte. Dichas enfermedades poseen varios elementos: psicológicos, sociales, fisiológicos, nutriólogicos y neurológicos. Varios especialistas, como, psicólogos, psiquiatras, médicos y nutriólogos, deben trabajar en equipo, así como en conjunto con los familiares y amigos explicándoles la naturaleza de estas enfermedades, haciendo hincapié en que son trastornos mentales graves y no "caprichos" como a veces se piensa, todo esto con el fin de ayudar a la persona que lo padece a salir del sufrimiento que la anorexia y la bulimia nervosas conllevan.

Ante esta inminente necesidad de informar y concientizar sobre estos trastornos se presenta la siguiente investigación documental. Es una visión de conjunto sobre el tema, que al igual podría fungir como una guía para las personas que padecen anorexia o bulimia, y para sus familias y amigos.

Para todo ser vivo la alimentación es una necesidad primaria y básica que se tiene que satisfacer para poder subsistir. Con el fin de que el hombre tenga un desempeño óptimo, éste tiene que recibir a diario las cantidades y combinaciones requeridas de alimento, porque cuando no es así se crean malos hábitos en el comer que ponen en juego la salud física y mental de la persona. Ahora bien, la mayoría de la población suele confundir lo que es alimentarse y nutrirse. Por una parte, el alimentarse es un acto voluntario, en el cual se ingiere comida y está matizado por componentes culturales, económicos, disponibilidad de alimentos, preferencias, contextos sociales, incluyendo estados de ánimo; y, por otra parte, el nutrirse es el conjunto de procesos fisiológicos del organismo que se lleva a cabo con lo ingerido.

Así que, el comer resulta muy importante para toda la gente, de forma tal que cualquier desbalance, llámese exceso o déficit afectan tanto al organismo como a la psique, lo que a su vez repercute en la convivencia social.

De esta manera el comportamiento alimentario representa también, cierta forma de intercambio de la persona con su ambiente, debido a que el ser humano ha aprendido a alimentarse por medio de la convivencia con otras personas a la hora de la comida, volviéndose así un acto social. Por ello, no todas las personas comen únicamente cuando sienten hambre, algunas lo hacen cuando se sienten solas, aburridas, ansiosas, tristes, etc., es decir, ante situaciones externas. De modo que a veces se come para expresar emociones. Debido a esto, la preocupación por el peso es una distracción conveniente y socialmente aceptada, que aleja a la persona de las razones más complejas, verdaderas y profundas que nunca se solucionarían con fuerza de voluntad, controlando el número de calorías ingeridas y/o ejercicio físico.

A pesar de que el estudio sistemático del comportamiento alimentario comenzó en las décadas de los sesentas y setentas, se han encontrado evidencias históricas que suponen la existencia de estos trastornos desde tiempos muy antiguos.

Debido a lo anterior, surgen las siguientes preguntas: ¿Estos trastornos son las enfermedades del siglo? o ¿Acaso representan un siglo de enfermedad?. Con el fin de aclarar esta cuestión dentro del capítulo I se presenta una reseña histórica o antecedentes de lo que ahora se conoce como anorexia nervosa y bulimia nervosa. De acuerdo con algunos autores estas enfermedades siempre han existido, lo que llama la atención es que es hasta la época actual donde ha tomado una gran dimensión debido al incremento de casos. Así, desde tiempos ancestrales han sido reportadas anomalías en la conducta de ingesta, sin embargo, desde hace poco tiempo y únicamente en países del primer mundo, la alimentación de forma suficiente ha sido un privilegio exclusivo de una parte pequeña de la población.

En los últimos años se ha dado mucha publicidad a estas alteraciones; así, la mayoría de la población está enterada de su existencia, y de que las anoréxicas se matan de hambre mientras que las bulímicas se dan atracones de comida y luego vomitan. Mucha gente sabe poco o más que eso. La verdad es que en general no se comprende que la anorexia y la bulimia no sólo tienen que ver con el mal uso de la comida sino que

también son parte de un sistema psicológico que afecta todas las áreas de la vida del enfermo. Por tanto, en el capítulo II se describe la conducta de un sujeto que padece anorexia o bulimia y las consecuencias físicas y psicológicas de ese comportamiento. Una de las condiciones que propagan y potencian estos trastornos es el presente estilo de vida social. Existe una cultura "light" que transmite una enorme cantidad de falsos valores, principalmente a través de los medios de comunicación. Se propaga el canon de cómo debe ser una mujer (y también un hombre), delgada y bella y las consecuencias que tienen en la población (crédula e inmadura) resultan en un daño irreparable, además de representar un gran negocio para muchas empresas.

Asimismo, la presión de los pares y la dinámica familiar son algunos factores que disparan estos trastornos. Con frecuencia se piensa que estas personas se pueden curar con sólo intentarlo un poco; por ende, se pretende mostrar lo fuerte que es la acción de la anorexia y la bulimia y lo compulsivo que se convierte el deseo de pasar hambre o darse un atracón de comida o vomitar a través de los casos que muestran en el capítulo V.

A pesar de que recientemente se ha escrito mucho acerca de la anorexia, la amplia información ofrecida por los medios de comunicación en los relatos jóvenes famosas que lo padecen, lo padecieron o peor aún, que llegaron a la muerte, no es tan consistente a la hora de ofrecer alguna explicación de *por qué* una persona encuentra necesario actuar de una forma "tan extraña" y autodestructiva, por consiguiente es de gran importancia señalar lo que distintas teorías psicológicas dicen al respecto, lo cual es descrito en el capítulo III. Hoy en día la mayoría de los investigadores coinciden en que la anorexia y la bulimia nervosas están relacionadas con la historia personal del sujeto, con los antecedentes familiares y con las presiones culturales y sociales a que están sujetas las mujeres en los países industrializados de Occidente, no obstante, como se mencionó, están tomando un carácter epidemiológico, extendiéndose a todo el mundo, a niños, varones y mujeres mayores de todas las clases socioeconómicas.

Ambos trastornos tendrían entonces un significado y un propósito en la vida del sujeto, pero ese significado será reforzado por influencias culturales más amplias. Probablemente es raro pensar que estas patologías poseen un sentido y un propósito, y aún existen médicos que las consideran simplemente malos hábitos a los cuales los enfermos debieran ser obligados a renunciar.

Las soluciones a largo plazo dependen de cambios sociales más profundos. La cuestión del tratamiento es por tanto compleja. Dentro de esta investigación, en el capítulo IV se mencionan y se describen algunos de los diferentes tipos de tratamientos y técnicas de intervención que ofrecen los profesionales, así como otras técnicas coadyuvantes al tratamiento multidisciplinario. De esta forma, se ha llegado a la conclusión de que lo mejor es atender varios frentes simultáneamente. Sin embargo, el motivo de consulta en los pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario con frecuencia es secundario a la presión familiar, o como consecuencia de algún síntoma físico que les ha obligado a solicitar atención con algún médico.

Una de las mayores dificultades en el tratamiento de estos pacientes, no es sólo su nula conciencia de enfermedad, sino que, aún cuando la reconocen, existe una falta de compromiso proporcionada a la gravedad de su situación. Esta incongruencia entre gravedad del trastorno y falta de compromiso en su resolución se pone de manifiesto sobre todo en la anorexia nervosa. Sin embargo, la sintomatología bulímica y especialmente el ciclo atracón-purga, suele vivirse de manera más egodistónica, por lo que estos pacientes pueden solicitar atención más frecuentemente de propia iniciativa que los anoréxicos. Pero en general, no es improbable la aparición de resistencia ante las indicaciones terapéuticas, o los abandonos a lo largo del tratamiento, especialmente cuando se trata de recuperar peso, o introducir alimentos que la persona percibe como "peligrosos".

El paciente debe encontrar la manera de volver a un patrón de alimentación normal, y para ello necesitará mucha ayuda y apoyo. Asimismo, deberá deshacerse de los hábitos de pensamiento sobre la comida y la talla, el peso y la figura de los que es prisionero. Debe empezar a comprender por qué ha *necesitado* esa enfermedad y qué función ha desempeñado en su vida. Se tienen que estudiar estos tres aspectos de la recuperación -conductista, cognitiva y terapéutica- para que el paciente no sólo se recupere de su trastorno alimentario sino también para que se desarrolle como persona hasta el punto de no necesitarlo más.

Hasta hace muy poco tiempo, los programas de tratamiento se habían centrado con frecuencia en uno de los aspectos en detrimento de los demás. Sin embargo, a menudo los pacientes se quejan de que la respuesta que más encuentran es conductista: algunos médicos y las personas que los rodean se desesperan por cambiarles la conducta alimentaria, pero parecen comprender poco la naturaleza o el propósito de esa conducta. Este enfoque simplista, por fortuna, ha comenzado a cambiar en los últimos años.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

A continuación se presenta un recorrido a través de la historia sobre la evolución de la anorexia y bulimia nervosa en el que se lleva a cabo una sustanciosa revisión de varios aspectos históricos que se remontan a los orígenes de dichas enfermedades.

Historia de la Anorexia Nervosa

El ayuno santificador

Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado (Turón, 1997).

Los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras su estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia nervosa (Holtz, 1995). Holtz (1995) coincide con la opinión de Habermas (citado en Holtz, 1995), en la que se discute que las mujeres de antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nervosa, ya que hacía falta un elemento básico: que el motivo de los ayunos fuera el terror mórbido a engordar.

En 1373 o 74 una joven de 26 años, nacida en 1347, hija de artesanos (su padre era tintorero) de familia acomodada, Catharina Benincasa, más tarde Catalina de Siena, recibe una esmerada educación cristiana, como todos los niños de su época. A los siete años refiere la primera visión de Jesús, vestido de blanco, le sonreía, rodeado de varios santos con aureolas de rayos luminosos, y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo, y en la adolescencia se niega obstinadamente a casarse, como sus padres le ordenaron, ya solo se alimentaba de hierbas crudas y algo de pan. Sólo bebía agua. En un lapso muy corto de tiempo perdió casi la mitad de su peso, ingresó a la orden Dominicana. Y llega a ser consejera del Papa Gregorio IX en Avignon. No consigue que éste o su sucesor Urbano VI regresen a Roma, y ante la proclamación de un antipapa, se siente responsable del Cisma de Occidente que separa la Iglesia. Considera que ha fracasado en sus intentos de unificación decide sacrificarse por la Iglesia en pro de la unificación del papado (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Catalina dirigió una carta a un sacerdote que le aconsejaba rogar a Dios para recuperar el apetito:

"Y a vos digo Padre y lo digo delante de Dios de todos los modos posibles que me obligo una o dos veces al día a consumir alimento. He rogado y ruego continuamente a Dios que me otorgue la gracia de comer como a las demás criaturas, si esa es su voluntad". La Iglesia sospechaba a estas alturas que, el extremado rigor del ayuno, podía representar pecado de soberbia (Vanderweken citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997).

A lo largo de su vida estuvo sumamente preocupada por los problemas de la Iglesia católica y las formas de vida religiosas. Su popularidad se extendió con rapidez y, tras su muerte, al conocerse su vida surgió una gran cantidad de seguidoras en todo el ámbito católico. Posteriormente, agregando a su lista de restricciones, decidió no beber más agua, meses después en 1380 murió tras un periodo de convulsiones y finalmente un estado de coma (Toró, 1996). Catalina decía que no podía moderar su comportamiento, aún cuando se le dijo que era vanaglorioso no hacerlo. Cuando se le ordenaba que comiera, lo hacía, pero vomitaba hasta cuando tenía la boca llena, y por largos periodos se suponía que no comía nada (Bell citado en Mac Sween, 1993). Bell sugiere que la anorexia de Catalina tenía causas domésticas. Catalina nació prematuramente como gemela, y su enferma hermana Giovanna fue enviada con una nodriza, mientras que ella misma fue alimentada personalmente por su madre. La gemela murió pronto, mientras Catalina, la hija favorecida, floreció. Más adelante cuando Catalina tenía 15 años, su hermana mayor Bonaventura murió al dar a luz. Bell supone que la culpa con la primera muerte y la realización en la segunda de las posibles consecuencias de la vida femenina secular obediente llevaron a Catalina a abandonar el mundo y tomar la "santidad radical", ambas como alternativa al matrimonio y como una penitencia para asegurar que nadie más de su familia sufriera una muerte temprana.

Después de una lucha en contra de los planes de matrimonio de su familia, Catalina se unió a las Hermanas de la Penitencia, la ya mencionada orden Dominicana de mujeres que vivían en casa "en el mundo" en vez de en un convento, y así se dedicó a la vida religiosa. Sus prácticas ascéticas continuaron y se intensificaron una vez que alcanzó la meta de su vida religiosa. Continuamente limitaba su comida, por lo regular comiendo solo pan y agua y a veces ayunando por completo. Sin embargo, es claro que el morirse de hambre, lejos de ser una meta en sí misma, era, para Catalina una parte de la vida de ascetismo. Todas las "urgencias corporales" eran para ella obstrucciones en su camino de santidad. Sus actitudes hacia la comida

disfrazaban sus otras mortificaciones de la carne usando una cadena de hierro alrededor de sus caderas que le cortaba la piel, auto-flagelación, tomando pus, y caminando con 33 piedras pequeñas en los zapatos (Mac Sween, 1993).

De esta manera, según Bell, el dilema de Catalina tiene causas familiares y psicológicas como las tiene la anorexia nervosa (Mac Sween, 1993).

Durante la Edad Media tardía, las mujeres siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. El restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad, el automortificarse, etc. (Byum, 1987; Bell, 1985 citados en Holtz, 1995). De este modo, muchas mujeres ayunaban con el fin de facilitar experiencias místicas. Ninguna cosa así se asemeja a la anorexia nervosa. Por otra parte, Liduina de Shiedan, una santa del siglo XIV, vivió durante años alimentándose "sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia" (Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

En la misma Edad Media especialmente entre los años 1200 y 1500, fue en aumento el número de mujeres entregadas a prácticas ascéticas de todo tipo, siendo el ayuno una de las más difundidas. Catalina de Siena, Verónica Giuliani (santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina son algunas de las más significativas y conocidas (Toro, 1996).

Sin embargo algunos siglos antes, se dio a conocer la existencia de ayunadoras voluntarias sistemáticas. Una de ellas se hizo muy popular, santa Wilgefortis, era la séptima hija del rey de Portugal, ante la amenaza de su padre de querer casarla con el rey de Sicilia, se dedicó a orar suplicando la ayuda de Dios para desaparecer cualquier vestigio de belleza que tuviera su cuerpo, después de algún tiempo lo consiguió ya que por todo su cuerpo brotaba pelo e incluso en la barba, la inanición masculinizó su cuerpo, y de esta manera evitó casarse con el rey de Sicilia. Entonces su padre la crucificó y murió entre 700 y 1000 a .C. (Caparrós y Sanfeliú, 1997; Turón, 1997; Toro, 1996; Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

Wofhard, Un monje de Monheim en Baviera, en el siglo IX (aproximadamente en el año 895), refiere la milagrosa historia de Friderada de Treuchlingen, quien era hija de unos sirvientes y trabajaba más que el resto de los criados cuando cayó enferma. Esta enfermedad, imposible de identificar a partir de los escritos del monje, duró dos años. Sufrió una larga y desconocida "aflicción", y se curó en el santuario de Santa Walpurgis tras haberla superado surgió en ella un apetito voraz que la llevaba a grandes excesos, se dedicó a devorar todo lo que encontraba, poniendo así en peligro la precaria economía de sus padres. Rechazaba los alimentos sólidos y vomitaba los productos lácteos que ingería, al poco tiempo dejó por completo de comer, con el paso de los días iba debilitándose. Sus padres se inquietaban mucho por ella, al ver que perdía las fuerzas, hasta hacía poco, legendarias y que las piernas se le debilitaban hasta el punto de que un día se vio obligada a llevar muletas. Ella estaba muy afligida por su repentina debilidad, así como por su apetito siempre insaciable. Ya en el santuario de Santa Walpurgis, tras un día de oración su parapesia desapareció (primer milagro). Al paso del tiempo recuperó sus fuerzas y su actividad, así como también disminuía su apetito, éste fue desapareciendo completamente, tanto, que ella manifestaba una gran repulsión hacia los alimentos, y sus comidas continuaban seguidas de vómitos. Vivió así 6 meses hasta que dejó de comer por completo otra vez. Cuando, animada por una religiosa que veía cómo iba debilitándose, comió un trozo de carne, empezó a llorar y se quedó subitamente ciega. Se dirigió entonces de nueva cuenta, al santuario de Santa Walpurgis y recuperó la vista tras dos días de oración (segundo milagro). Llegados a este punto, el obispo fue prevenido de estos hechos. El prelado ordenó que Friderada fuese encerrada y vigilada durante seis meses, para comprobar si efectivamente no comía nada en absoluto.

Esta mujer fue famosa en su época no tanto por haber dejado de comer, sino por haber sido curada milagrosamente por santa Walpurgis (Turón, 1997; Habermas citado en Toro, 1996; Guillemot y Laxenaire, 1994). Quizá este sea el caso más claro de anorexia nerviosa medieval que se haya registrado.

En varias culturas el ayuno se considera como un recurso para protegerse del mal (Toro, 1996). En el Génesis se lee: *si comiereis del Árbol de la Subidaria seréis como dioses*; pero más adelante se podría decir: *si ayunáis vendrá la comunicación con Dios*. El ayuno puede ser entonces entendido como un medio para superar ese pesado vínculo que, en su aspecto negativo, ata a lo terrenal, al reino de la necesidad (Caparrós y Sanfeliú, 1997). La evitación del alimento protegía de las influencias demoníacas y era garantía de cierta pureza. Los antiguos egipcios, antes de entrar en el templo sagrado, ayunaban. La Purificación y la Penitencia van asociadas al ayuno en casi todas las religiones. Jesús mismo lo practicó y lo sugirió. Juan el Bautista fue uno de los primeros discípulos en seguir al pie de la letra las reglas de vida que han constituido el *ascetismo* (la palabra griega *askesis* significa "ejercicio", que se refiere a la preparación para las competencias de los atletas griegos, consistente en actividad física y restricciones

alimentarias). Con la institucionalización y socialización de la Iglesia católica se estableció oficialmente el ayuno obligatorio, la ascesis obligatoria. Incluso en ciertas comunidades el que no ayunaba, sufría algún castigo como quedarse sin dientes o podía perder la vida. Sin embargo, a los adinerados se les permitía omitir los ayunos comprando indulgencias. Así, en épocas de escasez alimenticia, los adinerados siempre comían y en gran cantidad, en cambio los pobres lo hacían poco e intermitentemente, en contradicción ahora son los ricos los que se niegan a comer... (Toro, 1996). La *Ascesis* se impone como sistema para alcanzar el *Ektasis*, momento supremo de unión con Dios, nuevo vínculo que vendrá a sustituir al anterior. En las *Bacantes* y el *Hipólito* de Eurípides el ayuno es tratado de forma semejante a como lo hace el cristianismo, como rito purificador del espíritu (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Sin embargo, desde mucho tiempo atrás se venían practicando este tipo de ayunos. Se han encontrado evidencias de que en el época de mayor apogeo de la las culturas griega y egipcia existían periodos de ayuno breve, practicados entre 1 y 3 días, que obedecían a propósitos específicos. Uno de ellos era ayunar como una preparación para entrar en periodos cortos de trance que les propiciarían visiones sagradas. El ayuno también tenía el significado de penitencia o purificación, a través del cual la persona se priva a sí misma del placer de comer, y en ocasiones de prácticas sexuales, con el fin de atenuar las transgresiones a las debilidades, o como un medio para hacer súplicas y obtener favores de los dioses (Bemporad, 1996).

En el cristianismo, el ayuno no es una forma de penitencia, sino de arrepentimiento o remordimiento por los pecados cometidos por el ayunador o por otras personas. La carne tiene que ser dominada; el espíritu debe triunfar. Algunas de las mujeres citadas con anterioridad renunciaban al alimento para estar mejor dispuestas, "más puras y limpias" para recibir el cuerpo de Cristo (Toro, 1996). Según Vandereycken (1994) la privación del alimento es el resultado de una rigurosa *excesión* que pretende separar cuerpo y mente. La segunda se une a Dios (Caparrós y Sanfeliú, 1997). En el Medievo y durante mucho tiempo después, incluso hoy en algunas esferas - su justificación e interpretación religiosas eran obvias. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII Y XVIII estudiaron este tipo de "patologías" las llamaron *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*. Dejar y seguir sin comer era comúnmente considerado como signo de santidad, sin embargo ocurría con cierta frecuencia que el "síndrome" se considerara como una enfermedad o un tipo especial de limitación. Inclusive, la misma Catalina de Siena, cuando se encontraba en plena inanición, pensaba que estaba padeciendo de alguna enfermedad y no que estuviera realizando alguna práctica religiosa. Por otra parte, ciertas ordenes monásticas, se oponían a los ayunos drásticos ya que consideraban que los ayunadores debilitados, no eran aptos para servir a la comunidad, resultando ser una carga (Vandereyken y Deth citado en Toro, 1996). Entre los padres de la Iglesia, el ayuno no era tanto una forma de mortificación sino la expresión de un vínculo entre cristianos, al mismo tiempo una manera de unirse a los sufrimientos de Cristo y de impetrar sus favores. Tertuliano diría que un cuerpo magro pasa más fácilmente por las puertas del paraíso. En esas manifestaciones el ayuno era, en suma, mecanismo de protección frente al Demonio, a menudo identificado con la carne (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Algunos autores, por ejemplo, Bell afirman que un gran número de estas mujeres religiosas eran auténticamente anoréxicas nerviosas, pero, por otra parte otros, señalan que el ayuno religioso debe ser considerado en su contexto histórico y no a partir de los prejuicios de hoy. En verdad, no se sabe si estas mujeres padecían la distorsión de la imagen corporal ni el miedo a engordar, síntomas cruciales para los diagnósticos actuales, nada parece indicar que los padecieran. Entonces la falta de la experiencia de distorsiones ni preocupaciones corporales, posiblemente se deba al contexto cultural en el que participaban. En pocas palabras, en la Edad Media la causa de la restricción alimentaria voluntaria tenía un respaldo religioso (Toro, 1996; Mac Sween, 1993).

En esta misma época (el medievo), en las ciudades italianas se denominaba "*popolo grasso*" a la aristocracia, en tanto que se llamaba "*popolo magro*" a los estratos inferiores, puesto que la gordura era seductora y significaba poder económico y político, mientras que la delgadez denotaba hambre, enfermedad y pobreza (Contreras, 1993).

En el caso de Antonio, muerto en el año 356 tras una vida de prolongados ayunos y contriciones, esta práctica se convertía en un estilo de vida: así por ejemplo también hay casos de patriarcas y santas que se mantuvieron con pan y agua durante periodos de treinta años. Adolio de Tarso, santa Genoveva, etc. (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Muchas de las mujeres del postmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama, generalmente "sufriendo" de una parálisis histerica. Estas mujeres, sin embargo, se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer por el valor que simbólicamente le dan a la comida (Bruch citada en Holtz, 1995), a las "anoréxicas modernas", quienes en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

En el siglo XI, Avicena hace la descripción de la enfermedad del joven príncipe Hamadham en Irán, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía; Es atendido con éxito por Avicena, médico, filósofo y místico árabe-islámico que, reflejando el caso en su Canon de la Medicina, precisa que esta anorexia aparecía en un contexto depresivo. Esta descripción se considera la primera relativa a la anorexia en un texto médico, aunque probablemente sea secundaria a un cuadro depresivo tal como se ha planteado (Sours citado en Turón, 1997; Guillemot y Laxenaire, 1994).

Las asombrosas jóvenes inmaculadas

Con la Reforma protestante el asunto tomó otro rumbo, al menos en los países donde triunfó. En algunos lados, las "mujeres ayunadoras" ahora eran perseguidas: era Satán y no Dios quien las motivaba (Toro, 1996). Se decía que sólo los endemoniados podían subsistir largo tiempo sin alimentos por que el maligno se encargaba de nutrirlos (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Aún así, en el periodo del siglo XVI al XIX hubieron bastantes mujeres que se restringieron excesivamente en su alimentación, atrayendo la atención pública y con cierta frecuencia bonificaciones materiales (Bell citado en Toro, 1996).

Elizabeth Barton fue ajusticiada en 1534, tras probarse falsa su pretensión de tener como alimento solamente la hostia celestial. Un caso similar sucedió en 1700 con Victoria Bondi, quien tras confesar su impostura fue perdonada por el Santo Oficio (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Principalmente eran jóvenes y de familia humilde; se conservaban solteras, de manera que su rechazo hacia los alimentos resaltaba lo sublime de su pureza. En algunos periódicos de la época se declaraba que estas mujeres eran perseguidas y se consideraba a estos ayunos hasta milagrosos, como "un signo de la presencia de Dios en la tierra" o más adelante, como "un asombroso fenómeno natural" (Van Deth y Vandereycken citado en Toro, 1996). Hieronimus Cardanus (1501-1576) había citado un caso de consunción nerviosa (*pthoe falsa*) sin que su mención hubiera tenido, por lo precoz, demasiado eco (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Uno de los primeros casos de anorexia es el recogido por Mexico en 1613 y citado por Morgan en 1977. En el texto de Mexico, *The treasure of Ancient and Modern Times* aparece un ejemplo de estas jóvenes, fue Jeanne Balan, inglesa, de 14 años. Se rumoraba que no comía ni bebía nada desde hacía 3 años. Debido a esto un médico francés se dedicó a observarla y al darse cuenta de una ausencia total de excrementos, orina y menstruaciones, concluyó que ella debía ser una "doncella milagrosa" cuya vida continuaba por obra y gracia de Dios. El cuadro se inicia en 1599 tras un episodio febril con vómitos, a continuación un estado de mudez y posteriormente presenta un episodio delirante, hay parálisis de los miembros y nadie consigue hacerla comer. Seis meses después recupera el juicio pero persiste el rechazo a la alimentación, su aspecto físico es extraño, "... su abdomen está depauperado y sin vísceras, pero sus muslos, senos y cara son bastante carnosos". "La victoria sobre la carne" que suponía la restricción alimentaria con frecuencia se prestaba a farsas (Turón, 1997, Toro, 1996). Por ejemplo, Eva Vliegen "la doncella milagrosa de Moers" estuvo encerrada 30 años en una celda sin probar alimento. En 1628 se realizó una investigación donde se encontró mantequilla, queso, miel y otro tipo de comida (Van Deth y Vandereycken, citados en Toro, 1996).

Por otra parte, en 1677, Marthe Taylor, una joven de Derbyshire, también inglesa nacida en 1649, hija de un minero, tuvo una infancia tortuosa con accidentes y enfermedades empleaba todo su tiempo en leer la Biblia. Presenta un cuadro de inanición autoprovocado. A los 18 padeció amenorrea, apareciendo también vómitos sistemáticos tras las comidas, restringiendo los sólidos por un espacio de 12 o 13 meses. Lo único que tomaba eran jugos de frutas y vasos de almíbar. Ella desencadenó de nuevo la polémica y reservas sobre la honestidad de su conducta. Alguien que sí creía en su sinceridad fue su médico, John Reynolds (1669), la tomaba como un caso más de los que observaba en jovencitas de 14 a 24 años (citado en Malson, 1998; Caparrós y Sanfeliú, 1997; Silverman, Toro, 1996; Barcia y Ruiz, 1995). Ella fue visitada no solo por médicos, sino también por nobles y clérigos, estos últimos, con la loable intención de convencerla de que abandone el ayuno. El cuadro se inicia a los 11 años, cuando presenta una parálisis en las piernas tras una caída sobre la espalda durante dos semanas, al poco tiempo se repite la parálisis, esta vez de los dos pies, acompañada de melancolía y delirios, es decir, presenta un cuadro depresivo acompañado de ideas místicas. De nuevo recuperada, presenta una persistente tos que "se le podía escuchar de 200 a 250 millas a la redonda", esta tos era tan intensa que le impedía dormir y así es como pasaba las noches y los días leyendo

las Sagradas Escrituras. Más tarde, Marthe presenta amenorrea, tiene su última regla a los 18 años, restringe la alimentación y vomita lo poco que come. La paciente pasó mas de un año subsistiendo con bebidas azucaradas, como vasos de almibar y jugo de uva. La joven no eliminaba orina ni excremento. Hecho verídico o no, lo cierto es que este es el primer caso de anorexia nerviosa con amenorrea que se tiene registrado (Turón, 1997; Toro, 1996; Guillemot y Laxenaire, 1994).

Por su parte, Thomas Hobbes (1668) también hace referencia a trastornos de tipo alimentario (Caparrós y Sanfeliu, 1997).

Las "perfectas" ayunadoras

Desde el siglo XVII el término utilizado para nombrar a estas mujeres cambió. A pesar de que la mayoría de la gente siguiera creyendo en la base religiosa de los ayunos. La llegada de los conocimientos científicos en el campo de la medicina fue debilitando aquellas ideas. Se le restó importancia a la restricción alimentaria, así como también a las personas canonizadas probablemente por una disminución en el interés de llegar a ser santo, por consiguiente se dejó de practicar el ayuno. Debido a "la disminución de modelos sociales de santidad, o sea, de personas perfectas, que condujera a las perfeccionistas a buscar otras vías de satisfacción de sus anhelos". Las que en el pasado se consideraban santas o milagrosas ahora pasaron a ser "chicas ayunadoras". Con la aparición y difusión de la imprenta a mitad del siglo XVII se conocieron documentos describiendo este tipo de casos, ayudando a su expansión (Toro, 1996).

Uno de los más nombrados fue el de Ann Moore, hija de un jornalero, se casó a los 27, se separó y engendró 2 hijos del hombre con el que trabajaba como sirvienta. Su restricción alimentaria era justificada por sus vecinos debido al espantoso olor que emanaba de las sabanas de un enfermo ulceroso al que atendía, dichas sabanas debía lavarlas a diario, así lo hizo por un año. Toda la comida le recordaba el horrendo olor y por ende, tenía que vomitar "algo" que a su vez se semejaba a lo que supuraban las heridas del enfermo. Fue visitada por un médico, Granger, quien señalaba que su mal se debía a una deficiencia en la deglución y a los dolores tan fuertes que le daban después de la comida, que a veces hasta convulsionaba. Aunque ella afirmaba que el último alimento que había probado antes de su restricción eran pasas de Corinto a fin de igualarse a las doncellas milagrosas, el médico decía que ella comió pan negro. Se entregó a la vida religiosa, y poco a poco su fama fue en ascenso, junto con sus ayunos. Fue investigada y juzgada por sus actos.

La conducta de Ann Moore tuvo 4 interpretaciones diferentes: era el poder sobrenatural de Dios manifestado; se alimentaba del aire, alguna enfermedad del esófago, y que su ayuno era una farsa. Pero ni con la investigación se pudo concluir nada a ciencia cierta. Posteriormente se realizó otra investigación más rigurosa y se descubrió que su hija Mary la había "alimentado" por medio de pañuelos pañuelos empapados y pedazos de comida que le pasaba cuando la besaba. Por consiguiente Ann Moore firmó una confesión pública y pidió perdón (Toro, 1996).

Este caso sucede en los albores del siglo XIX en un tiempo en que la sociedad es laica y la ciencia tiene mucho más importancia, los médicos siguen el método científico con más rigor entonces las interpretaciones religiosas son cuestionadas, así las "ayunadoras milagrosas" se convierten ahora en simplemente ayunadoras, cuyos motivos se encuentran en su organismo o en decisión propia. De este modo, las circunstancias se acercan más a la descripción y conceptualización de lo que será llamado anorexia nerviosa.

Desde el siglo XVII los médicos estudian muchos casos similares, se publican tratados sobre dicho trastorno y otros, a la par se intercambian datos entre ellos. Aparte, en los medios de comunicación de la época, en forma de folletos o boletines, incluso de boca en boca, se daban a conocer los casos que iban produciendo.

Sin embargo, no todas corrían con buena suerte ni obtenían algún tipo de ganancia secundaria, durante los siglos XV al XVIII algunas de las mujeres que realizaban este tipo de ayunos, se arriesgaban a ser consideradas como poseídas por Satanás o como brujas, puesto que las brujas volaban entonces debían ser ligeras, por eso se suponía que la bruja debiera perder peso. De hecho, aún sin haber tablas de peso una prueba de brujería consistía en verificar si el peso corporal de la persona en cuestión coincidía con el esperado para su estatura (Toro, 1996).

Ya en el siglo XVIII Claude Ambrise Seurat era el prototipo de los llamados *artistas del hambre* o *esqueletos vivientes*. En un inicio se trataba de hombres se mostraban su especialísima habilidad de

mantenerse con vida sin tomar alimento alguno durante algunos periodos de tiempo. Este hombre media 1.70 metros y pesaba 27 kilos. Murió a los 35 años y en su autopsia se descubrió la presencia de una solitaria de 5m. Esto no quiere decir que todos los "artistas del hambre" tenían una solitaria que causara su delgadez extrema. Las justificaciones de estos hombres no eran otras más que ganar dinero, pero su delgadez era manifiesta. Principalmente, se les veía en ferias pero en las primeras décadas del siglo XX todavía se exhibían en cafés o cabarets.

En resumen, se puede decir que en los siglos XV y XVI las causas populares de la restricción alimentaria eran embrujos y posesiones demoníacas. Pero desde el siglo XVI la connotación religiosa tradicional del ayuno se fue desvaneciendo. El dejar de comer se fue convirtiendo en un espectáculo comercial (Toro, 1996).

La anorexia

La palabra **anorexia** se usó desde siempre en los libros de medicina significaba "falta de apetito" según el vocablo griego *anorektous* (Toro, 1996) y su equivalente latino es *inapetentia* no aparece en la obra hipocrática. En su acepción *orexis* insuficiente y de la lógica emaciación general, fue utilizado por primera vez en un tratado pseudoplatónico del siglo I. Galeno, en comentario sobre Hipócrates dirá: "Los que rehusan el alimento o no lo absorben son llamados griegos *anorektus* o *astous*, que significa que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan *apostous*. Galeno como Hipócrates, emplean el término *astitia* o *inedia* para definir la abstinencia alimentaria. En Hipócrates no aparece la palabra **anorexia**, en su lugar refiere la "abstinencia de alimentos" (Vandereycken citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997) La *inapetencia* de Hipócrates aparece unida a la relación de otros síntomas: cefaleas, epilepsia, tisis y gastritis. Hacia el año 155, Galeno señala un cuadro de emaciación en el que el paciente se encuentra incapaz de comer y beber. La primera descripción conocida de trastornos de la alimentación se remonta al periodo 98-138, en la que Sorano de Efeso describe la amenorrea y la **anorexia** Alejandro de Tralle (525-605) refería la "perianorexia" así: es notorio que la **anorexia** deriva de una discrasia (alteración del equilibrio humoral) o de un exceso de humores en el estómago. Es preciso modificar la composición de los mocos o eliminarlos mediante el vómito o la evacuación intestinal. Para lo primero prescribe eméticos y beber agua templada. Si el vómito es excesivo se recomiendan laxantes. Si los humores son tenaces, habrá que administrar pociones diluyentes o purificantes (Caparrós y Sanfeliú, 1997). En los diccionarios médicos del siglo XVII se denominaba de esta forma a la *inapetencia* así como a ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

La primera aproximación médica al trastorno **anoréxico** se realizó en el siglo XVII. El que hizo la primera descripción del cuadro fue Richard Morton, doctor en medicina de la Universidad de Oxford en 1670, importante médico inglés de la corte de Guillermo III y censor del Real Colegio de Médicos de Londres. Tras observar que en la alteración aparece la *consunción* (es decir, una inespecífica emaciación corporal), Morton describió 2 tipos fundamentales, llamados respectivamente primario y secundario. El primero parece ser una disposición morbosa de la sangre que altera los nervios y produce fiebre, sin que pueda explicarse mediante un trastorno anterior. A su vez se divide en dos clases: la *atrofia* y la *consunción pulmonar*. La primera puede deberse a "un estado morboso del espíritu" o bien a "alteraciones o ausencia de jugos nutritivos". El segundo tipo es la conocida caquexia de Celso (mencionada más adelante). La *consunción nerviosa*, *atrofia nerviosa*, o *pilis nervosa* se describen así:

Consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida de apetito y de malas digestiones, de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Morton tuvo 2 casos cuyo trastorno al parecer se debía a una restricción voluntaria de alimento. Uno de estos, registrado en el año de 1684 en su *Phisiologia, seu Exercitationes de phthisi: Or, a Treatise of consumptions* (Garner y Garfinkel, 1997), se trataba de una joven inglesa de 18 años, hija de un ministro presbiteriano, el Señor Duke, podría decirse que poseía los síntomas de la "actual" **anorexia nerviosa**: adelgazamiento, amenorrea debido a "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente", dedicación obsesiva al estudio, aparente pérdida de apetito... el médico británico consideraba todo el cuadro como una *consunción nerviosa*, esto se refería a una perturbación en el flujo de los "Espíritus Animales", anomalía que se producía igualmente en otro tipo de enfermedades completamente distintas. Con el paso del tiempo, ella comió menos, perdió mucho peso y sufrió de ataques sincopales. En 1868 ya "en el último grado de marasmo", buscó la ayuda Morton. Su descripción sobre la apariencia de la adolescente fue la siguiente:

"Hoy he visitado en la calle de Santa María a la hija del Sr. Duke, en el mes de julio cayó víctima de la supresión total de sus menstruaciones, a causa de una multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente... sin que hubiera signos de clorosis. A partir de lo cual su apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser mala; también sus carnes empezaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a empalidecer... Incurrió a estudiar de noche, continuamente dedicada a los libros y a exponerse tanto de día como de noche a las lesiones del aire... No recuerdo haber visto nunca en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande consunción (como un esqueleto solamente revestido con piel); sin embargo no tenía fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero; ni tos ni dificultad para respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones o en las vísceras... Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente... He intentado aliviar sus síntomas con aplicación de emplastos, amargos y preparados de hierro, pero pronto dejó de tomarlos..."

A pesar de los cuidados y el tratamiento de Morton, su paciente no cooperó en hacer nada por recuperar la salud; empeoró y perdió más peso aún, y murió a los tres meses...

Morton, un especialista en tuberculosis, llamó a esta enfermedad "consunción nerviosa", y estableció correctamente mucho antes del nacimiento de la psicología, que este desorden, ahora llamado, anorexia nerviosa, "casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad" (Caparrós y Sanfeliú, 1997; Turón, 1997; Silverman citado en Toro, 1996; Holtz, 1995; Guillemot y Laxenaire, 1994; Martínez-Fornés, 1994; Mac Sween, 1993; Raimbault y Eliacheff, 1991; Hersovici y Bay, 1990).

La falta de apetito y la mala digestión ocurren por el "estado mórbido" de los nervios que impide la "Asimilación, Fermentación y Volatilización" de los jugos gástricos (Mac Sween, 1993). Morton no vio la "consunción nerviosa" como una enfermedad específicamente femenina. Ciertamente, en su asociación con la tristeza y el ser estudioso, la consunción nerviosa podría haber sido asociada a la enfermedad masculina de melancolía de Morton y sus contemporáneos (Mac Sween, 1993). Como tratamiento utilizó bolsas aromáticas y emplastos estomacales para uso externo, prescribió para uso interno medicinas amargas, julepes hechos de "aguas cefálicas y antihistéricas" suficientemente impregnadas de espíritu de sales de amoníaco, y tintura de castor (Gamer y Garfinkel, 1997).

El otro caso se refiere a un joven de 16 años, hijo de un amigo del reverendo Steel, que perdió el apetito a causa según dice, "de sus estudios demasiado difíciles y de la pasión de su espíritu", con el que consiguió su curación obligándolo a dejar sus estudios y de igual forma a viajar por cierto tiempo, lejos de su familia.

Morton describe el caso cuya etiología es, según él, "estudiar demasiado".

"Tras excesivo estudio hacia los 17 años cae gradualmente en la inapetencia y después en una atrofia universal, durante dos años y siempre con mayor gravedad, sin tos, fiebre u otro sintoma de enfermedad pulmonar o de cualquier otra víscera, tampoco diarrea o diabetes o cualquier otro signo de colicación o inanición prematural. Juzgando así que esta consunción fuese nerviosa, insita en el intento del *habitus corporis* y originada en el sistema nervioso morbosamente alterado" (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Al principio lo trató con fármacos -antiescorbúticos y medicinas amargas- y éstos fueron inútiles, tras lo cual le prescribió el abandono del estudio, paseos a caballo, aire fresco y dieta láctea (especialmente leche), y con estas medidas mejoró. Lo mandó fuera por que él estaba con bastante "alboroto" debido a que su padre era constantemente arrestado y acusado por tener actividades de desacuerdo con creencias religiosas (Gamer y Garfinkel, 1997).

Incluso en este caso la descripción de Morton recuerda vagamente la anorexia actual, pero el hecho más desconcertante es que tras el fracaso de diversos métodos terapéuticos (antiescorbúticos, mantequilla, medicinas artificiales o naturales), el muchacho acabó curándose cuando hizo caso a los consejos de Morton de abandonar los estudios y dedicarse a viajar lejos de su familia (Toro, 1996; Martínez-Fornés, 1994).

Para él "las violentas pasiones de la mente, la bebida desordenada y el aire malsano" son las causas de este mal. Al principio "halaga y seduce" al paciente.

Morton define así la *atrofia* o *tisis nerviosa*, el primer exponente clínico de la actual anorexia. La noción proviene sobre todo de la obra del romano Aulo Cornelio Celso (30 a. C.-40 d. C.) en la que a su vez hace eco de la medicina griega. En ella se definía tres tipos de tabes; la primera llamada *atrófica*, debida a la hiponutrición por miedo a engordar. Celso aconsejaba en esos casos ingerir cantidades progresivas de alimentos, ya que una ingesta excesiva desde el primer momento hacía la digestión difícil. En la segunda, llamada *caquexia*, las condiciones extremas del paciente posibilitaban que el alimento entrase en putrefacción. La caquexia se debe a alteraciones crónicas debidas a tóxicos o malas condiciones de vida. Se cura ante todo con ayuno, y a continuación se administra alimento adecuado. La tercera es la *tisis* la más

peligrosa: provoca fiebre y puede atacar los pulmones, los pacientes tienen tos con esputos sanguinolentos. De las tres, sólo la atrofia es psicógena: miedo a engordar.

En la obra de Francois Boissier de Sauvages, *Nosologia Methodica* (1736), la anorexia recibe el nombre de *anepithymiae* donde se aborda el cuadro de aquellos en el que se extingue total o parcialmente el deseo: sexual y/o alimentario. Se describen trece formas diferentes de anorexia, algunas relacionadas con trastornos gástricos, otras con la melancolía y finalmente la "anorexia mirabilis". En 1750 se hace una descripción de una *enfermedad de las vírgenes*, con amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito que se conoció como *clorosis*. Para 1789, Djerine señala el rechazo de los alimentos de origen psíquico y describe decididamente como algo separado de los trastornos orgánicos (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

En el año de 1764, Robert Whytt, un profesor de medicina de Edimburgo (Garner y Garfinkel, 1997), publicó una obra en la que describe un caso de un joven de 14 años, mozo de caballos, quien después de haber pasado por un cierto tiempo de restricción alimentaria severa y adelgazamiento, pasa por otro de ingestión impulsiva e incoercible, en la opinión del médico estos tipos de patologías tienen una base "nerviosa", catalogada por él como *atrofia nerviosa* (Turón, 1997; Silverman citado en Toro, 1996; Guillemot y Laxenaire, 1994). Resulta poco común e importante señalar que esos entonces, en el siglo XVIII, se registraran casos que incluyeran varones. Casos similares reportó De Valangin (1768), del Colegio Real de Médicos de Londres, quien describió un exitoso tratamiento: "Una joven a quien se le sugirió que bajara de peso... vivió sólo de té, con una pequeña cantidad de pan y mantequilla, hasta que, finalmente prevaleció y la convenció su médico de ingerir alimentos más nutritivos, incrementar la cantidad diaria, sin mucha distensión de su estómago contraído en un principio, así como también se le convenció para que tomara un poco de vino generoso. Ella pronto recuperó un estado de salud perfecto" (Beunont et al. citados en Garner y Garfinkel, 1997).

Posteriormente, en 1798, Philippe Pinel en Francia, incluyó en un libro suyo, *Nosographie Philosophie*, un capítulo sobre las *neurosis de digestión* a la bulimia, la pica y la anorexia. Consideraba a las neurosis subsidiarias de factores psíquicos y físicos. El conceptualizaba a la anorexia como una "neurosis gástrica" o "neurosis de digestión" que se daba con muchísima frecuencia (Vandereycken y Deth citados en Toro, 1996).

Algún tiempo después, en 1840, Fleury Imbert clasificó tres trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia y pica como *neurosis del estómago*, describió 2 tipos de anorexia, "la gástrica" que era un trastorno del estómago y "la nerviosa", una alteración de las funciones cerebrales. Los individuos que padecían esta última carecían de apetito y otros muchos otros síntomas neuróticos, se volvían melancólicos, coléricos y asustadizos. Pero como en esos entonces era difícil asociar este tipo de síntomas con una disfunción cerebral sus afirmaciones se olvidaron pronto (Caparrós y Sanfeliú, 1997; Toro, 1996).

Posteriormente, en 1860, Louis-Victor Marcé, médico de la Universidad de París escribe acerca del *delirio hipocóndriaco*: "Nota sobre una forma de delirio hipocóndriaco, consecutivo a la dispepsia y caracterizado principalmente por el rechazo de los alimentos" (Turón, 1997). Parte del delirio hipocóndriaco se caracteriza por vómitos y rechazo del alimento. "Toda la energía intelectual se concentraba en las funciones gástricas, incapaces del más mínimo esfuerzo o de sostener conversación alguna que no fuese sobre sus ideas delirantes, estas desventuradas pacientes encontraban bastante energía para resistirse alas tentativas de alimentarlas; ante esa insistencia a los médicos sólo les quedaba capitular" (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Marcé dejó claro que la enfermedad "anorexia nervosa" era de naturaleza psiquiátrica no fisiológica, y que la psicopatología era profunda. Sobre el tratamiento señaló:

"El delirio hipocóndriaco, entonces, no se puede enfrentar ventajosamente en tanto que los sujetos sigan en medio de su familia y su círculo habitual: la resistencia obstinada que muestran, los dolores del estómago, de los que con incesante lamento, producen una emoción demasiado vivida para permitir al médico que actúe con una libertad completa. Por consiguiente, es indispensable cambiarlo de casa y las circunstancias de alrededor, y hacer que confíen los pacientes en los extraños. Si el rechazo por la comida continua, será necesaria la intimidación e incluso la fuerza. Si por este último método no se obtiene un resultado satisfactorio, no dudaré en recomendar el uso de una sonda esofágica. Pero es necesario proceder progresivamente por grados. Todos los días repasar la alimentación, sea líquida o sólida, la que gradualmente debe ser aumentada, y sería bueno hasta pesar la comida, para proceder con seguridad y confianza sin abandonar ni un sólo paso" (Garner y Garfinkel, 1997). Después de que se restableciera poco a poco la alimentación y se fuera haciendo más completa el paciente iba a recuperar gradualmente su fuerza, incluso, Marcé recomendaba hacer ejercicio riguroso bajo vigilancia.

Varios teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association (1987), pasan por alto el informe de Morton y consideran que Charles Lasègue en 1873 y William Gull en 1874 (Garner y Garfinkel, 1997; Habermas citado en Holtz, 1995) son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre anorexia nerviosa. Tal vez la razón de esto es que por primera vez en sus reportes se observaba el aspecto más importante por el cual la anorexia nerviosa se distingue del ayuno de las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir, por primera vez se mencionaba el criterio central de diagnóstico que diferencia a la anorexia nerviosa de otras formas de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar obesas, a pesar de estar emaciadas (Garfinkel, Garner, Kaplan y Darby; Garner, Toro y Vilardell citados en Holtz, 1995).

De esta forma, los más conocidos y divulgados en este campo eran Lasègue y Gull cuyo apogeo fue en la época victoriana, en el momento primordial del cambio de la concepción religiosa a una idea natural de la anorexia nerviosa (Toro, 1996). Los dos autores consideran a la histeria como la causa del trastorno (Turón, 1997). Según Garner y Garfinkel (1997) la contribución de Lasègue fue más profunda (que la de Gull) en tanto que él ahondó más dentro de la psicopatología de la enfermedad e intentó entender ésta. El no recomendó ninguna maniobra terapéutica, medicamentos o atajos. Él decía:

"Con sujetos histéricos un primer error médico es irreparable. En este periodo inicial lo mejor es observar, guardar silencio, y recordar que cuando la inanición voluntaria ya lleva varias semanas, se ha convertido en una condición patológica, que tiene un largo curso por recorrer. Los estímulos gástricos más activos, ya sean purgantes, suaves o fuertes, no producen ningún efecto ni bueno ni malo, lo mismo se puede decir de la valeriana, hidrotéropicos, duchas con diferentes temperaturas, ni tónicos, ni preparaciones de hierro, etc.

A medida que la paciente se iba deteriorando desarrollaba amenorrea, enflaquecimiento, resequeidad de la piel, debilidad, anemia, fatiga y un soplo cardíaco. Estas jóvenes les causarán gran ansiedad a sus familiares y amigos, haciéndolos sentir que la situación es desesperada. Cuando la misma paciente se vuelve ansiosa del aspecto tan triste de aquellos que la rodean... reaccionan a su indiferencia" (citado en Garner y Garfinkel, 1997).

Ernest Charles Lasègue nació en 1816 en Francia y para él la anorexia histérica, como él la llamaba, tiene su génesis entre los 15 y los 20 años como consecuencia de algún tipo de emoción probablemente relacionada con la transición hacia la edad adulta. La evolución del trastorno se lleva a cabo a lo largo de 3 etapas: Durante la primera la paciente hace manifiesto su malestar al comer, restringe los alimentos, incrementa su actividad física y siempre es presionada por los padres para que coma más. La alegación de dolores gástricos tiende a justificar la restricción alimentaria, pero ésta persiste aún cuando la paciente dice encontrarse bien. En la segunda etapa (a la cual se le llamó etapa moral) se ve empeorado el estado mental de la paciente, es obligatoria la intervención médica, se ven limitados sus temas de conversación a aspectos relacionados con la comida, los periodos menstruales se hacen irregulares e insuficientes y se intensifica la constipación intestinal, existe la paradoja de una conducta normal justificada por un buen estado de salud (pues los dolores han desaparecido al cesar toda ingesta alimentaria). Esta aberración motiva a que se hable de "perversion mental", por si misma casi característica, y que justifique el nombre propuesto por Lasègue, a falta de otro mejor de "anorexia histérica". Para la tercera fase se evidencia el deterioro físico y aparece la amenorrea, sed constante, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, mareo y desmayos. Esta es la fase de la caquexia, el tema de la enfermedad queda establecido, la paciente sistematiza, deja de cuestionarse los argumentos, manifiesta un optimismo imperturbable y desconcierta su indiferencia (Toro, 1996; Guillemot y Lavenaire, 1994).

Lasègue afirmó que el concepto de anorexia nerviosa, podría haber sido cambiado por el de "inanición histérica" pero optó por el primero por considerar que se refiere a una patología "menos superficial, más delicada y sobretodo más médica". Al respecto escribió:

El término "anorexia" podría ser sustituido por el de "inanición histérica", que representa mejor la característica principal de la alteración; de todos modos he preferido el primero, sin por otra parte defenderlo, porque se refiere a una fenomenología menos superficial, mas delicada y por ello más clínica (citado en Capurro y Sanfelici, 1997).

El médico francés hizo referencia a la relevancia de la intimidad de las familias de clase media y sus relaciones con sus hijas; él señala que el alargamiento de la emancipación parecía unirse a un intenso amor paternal, produciéndose el ambiente propicio para que se desarrollara la anorexia en estas jóvenes de clase media. De esta forma Lasègue concluyó que las anoréxicas provenían de familias con ganas y posibilidad de "invertir recursos emocionales y económicos en ellas". Así, él fue el primero en sugerir que el rechazo a

los alimentos era una forma de conflicto intrafamiliar entre la hija y sus padres (Brumberg citado en Toro, 1996). Se puede observar aquí la importancia que se le confiere a los factores sociales de la enfermedad.

Lasègue relata: "Una joven, de entre 15 y 20 años de edad, sufre de alguna emoción la cual ella no reconoce o esconde. Generalmente se relaciona con alguna proposición de matrimonio real o imaginaria, o con una violencia hecha con alguna compasión, o a algún deseo más o menos consciente... al principio, ella siente una inquietud después de comer, sensaciones vagas de estar llena, sufrimiento y gastralgia post-prandium... la paciente piensa que el mejor remedio para esta inquietud indefinida y dolorosa será disminuir su comida. Hasta este punto no hay nada fuera de lo común en su caso... con las cosas histéricas toma otro curso. Gradualmente reduce su comida, formulando pretextos... al final de algunas semanas no había más una repugnancia temporal supuesta, sino un rechazo a la comida que podría ser indefinidamente prolongada". Este curso era perseguido con una tenacidad implacable, la paciente argumentaba que no estaba ni enferma ni más delgada (Mac Sween, 1993).

Así entonces Lasègue describió el cuadro como *anorexia hystérique* (Barcia y Ruiz, 1995) e ilustra especialmente bien las distorsiones cognitivas, negación y trastorno de la imagen corporal:

... Un optimismo inagotable, frente al cual las súplicas y las amenazas son inútiles: "Puesto que no sufro, debo hallarme bien..." He escuchado con tanta frecuencia la repetición de esta frase en mis pacientes, que ya me representa un síntoma - casi un signo...

La paciente, cuando se le dice que es imposible que subsista ingiriendo alimento que sería insuficiente para un bebé, responde que la nutre en modo suficiente a ella, agregando que no se siente ni cambiada ni más delgada (citado en Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990). De hecho, actualmente, la triada amenorrea-sidelgazamiento-anorexia desenta por Lasègue sigue sirviendo de sustrato para diagnosticar el cuadro (Caparrós y Sanfeliu, 1997).

Asimismo, también Nauden en 1789, un desconocido médico francés, la nombró "anorexia histérica". Nauden había visitado a una mujer de 30 años con dolores epigástricos con pérdida de apetito. Rehusó con obstinación tomar alimentos hasta el punto de rozar el colapso. Al no encontrar etiología orgánica, hubo de considerarla una afección histérica. Tras un tratamiento de masajes y baños fríos alcanzó la curación (Caparrós y Sanfeliu, 1997; Guillemot y Lavenaire, 1994).

Igualmente, Pierre Briquet en 1859 en su famoso Tratado sobre esta enfermedad (Barcia y Ruiz, 1995) la histérica-. Señala que las adolescentes que sufren menstruaciones irregulares y clorosis derivan de manera progresiva a la pérdida del apetito. Estas pacientes, pese a sus vómitos recurrentes, se mantienen frescas, "hasta el punto de que sus días transcurren literalmente comiendo para sustituir cuanto han vomitado y vomitando para liberarse de lo que han comido". Briquet recomienda para estos pacientes el cambio de su ambiente familiar por otro más sereno (Caparrós y Sanfeliu, 1997).

William Withey Gull nació en Inglaterra, en el mismo año que Lasègue, fue médico de éxito hasta el punto de haber tratado una fiebre tifóidea al entonces Príncipe de Gales y más tarde a Eduardo VII (Caparrós y Sanfeliu, 1997). Describió el trastorno que padecían unas jóvenes que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición. Gull aseguraba que no conocía el trabajo de Lasègue, con el que coincidía en prácticamente todos los aspectos principales. Sin embargo las afirmaciones de Gull poseían un carácter mucho más médico. Sobre el trastorno señalaba:

"En el estado actual los diagnósticos representan ante todo una inferencia basada en los conocimientos acerca de la predisposición de diversos órganos a cierto tipo de lesiones: en ausencia de afecciones tuberculosas y con apepsia de tipo histérico debemos evitar el error de hipotetizar la presencia de una alteración mesentérica en las jóvenes gravemente deprivadas a causa de tal enfermedad" (citado en Caparrós y Sanfeliu, 1997).

En uno de sus escritos utilizó el término "apepsia histérica" y en un artículo definitivo cambia "apepsia" por "anorexia" debido a que él pensaba que en el trastorno se producía una falta de apetito y no una disfunción digestiva. Al principio Gull, parecía, entonces, inclinarse por una etiología orgánica, pero abandona esta hipótesis rápidamente por la de origen psicógeno, ya que observaba que no existe un déficit de pepsina en el estómago de estas pacientes (Turón, 1997). De este modo quitó el concepto "histérica" sustituyéndolo por "nerviosa" rechazando la implicación del útero en la anorexia y así defender la participación del sistema nervioso (Toro, 1996; Mac Sween, 1993), así es como el trastorno gana su denominación de "anorexia nervosa" (Barcia y Ruiz, 1995).

El 24 de octubre de 1873, y como reacción al artículo de Lasègue, Gull pronuncia una conferencia en la Sociedad Clínica de Londres titulada "Anorexia histérica (apepsia histérica)". Los comentarios más sustanciosos sobre Lasègue se resumen así:

"En el artículo citado se prefiere el término anorexia al de apepsia, porque se adapta mejor a los hechos. El alimento ingerido hasta los estadios extremos es asimilado correctamente. El doctor Lasègue, del hospital parisino La Pitié en el pasado abril ha publicado observaciones sobre tal estado... definiéndolas como anorexia histérica. El doctor Lasègue parece ignorar la referencia a estos trastornos hecha por parte del autor del artículo citado; ya que resulta ser que las afirmaciones de Lasègue son más convincentes, se puede afinar que se establecieron con total independencia" (citado Caparrós y Sanfeliú, 1997).

A su vez, Gull decía que el trastorno también podía afectar a varones. La supuesta falta de apetito de la paciente se debería a un estado mental mórbido, un deseo de equilibrio, que ocurre en grupo de mujeres jóvenes entre los 15 y los 23 años que son mejor conocidas por ser "adversas a la enfermedad mental". No había signos evidentes de enfermedad orgánica durante el trastorno o en post-mortem. Los pacientes no se quejaban ni de dolor ni de hambre, y frecuentemente no tenían reposo y eran volubles. Esto era, según Gull, una clara expresión de un estado nervioso, que parecía escasamente posible que un cuerpo tan "desgastado" pudiera aguantar el ejercicio con el cual parecían estar de acuerdo. El tratamiento que recomendaba era "control moral", a través del cual el equilibrio mental otra vez se restablecía. El tratamiento "médico" como tal no contribuía mucho a la recuperación, sólo un estricto programa de alimentación, que no prestaba atención a los deseos del paciente, era adherido (Mac Sween, 1993).

Gull explica la necesidad de un tratamiento "moral":

"He remarcado... que estas pacientes voluntariosas frecuentemente tienen permitido guiar su propio camino hacia un estado de extremo de exhaustividad, cuando podría haberse prevenido poniéndolas bajo diferentes condiciones morales. El tratamiento requerido es obviamente el que les queda a las personas de mente defectuosa. Las pacientes deben ser alimentados por intervalos regulares, y estar rodeados por personas que tienen un control moral sobre ellas; los parientes y amigos son generalmente los peores para atenderlos" (Garner y Garfinkel, 1997; Mac Sween, 1993). Aquí, el control completo del comportamiento y ambiente del paciente era con la finalidad de llevar al desarrollo de la auto-restricción y regresar al equilibrio mental, con falta de restricción y hábitos y conductas extremas llevadas a cabo para ser centrales en desarrollo de la locura. Gull decía que quizá no había gran proporción de histeria, pero difícilmente podría ser llamada (la anorexia nervosa) locura (Mac Sween, 1993; Raimbault y Eliacheff, 1991).

Uno de los reportes de Gull acerca de uno de sus casos era:

"La Srita. A, de 17 años de edad... me fue remitida el 17 de enero de 1866. Su emaciación estaba muy avanzada. Se me dijo que había perdido 33 libras de peso (15 kg)... El abdomen se había encogido y estaba chato, colapsado... El caso se consideró como anorexia simple. Se indicaron diversos remedios... pero no se pudo percibir ningún efecto a partir de su administración. La dieta también fue variable, pero sin ningún efecto sobre el apetito. Ocasionalmente, durante uno o dos días, el apetito fue voraz, pero esto era muy excepcional. La paciente no se quejaba de ningún dolor, pero estaba inquieta y activa. En efecto esto era una manifestación sorprendente de su estado nervioso, ya que parecía prácticamente imposible que un cuerpo tan dilapidado pudiera sobrellevar el ejercicio que parecía sentirle bien...

La Srita. A permaneció bajo mi observación desde enero de 1866 hasta marzo de 1868, habiendo mejorado mucho y recuperado peso de 82 a 128 libras (de 36.9-57.6 kg)... Se notará que a medida que se recuperaba fue adquiriendo un aspecto más jovial...

Se observará que en este caso todos los signos eran negativos y pueden explicarse a partir de la anorexia que llevó a la inanición y una depresión de todas las funciones vitales; amenorrea, bajo pulso, lentificación de la respiración. En el estado de emaciación máxima, uno podría ser perdonado por suponer alguna lesión orgánica, pero desde el punto de vista indicado, tal supuesto hubiera sido innecesario.

Esta perspectiva se apoya en la evolución satisfactoria del caso hasta su restablecimiento total, y en la continuación de buena salud" (citado en Hersovici y Bay, 1990)

Para el tratamiento Gull recomendaba que "la comida debe ser ingerida por intervalos variando inversamente con la emaciación y la exhaustividad. La opinión del paciente no debe ser de ninguna forma tomada... la experiencia ha mostrado desgraciadamente el peligro de permitir que el proceso de inanición siga. Por medio de comidas y estímulos calientes y consistentes, la fuerza gradualmente puede resurgir y la recuperación será completa". La dieta que recomendaba era leche, crema, sopa, huevos, pescado y pollo cada 2 horas.

Gull describió la enfermedad y la recuperación de una joven de 14 años y decía que como en la mayoría de los casos de anorexia nervosa la causa era "perversiones de su ego". Esta paciente fue tratada con comida ligera a cada rato administrada por una enfermera (Garner y Garfinkel, 1997).

Lasègue y Gull son los iniciadores reconocidos del estudio científico de la anorexia nerviosa. Años después otro médico londinense, Samuel Fenwick, concluyó que la anorexia es mucho más frecuente en las clases

más altas de la sociedad que entre quienes deben de ganarse el alimento por medio del trabajo diario (Fenwick citado en Toro, 1996).

En este mismo siglo se reportó otro desorden alimentario conocido como "*clorosis*", denominado así por el color verdoso que presentaban las pacientes. Los síntomas consistían en la disminución o selectividad del apetito, disminución de la energía, dolor de cabeza, dificultad para respirar, amenorrea y anemia. Curiosamente, apesar de que este padecimiento fue relativamente común en este siglo y en la primera década del siglo XX, prácticamente desapareció al inicio de la Primera Guerra Mundial (Bemporad, 1996).

En Francia, junto con Lasague, Jean Martin Charcot, también contribuyó al estudio de la anorexia nerviosa, introdujo casi formalmente el término "parentectomía" que se refiere al aislamiento de la paciente de su familia, como método terapéutico. En su opinión, el aislamiento era el tratamiento más exitoso. Charcot se enfadaba con los padres que ponían a su hija en restablecimiento hidroterápico, pero que a su vez se negaban a dejarla sola. Les explicaba que "debían alejarse, o simular que se iban... lo más rápido que fuera posible". Finalmente, cuando el aislamiento se lograba, los resultados según Charcot eran "rápidos" y "maravillosos" (Brumerig citado en Toro, 1996). Las visitas sólo estaban permitidas cuando el paciente progresaba (Garner y Garfinkel, 1997).

La "parentectomía" se extendió en Norteamérica y Europa, y ha permanecido con algunas diferencias hasta hoy. La separación de la paciente de su familia es lo que se desea, pero no siempre se dan cuenta que el aislamiento de la anoréxica, cuando se logra, implica su *alejamiento de toda influencia social* y no sólo de la familiar (Toro, 1996). En conclusión, Charcot fue un decidido partidario del tratamiento moral, considerando que la medida fundamental con las anoréxicas es aislarlas de su medio. La anorexia pertenece a la esfera de la histeria; no obstante, en una de sus famosas lecciones (1887) recurre al término inglés de anorexia nervosa para designar una forma especialmente grave de anorexia histórica (*anorexie nerveuse primitive*) (Caparrós y Sanfeliu, 1997; Raimbault y Eliacheff, 1991).

Hovell (1888), por su parte, enfatizó que los pacientes con anorexia deben ser tratados firmemente pero con ternura y compasión (Garner y Garfinkel, 1997).

Nadie más utilizó ya medicamentos y la psicoterapia jamás fue considerada (Silverman citado en Garner y Garfinkel, 1997).

"No quiero estar gorda"

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot (Habermas citado en Holtz, 1995). Charcot describe un caso en el que trató a una joven anoréxica en un estado muy deteriorado. Un día, mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado al rededor de la cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: "prefiero morir de hambre antes volverme tan obesa mi madre". Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa.

Los casos de las mujeres anteriormente relatados presentaban un cuadro de anorexia nerviosa, pero existe una controversia sobre la cuestión de si estas personas afectadas a lo largo del tiempo tenían un miedo real a engordar. Ya que resulta que el miedo a engordar actualmente es un síntoma de los cuadros de la anorexia y bulimia nerviosas. Habermas afirma que si el miedo a la obesidad es tomado en cuenta, quitando otros síntomas, los trastornos: anorexia y bulimia nerviosa son dos enfermedades históricamente nuevas. Sin embargo, existen opiniones encontradas al respecto, como la de Stunkard (1990), quien acepta la relatividad histórica de los conceptos nosológicos y defiende la permanencia de la bulimia nerviosa durante al menos los últimos tres siglos. Habermas demuestra que el temor al sobrepeso aparece en la literatura sobre anorexia nerviosa desde finales del siglo XIX y la que concierne a la bulimia solamente desde la primera mitad del siglo XX (citado en Toro, 1996).

En el siglo XIX ciertos autores franceses sugirieron la existencia de tal síntoma. Pero al parecer, fue Charcot el primero en describir "el miedo a la obesidad" como detonador de la motivación anoréxica hacia la restricción alimentaria. Fue tal su insistencia que Pierre Janet tuvo que declarar que el miedo a engordar se había convertido en una *idea fija* de Charcot (Vandereycken y Van Deth citados en Toro, 1996). Desde sus escritos se publicaron por toda Europa casos de anorexia que presentaban el polémico miedo a engordar.

Este temor al sobrepeso supuestamente es preocuparse por salud o por la belleza corporal. En las épocas mencionadas la relación entre gordura y enfermedad no era en realidad conocida. Los patrones de belleza del cuerpo no tenían que ver con el fuerte desecho de la delgadez, más bien se sugería el sobrepeso. Incluso, algunos kilos de más era símbolo de salud, abundancia, riqueza, fertilidad y belleza. De hecho, de primera

mano, se cree que lo último que hubieran deseado aquellas mujeres ayunadoras, autoflageladoras, negadoras del cuerpo, fuera un cuerpo delgado y estético. En verdad podría decirse que el miedo al sobrepeso estaba asociado a un "rechazo carnal" implícito en sus prácticas "religioso-alimentarias". Pero en sus testimonios, correspondencia y biografías no existe prueba de ello.

En un compendio de 360 casos de Europa y EE UU publicados desde 1500 a 1939, en su mayoría y en cada una de esas épocas se presentaban como *actitudes anormales hacia los alimentos, la ingestión o el peso*. Eran 85 % mujeres y casi siempre tenían menos de 30 años, cerca de la mitad eran menores de 20 cuando restringían su alimentación o lograban un peso bajo. La mayor parte eran solteras, lo que resulta poco común en aquellas épocas de matrimonios muy jóvenes con esposas adolescentes. Lo anterior lleva a pensar en una continuidad histórica con el cuadro actual de anorexia nerviosa. Contrariamente, en este compendio no existe reporte alguno sobre la existencia de distorsión de la imagen corporal en todos estos casos. La hiperactividad se menciona en pocos casos y mucho menos los vómitos.

En conclusión, alguna parte de los criterios diagnósticos actuales serían válidos, pero ciertamente *sólo para el siglo XX*. Prácticamente, lo primordial de la patología anoréxica vendría siendo la restricción alimentaria voluntaria, por lo menos en principio. La existencia de un apoyo social para seguirla, las consecuencias emocionales y fisiológicas de la malnutrición consiguiente y la predisposición genética de padecer el trastorno. Y como consecuencia el miedo exagerado a ganar peso y quizá la distorsión de la imagen corporal, serían síntomas no principales sino universales, probablemente específicos de la actualidad del occidente y los países occidentalizados. Tal vez los vómitos otras conductas compensatorias del ayuno sean recientes relativamente, sin embargo, sería dudoso afirmar que la hiperactividad sea tan actual. Entonces se puede decir que gran parte de los casos reportados anteriores al siglo XX eran realmente casos de anorexia nerviosa.

A partir de esas fechas aparecieron numerosos reportes sobre la anorexia nerviosa en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia. Muchos casos que se dieron ya asociaban a la anorexia con síntomas bulímicos y a la par que se hacían investigaciones sobre la anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente bulimia, y se tiene que tomar en consideración que se creía que la misma era un mero sintoma de la anorexia; por lo tanto también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980, con la edición del DSM-III y posteriormente en el DSM-III-R de 1987 (Holiz, 1995).

La actualidad

En 1883, el francés Henri Huchard sugirió el concepto de *anorexia mental* en vez de "anorexia histérica" (Barcia y Ruiz, 1995), debido a que en la enfermedad no se presentan los síntomas de la histeria: ceguera, anestesia y parálisis (Beumont citado en Toro, 1996; Martínez-Fornés, 1994). Incluye el término de "anorexia mental" en vez de anorexia nerviosa se sigue utilizando hasta hoy, sobre todo en los países con influencia francesa (Barcia y Ruiz, 1995). Huchard diferencia la *anorexia mental* frente a la de tipo gástrico conocida como *sitiofobia* y manifiesta que la primera se debe a "un estado mental particular". En ese mismo año L. Deniau, discípulo de Huchard, había establecido una distinción idéntica (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Ya en el siglo XX, Gilles de la Tourette en 1908, discípulo directo de Charcot, señala una diferencia marcada entre anorexia mental primaria y secundaria. Esta última tiene un origen psicológico y no sería una anorexia en sí, o sea, una falta de apetito. Los afectados sistemáticamente se rehusarían a ingerir alimentos y tendrían alterada su imagen corporal (Guillemot y Laxenaire, 1994). En una de sus obras donde aparece esta distinción de la *anorexia primitiva* y la *anorexia gástrica*, que según Vadretycken (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997; Garner y Garfinkel, 1997), se debe a la influencia de Sollier, quien hacia 1890, había publicado una serie de artículos sobre el tema. Este autor había descrito una *anorexia primitiva* fundada sobre una idea fija y otra *anorexia secundaria*, de características más banales que solía aparecer en el seno de las manifestaciones de la histeria. Las causas pueden dividirse en 4 grupos: a) *morales*, sentimientos de obstinación, de vacuidad, deseos insatisfechos, b) *anoréxicas propiamente dichas*, pérdida de apetito, sensación de hambre, c) *accidentes nerviosos*, tales como espasmo esofágico, alteraciones gástricas, vómitos; d) *ilusiones sensoriales*, en especial la macropsia, tendencia a percibir los objetos de mayor tamaño que el real, sobre todo a lo que concierne al volumen de la ingesta (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Para el año de 1914, Morris Simmonds, patólogo alemán, describió a una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria, y durante los siguientes treinta años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa (Turón, 1997; Mac

Sween, 1993; Raimbault y Eliacheff, 1991; Hersovici y Bay, 1990). La caquexia hipofisiaria tenía como elemento típico de la misma la malnutrición. La hipótesis de Simmonds dio lugar a un fortalecimiento de la teoría endocrina de la anorexia y durante bastante tiempo estas pacientes fueron tratadas con extractos tiroideos (Caparrós y Sanfeliú, 1997). No fue sino hasta la publicación del estudio de Sheehan y Summers en 1949 el cual mostraba que la atrofia de la glándula pituitaria y los síntomas hipotalámicos no estaban causalmente relacionados y entonces la controversia finalmente terminó (Caparrós y Sanfeliú, 1997; Garner y Garfinkel, 1997; Turón, 1997; Guillemot y Laxenaire, 1994; Morgan citado en Mac Sween, 1993).

Una lista no exhaustiva de sinónimos de anorexia mental, empleados entre 1937 y 1960, da cuenta de una red de reflexión que busca combinar factores afectivos y neurobiológicos como origen de la enfermedad (Raimbault y Eliacheff, 1991):

Aubrimont: anorexia psicopática

Babinski: partenanoorexia

Bansi: delgadez juvenil

Von Bergmann: caquexia psicógena

Carrier: esquizosis

Decourt: caquexia psicoendocrina

Delay: endocrinoneurosis juvenil

Dubois: compulsión neurótica con caquexia

Falta: anorexia primaria, delgadez endógena

Heni: delgadez primaria psicógena

Korbosch: delgadez como consecuencia de la atrofia aguda gastromucocutánea de las jóvenes

Kretschmer: distrofia pubertaria

Kundstadler: delgadez hipofisiaria, en fermedad de Von Bergmann

Kyllin: delgadez de la pubertad femenina tardía

Lafora: anorexia psicógena

Leichentritt: neurosis pubertaria

Nicollé: anorexia prepsicótica

Pardee: caquexia nerviosa

Schottky: actos instintivos inhabituales en la perturbación del desarrollo

Sollier: sitiergia

Soltmann: anorexia cerebral y neurosis de nutrición central

etc., etc.

En los escritos de Beckman (1930) reportó que en 117 pacientes otra vez se aplicaba la interpretación psicogénica de la anorexia nervosa. El fue claro en describir los trastornos psicológicos vistos en la enfermedad como secundarios a la perturbación psicológica y que eran reversibles con psicoterapia. Por su parte, Venables (1930) puso la etiología psicológica describiendo nueve casos de anorexia nervosa (Garner y Garfinkel, 1997).

El 15 de octubre de 1936, John A. Ryle, profesor de la Universidad de Cambridge describió en definitiva y muy detalladamente el cuadro clínico encontrado en la anorexia nervosa:

"Primero, lo esencial después del diagnóstico, es explicar al paciente y a los padres por separado la naturaleza de la enfermedad en los términos más simples y más directos. Una fuerte seguridad debe ser dada de que la recuperación se llevará a cabo cuando el hábito de nutrición sea corregido y el apetito recuperado, dándole al estómago una suficiente ingesta de comida nutritiva para mantener, no sólo los requerimientos generales del cuerpo, sino también su propia eficiencia, de la cual el apetito es una expresión normal. La ausencia de una enfermedad orgánica debe ser acentuada. A ambos, padres e hija, se les debe dejar ver a un médico para una comprensión completa de la situación. Si los alrededores del hogar o la psicología materna son insatisfactorios o si el programa iniciado en casa no están dando resultado, el tratamiento debe ser llevado en una clínica. En algunos casos, será necesario sentarse con el paciente hasta que cada comida sea terminada. Una dieta mixta desde el principio es preferible, y las dietas torpes y no válidas se evitarán. Sin embargo, leche extra y glucosa pueden ser empleadas si no interfieren con la recuperación del apetito en las horas apropiadas de la comida. El tratamiento debe empezarse en la cama y continuar ahí hasta que haya mejoras físicas y psicológicas. Las visitas y particularmente los parientes cercanos pueden causar lípmas u otras reacciones emocionales, por ello, no deben permitirse o racionalizarse estrictamente en un principio. Los métodos psicoanalíticos no son muy recomendables y pueden causar daño. Es mejor que se eviten las indagaciones directas de motivos y dificultades en toda medida en las primeras etapas y en los casos de las más jóvenes. Son casi siempre adecuados la

explicación, la seguridad, la distracción y el tratamiento firme de la inanición, y asegurarán una constante y aproximadamente paralela mejoría en los estados físicos y mentales. Con el regreso de las menstruaciones regulares, que no pueden darse sino hasta en algunas semanas, meses o incluso, hasta un año o dos después de la restitución del peso, la recuperación puede verse por completo. Las recaídas no son comunes. Las recuperaciones parciales con una restitución parcial del peso son suficiente para permitir el regreso a la vida activa y demás" (Ryle, citado en Garner y Garfinkel, 1997).

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos. En ese año Waller, Kaufman y Deutsch describieron los síntomas de la anorexia nervosa como resultados de fantasías simbólicas o inconscientes resistiéndose al temor de embarazo oral. Estas fantasías de embarazo oral se suponía que estaban asociadas una gran culpa, en donde la pérdida de peso en la anorexia nervosa se pensaba que era una defensa. Las interpretaciones simbólicas resurgieron para formar las bases de las formulaciones psicoanalíticas subsecuentes de Thoma (1967), quien teorizó que la anorexia nervosa resulta de una "ambivalencia oral" y el abandono en la etapa genital del desarrollo (Garner y Garfinkel, 1997).

Pierre Janet, psiquiatra francés, en 1903, describió a ciertos anoréxicos con detalle y apuntó 2 formas del trastorno: obsesiva e histérica (Garner y Garfinkel, 1997). Las obsesivas continuaban con esa sensación de hambre. Estaban en desacuerdo con su cuerpo, con miedo al sobrepeso, de acuerdo con Janet, a desarrollarse y convertirse en mujeres. En esa búsqueda por perder peso llevaba a la paciente a hacer ejercicio físico excesivo. Aquella hambre intensa junto con el rechazo a la comida condujo a Janet a pensar, en un "verdadero delirio". En la *histérica*, forma menos frecuente, verdaderamente se perdía el apetito. Esta limitación para comer se acompañaba de parestesias, sensaciones poco comunes, sabores inusuales y vómitos bastante frecuentes y regurgitaciones. Con objeto de ocultar su cansancio tenían una excesiva actividad física.

De acuerdo con Janet, la etiología de la anorexia nervosa o mental era emocional. A sus pacientes les avergonzaba su cuerpo, tenían una obsesión por su volumen corporal y una serie de ideas "delirantes" respecto a la comida. El psiquiatra francés concluyó que todas esas características estaban relacionadas con la sexualidad. El esconder lo sexual, o sea, el pudor, definiría los sentimientos de dichas jóvenes. El refusarse a crecer, a convertirse en mujeres, implicaría su rechazo a desarrollo sexual (Toro, 1996). Su observación relativa a una joven llamada Nadia (caso que se expone con detalle más adelante) hace ver la obsesión de la vergüenza del cuerpo. "La gordura no solo es considerada desde el punto de vista de la coquetería, sino que representa para la paciente algo inmoral, la vergüenza alcanza al acto mismo de comer". Janet clasifica la anorexia nervosa entre los trastornos de la alimentación de origen neuropsíquico.

Sigmund Freud también ofreció una opinión psicodinámica al respecto. En 1895 menciona las neurosis de las muchachas puberes que rechazan la sexualidad mediante la anorexia (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Desde su punto de vista, la anorexia nervosa era una forma de melancolía donde la sexualidad no se desarrolló adecuadamente, conceptualizándola como "neurosis nutricional". Según él, todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual. Por ende, el comer o dejar de hacerlo se asociaba con la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. Debido al significado simbólico, sexual, de la comida, ésta resultaba repugnante. Freud (1905), señaló que "el psicoanálisis no debiera intentarse cuando se requiere una rápida supresión de un síntoma peligroso como, por ejemplo, en el caso de la anorexia nerviosa" (Beumont citado en Turón, 1997). Esto último concuerda con los requerimientos terapéuticos de la actualidad para la anorexia nerviosa, los cuales afirman que cualquier tipo de intervención psicoterapéutica únicamente puede funcionar después de haber conseguido un estado nutricional suficiente. En pocas palabras, Freud manifestaba que el trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de una conversión histérica (citado en Turón, 1997, Raimbault y Eliacheff, 1991).

La diferencia entre las ideas de Freud y Janet estaba en que para este último el ayuno o la restricción alimentaria era la superación o control del apetito; para Freud significaba la repugnancia o el malestar provocado por la comida. Hoy en día, el pensamiento de Janet es el que parece comprobarse en todos los casos, sin embargo, debido a condicionamientos posteriores, intrínsecos ya al desarrollo del proceso anoréxico, lleven casi siempre a respuestas fóbicas ante la comida.

Jaques Lacan, por su parte, informó en 1935 que consultó en análisis alrededor de 30 pacientes masculinos que presentaban la sintomatología de la anorexia nervosa (citado en Afalo, Arenas, Brouse, Clastres, Di Carcia, Fryd, Leguil, Menard, Merlet, Miller, Rauard, Stevens, Strauss y Wartel, 1989).

Las diferentes escuelas dinámicas y los distintos autores consideran la hipótesis sobre las causas de la anorexia de forma muy distinta: para Abraham se debía al papel del sadismo oral con inhibición del apetito (Raimbault y Eliacheff, 1991); para Hersnard, la causa estaba en el trauma del destete y rechazo de la sexualidad; O. Fenichel (1945) estudia el significado dinámico de la anorexia nervosa en los conflictos propios de cada estructura psicopatológica. Al igual que Rollay Grinberg (1956) describe por primera vez un bloqueo entre la posición esquizoparanoide y la depresiva (Caparrós y Sanfeliú, 1997); Cremieux afirma la autonomía del trastorno y su origen psicogenético; mientras que Boutonnier y Lebovici daban gran importancia al papel de la madre en la génesis del trastorno (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Después de la Segunda Guerra Mundial se estudian con más detenimiento los trastornos de la alimentación, y más específicamente de la anorexia nerviosa. El método científico, las observaciones, exploraciones se hacen más rigurosas, y las explicaciones sobre los orígenes y causas ahora son más complejas, menos simplistas y reduccionistas (Toro, 1996).

En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada con ramificaciones biológicas y psicológicas, es decir, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores que se entrelazan, psicológicos, biológicos y sociales, que en un momento determinado desencadenan el trastorno.

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas:

- *La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad

- *El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria

- * La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los procesos neuróticos (Turón, 1997, Raimbault y Eliacheff, 1991).

La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de psicopatología individual surge de los escritos de Hilde Bruch que abarcaron más de tres décadas (Hersovici y Bay, 1990). Ella misma se refiere a la anorexia como una enfermedad "nueva" porque lo que ella discute es un rápido incremento en la incidencia desde 1960, una incidencia que ella relaciona con las presiones de los medios para adelgazar en las mujeres jóvenes (Mac Sween, 1993). En 1973, Bruch destaca la importancia de los trastornos de la imagen corporal y las dificultades de interpretación de los estímulos metabólicos (Turón, 1997).

La psiquiatra Hilde Bruch, psicoanalista, afirmó que un tratamiento psicodinámico en sí mismo no era lo recomendable en la anorexia nerviosa. Según ella, la anorexia nerviosa se debía entender en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. De este modo, se opone a una visión limitada del desarrollo psicossexual. También propuso 2 tipos de anorexia: primaria y secundaria (Guillemot y Laxenaire, 1994). La primaria se refiere a que existe la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, como el apetito y las propias emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, encontrándose siempre bajo un "locus de control" externo. La etapa de la adolescencia es la crucial para la aparición del trastorno y al mismo tiempo es en ese momento donde se busca y desarrolla la autonomía y la "individuación".

En la anorexia secundaria o atípica existía una grave pérdida de peso causada por conflictos internos. Ya que la comida y la alimentación se ven llenas de interpretaciones simbólicas equivocadas de la función alimentaria. Vendría siendo la típica anorexia nerviosa psicoanalítica. Bruch dio una gran importancia a fenómenos actuales - síntomas - experimentados por pacientes anoréxicos, como la distorsión de su imagen corporal o las alteraciones de la interocepción. Mucho más complejo resulta el concepto de autonomía o control personal. Actualmente, la personalidad de la anoréxica implica varios aspectos como la autonomía y la autoestima, la obsesividad y la adaptación e integración social, la vulnerabilidad al estrés y trastornos asociados posibles, las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicosomáticas de la malnutrición. Sobre todo, en interacción con todo lo mencionado anteriormente existe una influencia inquestionable de los factores socioculturales (Garner y Garfinkel, 1997; Toro, 1996; Hersovici y Bay, 1990). Bruch crea el concepto de *anorexia nerviosa atípica* para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

La psiquiatra italiana Mari Selvini Palazzoli concluyó que el desarrollo de la anorexia nerviosa se debía al surgimiento de una sociedad opulenta, basada en el consumismo, aumentando la atención de las familias de clase media hacia los hijos, y la experiencia de las mujeres de una situación contradictoria debida a la creciente presión favoreciendo su emancipación. Selvini remarca la importancia de la dinámica familiar (Guillemot y Laxenaire, 1994), ya que la familia es el mayor agente transmisor de dichos valores y prácticas sociales. Señala que la anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones debido a que ellas siguen mucho más sujetas al control familiar. El alimento y las comidas son elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en la familia. Sin embargo, este fenómeno se da

únicamente en las sociedades opulentas, en donde abunda la comida, se adquiere con facilidad y es ofertado sistemáticamente. En 1963 y 1971 Selvini aborda la anorexia como psicosis monosintomática; concibe a la anorexia como un mecanismo de defensa extremo contra la psicosis (Caparrós y Sanfeliú, 1997). La visión de relaciones objetales de Selvini sostiene que un paciente con anorexia nervosa siente el cuerpo como "el objeto materno, del cual el ego desea separarse a toda costa" (Garner y Garfinkel, 1997).

Así, se desprenden 2 perspectivas: 1) la dinámica familiar es considerada el factor más relevante pero no exclusivo como causa de la anorexia, siendo Minuchin con el análisis sistémico el representante más importante (Minuchin *et al.*, 1978). 2) el factor social y cultural es el principal causante de los trastornos de la alimentación, según otro grupo de autores, 2 de los más sobresalientes en esta área son Garfinkel y Garner (1982) en EE UU y en Europa Vandereycken (p. ej., Vandereycken y Meerman, 1984). De esta manera, tenemos que se deben tomar en cuenta tres áreas principales como causantes de los trastornos alimentarios siendo estas la biológica (genética, herencia, bioquímica, etc.), la psicológica y la social (en esta entra lo familiar), todas ellas en interacción con las "presiones macrosocioculturales" (citado en Garner y Garfinkel, 1997).

Crisp y otros proponen otra teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos. Según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad (Hersovici y Bay, 1990). La anorexia nervosa sería un intento de enfrentarse a miedos y conflictos asociados con la madurez psicobiológica.

Crisp (1974) opina que el hacer dieta y la consecuente inanición se vuelven mecanismos por los cuales el paciente regresa a una pubertad más temprana, a una figura, estatus hormonal y experiencia prepuberales combinadas con la incertidumbre moral del siglo XX pueden llevar a la anorexia (Garner y Garfinkel, 1997; Mac Sween, 1993). Crisp hizo énfasis en la necesidad de la re-alimentación para permitir a los pacientes que confronten sus aspectos dinámicos que los han llevado al "temor fóbico" del peso corporal del adulto como parte del proceso de dominar estrategias alternativas de enfrentamiento (Garner y Garfinkel, 1997).

Por su parte, Gerard Russell, en 1970 y 1977, intentó simplificar y concertar las tendencias más biológicas, que ponían énfasis en el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad, con las psicológicas y sociológicas. Russell decía que la psicopatología central de la anorexia nervosa es el miedo intenso a la gordura (Garner y Garfinkel, 1997). Lo que resumió de la siguiente forma:

- El trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso
- La pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino
- La desnutrición agrava el trastorno psíquico
- El trastorno psíquico también puede agravar por vía directa la función hipotalámica y producir amenorrea
- Es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la alimentación, típico de la anorexia nervosa
- El trastorno hipotalámico podría afectar las funciones psíquicas, dando lugar a actitudes anómalas hacia la comida, imagen corporal y sexualidad (Turón, 1997).

Entonces, para la mayoría de los autores, por ejemplo, Garner y Garfinkel (1982), la anorexia nervosa es: un trastorno diferenciado de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes (Turón, 1997).

Todos los autores anteriormente mencionados que aportan una explicación sobre los trastornos de la alimentación se retomarán y se revisarán con más profundidad en el capítulo III el cual aborda las diversas perspectivas teóricas sobre dichas enfermedades.

¿Qué hay sobre la bulimia nervosa?

Con respecto a la bulimia se ha escrito mucho menos en comparación con la anorexia, aunque muchas veces ambos se superponen o sean parte uno del otro, como se dijo anteriormente. Lo que se estilaba era tomar en cuenta los atracones si eran parte de alguna otra enfermedad.

Desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia: "Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados engullían grandes cantidades de alimento, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería" (Fischer citado en Holtz, 1995).

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo, hace recordar la historia de la antigua Roma y sus festines, como ya se dijo. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser considerada como un signo de prosperidad (Hersovici y Ray, 1990). Los antiguos egipcios se purgaban cada mes por 3 días consecutivos, usando eméticos para conservar la salud. Esto era porque ellos suponían que las enfermedades a las que los seres humanos son propensos procedían de la comida misma (Garner y Garfinkel, 1997).

La palabra *limos* significa "hambre" en griego antiguo. Y con el prefijo *bou* que quiere decir gran cantidad, o *boul* que significa "buey", se concluye que la palabra "bulimia" quiere decir "hambre voraz". Según Kaplan y Garfinkel (citados en Garner y Garfinkel, 1997; Holtz, 1995) el término bulimia se deriva de "bulimy" en griego que también significa hambre excesiva o "hambre de buey". Esto tenía por lo menos dos significados: "un hambre tan grande como la de un buey" o "lo suficientemente grande como para comer un buey entero" (Parry-Jones y Parry-Jones citados en Garner y Garfinkel, 1997). Galeno (Siegel citado en Holtz, 1995) describe las palabras griegas "kynos orexia" o hambre canina como sinónimos de la bulimia, considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal que conduce a un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que pueden ligarse a vómitos severos y copiosos movimientos del vientre. Jenofonte fue el primero en describir las prácticas bulímicas en Occidente. Fue en el año 970 a. C., cuando unos soldados griegos que iban a las montañas del Asia Menor después de haber participado en una batalla contra Artajerjes. A los soldados les daban unas raciones muy pequeñas de comida. En ciertos eventos sociales y religiosos los griegos vomitaban a manera de ritual. Hipócrates diferenciaba el *boulimos*, un hambre patológica, del hambre común. Aristófanes también hizo referencia al *boulimos* como hambre voraz.

Esta práctica: el banquete y por consecuencia, el vómito, eran bastante comunes en las clases medias y altas romanas. En dichos banquetes podía haber hasta 20 o más platillos. Cada vez que llenaban el estómago los comensales iban a la habitación de junto, el *vomitorium*, donde procedían a hacer lo propio. Muchas veces lo hacían también tragándose un emético. Séneca observó a "hombres que comían y vomitaban y vomitaban para comer" (Pulkr citado en Garner y Garfinkel, 1997). Por su parte, Crichton (1996) sugiere que los Emperadores Romanos Claudio y Vitello eran bulímicos. Este último, dice, mostraba una asquerosa glotonería y era obeso; ambos hombres bebían mucho, y se decía que ambos recurrían al vómito. No hay duda de que su comer excesivo debía considerarse un trastorno de la alimentación porque aquel comportamiento era llevado a cabo intermitentemente por algunos miembros de una elite próspera y "consentida" durante el imperio romano (citado en Garner y Garfinkel, 1997).

En dicha antigua Roma, en efecto, era costumbre en los festines interminables de las clases pudientes provocarse el vómito para seguir disfrutando el placer de comer. El comedor se denominaba triclinio por la presencia habitual de tres camas de madera dispuestas en herradura, con un puallo central para servir la comida. Cada cama tenía tres plazas y en ellas se reclinaban los romanos para comer y reposar la digestión (Martínez-Fornés, 1994).

A principios de la Edad Media, el vómito era considerado como penitencia. El penitente, a través de la emésis, lanzaba fuera de sí sus pecados. Igualmente, los apetitos sexuales más o menos desordenados eran tomados en cuenta como pecados. El uso de las purgas aumentó en Europa en la Edad Media. En el siglo XVII las formas más comunes de tratamiento eran los eméticos y las purgas.

En el Talmud (400-500 a. C.) el término "boolumut" (apetito voraz) se utiliza para describir un síndrome en el cual la persona está tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se hallan disminuidos. Este síndrome era considerado de peligro mortal (Garner y Garfinkel, 1997; Vandereyken citado en Holtz, 1995).

La palabra "bulimia" fue utilizada por primera vez por Trevisa en 1398. En un principio solo quería decir apetito immoderado, sin incluir vómitos ni cualquier otra cosa parecida.

Las referencias más antiguas sobre la bulimia se encuentran en el *Physical Dictionary de Bluckaart* de 1708 y el *Diccionario Médico de Quincy* de 1726. Los autores relacionan estos episodios bulímicos con alteraciones digestivas (Stein citado en Turón, 1997; Guillemot y Laxenaire, 1994).

Según la *Encyclopaedia Britannica* de 1797 "Bulimia es una enfermedad en la que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y amenos que lo satisfaga, suele caer en accesos de

desvanecimiento". En el año de 1795, Motherby conceptualizó tres tipos de bulimia: la de pura hambre, la de cuando el hambre termina en vómito y la que asocia hambre a desmayos (Toro, 1996). Otra referencia se puede encontrar en un diccionario médico escrito por James en 1743, en el *Diccionario Médico de la ciudad de Londres*, en el cual señaló que en el *true boulimus* ciertos pacientes tenían la complicación de vomitar después de ingerir grandes cantidades de comida, no todos lo hacían así. Diferenció entre el *boulimus* y el *caninus appetitus*, el hambre canina. En este último el paciente termina su atracón vomitando; en el *boulimus* se desmaya. Tomando como base a Galeno, afirmó que el *boulimus* lo provoca un humor ácido que está en el estómago. Con dicho humor se estimularía la apertura del estómago dando muy fuertes señales de hambre, pero falsas (Turón, 1997; Toro, 1996; Guillemot y Laxenaire, 1994). En el *Dictionnaire d'Édinbourg* (1807) se define a la bulimia como una afección crónica caracterizada por desvanecimientos y/o vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos (Guillemot y Laxenaire, 1994).

La bulimia también recibe el nombre erudito de síndrome de Tántalo-Polifemo. Admitido a la mesa de los dioses, Tántalo robó la ambrosía y el néctar divinos para dárselos a los mortales, por lo que fue arrojado a un lago, junto al que crecían árboles con ramas curvadas por los frutos. Atormentado por la sed y el hambre veía descender el agua cada vez que intentaba beber y elevarse las ramas cuando quería alcanzarlas con su mano. Polifemo, hijo de Poseidón -dios de los mares-, representa al más salvaje de los Ciclopes: gigantes con un solo ojo en medio de la frente, que simboliza la naturaleza enigmática y brutal de las fuerzas naturales. Según *La Odisea*, Ulises cegó a Polifemo clavándole una estaca en su único ojo después de emborracharlo (Martínez-Fornés, 1994).

Al hablar de un comportamiento bulímico en las santas, Bell encuentra que Santa María Magdalena de Pazzi y Santa Verónica (nacida en Orsola Giuliani) mostraban conductas bulímicas durante sus ayunos. La muerte temprana de Santa María Magdalena de Pazzi (1566-1607) fue resultado de auto-mortificación, incluyendo auto-tortura física y una dieta poco sana. Su santidad fue muy reconocida por su fuerza espiritual para enfrentar la enfermedad. Ella subsistió con pan y agua por largos periodos. Sin embargo, ella era observada por otras religiosas en el claustro y por lo menos en una ocasión rompió su dieta tan estricta, cuando ella estaba atormentada por su deseo de comida y la angustia. Esto era atribuido al trabajo del diablo, que la tentaba abriendo la puerta de la despensa mostrando ante ella las delicias ahí guardadas.

De Santa Verónica (1660-1727), Bell señala lo siguiente:

En el tiempo que ella hizo su ayuno religioso de 5 años... las hermanas algunas encontraron a la Hermana Verónica en la cocina, el refectorio, o el dispensario, donde ella comía todo lo que encontraba, lo que es más, otras veces la encontraban comiendo antes de la hora de la Comunión...

Este comportamiento era atribuido a un engaño trillado en el arsenal de trucos de Lucifer (citado en Garner y Garfinkel, 1997).

La manera de vomitar de Catalina de Siena era empujando un popote delgado a través de su garganta. Cabe mencionar que estas últimas tres santas tienen el diagnóstico de anorexia nervosa pero en su modalidad de atracón/purga y se pretende ilustrar cómo es que recurrían al vómito.

En el siglo XIX el *New Dictionary of Medical Sciences* define a la Bulimia: de buey y de hambre. Un apetito canino que se ve algunas veces en la histeria y en el embarazo, casi nunca en otras circunstancias (Stein citado en Guillemot y Laxenaire, 1994; Duglison citado en Toro, 1996).

En 1869, Blachez, en Francia, en el *Diccionario de Ciencias Médicas de París*, establecía a la bulimia como un síntoma aparte, pero lo consideraba como un problema accesorio de otra patología psiquiátrica. Insistía en los criterios de la bulimia a diferencias de la hiperfagia, según las siguientes características: la bulimia no debía confundirse con el aumento de las necesidades alimentarias fisiológicas de la adolescencia, con una patología digestiva que pudiera explicar el hambre (hombroz solitaria) o el consumo alimentario de pacientes afectados por una fiebre tifoidea (Guillemot y Laxenaire, 1994). En dicho trastorno apuntó que el bulímico tiene como obsesión y preocupación primordial a la comida, su hambre continúa a pesar de tener ya el estómago dilatado después de haber comido gran cantidad de alimento, imposibilitando así su nutrición. Cuando la bulimia está acompañada de vómitos el usaba el concepto de *cinorexia*, en los casos en que la circulación digestiva era muy rápida por contracciones intestinales igualmente rápidas, utilizaba el término de *licorexia*. Cuando la bulimia alternaba con la anorexia en mujeres la llamaba *frangale* (Turón, 1997; Toro, 1996). Un poco antes, en 1825 Hooper utilizó los términos "bulimia emética", "bulimia canina" y también "cynorexia" para designar un apetito voraz, seguido de vómitos (Holtz, 1995).

El *Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms* define la Bulimia simplemente como "apetito excesivo para el alimento". De este modo, se puede observar un retroceso con respecto al

siglo anterior. Los casos que mencionan Laségue y Gull presentan pacientes anoréxicos que también presentan síntomas bulímicos. Así Laségue reportó que numerosas anoréxicas vomitaban tras ser forzadas a comer (Habermas citado en Holtz, 1995), y Gull describió un caso de sobrealimentación que pensaba en "comida de gato" mientras comía lo cual la hacía vomitar; incluso Gull decía que ocasionalmente por uno o dos días, el apetito era voraz, pero que esto era muy raro y excepcional (Garner y Garfinkel, 1997). El mismo Gull al ser cuestionado por la Sociedad Clínica de Londres el 24 de Octubre de 1873 decía: se trata de un "estado mental mórbido" pero sería injusto por parte de los médicos decir al mundo que (los anoréxicos) han perdido la razón" (Igoin, 1986). Por su parte, Laségue designaba a la bulimia con el nombre de "falso apetito".

"En algunos histéricos se observan esos falsos apetitos exigentes e imperiosos, en el mismo grado que entre ciertos diabéticos. Los enfermos, obedeciendo casi siempre a una hipótesis teórica, parten de la idea de que su malestar se debe a la inanición y que conseguirán conjurarlo con comida, por reducida que ésta sea. La experiencia muestra que dos gotas de láudano sirven para apaciguar el hambre imaginaria que la ingestión de alimentos.

A la exagerada sensación de apetito, a la suposición de que la comida calmará la necesidad, responden en sentido inverso un apetito disminuido y la convicción de que la alimentación será perjudicial. Como en el primer caso, el enfermo se comporta entonces conforme a una hipótesis instintiva" (citado en Igoin, 1986). Habermas (citado en Holtz, 1995) menciona algunos reportes tempranos de bulimia asociada a la anorexia. Entre los que menciona se encuentran: Sollier (1891) quien reitera lo observado por Laségue, agregando que probablemente las anoréxicas se provocaban el vómito "a fin de contrarrestar la obligación de comer"; Bouveret quien publicó sus observaciones en 1893 sobre el vómito autoinducido en siete de sus pacientes; Girou (1905) dio un informe detallado sobre una paciente anoréxica que por más de un año se provocó el vómito después de cada comida para evitar el ganar peso; Janet, quien en 1908 escribió que el vomitar dentro de la anorexia es más común de lo que se cree y reportó dos casos de pacientes que mostraban esta conducta; y Schotiky (1932) describió a un paciente que, en vez de provocarse el vómito, usaba una manguera para vaciar su estómago (Holtz, 1995).

Otros estudios mencionados por Blinder y Cadenhead (citados en Holtz, 1995), como el de MacKensie y el de Playfair en 1888 y el de Marsall en 1895, describen casos de vómito atribuidos a dolores gástricos en pacientes con anorexia nervosa. Se menciona también a Janet, que en 1903 en su obra "Las obsesiones y la psicastenia" comenta diversos ejemplos de casos de bulimia seguidos a finales del siglo XIX; describe las observaciones clínicas de tres mujeres y un hombre que tienen todas las características del síndrome bulímico (Guillemot y Lavenaire, 1994). Janet presentó un subgrupo de pacientes anoréxicas a las que describió como "obsesivas", "caracterizadas por persistentes sensaciones de hambre, una intensa aversión por el cuerpo e intensos pensamientos centrados en la comida y en el control de los impulsos hacia la misma" (Holtz, 1995). El caso más documentado de Janet es el de Nadia, hija de una familia francesa influyente. Desde una edad temprana expresaba vergüenza por el cuerpo. A partir de los 4 años, Nadia manifiesta unas extrañas obsesiones, especialmente en lo que respecta a su cuerpo, sentía que era demasiado alta, a los 8 años, decía que sus manos eran largas y ridículas; a los 11, sentía que todos le veían las piernas. Entonces usaba faldas largas pero aún se sentía avergonzada por sus pies, sus caderas, y sus brazos musculosos. La llegada a la pubertad la horroriza, y desarrolla un amplio repertorio de rituales obsesivos destinados a impedirle crecer. Se quitó el vello púbico porque estaba convenida que nadie sino un salvaje se iba a molestar con esa monstruosidad. Paralelamente cursa unos estudios brillantes, es capaz de hablar correctamente 4 idiomas, llegando a ser una pianista consumada. Parecía esperarle un brillante porvenir si, a la edad 15 o 16 años, cuando le empezaron a crecer los pechos, no hubiera decidido dejar de comer para detener su crecimiento, se vestía de tal manera que quería ocultar su femineidad. Entró entonces en un periodo anoréxico que precisó hospitalización durante seis meses. Después de este periodo empezó a presentar accesos bulímicos. Nadia fue referida a Janet a la edad de 22 años con el diagnóstico de anorexia nervosa (*anorexie hystérique*). Por varios años se había auto impuesto estricto régimen diario: dos porciones de sopa "clara", una yema de huevo, una cucharadita de vinagre y una taza de té muy cargado con el jugo de un limón entero. A pesar de que su peso nunca fue mencionado Janet la describía como delgada. Nadia dio varias razones de su insistencia por permanecer delgada. Temía volverse gorda o parecer musculosa o perder su complexión pálida, esto no era meramente una cuestión de vanidad, por lo de volverse gorda sería vergonzoso e inhumano. También le avergonzaba que la vieran o la escucharan comiendo. Además, creía que su cara era tan fea que se rehusaba a ser vista en la calle y hasta bajo techo que tendía a sentarse en una esquina oscura. Nadia sentía que era extremadamente valiente al resistir la tentación de comer, porque a veces se sentía muy hambrienta. Dedicaba varias horas a pensar en la comida y leyendo acerca de grandes

comidas y banquetes. Algunas veces sucumbía a la gran hambre y comía todo lo que encontraba con glotonería. A veces comía galletas en secreto. Confesó con culpa que se había permitido probar algunos chocolates que les estaba enviando a unos amigos como regalos de Navidad (Garner y Garfinkel, 1997; Guillemot y Laxenaire, 1994).

Janet describió pensamientos y actos repetitivos en su paciente. Nadia siempre buscó seguridad a través de él: ¿Pienso usted que estoy tan delgada como la última vez? Déme ese placer diciendo que siempre seré delgada. Cuando probó los chocolates de regalo de Navidad, escribió más de 10 cartas a Janet, como si confesase un crimen y expresando arrepentimiento por su codicia. Pedía seguridad cuando parecía que el caballo no pudiera dirigir el coche en que ella iba, porque había el consejo de Janet de comer algunas chuletas (Garner y Garfinkel, 1997).

Janet añadió que esa anorexia nervosa típica no era tan común como generalmente se creía. Era parcialmente porque el hambre extrema de Nadia y sus sentimientos hacia la comida que rechazó el diagnóstico de anorexia nervosa en ella. Lo que concluyó era que ella sufría principalmente de una idea obsesiva elaborada. Esta idea iba más allá que el temor a engordar, la cual consideraba muy superficial para hacer justicia a la enfermedad de Nadia. Sus ramificaciones eran más anchas, incluyendo "modestia sexual", culpa, y vergüenza de todo el cuerpo. La descripción de Janet de una vergüenza obsesiva del propio cuerpo ha encontrado eco reciente en el concepto de "deprecio corporal" (Hsu y Sobkiewicz citados en Garner y Garfinkel, 1997). En esta exploración de la psicopatología de Nadia, Janet evocó sus razones de su obsesiva vergüenza corporal: quería seguir siendo una niña pequeña para siempre. ¿Y porqué? Nadia contestó, "porque tenía miedo de no ser tan amada".

El caso de Nadia ha sido considerado un valioso ejemplo temprano de los ataques bulímicos y una verdadera descripción temprana de la bulimia, como está definida en el DSM-III (Garner y Garfinkel, 1997).

En la misma línea del psicoanálisis, en el año de 1924 Karl Abraham hacía mención de la bulimia, en una referencia al paso de la melancolía a la manía: "Cuando el yo no está ya sujeto al objeto incorporado, la libido se vuelve avidamente hacia el mundo de los objetos. Esta modificación se expresa de manera ejemplar por la avidez oral exagerada que el propio paciente designaba como una *fress-sucht* (bulimia). Abraham se refería a "la bulimia patológica y la tendencia a *perversiones orales diversas*" como ejemplo de impulso que escapa a socialización (citado en Igoin, 1986).

Thérèse Benedek (1936) insistía sobre la irresistibilidad del impulso bulímico, y, en 1945, en el capítulo que Otto Fenichel dedicaba a las perversiones y neurosis impulsivas, en que la bulimia se trata de "toxicomanía sin droga".

Por su lado Freud (1925) en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, citaba intercambios entre "la incompetencia por retirada de la libido" y el "vómito como defensa histérica contra la alimentación", "los casos de intensificación del apetito" en que la "compulsión a comer está motivada por la angustia de inanición".

Siguiendo en el área de las neurosis, en 1921, I. H. Coriari estudiaba las ganas imperiosas de comer incluso después de una buena comida, en una mujer casada sexualmente insatisfecha. De acuerdo con F. Alexander (1934), la bulimia fue progresivamente reconducida por los psicósomáticos al marco de la *neurosis de órgano* e integrada en la categoría de trastornos gastro-intestinales. En 1944, C. E. Leonard analizaba en detalle un caso de bulimia acompañado de vómitos funcionales (Igoin, 1986).

En un artículo de Waller, Kaufman, y Deutsch (1940) se explicaba que la anorexia nervosa es una "actuación" de una fantasía específica, un deseo de ser fecunda por la boca. Estos autores reconocieron que el comportamiento de los pacientes resulta algunas veces de un comer compulsivo y otras veces de la culpa y el rechazo. Nemuth (1950) hizo una descripción de 14 pacientes. Cuatro de ellos tenían episodios descritos como comer compulsivo u orgías de rellenarse de comida, llevando al autor a concluir que "la anorexia nervosa debe ser considerada, entonces, no sólo como la pérdida de apetito sino como un trastorno del comer, variando de la verdadera anorexia en un extremo y la bulimia en el otro, frecuentemente asociada a la náusea y el vómito (Garner y Garfinkel, 1997).

Ahora, en cuanto al uso de laxantes, numerosos reportes del siglo XIX se referían al consumo de vinagre por parte de las anoréxicas así como por adolescentes "normales" por creer que éste actuaba como laxante (Habermas citado en Holtz, 1995). El abuso de laxantes o de medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después de manera esporádica, desde los años 30 en adelante.

El primer artículo popular sobre los trastornos de la alimentación fue publicado el 21 de agosto de 1926 en el periódico norteamericano "The Saturday Evening Post", titulado "Gordura y Moda", por W. Hutchinson. La Asociación Médica Americana estaba consciente de la búsqueda de delgadez por parte de las mujeres

desde 1920 (Dickstein citado en Holtz, 1995). En 1939 Berkman descubrió que el 66 por ciento de las pacientes con anorexia nervosa se autoinducían vómitos asociados con la sensación de saciedad. Walker y Kaufman (1940) describieron dos historiales clínicos de mujeres que primero se sobrealimentaban con dulces y luego, como reacción ante esta conducta, pasaban hambre debido a fantasías que vinculaban al embarazo con la sobrealimentación (Holtz, 1995).

En 1932, Wulff describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de periodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo ya de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia (Guillemot y Laxenaire, 1994; Igoin, 1986).

Wulff hizo reportes de 4 mujeres que experimentaban deseos irresistibles de comida, describiendo su cuarta paciente (Paciente D) con mayor detalle. Esta paciente fue vista primero por Wulff cuando tenía alrededor de 25 años, pero lo que rastreó fue su neurosis obsesiva (su primer diagnóstico) en sus años más tempranos. Su madre había muerto cuando al nacer ella, y fue criada por su padre, junto con su hermano (quién era mayor por 2 años). El padre, un doctor, le impuso un régimen dietético tiránico a lo que Wulff atribuía sus primeros signos de comportamiento obsesivo -una compulsión por coleccionar muñecas y ropa de muñeca. Durante su juego, la niña de 5 años impuso a sus muñecas el mismo régimen ordenado como lo sufría en manos de su padre. Cuando tenía 13 años, su mundo se cayó por el matrimonio de su padre. Requirió una cadena de jóvenes admiradores de los cuales se esperaba que probaran su devoción con regalos como dulces y fruta. A los 16 se casó a pesar de la oposición del padre, pero buscó imponerle a su marido un matrimonio sin sexo. Cuando esto fracasó la pareja se separó y otra vez adquirió una cadena de admiradores. Seguido de la separación final de su esposo, tenía periodos de deseos poderosos de comida que duraban 3 semanas, alternando con periodos más cortos de ayuno completo. Cuando se comía demás consumía enormes cantidades de comida, incluyendo libras confitería, chocolate y repostería. Su abdomen se inflaba, y el comer en exceso se terminaba con dolores abdominales y vómitos. Tomaba aceite de castor para "limpiarse" a sí misma. Durante las fases del comer en exceso experimentaba una depresión profunda, se descuidaba, y dormía mucho. Expresaba disgusto de sí misma y se dormía con su ropa sucia para evitar ver su cuerpo, el cual consideraba que estaba asquerosamente gordo. Cuando el comer en exceso cesó, ayunó 3 días y rápidamente perdió peso. Entonces sintió que la felicidad y una limpieza interna regresaron. Las interpretaciones y diagnósticos de Wulff fueron múltiples y complejas. En sus todas sus cuatro pacientes consideró que había llegado a un "complejo de síntomas" que no había asociado a ningún trastorno psiquiátrico establecido, pero que puede aparecer en un amplio rango de neurosis y representa una alteración patológica peculiar de función biológica. Comparó y contrastó el trastorno de la alimentación con la depresión melancólica, y concluyó que el disgusto del paciente por su cuerpo era resultado directo de su comer excesivo. Vio una relación cercana entre el deseo por la comida y otras adicciones. Wulff creía que el trastorno se iniciaba por una pérdida de amor, llevando a la depresión y deseos de comida y sueño. Cuando los deseos de comida eran gratificados, surgen fuertes sentimientos de auto-disgusto y desesperación. También propuso un simbolismo sexual para el trastorno de la alimentación, creía que los objetos comidos (especialmente, dulces, pan y carne) tenían una asociación inconsciente con el pene prohibido. La paciente D había tenido experiencias sexuales con su hermano mayor durante su niñez temprana. Esta y otras experiencias familiares, desde el punto de vista de Wulff, lo llevaron a una disposición a una regresión oral (Carnier y Garfinkel, 1997).

Por otra parte, Stäbelin (1943) tuvo una paciente de 20 años que después de un repentino intento de suicidio, comenzó a devorar bollos y comidas dulces. Esto fue seguido de intentos de vomitar. La paciente se describía a sí misma como adicta a la comida y decía que el comer le proporcionaba una forma "entumecimiento" espiritual como una alternativa de suicidio. Sus menstruaciones cesaron por un tiempo, pero prontamente después de su resurrección se volvió hipomaniaca. Subsecuentemente desarrolló esquizofrenia catatónica (Carnier y Garfinkel, 1997).

Sin embargo, la bulimia nervosa no es considerada como síndrome hasta 1940. El trabajo de Ludwig Binswagner en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Binswagner describe el famoso caso de Ellen West, pseudónimo para una paciente que había sido tratada 30 años antes. Uno de los casos más conocidos de esos años, entonces, fue el de Ellen West, una paciente bulímica con antecedentes de anorexia nerviosa no diagnosticada. En su caso el tratamiento de psicoterapia psicoanalítica resultó ser muy ineficaz. Ella padecía una serie de síntomas que coinciden con el cuadro que ahora se conoce como bulimia: atracones, abuso de laxantes, restricción alimentaria, vómitos indefensión, ideas obsesivas, labilidad emocional... (Toro, 1996).

Vale la pena exponer ampliamente su caso, ya que arroja mucha luz sobre los trastornos de la alimentación y cómo es que se asemeja mucho a lo que viven hoy en día muchos pacientes.

A la edad de 10 años, Ellen vivía en Suiza, hija de padres judíos quienes probablemente vinieron de Norteamérica. Ellen era inteligente, leía mucho y escribió poesía. En su diario expresaba dudas acerca del propósito de la vida. Estaba fascinada con el enunciado "Aquellos a quienes los dioses aman mueren jóvenes". Sus primeros poemas ya revelaban una marcada variabilidad del humor. Ellen tenía una historia familiar fuerte positiva de depresión y suicidio en ambos lados de su familia (Garner y Garfinkel, 1997).

Cuando Ellen tenía veinte años, después un segundo viaje, perdió la capacidad de comer sin preocupación. Mientras en unas vacaciones subió un poco de peso, sus amigas la molestaban por ello. Ese mismo año desarrolló un temor de volverse gorda, evitaba la comida, para bajar de peso empezó a ayunar y a emprender largas caminatas. Su familia expresó preocupación por su apariencia cuando regresó a casa. Para los próximos 3 años, experimentó severos cambios de humor muy asociados con trastornos de la alimentación. Escribió en su diario: "dos cosas me torturan: primero el hambre, segundo, el miedo a engordar". "Las poesías de este periodo revelan ya una notable variabilidad de humor" (Binswagner citado en Holtz, 1995); variabilidad que es notable en los casos actuales de trastornos de la alimentación.

A los 23 años, el miedo a la gordura se acompañaba de intensos deseos de comida, especialmente de azúcares, "y se hace irresistible cuando se encuentra cansada y nerviosa... en presencia de otros no experimenta satisfacción en comer, únicamente la goza cuando come a solas". A los 24, se volvió severamente deprimida y estaba más determinada a adelgazar, comenzó a ingerir numerosas tabletas de tiroideas al día (de 36 a 48), con temblores en las extremidades y continuó ayunando y haciendo ejercicio. Logró bajar de 165 libras a 92 libras, con lo cual se veía emaciada, pero Ellen se sentía "espiritualmente satisfecha" por estar delgada. Fue tratada por hipotiroidismo con descanso en cama, lo cual la llevó a subir de peso a 75 kg.

Cuando Ellen, a pesar de su delgadez se sentía gorda y se miraba al espejo, se entristecía, "sintiendo odio hacia su cuerpo y lo golpeaba con los puños". A los 28 años, se casó con su primo. En el día de su boda pesaba 73 kg. Empezó a hacer dieta durante su luna de miel y otra vez tomó tiroides periódicamente. Sus menstruaciones cesaron por un tiempo; pero a los 29 años sufre un aborto y el médico le dice que debe alimentarse adecuadamente para poder volver a embarazarse. Ellen se ve atrapada entre el deseo de tener un hijo y el miedo a engordar, y cesa su menstruación antes regular otra vez.

A los 30 años de edad estaba francamente enferma, con el aumento de sus trastornos de la alimentación. Se volvió vegetariana, aumentó su dosis de laxante, tomaba tantos laxantes que sufría de vómitos nocturnos y diarrea constante; Ellen con eso pierde peso sistemáticamente, y eso la hace sentir muy complacida. Un día le dijo a su marido que ella "sólo vivía para adelgazar, que toda su actividad se subordinaba a ese fin y que esa idea había adquirido sobre ella un poder terrible".

Entró en una grave depresión mientras continuaba con su lucha por estar cada vez más y más delgada, aunada a su constante deseo de comer. A la edad de 31 años, cuando todavía podía trabajar: "Al mismo tiempo que se preocupa intensamente por las tablas de calorías... cada minuto que tiene libre lo dedica a copiar en su cuaderno recetas de platos sabrosos, postres, budines, etc. Apremia a sus compañeros para que coman mucho y bueno, mientras ella se abstiene de todo. Se da sus mañas para disimular lo poquísimo que come, llenando su plato como todos y vaciándolo casi todo en su bolsa de mano sin que nadie se dé cuenta. Cuando ella cree que un alimento no engorda... lo engulle deprisa y vorazmente".

Cuando su peso cayó a 45 kg., ella estuvo de acuerdo en entrar a un sanatorio de enfermedades metabólicas. En un principio, subió de peso a 50 kg., pero volvió a hacer "lo de su bolsa de mano" y se ponía pesos en el cuerpo cuando la pesaban.

A sus 32 años, se deterioró más. Tomaba 60-70 tabletas de laxantes diario que le causaban vómito en la noche y diarrea durante el día. Su peso cayó a 42 kg. Ella expresó su preocupación por el tamaño de su cuerpo: "Tan pronto siento una presión en mi cintura, quiero decir una presión en mi pretina... mi espíritu decae. Era propensa a saltase comidas, pero cada día consumía varias libras de jitomate y 20 naranjas.

Pronto, después de su cumpleaños número 33, desarrolló una severa depresión, temor, llanto y agitación. Entró a psicoanálisis, sólo para abandonarlo poco tiempo después y escribió: "mi analista puede darme luz, pero no salud". Escribió en su diario: "el placer de la comida tiene que haber sido el elemento primario. El miedo a engordar me servía de freno. Ahora veo el placer de comer como la verdadera idea obsesiva, ha saltado sobre mí como una bestia salvaje. Estoy indefensa ante su capricho. Me persigue constantemente y me está empujando hacia la desesperación... ¿Volveré a conocer el gozo alguna vez en mi vida? Brilla el sol, pero en mi interior siento vacío... cada comida es un tormento... el miedo al hambre es algo terrible, barre de mi cabeza todos los demás pensamientos... Después de las comidas es cuando me encuentro de

peor humor... estoy en una prisión de la que no puedo salir..."; y continúa expresando una y otra vez el terror a la comida, su terror al hambre y su terror al terror.

Ella se da cuenta de que la comida simboliza para sí el afecto: "al comer intento satisfacer dos cosas: el hambre y el amor...". También habla de despersonalización: "Me enfrento a mí misma como una persona extraña. Estoy asustada de mí misma". De la pérdida del sentido de la vida "Tengo la impresión de que se ha parado toda vida interior, de que todo es irreal y sin sentido". De la obsesión alrededor de la comida y la baja autoestima: "Incluso antes de estar totalmente despierta ya estoy pensando en comer... Sólo conozco el terror y la tristeza, la ausencia de placer y la falta de valor". Y del deseo de muerte: "sólo la muerte puede liberarme de esta angustia". A los 36 años entra de nuevo a psicoanálisis; la deja su marido, a petición del analista, y ella intenta suicidarse, ingiriendo 56 tabletas de somnacetina; el intento no da resultado. Hasta en sueños siente constante preocupación por la comida. Un mes después vuelve a intentar el suicidio, ingiriendo 20 tabletas de un compuesto barbitúrico. Tres días después se abalanza hacia los coches, con la intención de ser atropellada. Al día siguiente intenta tirarse por la ventana de la oficina de su analista; un día después es internada en una clínica. En un principio estuvo de acuerdo en comer todo lo que le pusieran enfrente, y subió de peso (52 kg) en 2 meses, pero más tarde volvió a los vómitos frecuentes y al uso ocasional de laxantes. Después de una breve mejoría volvió a caer en una depresión más profunda y fue vista por Kraepelin, quien le diagnosticó melancolía.

El siguiente mes fue ingresada en un sanatorio psiquiátrico en Kreuzlingen. Durante los siguientes 2 1/2 meses de estancia, los trastornos del comer fueron prominentes. Se describía que devoraba la comida como un animal feroz, y su peso pronto había bajado a 47 kg. Esto era presumiblemente porque continuaba vomitando, y se observaba que sus glándulas salivares estaban muy agrandadas. Continuó tomando laxantes. Su humor básicamente era de desesperación. Expresaba un vacío físico y esperaba la muerte. Poco tiempo después de que fue dada de alta continuó con sus amenazas suicidas serias. Binswagner obtuvo 2 opiniones independientes más, incluyendo la de Eugen Bleuler. Los tres psiquiatras pensaron que ninguna terapia confiable era posible, y accedieron a la petición de Ellen de mandarla a casa.

Al salir del sanatorio, vuelve a casa y su síntoma se agudiza. Al tercer día de haber regresado con su familia, se ve jovial y se atorra de comida, comió más libremente tanto que por primera vez en 13 años se sintió satisfecha y realmente llena; en la tarde comió dulces de café y huevos de Pascua; más tarde salió a caminar con su esposo y leyó poesía. Parecía contenta; más tarde, esa noche, sin embargo, toma una dosis mortal de veneno y amanece muerta (citado en Garner y Garfinkel, 1997; Holtz, 1995).

En su diario escribió lo que ahora es la preocupación de miles de mujeres jóvenes: "Mis pensamientos giran exclusivamente alrededor de mi preocupación por el cuerpo, mis comidas, mis laxantes... la obsesión aburrida de tener que pensar constantemente en la comida... No hago más que tocarle el abdomen sin parar y comer con angustia e inquietud".

Los médicos de ese tiempo le diagnosticaron en distintas ocasiones y por separado, a lo largo de la vida de Ellen: "síndrome de basedowide" (hipertrofia de la tiroides), histeria, melancolía con psicosis maniaco-depresiva, psicosis esquizofrénica progresiva, etc. "Ellen se ve zarandeada de acá para allá debido a las diferentes opiniones de los doctores con relación a su enfermedad y a su tratamiento" (Binswagner citado en Holtz, 1995).

Por otro lado, Brusset y Jeammet (1971) describieron a 3 pacientes jóvenes que alternaban el comer en exceso con los ayunos durante el curso de una anorexia nervosa. Una paciente vomitaba y otra tomaba laxantes; expresaban vergüenza por la gordura (Garner y Garfinkel, 1997).

Otros reportes que describen casos de sobrealimentación seguida de vómito autoinducido, así como el abuso de laxantes y enemas en la anorexia nervosa aparecieron en la misma época que el trabajo de Binswagner (Nicolle, Rahman, et al citados en Holtz, 1995); sin embargo, éstos seguían considerando a la bulimia como una variante entre las normas de la alimentación y dieta de las pacientes anoréxicas y no como un síndrome diferenciado. Otros estudios reportan que las conductas bulímicas también se observaban en la diabetes mellitus, en la malaria, y entre las niñas que vivían lejos de su familia, en internados (Blinder y Cadenhead citados en Holtz, 1995).

El reporte hecho por Selling y Ferraro (citados en Holtz, 1995) comenta acerca de la aparición de la conducta bulímica entre la población no anoréxica. Ellos observaron que estas conductas eran comunes entre los niños refugiados que fueron llevados a Estados Unidos entre 1933 y 1939, y enfatizan la relación entre la inseguridad psicológica y el "atascarse" de comida. Según el reporte, los niños dejaban de "atascarse" al ser adoptados y vivir en un ambiente seguro, pero volvían a hacerlo si eran separados de sus nuevos padres adoptivos.

De acuerdo con Holtz (1995) en otros estudios (p. ej. Abraham, 1916; Krisbaum, 1951; et al.) se describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolos a estados neuróticos. Krisbaum en 1951 fue el primero en tratar de investigar el posible daño cerebral existente en casos de "hiperorexia", y encuentra signos de patología orgánica en el hipotálamo y los lóbulos frontales. En 1955 Stunkard, Grace y Wolff (citados en Holtz, 1995) fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos, a la que llamaron "síndrome de alimentación nocturna": comer grandes cantidades de comida en la noche y madrugada, insomnio y anorexia matutina.

La presión sociocultural sobre la mujer para ser delgada, comenzó desde los años veinte y cada vez aumenta más. Silvestein, Peterson y Perdrice (citados en Holtz, 1995) realizaron un estudio en el que hacen una revisión de las medidas corporales de las modelos que aparecen en las revistas "Vogue" y "The Ladies Home Journal" desde 1901 hasta 1980, así como referencias a la obesidad en "Reader's Guide to Periodic Literature"; notando cómo las medidas disminuyeron cada vez más y concluyen que hay una enorme y distintiva influencia de la cultura, a través del tiempo, en el desarrollo y prevalencia de los trastornos de la alimentación, misma que es promovida por los medios de comunicación.

Por su parte, Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980) estudiaron las medidas de las concursantes de Miss América y las modelos que aparecen en la parte central de la revista "Playboy" entre 1969 y 1979, encontrando que las modelos son cada vez más delgadas y altas. Las mujeres, buscando lograr ser tan delgadas como la cultura lo exige, comenzaron a desarrollar algún trastorno de la alimentación, o alternar entre uno y otro, como lo que se observa en pacientes que alternan entre periodos anoréxicos y bulímicos (Holtz, 1995). Para describir esta combinación de síndromes Boskind White y White (1983) utilizaron la combinación de sus nombres, creando así el término "bulimarexia". Este término se usa poco en la actualidad, y ha sido reemplazado con el término "anoréxicas de tipo bulímico".

Stein y Laakso (1988) concluyeron lo siguiente sobre la evolución histórica de la bulimia nerviosa: A lo largo de varios años la bulimia se ha considerado como síntoma y también como síndrome. Ha sido asociada casi siempre con los vómitos. El síntoma central (los atracones) ha sido constante desde el siglo XVIII, los síntomas secundarios y la causa de la bulimia han ido cambiando a través del tiempo. La relación entre bulimia y depresión es recurrente a lo largo de la historia de las descripciones del trastorno.

En la década de los sesenta lo que se aceptaba era que dicha patología era un síntoma. Lo anormal sería la voracidad incontrolada. En estos tiempos, los vómitos auto inducidos y el uso de laxantes, por sus consecuencias fisiológicas, eran tratados por los médicos, por considerarlos únicamente como una maniobra compensatoria de los atracones. A medida que se observaba a la bulimia como patología parte de la anorexia nerviosa, en ciertos casos era visto como un síntoma de ésta, ello determinó que la anorexia fuera clasificada como "restrictiva" y "de vómitos y laxantes" (Beumont citado en Toro, 1996). En el año de 1959, Stunkard propone una clasificación de la obesidad en función del comportamiento alimentario de los pacientes, obtuvo tres subgrupos, uno de ellos se caracteriza por el aspecto orgiástico de la alimentación y por la repetición de los accesos bulímicos. Se trata de una de las primeras alusiones a este tipo de conductas alimentarias, pero se destaca que este subgrupo no puede coincidir con las bulimias "actuales", caracterizadas por la delgadez o, por lo menos, su "no obesidad" en la mayor parte de los casos (Guillemot y Laxenaire, 1994). Stunkard, en el mismo año, describió el *binge eating syndrome*, por los excesos en la ingestión (*binges*) de alcohol en los enólicos (Toro, 1996).

En los setenta el interés se centra sólo en la bulimia que padecen los anoréxicos y obesos. En los últimos años de esta década se empieza a contemplar como un trastorno *per se* en sujetos de peso normal. Stunkard fue el que describió los criterios diagnósticos del síndrome, sin embargo, no menciona nada sobre los laxantes o vómitos (Wernuth et al., citados en Toro, 1996). Dichos criterios aparecen tal cual en el DSM-III, como *bulimia*.

Russell (1979) es el que se refiere a la *bulimia nerviosa* como ahora se conoce (Guillemot y Laxenaire, 1994), con base en sus criterios, aparte de los atracones y las conductas compensatorias, remarca la importancia del miedo a engordar como una condición primordial (Toro, 1996). Según Russell, la bulimia sería una variante ominosa de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa. En concreto, en 1979 Russell acuña entonces el nombre de *bulimia nerviosa* para definir aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón, en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas (Toro, 1997). Así aparece en el DSM-III de 1987 como *bulimia nerviosa*, que anteriormente tuvo otras muchas denominaciones como: "hiperorexia" de Ziolko (1967), "disorexia" de Guirao (1967), "personas gordas delgadas" de Bruch (1973), "bulimarexia" de Boskind Lohdal (1976); Boskind Lohdal & Boskind White (1979), "síndrome del

caos dietético" de Palmer (1979), "síndrome del control anormal/normal del peso", "síndrome de atracones", "síndrome del gordo - delgado" y finalmente como se conoce hasta ahora, "bulimia nerviosa" de Russell (Toro, 1996; Unikel, 1998).

Desde 1973, H. Bruch plantea la posibilidad de que se den ingestas alimentarias en sujetos normoponderales, que califica de "gordos-flacos" (Guillemot y Laxenaire, 1994). Bruch analiza la triada anorexia-delgadez-hiperactividad y la triada polifagia-obesidad-pasividad como dos vertientes de un mismo trastorno fundamental en "la conciencia de sí" (Igoin, 1986). Rau y Green (1975) describen una conducta bulímica impulsiva sin referirse a la obesidad o a la anorexia (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Uno de los términos que sigue vigente a la par de el de "bulimia" y "bulimia nerviosa" es el de *bulimarexia* de Boskind-Lodahl (1976), tal como se mencionó anteriormente, sin embargo, es un neologismo que no tiene sentido, hablar de anoréxicas bulímicas - es decir, sin apetito con hambre canina- es una contradicción imposible. Se aplica cuando se dan anorexia y bulimia nerviosas, por eso es nombrada como *anorexia bulímica*, lo correcto es decir "anoréxicas con episodios de bulimia" (Toro, 1996; Holtz, 1995; Guillemot y Laxenaire, 1994; Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990). Por su parte Palmer (1979), llama "síndrome del caos alimentario" a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Aunque se ha publicado poco sobre la bulimia desde el punto de vista cultural se puede afirmar que los factores socioculturales que intervienen en la bulimia son los mismos que los relacionados con la anorexia nerviosa. A saber, el miedo a engordar, las distorsiones en la imagen corporal y la preferencia por la delgadez, todos ellos son latentes en ambos trastornos actualmente.

Los atracones han existido desde hace bastante tiempo pero los métodos compensatorios como los vómitos, y las purgas son más "recientes". Como lo señala Stunkard (1993), es hasta este siglo en la década de los treinta no había ningún registro de atracones y/o vómitos en casos de anorexia. Hasta 1967 con pacientes de Crisp se registran los primeros casos de anoréxicos que se daban atracones y vomitaban. De este modo, se observa que las conductas compensatorias son recientes (Toro, 1996).

Desde el punto de vista de Habermas (1990), la bulimia nerviosa es mucho más reciente que la anorexia nerviosa, apareciendo hasta principios del siglo XX. De acuerdo con él, afirma que entre otras causas el trastorno se originó debido a la presión y lucha de los médicos contra la obesidad (citado en Toro, 1996).

El creciente rechazo social a cualquier tipo de obesidad o sobrepeso y deseo de delgadez son causas obvias del trastorno. Cuando comenzó la década de los setenta, el vómito era una práctica común en las jóvenes de escuelas con renombre. En dichos años una estudiante hizo saber que la cuarta parte de las chicas de su dormitorio que tenían un peso normal vomitaban intentando controlar su peso (Stunkard citado en Toro, 1996).

CAPITULO II

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Anorexia nervosa

Generalidades

En este apartado se abordan las características y aspectos más generales de los trastornos de la alimentación, de los cuales se irá hablando a lo largo de todo el presente capítulo.

La conducta de alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva, como lo es en los animales, para convertirse en una conducta altamente condicionada por factores de otro orden; o sea, psicológicos sociales y culturales. De este modo, intervienen, por tanto, aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes alimenticios (Gómez-Pérez-Mitré citada en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995).

El término "trastornos alimentarios" se refiere a una serie de problemáticas psicológicas que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y el fundamento de dichas enfermedades se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosas. Las personas con trastornos de la alimentación se sienten deprimidas, sin posibilidad de cambio, no están satisfechas consigo mismas, ni en cuanto a su apariencia física, ni en su manera de ser, son unas solitarias y se relacionan con dificultad, se sienten condenadas a mantener "aquellos" comportamientos y algunos de ellos actúan opuestamente (unas no comen y otras se atascan o las dos cosas alternadas) (Raich, 1994). De hecho, para Abraham y Llewellyn (1994) la anorexia y la bulimia nerviosa se convierten en enfermedades cuando intervienen en el bienestar físico o mental de la persona, cuando producen complicaciones médicas severas o desorganizan la vida de la persona hasta un grado considerable o distorsionan tanto su vida que los familiares cercanos resultan también trastornados y buscan ayuda. Desafortunadamente, en los casos más extremos, a no ser que se trate, el trastorno de la alimentación puede conducir a la muerte prematura de la víctima.

El padecimiento tiene su comienzo entre la adolescencia y la edad adulta joven, más de 95% de los pacientes son mujeres, más frecuentemente de un estrato socioeconómico medio y alto (Pasqualini citado en Barber et al, 1995), sin embargo, desde el punto de vista de Schroeder (citado en Barber et al, 1995) la anorexia y la bulimia no son enfermedades de "niñas bien" ni de jóvenes preocupadas por su apariencia.

La preocupación por el peso se encuentra también relacionada con la edad de las mujeres, pareciera ser que a más edad mayor la preocupación por el peso. Es posible que esto se deba a que en la transición de adolescente a adulto joven, aumentan las presiones por parte de la sociedad en cuanto al cumplimiento de expectativas, como son obtener un trabajo, relaciones interpersonales exitosas y una pareja para formar una familia (Aquino, 1998).

La anorexia, entre otros factores, se relaciona con cambios hormonales importantes (de ahí que las adolescentes la padezcan a partir de esta edad. Cuando se sufren crisis emocionales y fisiológicas, "si todo se acaba, lo único que queda es el cuerpo", y a través de él y del alimento se descargan los sentimientos (Barrigueté citado en Scherer, 2002; González, 1999).

Según Edwards (1993), la anorexia nerviosa es un desorden potencialmente amenazador para la vida caracterizado por el rechazo del paciente para mantener su peso por arriba del 85% de lo esperado de acuerdo a la edad y a la estatura, distorsión de la imagen corporal y tres meses de amenorrea (en el caso de las mujeres) (citado en Barber et al, 1995), lo cual comparte con los criterios de diagnóstico del DSM-IV (1998). Los sujetos muestran una tendencia a ser perseverantes, con actitudes perfeccionistas, pero con una tendencia a la inseguridad social y a la dependencia excesiva (Edwards citado en Barber et al, 1995). Además que las anoréxicas pierden peso por ayunos o reducción extremada de la comida, casi el 50% de las personas que padecen el trastorno usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso (Fairburn y Garner citados en Raich, 1994).

Donoso (1990) considera que esta enfermedad no es sólo un enflecamiento de origen mental, sino una modificación global de la conducta nutritiva y, sobre todo, una pérdida de la actitud normal ante el peso y la propia figura corporal (citado en Barber et al, 1995).

Por otro lado, el término *anorexia* implica pérdida del apetito, y esto en realidad no es lo que sucede a los pacientes hasta que no han alcanzado un estado de desnutrición severa y ayuno muy prolongado; más bien es una pseudoanorexia (Abraham y Llewellyn, 1994; Chinchilla, 1994). Muchos pacientes reconocen tener hambre, pero expresan miedo a perder el control de la ingesta si ingieren un bocado más de lo que se

habían propuesto. Para paliar esta sensación de hambre a veces toman cantidades exageradas de líquido, otras en cambio se sienten muy satisfechas de poder controlarlo con su autodisciplina; llegan, incluso, a controlar la sed y son restrictivas no sólo para los alimentos, sino también para el agua. También la saciedad es percibida en forma distorsionada. Refieren distensión, plenitud, náuseas. Por la baja ingesta y la desnutrición, son pacientes con constipación crónica, y esto aumenta su sensación de plenitud y de "guardarse la comida", lo que en ciertos casos los lleva a hacer uso de purgantes. Algunas veces el laxante es empleado con el objetivo de "expiar" la culpa por el "pecado" de haber comido. Es frecuente que comenten sentirse "limpias por dentro" luego de purgarse.

Cuando las pacientes no logran mantener una conducta lo suficientemente restrictiva como para lograr su objetivo e ingieren un plato normal de alimentos o alguno de los alimentos "engordantes", pueden empezar a provocarse vómitos; este es uno de los signos más peligrosos para estas pacientes, y uno de los que empeora el pronóstico y aumenta el riesgo (Hersovici y Bay, 1990).

Por otra parte, Buckroyd (1998) comenta que la anorexia es, en palabras de los médicos, un "trastorno psiquiátrico" que no tiene ninguna causa orgánica, metabólica o genética.

De acuerdo con Turón (1997), en sus propias palabras: "la anorexia nerviosa es aquel trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también en menor medida a mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo de pesar menos, cada vez menos; intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesas/os de lo que están en realidad. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso está en una intensa restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga". Este autor agrega que se trata de un cuadro relativamente fácil de diagnosticar, ya que la sintomatología es explícita y no precisa exploraciones complejas. Sin embargo, dado su inicio insidioso, asociado a la pretensión de adelgazar tan común en nuestra sociedad, hace que cuando se detecta el problema ha pasado un tiempo muy valioso y algunas estructuras familiares, necesarias para la recuperación ya están dañadas.

Por su parte, Martínez-Fornés (1994) propone que la anorexia nerviosa es la enfermedad de las cinco "a's": anorexia; adelgazamiento, que puede llegar a la caquexia; actividad exagerada e incansable, tanto física como mental; amenorrea; a la contra, sin el menor deseo de complacer a los padres, a su médico o equipo médico, a sí misma; no comer, no aceptar el más mínimo aumento de peso, no querer desarrollarse y hacerse adulta.

La Asociación Americana de Anorexia Nervosa declara que la anorexia es "un ser o trastorno de deliberada inanición con profundos componentes físicos y psiquiátricos" (Barber et al, 1995).

Así, entonces, el sello distintivo de la anorexia nerviosa es el deseo exagerado de la delgadez y con una convicción total de que el cuerpo de la persona "está muy gordo". En un inicio, la persona empieza una dieta para reducir la estigmatización de su obesidad, para sentirse más en control, o para ganar la aprobación de los demás. Después de haber empezado con una dieta típica de los adolescentes, pronto aparecen características que sugieren que el síndrome se está desarrollando. La dieta se caracteriza por el replanteamiento de metas de estar en un peso más bajo una vez que se haya alcanzado la meta anterior. Los pacientes se pueden pesar varias veces al día. Incrementan su actividad física para bajar más de peso. La atención en la actividad física puede alcanzar un nivel en los que el paciente se puede rehusar a sentarse para seguir quemando más calorías. Al mismo tiempo los contactos sociales disminuyen. La persona generalmente empieza a confinarse al trabajo de escuela, al ejercicio y a la dieta. Una característica frecuente pero no universal de la anorexia nerviosa ocurre cuando la anoréxica sobrestima significativamente el tamaño de su cuerpo, sintiéndose gorda aún en estados avanzados de emaciación. Dicha distorsión de la imagen corporal está íntimamente ligada a los sentimientos de rechazo del cuerpo y anhedonia.

Muchos pacientes desarrollan un sistema obsesivo de reglas respecto a sus actividades diarias y a la comida. Pueden mostrar creencias mágicas de diferentes grupos de alimentos. Frecuentemente existe una larga lista de alimentos prohibidos; si la bulimia también está presente, es común que alimentos ricos en carbohidratos y grasas sean consumidos durante los atracones. Esos atracones son seguidos de vómitos, abuso de laxantes o diuréticos, una restricción severa de alimento, o ejercicio intenso. Una minoría de pacientes anoréxicos se auto inducen el vómito o hacen mal uso de laxantes a pesar de que no se dan atracones (Garfinkel, 1995).

Es común una pobre concentración cuando las personas se encuentran en estado de inanición. Patrones de pensamiento característicos, que con frecuencia están presentes premórbidamente, se vuelven prominentes. El pensamiento dicotómico, de estilo de razonamiento todo-o-nada, lleva a la conclusión que el más

insignificante aumento de peso representa una transición de delgada a gorda. Ese patrón cognitivo se extiende más allá de lo relacionado con la comida y el peso hasta los pensamientos intrapsíquicos e interpersonales. Esto va acompañado por un sentimiento de auto desconfianza, ya sea con respecto a las señales biológicas de hambre y saciedad o a estados afectivos.

Debido a que el deseo de delgadez es ego-sintónico, los pacientes rara vez se presentan a consulta con un médico quejándose por la pérdida de peso. Tal vez lo hagan para solicitar ayuda para seguir haciendo dieta en ausencia de obesidad o tal vez se quejen de constipación para así solicitar laxantes; por inflamación abdominal o edema para así solicitar diuréticos; por debilidad o calambres en las piernas debido a hipokalemia, amenorrea, y depresión o ansiedad (Garfinkel, 1995).

Por otro lado, una característica importante de las anoréxicas es la variedad de recursos de engaño que son capaces de esgrimir. Algunas veces la familia ayuda a descubrirlas y otras veces, durante las primeras etapas del tratamiento, se debe "luchar" con los padres que aseguran que su hija "jamás" sería capaz de mentir. Aquí se hace imprescindible contar con un control médico experto, conocedor de estudios de laboratorio. También, es bastante frecuente que las pacientes doblen sus esfuerzos por bajar de peso agregando un desgaste calórico extra. Esto, en lugar de ser visto como parte de la enfermedad, suele ser utilizado por las pacientes para intentar demostrar que no sólo no están debilitadas, sino que gozan de más energías que nunca (Hersovici y Bay, 1990).

Las dietas bajas en calorías, sin que el peso de la paciente lo justifique o aconseje, cuando la dieta, el peso o la figura sean las primeras preocupaciones en la vida de una adolescente o cuando el temor o el rechazo al sobrepeso sean exagerados, obligarán a pensar que esa joven está en peligro de convertirse en una anoréxica.

No aceptarse como se es, tomar el cuerpo como algo que se puede moldear a voluntad, y pensar en los alimentos únicamente en su relación con la ganancia de peso, creer que éstos tienen cualidades o defectos diferentes a los científicamente reconocidos; una excesiva sumisión a estereotipos de la moda y una notable credibilidad de los medios de comunicación con sus mensajes relacionados con la belleza, el peso y la figura, son pensamientos y actitudes peligrosas, que deben ser motivo de alarma y de un precoz control de la situación para evitar la aparición de la enfermedad en toda su sintomatología (Turón, 1997).

Según Duker y Slade (1995) existe cierta dificultad en clasificar estos trastornos. Es especialmente importante distinguir entre enfermedad física y acción deliberada, ya que ambas generan respuestas muy distintas en las personas. Por lo regular, no se considera que uno tenga la misma capacidad de elección tratándose de enfermedades físicas que si se trata de las cosas que hace. Por tanto, cuando se piensa que algo es consecuencia de algún acto de la persona, tiende a haber ideas relativas a responsabilidad personal, y en ocasiones culpa. Pero si se juzga que algo es una enfermedad física, se supone que sale sobrando lo referente a responsabilidad y culpa.

El problema con la anorexia y bulimia nerviosa es que no encajan propiamente en ninguna de las dos categorías anteriores. En este sentido, son semejantes al alcoholismo y la farmacodependencia. Pertenecerían a una tercera categoría en la cual los actos de la persona han sido en cierto modo restringidos, y cada vez lo están más como consecuencia de cambios psicológicos autoinducidos. Por varias razones, la bulimia es la que parece entrar más en este campo, ya que los accesos de glotonería son similares a las borracheras. Por su parte, la anorexia nerviosa es un "enredo" sumamente complicado en el que puede entrar la persona si su conducta trastorna las condiciones en que suelen funcionar su cuerpo y su cerebro (Slade citado en Duker y Slade, 1995).

La imposibilidad de clasificar la anorexia o la bulimia como una enfermedad física o como un acto deliberado rebasa los límites de lo académico. Es algo que vive en carne propia la familia de la enferma. La mayoría de los padres que encara este problema se sienten atrapados constantemente entre el enojo y la ansiedad. Por una parte, pueden disgustarse con su hija por su negativa a comer o por comer desafortunadamente, o bien les asalta el temor de que en realidad esté enferma, y como de eso ella no tiene la culpa deben mostrarse más comprensivos. Es esta confusión por no saber qué actitud tomar lo que los deja desconcertados, y ya no saben cómo proceder (Duker y Slade, 1995). Quienes rodean a la anoréxica tardan en descubrir la situación a causa de la total y rígida congruencia de la persona. (Igualmente, con tal de que no esté comiendo, la conducta de la bulímica es congruente.)

Por otro lado, muchas personas restringen la cantidad de alimentos que ingieren, y por diversas razones que al parecer nada tienen que ver con enfermedad. Por tanto, a primera vista, es probable que también la paciente anoréxica tenga alguna meta determinada al rehusarse con tanta insistencia a comer. Se ha

La conducta de la anoréxica voluntaria podría ser, por ejemplo, simplemente una forma de llamar la atención, protestar por su rol femenino, cometer un suicidio, o incomodar a la madre. Cuando la paciente parece estar creándose activa e intencionalmente sus síntomas al restringir sus alimentos que come, lo cierto es que ella apenas puede explicar porque está tan preocupada por regular esta ingestión. Aun si ofrece explicaciones, éstas parecen ser totalmente injustificadas para llevar dicha autorregulación a tales extremos. La conducta de la anoréxica carece de la flexibilidad que usualmente es característica de la acción voluntaria. Al parecer, ella ha decidido controlar su ingestión de comida, y sabe muy bien lo que hace y posee gran determinación para llevar adelante su cometido. Sin embargo, al mismo tiempo parece ser totalmente incapaz de modificar la situación, aun cuando su demacración perturba a personas que ella no quisiera incomodar, como padres, marido, hijos y amigos. Le es imposible hacer algo al respecto aunque esté tan delgada y en peligro de morir. Por tanto, aunque la conducta de la persona anoréxica da la impresión de poseer cierta lógica, quienes se enfrentan a ella se percatan finalmente de que es en definitiva inexplicable (Duker y Slade, 1995).

Criterios de Diagnóstico

Tal como se vio en el capítulo anterior, la anorexia nervosa como entidad nosológica separada ha ido cambiando con respecto a sus criterios de diagnóstico. Así, a lo largo del tiempo, han existido diversos autores que han dictado sus propios criterios en base a sus experiencias y observaciones (v.g. Nissen, Freighner, Sours, Halmi, entre otros; los cuales se reseñan más adelante). Dicho sea de paso, los criterios son muy parecidos entre sí. Sin embargo, los que más se utilizan en clínica desde los ochenta son los acuñados por la Asociación Psiquiátrica Americana.

Vale la pena mencionar los criterios anteriores del Manual de Criterios Diagnósticos DSM-III-R (APA, 1987) para poder observar el cambio que se ha ido dando en cuanto a la especificidad para hacer un mejor diagnóstico. La anorexia nervosa se manifestaba por:

- Un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la talla y la edad. Por ejemplo, pérdida de peso hasta de un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.
- Un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Igualmente una alteración en la percepción del peso, talla o silueta corporal, por ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa" aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.
- Por último, en las mujeres, ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Posteriormente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994) se muestra una visión más amplia de los trastornos de la conducta alimentaria, en el cual 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 periodo 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.)

El cambio entre ambas ediciones radica en que ahora surgen dos formas de presentación de la patología. De este modo, se la pide al clínico *especificar* el subtipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones a las purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Dentro de dicho manual se manifiesta que el diagnóstico de anorexia nerviosa puede dificultarse, debido a que muchos factores sociales y culturales comunes promueven y conservan una conducta de anorexia. Sin embargo este mismo diagnóstico no se torna tan complicado si la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas.

Resulta evidente que en los criterios del DSM-IV y en los del DSM-III-R ya no se habla de un porcentaje de un déficit de peso tan bajo para establecer el diagnóstico, y esto es crucial porque es un error esperar a que el paciente esté caquéctico para hacer el diagnóstico, cuando todos los otros signos están presentes.

Durante los inicios de la patología y algún tiempo más tarde, el único signo es la disminución del tejido adiposo, esto se debe a que por lo general las pruebas de laboratorio suelen ser normales (Barber et al, 1995), salvo en algunos aspectos.

El rasgo diagnóstico más característico de la organización mental de la paciente que padece el trastorno es su terror a engordar. En la ANOREXIA NERVIOSA algunas personas con este trastorno se sienten "obesas" mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas pero aún así les sigue preocupando que algunas partes de su cuerpo (frecuentemente el abdomen, las caderas, las nalgas, los muslos, las piernas e incluso la redondez del rostro) a su parecer se encuentran demasiado gordas (Barber et al, 1995; Hersovici y Bay, 1990). Suelen emplear varias técnicas de estimación del tamaño y peso de su cuerpo, estas pueden ser pesarse constantemente en una báscula, se miden diferentes partes del cuerpo de forma obsesiva o se observan en el espejo muchas veces para verse las zonas que consideran "obesas". Su nivel de autoestima depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Es para ellas un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; por el contrario ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esto pueda tener implicaciones médicas graves.

Una característica clínica de importancia central en la anorexia nerviosa es la alteración de la imagen corporal, debido a que de este sintoma dependen en gran parte el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El aumentar algunos kilos durante el tratamiento es vivido como "un paso hacia la obesidad". (Barber et al, 1995).

Además, es frecuente que se sienta avergonzada por su peso o su ingesta y lo considere como un signo de autoindulgencia condenable. Generalmente viene acompañado por un intenso temor a perder el control en la comida, de modo que la búsqueda tenaz de la delgadez se vuelve un modo de procurarse seguridad respecto del riesgo de engordar. Así, la evitación de la gordura se vuelve una idea sobrevalorada, y cuando el entrevistador le pregunta cuál es el peso que considera apropiado para sí, inevitablemente lo ubicará muy por debajo de cualquier patrón razonable. Es común que la paciente niegue verse delgada o que insista en que sus piernas o sus brazos aún se vean un poco gordos. A pesar de su evidente mala salud, lo más habitual es que la paciente niegue su enfermedad minimizando sus síntomas, y cuestione y se oponga al tratamiento. Algunas veces esta resistencia se mitiga cuando comienza a sentir cansancio corporal, insomnio u otros trastornos. También suele ocurrir que aquellas pacientes que aseguraban sentirse perfectamente bien al momento de la primera consulta, suelen aclarar con entusiasmo sentirse con muchas más fuerzas y de mayor ánimo luego de haber empezado a recuperar peso (Hersovici y Bay, 1990).

La amenorrea generalmente es consecuencia de la pérdida de peso, pero en el menor de los casos la precede (amenorrea primaria o secundaria). En las niñas prepúberes se puede retrasar la aparición de la menarquía.

Así, la anorexia nerviosa suele ser insidiosa en su forma de presentación, los pacientes proponen comenzar un programa de adelgazamiento, con dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física, y así comienza la pérdida de peso. En general, esto genera bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se ha iniciado. La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente, o cuando aparece la amenorrea. No es poco frecuente que sea alguien del entorno familiar quien detecte que los cambios que se han hecho manifestados y sugiera la consulta (Hersovici y Bay, 1990). En otras palabras, con mucha frecuencia los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su gran pérdida de peso (o cuando observan que no sube de peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica se debe al malestar físico y psicológico que le produce ingerir tan poco alimento. Rara vez una mujer con anorexia nerviosa se queja de una pérdida de peso *per se*. Normalmente las pacientes tienen poca conciencia de su trastorno, lo niegan o se justifican contando historias poco creíbles (Garfinkel, 1995).

O también puede suceder que una vez que se presentan los síntomas físicos evidentes de demacración y cese de los periodos menstruales (amenorrea), lo común es que la familia de la enferma la obligue a ver al médico. Las puras explicaciones fisiológicas no bastan para comprender el trastorno. El aspecto físico de la anoréxica cuando pesa poco puede causar bastante alarma, en particular si ya está en el punto en que requiere atención médica urgente (Isaacs *et al* citados en Duker y Slade, 1995).

Siegler (1999) opina que el aspecto de las anoréxicas es de una prominente cabeza que parece muy grande para sus "marcos tan ligeros". Sus brazos y piernas tienen una apariencia de palos de escoba, sus articulaciones como los codos y las rodillas están claramente visibles bajo la piel, su rostro es esquelético (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990). Parecería increíble que alguien que de un hogar y una familia con suficientes recursos pueda estar sufriendo de algo como desnutrición. El cuadro fisiológico que presenta es muy parecido al producido por una disminución grande de calorías provocada por cualquier causa. Casi todas las personas anoréxicas son físicamente maduras o casi maduras antes de empezar a reducir su ingestión de alimentos, y también ingieren comida de alto valor nutricional aunque en dosis mínimas. Debido a ello la inanición casi nunca atrofia el crecimiento, ni provoca los trastornos físicos propios de las deficiencias dietéticas ocasionadas por hambrunas y otros desastres. Una excepción es la osteoporosis, que puede presentarse en enfermas crónicas de anorexia nerviosa delgadas que dejan de menstruar en absoluto durante muchos años (Isaacs *et al* citados en Duker y Slade, 1995).

Por otra parte, con respecto al síntoma de la marcada pérdida de peso se ha interpretado de diferente manera según distintos autores, por ejemplo: Bruch señala que el síntoma es "una implacable búsqueda de la delgadez". Mara Selvini-Palazzoli dice que es "un deseo deliberado de ser delgada", y por último, Ziegler y Sours afirman que es "una búsqueda de la delgadez como un placer en sí mismo" (Garfinkel, 1995).

En cuanto al temor de engordar éste involucra a la vez, el mismo intenso miedo de engordar y la importancia del peso y silueta en las actitudes y sentimientos de la persona acerca de su cuerpo. Sin embargo, existen datos que indican que muchas personas con anorexia nerviosa no sobrestiman su tamaño y esa sobreestimación no es única de las personas con el trastorno. La referencia más bien debe hacerse a que la negación del paciente de las serias consecuencias que implica la pérdida de peso en la anorexia. La persona no reconoce que su cuerpo que ha cambiado ya no es ni saludable ni atractivo (DSM-IV, 1994).

Hersovici y Bay (1990) comparten con el DSM-IV (1994) la especificidad de los criterios diagnósticos, señalando los mismos subtipos agregando lo siguiente en cuanto al tipo compulsivo/purgativo:

"Hay algunos casos de este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen purgarse, incluso si han comido muy poco. Al parecer la mayoría los pacientes que se encuentran en este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos una vez por semana".

El grupo que incurre en comportamientos de purga pero sin atracones generalmente tiene características del tipo compulsivo.

Los anoréxicos bulímicos generalmente pesaron más antes de la enfermedad y con más frecuencia fueron obesos; también provienen de familias donde la obesidad es mucho más común. Por lo general utilizan más el vómito autoinducido y el abuso de laxantes para controlar su peso. Suelen ser impulsivos, y eso no es sólo evidente en sus conductas alimenticias sino también en otros comportamientos: con mucha frecuencia tienen problemas con el alcohol o drogas comunes; pueden robar, y comparados con los restrictivos son más proclives a la automutilación y al suicidio. El grupo bulímico de anoréxicos también difieren en características de personalidad; éstos con frecuencia tienen un trastorno de personalidad límite, narcisista o antisocial - un grupo que descarga sus impulsos a través de la acción, en contraste con los restrictivos que son mucho más inhibidos (Hersovici y Bay, 1990).

Otros tipos de anorexia

Básicamente, existen dos tipos: la anorexia (donde verdaderamente hay una falta de apetito) debida a problemas físicos, que suele acompañar un cortejo de síntomas y signos específicos o inespecíficos, y la anorexia llamada nerviosa, de origen psicológico. Son enfermedades que se acompañan de anorexia: tuberculosis, cáncer, algunos trastornos mentales, la drogadicción a ciertas sustancias (heroína, anfetaminas, etc.) y las enfermedades del niño en general. El organismo infantil, sobre todo en los primeros meses, reacciona como un todo frente a cualquier agresión; por ello, no es de extrañar que una de las primeras manifestaciones de la enfermedad en la infancia sea la falta de apetito. Es algo normal, que no implica gravedad la mayor parte de las veces ("Anorexia y bulimia", 1999).

Anorexia subclínica

Buckroyd (1998) comenta que las descripciones clínicas hechas anteriormente (DSM-IV y CIE-10) han sido ideadas por médicos de hospital que trabajan con anoréxicas tan enfermas que necesitan ser internadas. Estas descripciones se han creado, según la autora, a petición de las compañías aseguradoras médicas de EE UU, que necesitaban una definición estricta de las enfermedades por las que pagan, y han sido ampliamente usadas por médicos que gustan de diagnósticos claros e inequívocos. Pero esos criterios sólo describen las etapas más avanzadas de la enfermedad; existe cierto tipo de anorexia llamada **anorexia subclínica**, la cual se refiere a aquellos individuos cuyos síntomas no son tan graves como algunos de los descritos con anterioridad, puede ser la joven que ha perdido más de 6 kilos en los últimos seis meses, que busca excusas para no comer con su familia, que anuncia que se ha vuelto vegetariana y rechaza comer "grasa" de cualquier tipo. Igualmente la chica que desde hace un año pierde peso gradualmente, no quiere salir porque dice sentirse muy gorda y fea, y tiene reglas periódicas pero escasas, así como también la adolescente de quince años que mide 1.70 m y usa la talla 5, todavía no menstrúa, quita la grasa de la carne, no pone mantequilla al pan, dice ser "muy gorda" y se pesa varias veces al día.

La autora cree que con certeza hay muchas mujeres jóvenes que sufren un leve grado de anorexia y nunca van al médico o que han ido desarrollando anorexia durante un tiempo muy prolongado antes de llegar a la consulta. Hasta cierto grado manifiestan muchas de las características de la enfermedad, la padecen en buena medida y si tuviesen alguna clase de ayuda para curarse la aprovecharían. Y así como es más fácil ocuparse de las enfermedades físicas si se les descubre en una etapa más temprana, resulta más fácil ayudar a alguien anoréxico cuando presenta una forma temprana de la enfermedad que cuando las obsesiones y las fobias se han convertido en un estilo de vida.

Anorexia depresiva

Existe la posibilidad de que la anorexia acompañada de trastorno afectivo, y más concretamente de trastorno depresivo mayor, pudiera constituir un subtipo clínico diferenciable de la anorexia sin depresión. De acuerdo con Biederman y Rivinus (1984) detectaron una actividad MAO plaquetaria en anoréxicas afectadas de trastorno depresivo mayor significativamente diferente de la verificada en anoréxicas no depresivas. Afirman que la "actividad MAO plaquetaria puede ser útil para discriminar entre subtipos de pacientes con anorexia nerviosa" (Biederman y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos de la alimentación experimentan depresión. Algunos expertos aseguran que la depresión no desempeña una función causal, particularmente en la anorexia, por que estos trastornos rara vez se curan cuando el medicamento antidepresivo se da como el único tratamiento y la gravedad del desorden alimentario no se correlaciona con la gravedad de ninguna depresión existente. Además, la depresión con frecuencia mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a subir de peso. Por otro lado, estudios han descubierto cantidades bajas de ciertos neurotransmisores en personas con anorexia y bulimia severa, que permanecen bajas incluso después de que ha recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión y las anomalías de la serotonina se ven en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Un enlace interesante es el carácter estacional, el mes de apogeo para el inicio de la anorexia es mayo, el cual es también el mes de apogeo para el inicio de la depresión y para el suicidio ("Trastornos del comer: Anorexia y bulimia nerviosa", 1999).

Anorexia por actividad

Según Epling y cols. (1983) hay un subtipo anoréxico que ellos proponen denominar *anorexia basada en la actividad*, la cual se fundamenta en la interacción entre los efectos de (1) la privación y el patrón alimenticios sobre la actividad y (2) los de la actividad sobre el consumo alimenticio. Se parte de la base que una actividad locomotora extenuante tiende a suprimir el apetito. Esta disminución del valor reforzante del alimento afectaría al patrón y/o a la privación alimenticios, lo que ulteriormente aumentaría la actividad. Ambos factores, la actividad física y la restricción de la ingesta, constituirían un conjunto de condiciones suficientes para producir la anorexia por actividad (Toro y Vilardell, 1987). En pocas palabras, podría decirse que entre más ejercicio (actividad física), menos hambre (anorexia, entendida como el no tener apetito).

Anorexia masculina

Los casos de anorexia masculina son en verdad pocos, pero lo que sí es seguro es que existe. Sin embargo, su escasa frecuencia ha hecho que haya sido considerada como diferente. Por supuesto, desde una

perspectiva psicoanalítica determinadas hipótesis específicamente propias de la condición femenina infantil son puestas en tela de juicio por la simple existencia de la anorexia nerviosa masculina (Toro y Vilardell, 1987). Por otro lado, durante un cierto tiempo ha predominado la idea de que la anorexia en el varón implicaría más patología general, más complicaciones psiquiátricas (González citado en García-Escamilla, 2002a; Toro y Vilardell, 1987). En cualquier caso, para poder hablar de anorexia masculina y de anorexia femenina como cuadros diferenciados, es preciso que, por lo menos clínicamente, resulten significativamente diferentes (Toro y Vilardell, 1987).

Por ejemplo, Fitcher y cols. (1985) compararon las características de 29 anoréxicos primarios con 23 anoréxicas. Este estudio determina que la edad media de inicio del trastorno es la misma para ambos sexos. El 95% de los varones habían manifestado negación de la enfermedad, hiperactividad, ideal de delgadez, fobia al peso y dieta. Los síntomas bulímicos se dieron en el 76% de ellos, siendo considerados restrictivos el 24%. Los vómitos se produjeron en la mitad de los pacientes. Todo ello se superpone esencialmente a lo hallado a las mujeres anoréxicas. Observaron que los anoréxicos experimentaban esa misma sintomatología con algo más de intensidad que las pacientes, manifestando más quejas somáticas, más preocupaciones específicas, más ansiedad con temas sexuales, más hiperactividad. Las exploraciones de rasgos de personalidad no demostraron diferencia significativa alguna. El único hecho diferenciador de forma estadísticamente significativa entre varones y mujeres anoréxicos residió en que *la edad de la madre en el momento del nacimiento del paciente era sensiblemente inferior* en el caso de los anoréxicos (citados en Toro y Vilardell, 1987).

En otros estudios de Crisp y cols. (1986) se compararon 36 varones anoréxicos con una muestra de 102 mujeres también anoréxicas. Tan sólo se observaron diferencias significativas en alguno de los procedimientos empleados para luchar contra el aumento de peso: las mujeres usan más laxantes que los varones. Por otro lado, los varones han practicado permórbidamente el atletismo y los deportes en general mucho más que las jóvenes. Los controles de seguimiento realizados entre 2 y 20 años después de la consulta parecen señalar unos resultados más optimistas en los varones, pero sin llegar a diferencias significativas (citado en Toro y Vilardell, 1987). En conclusión, nada hay en favor de una supuesta anorexia masculina esencialmente diferente de la femenina (Shütze, 1983; Toro y Vilardell, 1987). Se mantiene como tema que exige mayor profundización la aparente existencia de una proporción de preocupaciones sexuales, y más concretamente de homosexualidad, en los varones anoréxicos (Fitcher y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). Cabe señalar que la homosexualidad experimentada en la infancia/adolescencia implique una sobreatención hacia el propio cuerpo de carácter "femenino" favorecedora del cuadro anoréxico. También un proceso inverso: a partir de la adquisición de valores "femeninos" implícitos en la anorexia, la valoración sui generis del cuerpo y de las relaciones interpersonales e intersexuales pudiera facilitar el camino hacia la homosexualidad (Toro y Vilardell, 1987). Es curioso observar que las lesbianas tienen el índice de trastornos alimentarios tan bajo como el de los varones homosexuales; sin embargo, en los varones homosexuales este índice se sitúa a la par que las mujeres heterosexuales (Instituto Nacional Autónomo de Madrid: INAM, 1999).

No hay ninguna evidencia de que los varones anoréxicos estén más confundidos con respecto a su identidad sexual que las mujeres, y la pérdida de peso trae aparejado un bloqueo endocrinológico para ambos, es probable que los conflictos que congela la anorexia son aquellos que tienen que ver con las crisis de desarrollo comunes a todos los adolescentes, más bien que aquellos que giran alrededor de los temas espinosos de la sexualidad femenina en nuestra sociedad industrial (Burns y Crisp citados en Hersovici y Bay, 1990). No obstante, Chinchilla (1994) menciona lo contrario, esto es que entre los varones, uno de los factores psicológicos de vulnerabilidad, diferente a los de las mujeres, entre otros, sería la preocupación por la identidad genérica.

Al parecer no es tanta la incidencia en varones debido a que ellos tienen otros criterios para desarrollar su autoestima, porque no suelen hacer dietas adelgazantes (Martínez-Fornés, 1994). Igualmente, que con las mujeres tanto la anorexia como la bulimia se presenta con más frecuencia y la prevalencia crece sobre todo en aquellos cuya profesión exige cierta delgadez y gira alrededor del cuerpo (modelos, actores, deportistas, bailarines, jockeys, etc.) (Holtz y Tena-Suck, 1995a; Martínez-Fornés, 1994).

De acuerdo con Martínez-Fornés (1994) la anorexia afecta sólo a 2-3 varones por cada 100 mujeres enfermas. Según González (citada en García-Escamilla, 2002a) actualmente, hay un varón por cada seis mujeres que padece algún trastorno alimentario. Diversas investigaciones en Estados Unidos revelan que los que sufren del trastorno alimentario compulsivo (comer compulsivo, atracón o *binge eating*), 40% son varones y 60% son mujeres (González citada en García-Escamilla, 2002a). La anorexia la sufren sobre todo las mujeres en una proporción aproximada de nueve a uno. Los varones padecen más frecuentemente de

bulimia o se convierten en comedores compulsivos, mal, en el que la proporción se reduce siete a tres o seis a cuatro. Esto se debe a que son más las presiones emocionales a las que está sujeta la mujer (Zúñiga citado en Scherer, 2002). En España la incidencia de anorexia en los varones en el año de 1996 era de 0.69% y de anorexia parcial (subclínica) era de 0.36%. En lo que toca a la bulimia el número igualmente era de 0.36% y de bulimia parcial era de 1.66%, las cifras van en aumento, probablemente en el presente año el porcentaje sea mayor ("Anorexia y bulimia", 1999).

Cabe consignar que la epidemiología de la anorexia nerviosa en varones es similar a la de las mujeres en cuanto a mayor incidencia en las clases socioeconómicas más altas, la aparición es frecuentemente durante la adolescencia y, en general, tiene como punto de partida un régimen, pero otras veces puede ser disparada por una pérdida de peso debido a una enfermedad orgánica, a una desilusión o un acontecimiento de la vida que impactó de modo significativo. También se verifica que las familias suelen tener mayor incidencia de enfermedad depresiva y de hermanos con anorexia nerviosa (Hersovici y Bay, 1990). Por lo general, los factores de riesgo para los varones pueden ser los mismos que para las mujeres, sin embargo, se ha encontrado más comúnmente una autoestima pobre, abusos físico y sexual durante la niñez, contrario a la opinión popular y a la hipótesis planteada con anterioridad, la homosexualidad no es un factor de riesgo ("Trastornos del c...", 1999). El sexo es un factor de protección frente a los trastornos de la alimentación. Hasta ahora el varón era "un arma eficaz" contra la anorexia y la bulimia, pero está cambiando. Cada vez hay más casos de muchachos que sufren estas patologías. Probablemente esto se deba a los cambios sociales, un mejor diagnóstico, un nuevo comportamiento de la enfermedad y un conocimiento mayor de las consecuencias físicas de padecer trastornos de la alimentación ("Anorexia y bulimia", 1999). Los varones son más aptos para ocultar un trastorno de la alimentación, haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostique o puede no ser reportada ("Trastornos del c...", 1999). De hecho, estadísticamente, los varones que acuden al médico por trastornos de la alimentación, lo hacen con el padecimiento mucho más avanzado que las mujeres (González citada en García-Escamilla, 2002a). En este caso quienes lo padecen lo ocultan aún más, por considerar que estos son trastornos "de mujeres" (Holtz y Tena-Suck, 1995a). Es frecuente escuchar que las jóvenes presentan este tipo de problemas, por ello, los varones no aceptan fácilmente que ellos también pueden tenerlos (García-Escamilla, 2002a). Es más, en un estudio sobre hombres mayores de edad se encontró que un 11% tenían alguna forma de trastornos de la ingesta que dio lugar a malnutrición ("Trastornos del c...", 1999). Los varones con anorexia frecuentemente presentan hemorroides y experimentan pérdida de la libido. Aunado a esto, las concentraciones bajas de testosterona relacionadas con la demarcación, con frecuencia no se normalizan después de recuperar el peso (Brotman y cols. citados en Norman, 1994).

Vigorexia

A través de los tiempos siempre ha habido un culto al cuerpo masculino fuerte, no se trata sólo de una moda, pero para muchos hombres se vuelve obsesivo, se angustian pensando que su cuerpo no es suficientemente fuerte y musculoso, dan atención excesiva a su dieta e invierten horas en el levantamiento de pesas, llegando a obstaculizar su vida social, y evitando situaciones en que tenga que exhibir su cuerpo. A esto se le llama vigorexia (González citada en García-Escamilla, 2002a). La vigorexia es una obsesión en torno al culto del músculo, consiste en una actividad física exagerada. Se dice que los varones tienen (por el momento) unos modelos más musculosos, no tan delgados, como los de las mujeres. Este es un trastorno mental denominado así por el psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope. En sus estudios se comprobó que entre los más de nueve millones de estadounidenses que acuden regularmente al gimnasio cerca de un millón podían estar afectados por este desorden emocional. Por su parte, la dismorfia corporal conlleva una obsesión reiterada por alguna parte del cuerpo (González citada en García-Escamilla, 2002a; INAM, 1999).

Quien padece vigorexia sufre trastornos en la conducta alimentaria, ingiriendo hormonas, esteroides anabólicos y suplementos alimenticios, siguen dietas bajas en grasas y ricas en carbohidratos y proteínas para aumentar la masa muscular, y realiza horas y horas de ejercicio especialmente en gimnasios, convirtiéndose en una obsesión. Se pesan varias veces al día, y hacen comparaciones con otros compañeros de gimnasio. La enfermedad va derivando en un cuadro obsesivo-compulsivo que hace que se sientan fracasados, abandonen sus actividades y se encierran en gimnasios día y noche. Es predominante en los varones, pero ya se están detectando casos de mujeres obsesionadas con el músculo. A diferencia del miedo a engordar, los temores del sujeto se derivan de la idea de ser demasiado delgado o no tener suficiente musculatura. El concepto está relacionado de forma indiferente al de dismorfia corporal, pero ésta está más ligada a la obsesión por los defectos físicos específicos y a recurrir a cirugías para corregirlos.

La diferencia entre el genuino deseo de querer fortalecer los músculos y la vigorexia, está en la obsesión por construirse un cuerpo diferente a partir de una percepción distorsionada y de un intenso rechazo hacia la fisonomía propia. Al igual que en la anorexia, el varón nunca alcanza el estado deseado, el gimnasio se convierte en un verdadero hogar e infierno, porque ahí es donde más se compara con los demás, a pesar de su musculatura se miran constantemente al espejo y se ven enclenques (González citada en García-Escamilla, 2002a; INAM, 1999).

Aunque a la vigorexia se le denomina "la anorexia de los noventa" es un trastorno mental diferente, no es estrictamente alimentario, pero sí comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión de la imagen corporal. Este trastorno no está incluido en tablas de enfermedades psicológicas o psiquiátricas y se le considera un tipo de dismorfia corporal, ya que también se le conoce como dismorfia muscular. Aunque biológicamente hay explicaciones a estos trastornos, por desequilibrios en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores cerebrales, al igual que en la anorexia y la bulimia, no cabe duda que los factores socio-culturales y educativos tienen una gran influencia. Por lo tanto, el tratamiento para las personas afectadas por vigorexia tendrá que ser igualmente multidisciplinario y combinar la farmacología con terapias cognitivo-conductuales (INAM, 1999).

"Más formas de anorexia"

Distintos autores han hecho otras divisiones nosológicas del síndrome anoréxico. La anorexia mental (nerviosa) se distingue de la anorexia crónica y de la anorexia como reacción neurótica. Existe un estadio preanoréxico transitorio, que se observa con frecuencia entre las más jóvenes y cuya evolución es muy favorable. Le sigue en gravedad la denominada reacción anoréxica o anorexia reactiva, es decir "falsa". Estas formas más leves de la enfermedad presentan un adelgazamiento considerablemente menor.

La descripción de las pacientes con una reacción anoréxica, en comparación con las que padecen una auténtica anorexia mental, comprenden su dolencia, dan una mejor respuesta terapéutica, tienen conciencia del conflicto y una pronunciada sensación de enfermedad. La anorexia mental "verdadera", también se constituye una vez iniciada iniciada la enfermedad en anorexia nerviosa pospuberal. Según la estructura de personalidad, se distingue una anorexia histérica, una anorexia obsesiva, una anorexia depresiva y una anorexia con limitrofe con la psicosis.

Existe una forma inmadura y secundaria y otra esquizoide, en ellas existe una pérdida del apetito en primer lugar y sólo secundariamente, la instauración de una amenorrea como consecuencia del adelgazamiento. En el subgrupo de las formas histéricas y obsesivas se reprime conscientemente el apetito desde un principio, respondiendo así al ideal de una delgadez. (Shütze, 1983).

La anorexia infantil que aparece en los primeros años de la infancia y en algunos casos en la lactancia es muy poco frecuente y debe distinguirse, evidentemente, de la forma precoz de la anorexia mental (Shütze, 1983). El rechazo de la alimentación en la anorexia infantil se considera como una protesta del niño contra su madre y no un conflicto típico del desarrollo (González, 1999; Shütze, 1983). Estos niños son estáticos, pegados a su madre, con una mímica y gesticulación escasas. Hay una muy marcada ambición de poder y una gran perseverancia. Pero, en conjunto, el comportamiento del niño es amable, alegre y hábil. El haber sufrido anorexia infantil le priva de contraer más tarde una anorexia mental. Los trastornos de la ingesta en niños que presentan un retraso mental pueden conducir igualmente a estados anoréxicos (Shütze, 1983).

Síntomas y trastornos asociados

Las características descriptivas y los trastornos mentales asociados son principalmente pérdida de peso y generalmente se suelen presentar síntomas del estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés en el sexo. Muchos de los síntomas depresivos pudieran ser consecuencia de las secuelas fisiológicas de la semiinaniación.

En algunos de los pacientes se observan características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, relacionado con la comida o no. Estas personas siempre tienen pensamientos con relación a la comida, algunas veces suelen coleccionar recetas de cocina o almacenan alimentos. Estas obsesiones y compulsiones pueden ser producidas o aumentadas a consecuencia de la desnutrición. Así también se pueden presentar ciertas características asociadas a la anorexia nerviosa, como por ejemplo la preocupación por comer en público, el sentirse incompetente, una gran necesidad de tomar control sobre el ambiente que le rodea, inflexibilidad en el pensamiento (pensamiento dicotómico), poca espontaneidad social y restricción de la expresión de emociones y de la iniciativa.

Como se describió antes, a diferencia de los sujetos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los pacientes del tipo compulsivo/purgativo, poseen una mayor probabilidad de padecer problemas de control de impulsos, abuso de alcohol u otras drogas, labilidad emocional y de hiperactividad sexual (DSM-IV, 1994).

Bajo este mismo rubro, Braun, Sunday y Halmi (1994), encontraron que en 105 pacientes con trastornos alimentarios, el 81.9% tenían además del trastorno alimentario, otro diagnóstico. Las patologías más comunes eran: trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibidoras del apetito y ansiolíticos. Además encontraron que las anoréxicas restrictivas, en general, desarrollaban primero el trastorno de la alimentación y posteriormente otro de las trastornos anteriormente citados.

Por su lado, Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1995), realizaron un estudio partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-III para los trastornos de ansiedad, evaluando a un grupo de 47 pacientes con trastornos de la alimentación encontrando en muchas ocasiones la relación entre éstos y otros trastornos de ansiedad como los ataques de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), aunque respecto a las bulímicas ninguna de ellas había padecido el TOC.

Wonderlich, Stephen, Swift, Soltnick, y Goodman (1990) y Smith, Burkey, Nawn y Reif (1991), han propuesto la coexistencia de trastornos de la alimentación y trastornos de personalidad. Así, Wonderlich y Swift (1990) estudian esta relación siguiendo los criterios del DSM-III. Los autores encontraron que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo estaba presente en la anorexia restrictiva, pero no en la anorexia bulímica, la bulimia de peso normal estaba asociada con personalidad histriónica; e independientemente del subtipo de trastorno de la alimentación, la depresión era mayor en sujetos que cumplían con los criterios de personalidad borderline y dependiente.

Síntomas o cambios conductuales

Al igual que como lo describe el DSM-IV (1994), algunas de las conductas más características de los pacientes con anorexia están relacionadas con la comida, a saber, los sujetos con frecuencia preparan comidas muy elaboradas para los demás, aunque tienden a limitar las suyas con dietas con bajo contenido calórico. Aparte de que la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura (Barber et al, 1995).

Conducta alimentaria y patrones de alimentación en la anorexia

A continuación se explica cómo es que comienzan estos patrones de alimentación tan peculiares de la anoréxica y cómo es que se van aumentando. Normalmente la anorexia se desarrolla a lo largo de cierto periodo, durante el cual la paciente cambia sus patrones de alimentación pasando de una dieta normal (o más o menos normal) a otra muy restringida. Este proceso puede durar meses o años. A menudo parece comenzar en una mujer joven que sigue una dieta. No hay nada de raro en eso, pero lo que diferencia a la persona que puede padecer anorexia es que a ella no le resulta difícil hacer la dieta como a la mayoría de la gente. Llega a disfrutar de la sensación de hambre y parece ser capaz de disciplinarse de un modo que es muy poco común; la mayoría de las personas que siguen una dieta tienen serias dificultades para seguir haciéndola y no disfrutan en absoluto del proceso. Luego, como si hubiera descubierto una nueva capacidad, la anoréxica continúa haciendo dieta aunque haya llegado al peso deseado o haya terminado el periodo original del régimen. En cambio, la mayoría de los que hacen dieta sienten alivio al finalizarla y rápidamente retoman a sus antiguos patrones de alimentación (Buckroyd, 1998).

La anorexia no siempre empieza de esta forma. A veces se inicia con el rechazo a todos los alimentos que se considera que engordan. Por ejemplo, una adolescente puede comenzar dejando de comer mantequilla, aceite o grasa de cualquier tipo. Lo que empieza con la eliminación de toda la grasa visible de la carne puede llevar al rechazo de cualquier alimento frito, a no poner mantequilla ni margarina en los bocadillos, a evitar las galletas o los pasteles porque contienen grasa, a negarse a comer carne porque es "grasosa", a tomar sólo leche descremada, a reaccionar con auténtico pánico ante la comida preparada por alguien que haya usado grasa. Típicamente, este patrón luego se extiende a otros alimentos como el azúcar. Con el tiempo, la joven anoréxica termina siguiendo una dieta que es muy defectuosa desde el punto de vista alimenticio. Por ejemplo, muchas anoréxicas se vuelven vegetarianas o vegetarianas estrictas antes de desarrollar anorexia, y aunque es perfectamente posible seguir una dieta semi-vegetariana o vegetariana estricta alimenticiamente sana, las anoréxicas interpretan que ser vegetariana significa comer casi

exclusivamente frutas y verduras (Buckroyd, 1998), suelen comer alta cantidad de fibra; y con respecto al agua hay dos comportamientos distintos: una eliminación casi total para disminuir peso y volumen, o un alto consumo para obtener sensación de saciedad (potomania), disminuir la absorción de los pocos alimentos y favorecer la aparición de diarrea (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Martínez-Fornés, 1994). No satisfacen sus necesidades alimenticias de grasas, proteínas y carbohidratos. Otras anoréxicas pasan de prescindir de un alimento específico a comer muy poco de cualquiera. La cuestión es que lo poco que comen resulta nutritivamente muy insuficiente; por ejemplo, se pasan el día con un café y una barra de chocolate. Otras se sienten orgullosas de comer sólo lo que es puro y bueno (lo natural), pero intentarán sobrevivir a partir de manzanas y té negro. Algunas anoréxicas descubren alimentos que "no engordan", como ensaladas, verduras, manzanas o pan tostado, y que les permiten comer grandes cantidades. Estos alimentos son considerados buenos mientras la inmensa mayoría resultan malos. Una anoréxica profundamente enfascada en su forma estricta de alimentarse se puede angustiar de sobremanera si se le pide que coma estos alimentos "malos", por pequeñas que sean las cantidades. Se ha vuelto fóbica con la comida, y siente muchísimo terror y pánico ante la perspectiva de comer un plato de carne (Buckroyd, 1998).

Sea cual sea el proceso, la anoréxica llega a un punto en que lo que come no le alcanza para mantener el peso normal. La cantidad de calorías que consume es sencillamente insuficiente. Lo que comenzó con una restricción del consumo se ha convertido en una progresiva inanición; ya no hay límite ni cómo detenerlo. Lo que comenzó como control ha terminado en descontrol. Todo eso se hace en nombre de la pérdida de la gordura, aunque a los ojos de los demás la paciente sea cualquier cosa menos gorda. Asimismo lo hace al precio de negar el hambre. Para la persona que siente la necesidad compulsiva de parar, ésta es más una tentación espantosa que un recordatorio del cuerpo sobre la necesidad de comer. Ese mensaje de su cuerpo será tan total y eficazmente dominado y transformado que la anoréxica podrá decir, y creer, que no tiene y no siente hambre (Buckroyd, 1998).

Dicho de otra manera, el inicio de una dieta restrictiva suele ser "la obertura pública, manifiesta del drama que se avecina". Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los carbohidratos, acostumbra a prolongarse mediante la supresión o reducción de las grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica. No es poco frecuente que cuando el trastorno está avanzado, que la anoréxica se mantenga con uno o dos yoghurts, algún trozo de queso (panela), ciertas verduras y ensaladas sin aderezo, y esporádicamente una pequeña cantidad de carne (a la plancha). En casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida, con el peligroso riesgo de la consiguiente deshidratación, lo que obliga a una hospitalización (Toro y Vilardell, 1987).

Es imposible sentir tanta angustia ante la gordura y tanto temor a la comida como le sucede a una anoréxica y ser capaz de continuar comiendo con otras personas de un modo normal. Las fobias de la anorexia son tan difíciles de controlar que la anoréxica se irá aislando gradualmente de las otras personas para poder seguir con su conducta de anoréxica. Eso no pasa forzosamente de repente ni de forma muy rápida. Generalmente, las anoréxicas se vuelven muy mentirosas, por ejemplo, se ven obligadas a decirles a sus padres que ya han comido mientras no lo han hecho. Es importante recordar que la comida y el comer se convierten en fuente de gran ansiedad.

Lo que con frecuencia resulta difícil de soportar en las familias es que la mujer anoréxica quiera preparar la comida pero se niegue a comerla pero se niegue a comerla e insista en que los demás la coman.

Una anoréxica tiene muchas formas de ocultar su dieta inadecuada a los que la rodean, que han advertido su pérdida de peso y la animan a comer. Por ejemplo, toma la comida diciendo que la comerá más tarde pero en realidad se la da a otro o la tira a la basura. Muchas comidas han sido desperdiciadas de esa manera. A veces la comida se esconde en una servilleta, en un (los) bolsillo(s) o en otros lugares más inverosímiles y luego se tira a la basura (Buckroyd, 1998). Suele incurrir en auténticos rituales con componentes obsesivos: desmenuza la comida, la reparte en el plato, la guarda en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego deja sin probar, se deteriora su modo de comer... Puede ocurrir que aumente la frecuencia de cepillado de dientes, para así vomitar más veces en solitario en el baño, o depositar los vómitos en botellas vacías que esconde debajo de la cama a la espera de una ocasión propicia para deshacerse de ellas (Toro y Vilardell, 1987). A la persona que se vuelve anoréxica pronto le resulta imposible llevar una vida social normal, porque un gran porcentaje de las celebraciones sociales se organizan al alrededor de la comida y la bebida. Al comienzo una persona joven puede evitar comer y beber, por ejemplo yendo a un bar pero bebiendo agua mineral, o yendo a una pizzería comiendo sólo ensalada, o

pasando por la casa de un amigo y asegurando que ya ha comido. Sin embargo, estas etapas intermedias llevan a comer en secreto y a solas (Buckroyd, 1998).

A medida que avanza la enfermedad, La anoréxica puede empezar a cumplir rituales muy precisos relacionados con la comida, por ejemplo comer exactamente las mismas cosas todos los días a la misma hora. Si se pasa de la ración que se ha autoimpuesto, es posible que después se autocastigue no comiendo durante el resto del día, porque ha sido una "glotona". Si no puede comer a la hora fijada, se puede inquietar y angustiar. Es probable que todo lo corte en pedazos muy pequeños y exactos, o mastique cada bocado un número fijo de veces. Puede que haya un plato o una taza especial tenga que usar. Y si por alguna razón esas condiciones no se cumplen, no come nada (Toro y Vilardell, 1987). Así como la conducta de pesarse muchas veces al día es frecuente, también puede ocurrir que eviten el pesarse debido a que crea mucha ansiedad (Button, 1993).

De un modo u otro, la anoréxica se preocupa cada vez más por la comida, el peso, la figura, y la talla, y participa cada vez menos en la vida normal. Tiende a retirarse progresivamente de la interacción social y se pasa gran parte del tiempo sola. Todo el tiempo está pensando en lo que ha comido, en lo que quiere comer, en cómo limitar su ingestión, y así sucesivamente. Esta preocupación por la comida no es rara para alguien que está pasando hambre; mientras está rodeada de comida. El estrés y el conflicto originado por la necesidad biológica de comer y el temor psicológico de hacerlo consumen gran parte de su tiempo y energía.

Alrededor de la mitad de las anoréxicas, especialmente a partir de los 18 o 19 años, pasan por episodios bulímicos. Una vez establecido el vómito como hábito más o menos circunstancial, puede practicarse aún en ausencia del episodio bulímico. Así, con cierta frecuencia, las anoréxicas vomitan no en relación con una ingesta crítica excesiva, sino en función de sus sobrevaloradas molestias postprandiales. La menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago. Por otra parte, en cuanto al uso de laxantes, las distorsiones conceptuales de la anoréxica, especialmente de las más jovencitas o las menos informadas, le llevan a pensar del estreñimiento y de la ingesta en términos exclusivamente mecánicos: "a más retención, más peso".

La anoréxica se informa permanentemente del contenido calórico de los alimentos, de las mil y una dietas posibles acerca de la disminución de peso, del uso de cremas, dietas sintéticas, y ejercicio físico facilitadores de la pérdida de peso, de recetas culinarias de todo orden, del peso, del régimen alimenticio de familiares y amigas, entre otras cosas (Toro y Vilardell, 1987).

Chinchilla (1994) propone una lista de características que describen lo que sucede con la alteración del comportamiento alimentario: ausencia del reconocimiento de necesidades, reducción cuantitativa y cualitativa (del alimento), alteración del ritmo, preocupación constante por la comida, pérdida del placer de la comida, pérdida de la medida (de la saciedad), masticación repetitiva del alimento antes de tragar ("Anorexia y bulimia", 1999), pérdida del significado social y comunitario, vivencia penosa de la digestión, alteración de la percepción hambre-saciedad.

Compulsión por el ejercicio e hiperactividad

Otro de los síntomas típicos de anorexia es el hacer ejercicio compulsivo y la hiperactividad. Como la anoréxica cree que está gorda y quiere estar delgada, a menudo se autoimpone una rutina de ejercicios que según dice es para mantenerse sana, pero en realidad lo que pretende es "quemar grasa". Resulta terrible encontrar anoréxicas tan desnutridas que sus músculos se han consumido protestando que se les debe permitir hacer ejercicios energéticos. Otra vez, es difícil para los que las rodean que ese ejercicio nace del miedo y de la compulsión. Es muy fácil verlo como un desafío obstinado, sobre todo cuando la anoréxica hace ejercicio en secreto, por ejemplo en medio de la noche.

A las anoréxicas quizá también les resulta más fácil no dormir lo suficiente porque su inanición a menudo las vuelve inquietas (hiperactivas) (Buckroyd, 1998). Con frecuencia la anoréxica decide reducir sus horas de sueño en la medida en que, según sabe, ello implica un mayor consumo energético. Puede acostarse más tarde de lo habitual, justificándolo a veces, a través de sus obligaciones escolares o universitarias (Toro y Vilardell, 1987). Existe una teoría basada en una analogía con la conducta animal, según la cual estamos constituidos de tal forma que si se pasa hambre el cuerpo crea una energía mayor para que podamos buscar comida (Buckroyd, 1998). Teóricamente el incremento de actividad física debiera conducir a un aumento de la ingesta, por lo menos en los seres humanos normales. Sin embargo, se ha visto que el ejercicio reduce el consumo de alimento en las personas (Epling y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). Desde luego,

muchas anoréxicas parecen disponer de más energía de la esperada, teniendo en cuenta su muy limitada ingesta de comida. Sin embargo, al final, en los estadios terminales de la enfermedad la inanición prolongada ocasiona una debilidad y un estado de agotamiento generalizado (Buckroyd, 1998; Shütze, 1983) que ni siquiera una anoréxica puede superar (Buckroyd, 1998), además surge disminución de la capacidad de percepción (Shütze, 1983). Su actividad motora parece casi inagotable y contrasta de manera clara con la creciente debilidad física (Toro y Vilardell, 1987). Del mismo modo, una persona que padece anorexia puede privarse de ropa adecuada, aunque quizá sienta el frío con mayor agudeza que aquellos que están protegidos por una capa de grasa y cuya circulación funciona bien. Algunas anoréxicas saben que si no se está vestido adecuadamente, el cuerpo consume más energía para conservar el calor, y añaden a esto al número de formas de perder peso. Otras hablan de no necesitar o no merecer el calor. Muchas veces parece como si la anoréxica se autocastigase por tener un cuerpo que necesita estar caliente, o sencillamente porque tiene necesidades. A menudo estas autoprivaciones se extienden también al dinero. Algunas anoréxicas son generosas con los demás, por ejemplo para comprar regalos, pero son implacablemente tacañas consigo mismas. Las anoréxicas pueden incluso limitar estrictamente el tiempo que emplean en satisfacer sus propios gustos (Buckroyd, 1998).

La anoréxica puede hacer largos paseos diarios -de varios kilómetros-, al tiempo que lleva acabo "sus sesiones de gimnasia" o sus clases de danza. Ello no tiene porque privarle de sus entretenimientos habituales o de practicar gimnasia sueca en su recámara aunque sean simples abdominales- o estudiar paseando o, por lo menos manteniéndose en pie. Todo ello para lograr una mayor pérdida de peso a través de un mayor gasto calórico (Toro y Vilardell, 1987).

Entonces, la anoréxica incrementa sus actividades físicas en función de dos mecanismos: 1) un mecanismo estrictamente cognitivo-conductual (sus ideas acerca del cuerpo llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento) y 2) un mecanismo esencialmente psicofisiológico (la disminución de la ingesta comportaría más actividad). La hiperactividad se ha considerado tradicionalmente como un factor que empeora el pronóstico de la anorexia nerviosa. Los momentos de ocio y relajación se suprimen progresivamente en aras de una ocupación de los mismos con tareas más energéticas y eficientes (Toro y Vilardell, 1987). El típico "envaramiento de marioneta" en los movimientos se combina mimica rígida, de máscara y de escasa gesticulación (Broser citado en Shütze, 1983).

Las anoréxicas no toleran ninguna interrupción de su rígida rutina diaria, que incluye largos periodos de ejercicio físico, horarios establecidos de comida, y arreglos cuidadosos, ocultos para los atracones y las purgas (ABNA: Anorexia Bulimia Nervosa Association, 1999).

Cabe mencionar que en un estudio llevado a cabo por Brewerton, Stelfox, Hibbs, Hodges y Cohnance (1995) se hizo una comparación entre los pacientes con trastornos de la alimentación que hacían ejercicio compulsivo y los que no lo hacían (N=113). Los pacientes que hacían ejercicio compulsivo, tenían significativamente mayores grados de insatisfacción corporal que los que no lo hacían. El ejercicio compulsivo fue más común proporcionalmente entre los pacientes con anorexia nerviosa (38.5%) que en los pacientes con bulimia nerviosa (22.5%).

Según Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne (1994), la actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema.

Hallazgos de laboratorio

Existe la posibilidad de que debido a la semiinanición se afecten la mayoría de los órganos y se produzcan varias alteraciones. Así como también el provocarse el vómito, el uso excesivo de laxantes y diuréticos, igual que los enemas pueden provocar trastornos.

En el *hemograma* suele aparecer entre otras cosas anemia leve, leucopenia, aumento de creatinina sérica. En la *bioquímica* existe una deshidratación que se refleja en los altos niveles de urea. El nivel de colesterol se encuentra elevado y la función hepática está incrementada. Existe disminución de varios minerales (manganeso, fósforo). Debido a los vómitos autoinducidos es posible encontrar una alcalosis metabólica y por el abuso de laxantes, una acidosis metabólica. En las mujeres hay bajos niveles de estrógenos y en los varones niveles bajos de testosterona. Con frecuencia están aumentados los valores séricos del colesterol. Se encuentran disminuidos los valores de hormona luteinizante y folículo estimulante y deterioro de la respuesta de LH a la hormona liberadora de hormona luteinizante (DSM-IV, 1994; Schroeder citado en Barber et al, 1995). Ocurren anomalías fisiológicas como irregularización del sistema endocrino, deficiencias en la neurotransmisión.

En el *electrocardiograma* se observa bradicardia y rara vez arritmias. Por otro lado, en el *electroencefalograma* se encuentran anomalías difusas a consecuencia de alteraciones significativas de

líquidos y electrolitos. En estudios cerebrales por técnicas de imagen se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición. Por último, el *gasto específico en reposo* se encuentra muy reducido (DSM-IV, 1994).

En general, se puede encontrar una disminución de hormona tiroidea, así como de glucosa sérica, no hay supresión del cortisol, existe hipokalemia, aumento de urea en sangre e hipercolesterolemia. Las complicaciones cardiovasculares son comunes e incluyen hipotensión y bradicardia (Garfinkel, 1995).

Exploración física y enfermedades médicas asociadas

Los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa se deben a la inanición. Aparte de amenorrea, suele haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. Evidentemente lo que se encuentra en la exploración física es la emaciación, pérdida de grasa corporal; en casos graves, puede existir hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel, con escamas, aumento del vello corporal tipo lanugo. Algunas veces se encuentran edemas periféricos (en especial cuando se recupera el peso o al suspender los laxantes y diuréticos). Con excepción se observan petequias en las extremidades. En ciertos sujetos la piel se torna amarilla (hipercarotinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, en especial las parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito (DSM-IV, 1994).

La semiinanición y las purgas tienen como consecuencias enfermedades médicas asociadas, como la anemia normocítica normocroma, la función renal alterada (asociada con la deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por la disminución de la ingesta y abstracción de calcio, secreción reducida de estrógenos y aumento de cortisol), y problemas en los mecanismos de alimentación y digestión (DSM-IV, 1994; Schroeder citado en Barber et al, 1995). La forma característica de presentación es con mucha ropa, amplia y superpuesta, lo cual disimula su delgadez (Hersovici y Bay, 1990). En lo personal, considero que esto último no siempre es para disimular la delgadez, sino que toda la ropa les queda grande, ninguna vestimenta les queda bien.

En general, la anoréxica presenta el siguiente cuadro: disminución de los niveles de estrógeno, aumento en el nivel de hormona del crecimiento, disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina (debido a ello existen olvidos), anomalías en el metabolismo de carbohidratos, anomalías en la regulación de la temperatura, vaciado gástrico lento.

Todos y cada uno de estos problemas son graves, y desaparecen en el momento en el que el sujeto recupera su peso normal, aunque quedan ciertas *lesiones irreparables* como osteoporosis, anomalías menstruales y reproductivas.

La glándula pituitaria no deja de funcionar, pero, en cambio, presenta cambios adaptativos. El déficit de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación por lo cual el organismo logra sobrevivir, aún en estado de semi-inanición. El principal de estos ajustes es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo da como resultado la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estos ajustes reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hueso y proteínas que otra manera se perderían con la menstruación (Lucas, citado en Barber, et al, 1995).

Por otra parte, la anorexia retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. Según Buckroyd (1998) quizá el propósito de la anorexia sea invertir el desarrollo de la pubertad y hacer que el cuerpo vuelva al estado prepúber; la anorexia es una negativa a continuar el proceso de desarrollo y crecimiento; por lo menos así es su consecuencia física.

Cuando la anorexia empieza antes de que la niña llegue a la pubertad, no pasa entonces por los cambios puberales esperados. Una niña de once años que se vuelve anoréxica grave, no crece de altura y no experimenta los demás cambios óseos y de forma corporal que la pubertad ocasiona, de modo que su pelvis sigue siendo estrecha y sin forma, como la de una niña. Su cabello y su piel son los de una niña. No desarrolla los pechos, las caderas y los glúteos característicos de una mujer. Como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta el despertar del interés sexual. Físicamente sigue siendo una niña.

Cuando la anorexia comienza después que ha terminado el desarrollo de la pubertad, esos cambios dan marcha atrás parcialmente. Sin embargo, el hambre prolongada, como se ha mencionado, elimina los depósitos de grasa de los pechos, las caderas, el abdomen, los glúteos y los muslos, y suspender la menstruación y el interés sexual. Cuando una anoréxica se recupera, la mayoría de los aspectos del proceso

de desarrollo físico se reanuda y se recupera una forma corporal normal. Pero es probable que los cambios óseos no se produzcan si no lo hicieron antes del comienzo de la anorexia. Aunque por lo general la menstruación comienza o se reanuda espontáneamente, no siempre sucede y cuando lo hace, a menudo tarda un tiempo considerable, incluso después de haber alcanzado un peso normal. Existen algunos indicios de que las ex anoréxicas les cuesta volver a ovular con normalidad y pueden tener problemas para quedar embarazadas de forma natural. Se sabe que la interrupción de la menstruación significa que los niveles de estrógenos están bajos y por consiguiente el desarrollo de la densidad ósea se ve afectado permanentemente. Aunque la densidad ósea mejora cuando vuelven a subir los niveles de estrógenos, la ex anoréxica no recupera el desarrollo perdido y por tanto corre el riesgo de osteoporosis en la madurez.

Prevalencia, incidencia y mortalidad

La mayor prevalencia tanto de anorexia como de bulimia, proviene de poblaciones de mujeres jóvenes blancas de clases media y alta. Se presenta 95% en mujeres, la mayoría de estas entre los 12 y los 18 años. Según estudios llevados a cabo con chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0.5-1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (p. ej., trastorno de la conducta alimentaria no especificado) (Garfinkel, 1995). En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado. Según el autor la incidencia de anorexia se encuentra en alrededor de 1 a 5 casos por 100,000.

En un estudio reciente de residentes de Rochester, Minnesota, se encontró un aproximado de 14.6 por 100,000 mujeres, y en los hombres fue de 1.8. Síndromes parciales o pequeñas variantes de los trastornos (tanto de bulimia como de anorexia), se presentan en aproximadamente de 5 a 10% de las mujeres jóvenes. Durante la época de los 1880 se reportaba que la anorexia nerviosa era una enfermedad exclusiva de las clases altas. El patrón prevaleció por casi 100 años, pero estudios más cuidadosos de la década pasada no encuentran la misma distribución de clase social (Garfinkel, 1995). Se solía pensar que la anorexia era algo limitado a las clases medias blancas, pero hoy en día se dice que se ven anoréxicos de todas las clases y grupos étnicos. Sin embargo, es posible que este cambio sólo sea el resultado de una mayor conciencia de la enfermedad y por consiguiente de una mayor información sobre ella (Buckroyd, 1998). Parece ser que la anorexia y la bulimia nerviosas han llegado a ser más comunes, a pesar de los reportes de disminución de casos debido a una mayor conciencia médica y pública de los trastornos en las últimas dos décadas (Garfinkel, 1995). Garner y Garfinkel (1982) informan que el trastorno aparece en una persona por cada 100 o 250 (citados en Raich, 1994). Según Martínez-Fornés (1994) una o dos de cada 100 jóvenes son las que padecen el trastorno. Para Pasqualini (citado en Barber et al., 1995) existe una estimación de que la frecuencia de anorexia nerviosa es de casi 1 por cada 200.

Theander (1970) en Suecia informó que entre 1930 y 1960 hubo un incremento desde 1.1 hasta 5.8 casos nuevos por año. Nylander dice que existe 1 por cada 150 mujeres adolescentes. Crisp, 1 por cada 200 mujeres en escuelas privadas, 1 por cada 500 mujeres en escuelas públicas. Szmulker, 1 por cada 90 mujeres de 16-18 años en escuelas privadas, 1 por cada 700 mujeres mayores de 16 años (citado en Hersovici y Bay, 1990). El porcentaje promedio de los trastornos de la alimentación hallado entre estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo oscila entre un 4 al 13% (Holtz y Tena-Suck, 1995a). La proporción entre hombres y mujeres es de 9 a 1 (Toro y Vilardell, 1987), aunque otros autores aumentan esta proporción de 15 a 1 (Polivy y Thompson citados en Raich, 1994). Otros datos indican que 1 de cada 100 adolescentes entre 14 y 18 años padecen anorexia ("Anorexia y bulimia", 1999). No obstante, la edad de las personas que padecen anorexia y bulimia ha ido aumentando y disminuyendo (Holtz y Tena-Suck, 1995a), existen casos reportados de menores de 14 años (Olza, Velilla, Garcés y Andrés, 2000), también hay informes de un incremento en la frecuencia en los niños (Buckroyd, 1998), ha habido casos de niños de seis años ("Anorexia y bulimia", 1999). Existen casos de sujetos que sobrepasan los 30, incluso en un congreso reciente se presentaron los casos de treinta mujeres inglesas de 60 años con anorexia ("Anorexia y bulimia", 1999, "Trastornos del c. . .", 1999). En Estados Unidos la prevalencia de anorexia y bulimia fluctúan entre el 2% y el 18%, sólo 10% de adultos con anorexia son hombres, el número va en incremento; el 25% son niños. En EE UU también, entre mediados de los 1950's y los 1970's, la incidencia de anorexia se incrementó en un 300% ("Trastornos del c. . .", 1999). Szmulker (1985) observa desde 1978 a 1982 una incidencia de 4.06 casos nuevos por 10,000 habitantes femeninos de 16 a 24 años (Barcia y Ruiz, 1995). De acuerdo con Hsu la prevalencia entre mujeres en los E.U.A. y Europa Occidental de entre el 0.7% y el 2.1% de la población (Hsu citado en Norman, 1994).

De hecho es muy difícil saber cuanta gente padece anorexia. Probablemente hay muchos casos de los que no se tiene información sobre todo de las formas más leves de la enfermedad, pero más o menos según Buckroyd (1998) la frecuencia es de alrededor del 1% en la población femenina entre los 15 y los 30 años, pero se calcula que esta frecuencia es mucho mayor en ciertos grupos, por ejemplo el de las bailarinas. La frecuencia ha aumentado constantemente en los países desarrollados desde la segunda guerra mundial, y todo parece indicar que va a seguir aumentando. Las estimaciones de la incidencia en los hombres jóvenes varían entre 1 de cada 10 y 1 de cada 20 casos que se informan, pero parece que la tendencia va en incremento también en los varones.

La incidencia en población general en países occidentales se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000/a entre 12 y 25 años de edad, hasta 50/100,000/a, en mujeres de 18 años; no obstante, los datos en población general pueden llevar a un malentendido debido a que los trastornos de la conducta alimentaria son más prevalentes en determinados subgrupos de pacientes (Hsu citado en Unikel, 1998). La clara influencia de la occidentalización se verifica por el aumento de los trastornos de la alimentación en Japón, se ha triplicado (Suematsu citado en Barcia y Ruiz, 1995; Martínez-Fornés, 1994).

Bajo la óptica de Garner *et al.* (1980), aparentemente el incremento de la anorexia nerviosa y los desórdenes alimentarios que se relacionan con ésta, pueden estar vinculados a las demandas culturales actuales para estar más delgadas. Según Donoso (1990) se podría hablar de una "enfermedad epidémica" debido a que, sin haber agentes de contagio, su esparcimiento podría atribuirse a factores psico y socioculturales (citados en Barber *et al.*, 1995).

Generalmente se cree que los trastornos de la alimentación se ven más comúnmente en países industrializados, pero estudios epidemiológicamente más apropiados hasta el momento no se han realizado en países en vías de desarrollo (Garfinkel, 1995). Sin embargo, en México se encuentra que sin distinción socioeconómica o sexo, los casos de personas afectadas por los trastornos de la alimentación, incluyendo la anorexia, la bulimia e incluso, el comer compulsivo, alcanzan niveles epidemiológicos, advierte la gente de "Eating Disorders México" (Livier, 2002). Con base en estadísticas propias, estudios y publicaciones, los anteriormente mencionados informan que el 0.5% de las mujeres jóvenes sufren de anorexia y entre el 1.5% y el 2.5% de bulimia. En conjunto estas enfermedades (incluyendo los comedores compulsivos) ocasionan la muerte de entre 5% y 20% de los pacientes (Livier, 2002). Entre 2% y 5% de las mujeres entre los 12 y los 25 años tiene un trastorno de la alimentación que requiere de tratamiento (Zúñiga citado en Scherer, 2002). El mismo Zúñiga también señala que el 4.94% de las estudiantes de nivel medio superior y superior del Valle de México padecen anorexia o bulimia, mientras que menos del 1% de los alumnos presentan este tipo de trastornos (citado en Cota, 2002). Barragete (2002) menciona que no es una epidemia pero es alarmante el aumento de la incidencia y prevalencia de estos trastornos (citado en Scherer, 2002).

Entonces, es posible decir que conforme a todos estos datos presentados a nivel mundial y nacional, se encuentra un porcentaje de incidencia en un rango del 0.5% hasta el 2%; los trastornos de la alimentación han ido aumentando y por desgracia seguirán aumentando. La mortalidad se encuentra entre un 4% y un altísimo 22%.

Curso

En promedio el inicio de la anorexia nerviosa es de 17 años, y hay picos a los 14 y 18 años. Raramente el trastorno aparece después de los 40 años. Es sabido que los trastornos de la alimentación generalmente se desarrollan en la adolescencia, en un rango común de los 12 a los 25 años, pero cerca del 5% de los pacientes desarrollan el trastorno después de los 25. Del 90 al 95% de los casos son mujeres (DSM-IV, 1994). Sin embargo, la edad de inicio, como se vio, se está ampliando y en los varones va en aumento la incidencia. El comienzo de la enfermedad se asocia muy frecuentemente a un evento estresante como, por ejemplo, el dejar el hogar para ir a estudiar. El curso y final suele ser variable. Algunas personas se recuperan totalmente después de un episodio único, en otras se presenta un patrón de variación de aumento de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico al pasar de los años (DSM-IV, 1994), es decir, los trastornos de la alimentación muestran un curso variado, en rangos de una simple enfermedad leve en la adolescencia hasta un trastorno de por vida con remisiones y exacerbaciones, o a veces una

enfermedad persistente de por vida (Garfinkel, 1995). Con el fin de establecer el peso y el equilibrio electrolítico del paciente se necesita que éste sea hospitalizado (DSM-IV, 1994).

En estudios sobre anorexia nervosa que han tenido un seguimiento con varios pacientes de 5 a 10 años indican que alrededor de la mitad de la muestra se ha recuperado; alrededor de un cuarto han mejorado pero tienen algunos de los síntomas de un trastorno de la alimentación; y alrededor de un cuarto no han mejorado o ha muerto (Garfinkel, 1995). En otra investigación de seguimiento a 10 años llevada a cabo por Eckert, Halmi, Marchi, Grove y Crosby (1995) se encontraron resultados similares; solamente cerca de un cuarto de los pacientes hospitalizados con anorexia nervosa severa se recuperaron completamente. La morbilidad crónica fue común, particularmente entre los pacientes con síntomas bulímicos. Así, estos autores concluyen que los pacientes con anorexia nervosa necesitan una intervención intensiva para ayudarlos a recuperar y mantener un peso normal y para disminuir su alimentación anormal y las conductas de control de peso.

De un treinta a un cincuenta por ciento de pacientes con anorexia nerviosa tienen síntomas de bulimia nerviosa, y con frecuencia los síntomas bulímicos se presentan después de 18 meses del comienzo de la anorexia nerviosa. A veces, los síntomas bulímicos preceden al inicio de la anorexia nerviosa (Garfinkel, 1995). Cerca del 20% de los bulímicos han sido anoréxicos (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999).

Un tercio de los casos llega a cronificarse, otros presentan una mejoría de los síntomas, pero sin curación absoluta, menos de un tercio de los afectados consigue una recuperación completa (Fernández, Trejo y Delgado, 1999). Según datos proporcionados por Norman (1994) cerca del 40% de los pacientes con anorexia se han recuperado por completo durante su revisión y 30% están mejorados de manera considerable, sin embargo, 20% se conservan sin mejoría o se alteran con mayor gravedad aún.

De acuerdo con Martínez-Fornés (1994) de cada cien mil jóvenes de 12 a 25 años, 50 van a padecer anorexia nerviosa cada año. Según Churchill (1994) Alrededor de 20 a 30 mujeres menores de 25 por cada 100,000 padecerán anorexia, otra cifra de prevalencia es de 0.5 a 1 por 100,000.

Las estimaciones del porcentaje de mortalidad varían, pero algunos cálculos sugieren que entre un 4% a 6% y un 10% a 20% de los enfermos mueren a causa de la anorexia (Buckroyd, 1998; "Trastornos del c...", 1999). Estudios a largo plazo han mostrado una mortalidad de al menos 15% (p. ej. Theander citado en Button, 1993); de acuerdo con una revisión de Hsu (1990) de estudios de seguimiento apunta a la posibilidad de que un tratamiento efectivo puede reducir la mortalidad hasta por debajo del 5% (citado en Button, 1993). Según Backers en 1974 la mortalidad era del 15% de los enfermos (Shütze, 1983). Ya en el 83 Agras y Kraemer manejaban un porcentaje del 2 al 6% (citados en Darley et al, 1990). Para el 94 la mortalidad llega a ser de 9% (Raich, 1994). En la actualidad, es la enfermedad de más alta mortalidad mundial dentro del campo de la salud mental (Scherer, 2002, Raich, 1994). La tasa de mortalidad de acuerdo con Norman (1994) es tan alta como 22% en algunos estudios, con suicidio en 2 a 5% de los casos crónicos. Por su parte, Martínez-Fornés (1994) comenta que un 8-10% de las anoréxicas fallecen a pesar del tratamiento. En otro estudio se observa que la enfermedad cobra la vida de 5% de las personas que la padecen (Scherer, 2002). Obviamente, debe notarse que el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos del 60% de lo normal. Algunos de estos estudios incluyen muerte por suicidio, que se ha calculado que comprende la mitad de las defunciones en la anorexia (citado en Scherer, 2002). El riesgo de muerte prematura es dos veces más alto en bulímicos anoréxicos así como en los tipos que restringen sus dietas. Las personas con mayor riesgo también incluyen a las que han estado enfermas por más de 6 años, quienes estaban obesas antes de que se volvieran anoréxicas, tenían trastornos de la personalidad y matrimonios disfuncionales ("Trastornos del c...", 1999). A largo plazo la mortalidad de esta enfermedad en personas hospitalizadas en centros universitarios es del 10% aproximadamente. La muerte se produce esencialmente por la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (DSM-IV, 1994). De acuerdo con Garfinkel (1995) los índices de mortalidad en estudios recientes son de alrededor del 5 por ciento. Dos estudios recientes de Suiza e Inglaterra, han tenido un seguimiento de pacientes desde 20 hasta 30 años. Ambos estudios documentan un alarmante 18% de mortalidad, por complicaciones de la anorexia nerviosa y por suicidio en pacientes crónicos.

Diagnóstico diferencial

Se deben tomar en cuenta otras posibles causas de la pérdida de peso. En algunas enfermedades médicas (p. ej. un trastorno digestivo, tumores cerebrales, neoplasias ocultas, infecciones crónicas, tuberculosis,

linfoma y SIDA) puede existir una importante pérdida de peso (DSM-IV, 1994; Garfinkel, 1995), sin embargo en estos pacientes no hay una imagen distorsionada del cuerpo ni el deseo de adelgazar más. Es necesario diferenciar la anorexia nerviosa del *síndrome de la arteria mesentérica superior* (en donde existen vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) aunque en este síndrome lo presentan a veces pacientes con anorexia nerviosa debido a su emaciación. Dentro del *trastorno depresivo mayor* puede existir una importante pérdida de peso, pero la mayoría parte de estos pacientes no tienen el deseo de adelgazar ni de subir de peso. En la *esquizofrenia* existen patrones de alimentación bastante raros; algunas veces estos enfermos adelgazan significativamente, pero con muy poca frecuencia le tienen miedo a subir de peso, tampoco su imagen corporal se altera (DSM-IV, 1994). Ocasionalmente, los pacientes esquizofrénicos pierden mucho peso por que se rehusan a comer. Debido a que esto se relaciona con sus alucinaciones acerca de la comida (por ejemplo, tienen miedo de que la comida haya sido envenenada o por los efectos de la comida en el cuerpo (por ejemplo, que la comida les causará que se les pudran los intestinos) o, raramente, como resultado de una conducta negativista asociada con la catatonía (Garfinkel, 1995).

Ciertas características de la anorexia nerviosa son parte de los criterios para la fobia social, el *trastorno obsesivo-compulsivo* y el *trastorno dismórfico*. Los sujetos se sienten incómodos y molestos cuando comen en público (como sucede en la fobia social), hay obsesiones y compulsiones relacionadas con la comida (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden tener una exagerada preocupación por algún defecto corporal imaginario (igual que en el trastorno dismórfico). Si el paciente con anorexia nerviosa posee miedos sociales limitados a la comida, no se hace el diagnóstico adicional de fobia social, pero si hay fobias sociales no relacionadas con la comida (p. ej. miedo exagerado a hablar en público) si se diagnostica adicionalmente la fobia social. Igualmente, se hace el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el paciente tiene obsesiones y compulsiones que no tienen relación con el alimento (p. ej. miedo exagerado a contaminarse) y el trastorno dismórfico únicamente si la alteración no está relacionada con la silueta (p. ej. gran preocupación por tener una nariz muy grande) (DSM-IV, 1994).

Dentro de la *bulimia nerviosa* los enfermos tienen atracones frecuentes y conductas con la finalidad de bajar de peso (p. ej., vómitos) y les preocupa en exceso la silueta y peso corporales. Pero a diferencia de los enfermos con *anorexia nerviosa de tipo compulsivo purgativo*, los sujetos con *bulimia nerviosa* pueden mantener el peso igual o por arriba de lo normal mínimo.

Se deben entonces tener en cuenta las diferencias con trastornos endocrinos y metabólicos como el *panhipopituitarismo*, enfermedad de endocrinológicas como la de Addison, *hipertiroidismo* y *diabetes* *sacarina* o *mellitus* (Barber et al. 1995; Garfinkel, 1995), así mismo, trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn y *esprue* *celíaco*, con trastornos del sistema nervioso central, como tumores hipotalámicos (Barber et al. 1995). Los adultos jóvenes pierden peso por diferentes razones, incluyendo algunas enfermedades crónicas devastadoras, como la ya mencionada enfermedad de Crohn, trastornos psiquiátricos como la *esquizofrenia*, los trastornos de conversión con vómito psicógeno, y *depresión* (Garfinkel, 1995).

El diagnóstico diferencial dentro de la anorexia nerviosa es complicado por la negación del paciente de sus síntomas, el misterio que rodea a los extraños rituales de comida del paciente, y la resistencia a buscar tratamiento del paciente. De este modo, se puede hacer difícil la identificación del mecanismo de pérdida de peso y los pensamientos meditativos asociados del paciente con respecto a la distorsión de la imagen corporal.

Los *trastornos depresivos* y la *anorexia nerviosa* tienen varias características en común, como los sentimientos deprimidos, ataques de llanto, trastornos del sueño, *rumiaciones* obsesivas, y pensamientos suicidas ocasionales. Sin embargo, los dos trastornos poseen varias características distintivas. Generalmente, un paciente con un trastorno depresivo tiene un apetito disminuido, mientras que los que padecen *anorexia nerviosa* señalan que tienen un apetito normal y que sienten hambre. Sólo en estados severos de *anorexia* el paciente de verdad posee una disminución del apetito. En contraste con la *agitación* *depresiva*, la *hiperactividad* observada en la *anorexia nerviosa* es planada y ritualista. La preocupación por el contenido calórico de los alimentos, las recetas y los festines "gourmet" son típicos en los pacientes con *anorexia nerviosa* lo cual no está presente en un paciente con un trastorno depresivo. Y en la *depresión* el paciente no posee un miedo intenso a la *obesidad* o una distorsión de la imagen corporal como lo tiene el paciente con *anorexia*. El paciente depresivo muestra disminución general de la *autoestima*, mientras que la *autoestima* en un paciente con *anorexia nerviosa* se rige por el espejo y las básculas (Garfinkel, 1995).

Las variaciones de peso, el vómito, y el manejo peculiar de la comida pueden estar presentes en un trastorno de somatización. En raras ocasiones un paciente cumple completamente con los criterios diagnósticos del trastorno de somatización y el de anorexia nerviosa.

Generalmente, la pérdida de peso en el trastorno de somatización no es tan severa como en la anorexia nerviosa, ni tampoco el paciente con somatización expresa un miedo intenso a engordar, como es común en los pacientes con anorexia nerviosa. No es usual que exista amenorrea de por lo menos tres meses o más en el trastorno de somatización (Garfinkel, 1995).

Diferencias entre los Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los del DSM-IV

De acuerdo con la CIE-10 (OMS, 1998) se necesita específicamente que la pérdida de peso se deba a que es autoinducida por el rechazo a los alimentos "que engordan", que en el varón exista una pérdida del interés por la sexualidad e impotencia y en las mujeres amenorrea. Así mismo, el DSM-IV (APA, 1994) le da preferencia al diagnóstico de anorexia nerviosa sobre el de bulimia nerviosa y la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se dan atracones regularmente.

A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa según la CIE-10 (OMS, 1998).

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de la anorexia debe hacerse de manera que estén presentes todas las siguientes alteraciones:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Ganancia de peso propia del periodo de crecimiento
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de alimentos que cree que "engordan", y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: *a)* vómitos autoprovocados, *b)* purgas intestinales, *c)* ejercicio excesivo, y *d)* consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- C. Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o 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
- D. Trastorno generalizado que afecta eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea. No se considera menstruación, si se utilizan hormonas sustitutorias, y en el varón como una pérdida del interés y potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles)

Otros criterios diagnósticos

Hasta hace dos décadas, la forma usual de diagnóstico era por exclusión, se trataba de una anorexia nerviosa aquel trastorno anoréxico en el que no se encontraba una patología orgánica que lo justificase. En 1970, Russell (citado en Turón, 1997) establece unos criterios propios de la enfermedad:

- * La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso
- * Hay un trastorno endocrino que se manifiesta por la amenorrea
- * Hay un temor mórbido a engordar

Feighner, en 1972 (citado en Turón, 1997 y Raich, 1994), elabora unos criterios con vigencia durante bastante tiempo, los cuales son los siguientes:

- A. edad de inicio antes de los 25 años
- B. Anorexia acompañada de una pérdida de peso, correspondiente por lo menos al 25% del peso original
- C. Una actitud distorsionada e implacable hacia la ingesta, el alimento o el peso, que desatiende el hambre, las advertencias, las certidumbres y las amenazas, por ejemplo:
 - (1) Negación de la enfermedad sin reconocer las necesidades nutritivas
 - (2) Apariente complacencia con la pérdida de peso, manifestando abiertamente que el rechazo de los alimentos es agradable

- (3) Una imagen corporal deseable de extrema delgadez, evidenciándose que es gratificante conseguir y mantener ese estado
- (4) Acumulación o manipulación desusada de alimentos
- D. No hay enfermedad médica que explique la anorexia y la pérdida de peso
- E. No existe otro trastorno psiquiátrico conocido, con particular referencia a trastornos afectivos primarios, neurosis obsesivo-compulsiva y fóbica, y esquizofrénica (se supone que, aun cuando el rechazo del alimento puede resultar fóbico u obsesivo, por sí solo no es suficiente para calificar una enfermedad obsesivo-compulsiva o fóbica)
- F. Al menos dos de las manifestaciones siguientes:
 - (1) Amenorrea
 - (2) Lanugo
 - (3) Bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos pulsaciones)
 - (4) Periodos de hiperactividad
 - (5) Episodios de bulimia
 - (6) Vómitos (pueden ser autoinducidos)

Según Turón (1997), los criterios de Feighner adolecen de poca especificidad, y de incluir características que en la actualidad no son del todo correctas. Un número ilimitado de pacientes inician el trastorno después de los 25 años. Al inicio de la enfermedad puede no existir anorexia, pero sí rechazo de la alimentación con un apetito normal; hay pacientes que no presentan amenorrea gracias a tratamientos hormonales, sin que esto deba excluirlas, y por último los vómitos o los episodios de bulimia precisan mayor concreción para el diagnóstico diferencial de la bulimia nervosa.

Por su parte, Nissen (1986) proporciona los siguientes indicadores (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997):

a) *Biológicos.*

Peso al nacer significativamente menor del normal.

Pérdida de peso de al menos 20-25 % a la que se llega mediante:

1. Negativa a tomar alimentos
2. Vómitos acompañados a veces de bulimia
3. Ingestión de laxantes que pueden dar lugar a hipocalcemia secundaria

Después aparece la amenorrea.

En las muchachas peso puberal superior al normal.

Estrañamiento.

b) *Comportamentales.*

c) *Psicológicos.*

Por lo general ausencia de conciencia de enfermedad.

Rechazo al sexo y deseo de seguir siendo niña.

Concentración de la autoridad en favor de la madre.

Madre con ideología ascética.

A menudo inteligencia superior a la media.

De acuerdo con la opinión de Caparrós y Sanfeliú (1997), este autor se limita a realizar una simple enumeración.

Sours (1974) distingue criterios primarios y secundarios (Caparrós y Sanfeliú, 1997):

* Entre los primeros se encuentran:

Restricción electiva y deliberada de alimento racionalizada por falta de apetito.

Búsqueda del adelgazamiento como placer en sí, por lo que significa de control corporal y de la vida instintiva

Hiperactividad que, al contrario de la amenorrea, suele ser precoz.

Finalmente bulimia.

* Los criterios secundarios son

Preocupación y disimulo en la conducta alimentaria y, a veces, un cierto grado de tristeza y sentimiento de vacío.

Halmi (1979) propone los seis criterios operativos siguientes (Caparrós y Sanfeliú, 1997):

1. Rechazo a mantener el peso en cifras superiores a las que corresponden a la talla y a la edad.
2. Pérdida de peso del 25% con respecto a las cifras iniciales.

3. Trastornos de la imagen corporal e incapacidad de percibir las necesidades del cuerpo.
4. Miedo intenso a la obesidad, que no disminuye con la pérdida de peso.
5. Ausencia de enfermedad orgánica que pudiera ser responsable de la alteración ponderal.
6. Amenorrea.

Enseguida se enlistan dentro de la tabla 1 algunas de las características o indicadores físicos, conductuales y psicológicos de la anorexia nervosa.

Tabla 1. Características o indicadores físicos, conductuales y psicológicos

Indicadores físicos

- amenorrea primaria o secundaria (es decir, si ha sucedido antes de la inanición o si le ha desaparecido la menstruación como consecuencia de la desnutrición)¹⁹. Disminución o impotencia en el varón.
- retraso de la menarquia
- pérdida de peso de origen desconocido
- fallo en el crecimiento normal para edad y sexo
- fragilidad y caída del cabello (alopecia reversible)
- complicaciones médicas por ejercicio excesivo
- vello fino que crece en todo el cuerpo, incluso en la cara para mantener el calor (hirsutismo o lanugo)
- descenso de la temperatura corporal, mecanismos de ahorro de energía: disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia; inferior a 60 latidos por minuto) y presión arterial (hipotensión), crisis ortostática (baja repentina en la presión sanguínea tras estar sentada o de pie. Los síntomas incluyen mareos, visión borrosa, desmayos, dolores de cabeza), derrame pericárdico, prolapso de la válvula mitral. Adelgazamiento en la pared del ventrículo izquierdo, disminución del volumen cardíaco, proporcional a la pérdida de peso.
- acrocianosis, sensación de frío, mayor sensibilidad al frío (hipotermia por debajo de los 35°, no reaccionaria ante la inyección de pirógenos), sabañones
- trastornos del sueño, con dificultad para conciliar el sueño (insomnio) e interrupción del mismo (despertar precoz), autofonía, principalmente
- mala circulación, edemas
- piel seca, escamosa y gris
- uñas quebradizas
- osteoporosis, entre otras cosas, debido a una amenorrea prolongada, osteopenia (baja en la masa ósea que indica deficiencia en vitamina D, lleva a la osteoporosis, hipoplasia de la médula ósea.
- aspecto muy envejecido
- gran profusión y resalte óseo, ojos hundidos
- sinusitis crónica
- gran disminución de la masa muscular y de las almohadillas adiposas, atrofia muscular, debido a la eliminación de los carbohidratos la musculatura se vuelve flácida
- fatiga y debilidad general, síndrome de fatiga crónica (fatiga incapacitante asociada al sistema inmunológico debilitado)
- aumento en la pigmentación debido al déficit de vitamina C y ácido fólico, coloración amarillenta en las palmas de las manos y los pies, por la acumulación de carotenos (carotenosis)
- deshidratación severa
- desmayos
- ejercicio físico excesivo dirigido a perder peso
- debilidad y pérdida de músculo
- metabolismo basal bajo pero normal para la situación de adelgazamiento en que están
- vientre huido
- gastralgias o sensación de malestar pre y posprandiales, constipación crónica, flatulencia, puede instaurarse una hipotonía gástrica con dilatación, reducción del tamaño del estómago. La dilatación yeyunal moderada, no obstructiva puede ser la causa de la saciedad, posibilidad de cáncer de colon, tumores intestinales, reflujo esofágico
- algunas veces se han visto síntomas de beri-beri y otros púrpuras y síntomas de pelagra (clorosis?) como enfermedades concurrentes: tuberculosis, neumonías, nefritis, etc.
- alteraciones renales: poliuria, disminuye la filtración glomerular, azotemia prerrenal; factores que predisponen a sufrir cálculos renales.

Tabla 1. Características o indicadores físicos, conductuales y psicológicos (Cont.)

- cierta alcalosis por la hipoalimentación continuada
- anemia, hipoproteinemia, hipoglucemia, retención de líquidos, trombocitopenia, leucopenia con linfocitosis, avitaminosis A, recuento bajo de neutrófilos
- paradójicamente, hipercolestemia con aumento de LDL-Colesterol
- se encogen los órganos en general; ruptura de membranas internas
- aumenta la hormona del crecimiento pero las somatomedinas están disminuidas, por lo que no se produce el crecimiento
- en algunos casos, infertilidad, atrofia ovárica, síndrome poliquístico ovárico, frotis vaginal hipocrogénico, útero infantil, problemas durante el embarazo (embarazos de alto riesgo, abortos).
- cáncer del esófago, la garganta y laringe (debido a trastornos en el reflujo)
- alteraciones del sistema nervioso vegetativo (calambres, hormigueos, niveles bajos de leptina, regulador del apetito)*; bloqueo del nervio vago
- alteraciones electroencefalográficas, ataques

Indicadores conductuales y psicológicos

- desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño; o de plano evita las comidas familiares, argumentando que tiene que estudiar, que le duele la cabeza o el estómago o que ya ha comido fuera
- aumenta su actividad física, deporte y está siempre activa
- creciente interés por temas gastronómicos, ropa y modas
- uso de pantalones y tendencia a la ocultación de ciertas partes del cuerpo
- comienza a restringir su ingesta de cierto tipo de alimentos considerados calóricos; es decir, evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente; las cantidades son cada vez más pequeñas; juega con el plato y desmenuza los alimentos, abusa de los edulcorantes
- interés obsesivo por la comida, su valor nutricional y las calorías, posee un gran conocimiento sobre ello; prepara la comida y cocina para toda la familia
- soledad, aislamiento social, conducta retraída (p. ej. de la familia, amistades y compañer@s)
- pérdida de la capacidad de concentración en cualquier otra cosa, memoria pobre y duerme poco
- baja autoestima
- búsqueda del sentido de identidad
- interpretación rígida de las relaciones humanas
- odio a sí misma, su humor empieza a cambiar. Se irrita con facilidad. Alterna cambios de ánimo que van de la depresión a la euforia
- grandes expectativas de logro y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento y hacia su enfermedad; nunca reconoce que está adelgazando y asegura que está gorda; es decir, no tiene conciencia de enfermedad
- fracaso o confusión en el reconocimiento del hambre y del apetito
- sentido de ineficacia con sensación de actuar sólo en respuesta a demandas de otros, ante lo cual la manipulación de la alimentación proporciona un sentido de logro.

*Al principio de la enfermedad se encuentra una discreta hipertensión simpática que, en estadios posteriores da paso a un agotamiento simpático total. Finalmente, en la fase de mejoría se instaura de nuevo una hipertensión simpática transitoria que, no obstante, persiste de manera muy leve después de la curación (Fey, citado en Shütze, 1983).

†La amenorrea ligada a la pérdida de la libido, se propone como uno de los síntomas primarios de la anorexia, aparece en dos tercios de los casos en la fase temprana, sin embargo, es un síntoma eventual y puede también faltar (Bruch citada en Unikel, 1998).

‡La *acrocianosis* es una coloración violácea de las extremidades de origen vascular y tiene como fondo un desequilibrio vascular (González, 2002).

González, 2002; Scherer, 2002; Something fishy, 2000; ABNA, 1999; American Anorexia Bulimia Association: AABA, 1999; ALUBA, 1999; "Anorexia/bulimia progression chart", 1999; "Anorexia y bulimia", 1999; "Trastornos del ...", 1999; Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Buckroyd, 1998; Caballero, 1998; Unikel, 1998; Sours citado en Chinchilla, 1994 pp. 10 y 14; Martínez-Fornés, 1994; Seidel, Ball, Dains y Benedict, 1993; Norman, 1994; Shütze, 1983.

Reconocimiento de la anorexia nervosa

Ya se han mencionado los criterios médicos formales para reconocer la anorexia nervosa, de hecho, éstos contienen dos tipos de información. Uno son los datos que se relacionan con los síntomas físicos de la inanición, y otro son los hechos referentes a la actitud tan particular de la enferma hacia la comida y el control corporal.

El diagnóstico suele ser tardío debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por una falta de conciencia de enfermedad o por miedo a no ser entendidas. Aunque ya desde su inicio es evidente la pérdida de peso o que están siguiendo una dieta o haciendo ejercicio físico, lo que generalmente es "bien visto" por parte de la familia, no es hasta cuando se evidencian manifestaciones objetivas preocupantes de desnutrición, vómitos o atracones, o complicaciones clínicas -que suelen ocurrir mucho tiempo después, a veces más de un año en la anorexia, y aún más tiempo en la bulimia; como se mencionó antes, ésta última, por ser más fácilmente ocultable y porque inicialmente los episodios bulímicos suelen ser nocturnos- cuando acuden al médico. Por ello, generalmente, como se comentó, son llevadas a la consulta médica de forma no voluntaria, forzadas por la familia que ha observado indicios conductuales raros, tales como desaparecer después de las comidas y encerrarse en el baño, la realización de ejercicio físico severo, la persistente evitación de comer con los demás miembros de la familia, el descontrol de los horarios, la actitud negativa frente a determinadas comidas o la selección exagerada de alimentos, juntamente con una extrema delgadez o una fluctuación constante de peso o las complicaciones físicas frecuentes y comunes en ambos cuadros (Chinchilla, 1994).

Actitud anoréxica

Es preciso que se detecte la presencia de esta actitud particular, el padecimiento no puede *ni debe* diagnosticarse basándose puramente en el cuadro físico. Si no existe dicha actitud, entonces la delgadez de la paciente no se debe a la anorexia nervosa, y hay que encontrar y atender otras causas de la denutrición. En los distintos conjuntos de criterios médicos, la evitación que hace la enferma del alimento se describe como "premeditada e intencional" (Russell citado en Duker y Slade, 1995), y su actitud ante los alimentos y el control corporal es resuelta e "implacable" (Feighner *et al* citados en Duker y Slade, 1995). La persona está enfascada en la tarea de "alcanzar un bajo peso corporal para después mantenerlo" (Crisp citado en Duker y Slade, 1995), o manifiesta una "renuencia activa" a comer lo suficiente con el objeto de mantener un bajo peso, o hace "esfuerzos sostenidos y firmes" para evitar que se absorba la comida ingerida (Dally citado en Duker y Slade, 1995). La enfermedad se caracteriza por "lograr a toda costa la delgadez" (Bruch citada en Duker y Slade, 1995; Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Estas descripciones de la actitud anoréxica distinguen claramente a los enfermos de anorexia nervosa de otros grupos de pacientes que podrían haber bajado mucho de peso sin causa orgánica alguna. Por ejemplo, diferencian a los anoréxicos de quienes adelgazan mucho por que se sienten tan deprimidos y debilitados físicamente que les representa un esfuerzo demasiado grande alimentarse, o incluso que otra persona les prepare los alimentos y se los sirva. También los distingue de aquellos individuos con ansiedad que manifiestan un miedo neurótico de que la comida está envenenada, por lo que deben evitarla (Duker y Slade, 1995), como sucede en la esquizofrenia.

Duker y Slade (1995) opinan que si la joven se ve demasiado esquelética o considera que su delgadez pone en peligro su vida, parecería pura "palabrería académica" señalar que las características distintivas de la actitud del anoréxico no son por sí mismas inusitadas, y que su actitud sugiere normalidad más que anormalidad, puesto que parece indicar una conducta autodirigida y autónoma.

La mayoría de las pacientes manifiestan -junto a unos rasgos de personalidad de tipo histérico- ideas anancásticas intensas que, en algunos casos, las conducen hacia unos ideales ascéticos inquietantes unidos a una religiosidad excesiva (Stutle citada en Shütze, 1983). Sus ideas rayan en la paranoia, de relación con otras personas, raramente las comunican a éstas (Asperger citado en Shütze, 1983). La estricta moral y los elevados ideales que se exigen a sí mismas y su entorno inmediato contrastan con las más refinadas mentiras y engaños con relación a la ingesta alimenticia y al peso alcanzado. Se procuran alimentos en parte acaparrándolos absurdamente y en parte robándolos. Las anoréxicas poseen actitudes contradictorias, pasan de ser sumamente meticulosas, limpias y ordenadas, a mostrarse con el desarrollo de la enfermedad descuidadas en su aseo personal y su indumentaria. Frente a las personas que no pertenecen a la familia se muestran introvertidas y lacónicas, casi incapaces de mostrar cualquier deseo propio. Por el contrario,

frente a sus padres, especialmente frente a las madres estas jóvenes se conducen con frecuencia egocéntricamente y son sumamente exigentes. Existe una cierta inmadurez psicológica (ausencia de convicciones propias, capacidad muy limitada para tomar decisiones), sin embargo hay mucha tendencia hacia la intelectualización. Su reducida vida afectiva apenas da cabida a los sentimientos o a las relaciones emocionales. Su estado anímico presenta un tono depresivo, mostrándose serias, infelices y solitarias. Existe también una modificación de su actitud en cuanto a las relaciones de los demás: hay dificultades para establecer relaciones superficiales y una tendencia a consolidar firmemente las de tipo dual. En compensación por la pérdida de contactos extrafamiliares (aislamiento social) se intensifican las relaciones en el seno de la familia. Las pacientes suelen ser recelosas e impasibles, algunas veces, incapaces de llorar, son obstinadas, faltas de consideración y tienen un orgullo exagerado. A la vista de la gente, parecen lejanas y sin energía, sin vitalidad, frágiles y delicadas, pero en el fondo, poseen una gran vitalidad y son de carácter dinámico y explosivo.

Llegan a sentirse orgullosas de poder vivir y estar en forma sin comer apenas, con desprecio y asco por quienes dependen de la comida. Experimentan placer dominando la sensación de hambre: por el aumento de endorfinas que provoca el ayuno voluntario y por su sentido ascético de la vida (Martínez-Fornés, 1994). Insisten en que son felices, percatadas por completo de su estado y totalmente capaces de cuidarse por sí mismas (Norman, 1994).

Las anoréxicas, lejos de sentir que requieren ayuda, prefieren estar delgadas y perder peso. Desde su punto de vista, es bueno no comer. Estas enfermas piensan que la dificultad real radica en la preocupación de quienes las rodean. Y aunque la paciente se percata de que su modo de vida sin alimentarse la limita y deteriora, sigue creyendo que no es pertinente la ayuda. Al desarrollar bulimia, suelen buscar a alguien que mitigue su aflicción, pero no suponen que deben modificar su conducta.

En comparación con los problemas más tangibles y evidentemente apremiantes de otras personas, consideran que son ilógicas e injustificadas sus propias dificultades ocasionadas por la comida y el peso (Duker y Slade, 1995).

Las dificultades para definir la actitud de la paciente anoréxica de manera que sugiera que es alguien que razona (o sea, que es coherente en lo que piensa y dice, y toma decisiones acertadas conforme a ello) se hacen patentes tan pronto su demacración resulta menos alarmante. Una vez que aumenta algo de peso, la actitud de la enferma casi siempre pasa a un plano secundario. Debido a ello, muchos padres y familiares, así como algunos médicos, suponen erróneamente que la anorexia nerviosa está curada tan pronto como se recupera un peso corporal normal o cercano al adecuado. Pero la sola ganancia de peso *no significa* haber sanado. Si lo único que cambia es el peso, y si no lo logra recurrirá a otros medios de reducir los sentimientos consecuentes de desesperación. Así que la única forma de que la paciente abandone en definitiva el control alimentario es hacer que cambie sus actitudes o su modo de pensar.

Si la paciente o el terapeuta se apresuran a suponer que se ha logrado una recuperación simplemente porque se ha restaurado el peso perdido, entonces se creerán innecesarios el apoyo y la orientación, o se suspenderá el tratamiento en el momento mismo que es más esencial continuar con esta ayuda. Mientras más pronto se reconozca y atienda la enfermedad (lo ideal es sea cuando el modo de razonar de la persona muestra signos de anorexia clásica, pero apenas está empezando a controlar su peso y reducirlo), más corto será el período que se tenga que padecerla, sea anorexia, bulimia o ambas. Pero una vez que alguien cae en el estado franco de anorexia, es muy difícil que cambie la manera de razonar propia del trastorno, y el consecuente modo de vida autodestructivo. Puesto que este trastorno llega a prologarse durante años, vale la pena considerar la posibilidad de reconocer los primeros síntomas en cuanto a actitudes (Duker y Slade, 1995).

El control alimentario

Para cualquier persona que no tenga un firme sentido de sí misma, el control alimentario y corporal es un "remedio" muy eficaz, pero también muy arriesgado. Es sumamente efectivo para generar cierto sentido de sí mismo donde falta, ya que pone en marcha una serie de cambios en la personalidad que se convierten en una trampa. Asimismo, es probable que estas modificaciones pasen inadvertidas, porque en realidad son apreciadas dentro del sistema de valores establecido. De este modo por ser tan engañosas, las primeras consecuencias de controlar la ingestión de comida pueden ser muy peligrosas (González, 1999; Duker y Slade, 1995).

Por su parte, Buckroyd (1998) opina que por más fundamentales que sean las ideas de peso, figura y talla, hay un concepto aún más fuerte para la anoréxica, ese concepto es el de control. Ejerce ese control ante todo sobre la ingesta de comida y la talla, pero en muchas anoréxicas se extiende a otros ámbitos de la vida. Según Crispo, Figueroa y Guelar (1998), es bastante frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos de la alimentación una tendencia muy marcada a controlar sus vidas, lo cual incluye, obviamente, un férreo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Hasta que finalmente comprueban que el sistema de control se les vuelve en contra. No es esperable que alguien que enfrenta situaciones nuevas sepa desde el comienzo cómo desempeñarse o cómo resolverlas. Pero estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" cómo hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que si es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida.

El sueño es un área donde las anoréxicas ejercen a menudo el control poniéndose límites. Como se manifiesta en la hiperactividad, aunque una joven quizá se haya agotado haciendo ejercicio y con una dieta insuficiente, puede obligarse a no dormir lo necesario. La anoréxica es muy autocrítica, así que probablemente se diga que si duerme más de un número mínimo de horas es una floja, de la misma manera que se considera una glotonía si satisface sus necesidades corporales de comida (Buckroyd, 1998).

Siguiendo con este reconocimiento minucioso de la anorexia en el área del control alimentario, de acuerdo con Duker y Slade (1995) se debe distinguir al enfermo por sus actitudes características, y en ausencia de otros síntomas, se realiza de manera informal o formal.

- Observación Informal.

Tal como se ido observando, la persona anoréxica es alguien cuya más alta prioridad consiste en mantener el control sobre la ingestión de alimentos y su cuerpo, una tarea de importancia vital. La anoréxica logra establecer y mantener este control, y es bulímica si no lo consigue, fracasando en forma repetida y rotunda. En cualquier situación que pueda elegir entre comer o no, decidirá no hacerlo. Durante algún tiempo puede ser implícito, como cuando la enferma parece preferir hacer la tarea a salir con su familia a visitar a la abuela. El control alimentario y corporal propiamente anoréxico también se distingue por la manera en que contribuye a crear y establecer cierto sentido del "yo" (Duker y Slade, 1995).

El control alimentario de una anoréxica se caracteriza asimismo por una percepción exagerada de las consecuencias de no mantenerlo. Toda la idea que tiene la paciente de si misma puede cambiar según lo logre o no. Esto es evidente en lo que se ha dicho, pero las implicaciones son aún mayores, ya que pasar de no comer a comer, de tener control a no tenerlo, implica un paso semejante en relación con todas las distinciones que le son importantes, como triunfar o fracasar en la escuela o en el trabajo, o ser o no ser un buen miembro de la familia. La anoréxica puede evitar molestar a la gente, seguir cumpliendo con las tareas escolares, y en general realizar todo aquello que se espera de ella, pero sólo si logra controlar su hambre. Conseguir o no este control es la gran diferencia, ya que toda ella es "buena" o "mala". En el caso de la paciente bulímica, su forma de comer tan irregular hace que fluctúe entre su "personalidad buena", y su "personalidad horrible, monstruosa y glotonía", cada vez que pasa de un hambre controlada a una glotonería desenfrenada (Duker y Slade, 1995).

- Medición formal o evaluación psicológica/psiquiátrica.

Las pacientes antes de recurrir al psiquiatra (por supuesto, a la fuerza) pasan por diversos especialidades como medicina interna, endocrinología o ginecología. En general, cuando son vistas por el psiquiatra, el cuadro suele estar completamente establecido o ya cronicado. La derivación desde el principio al especialista en psiquiatría es relevante en cuanto al pronóstico, dada la necesidad de establecer un clima de empatía entre el médico y la paciente, lo que puede dificultarse por interpretaciones previas en cuanto a la naturaleza de los síntomas, que pueden reforzar la negación de una alteración psicológica y/o conductual y, por lo tanto, el rechazo inicial de la atención psiquiátrica. Es el psiquiatra el responsable de la coordinación de la intervención o intervenciones terapéuticas posibles, bien de forma ambulatoria, bien en régimen de ingreso en casos de gravedad. No hay que olvidar la frecuente tendencia a la ocultación por el miedo a ser

rechazadas o no entendidas, o por el propio temor a ser estigmatizadas frente a los demás como "enferma psiquiátrica", lo que supondría una experiencia más de fracaso personal (Duker y Slade, 1995; Chinchilla, 1994).

Entrevista diagnóstica

La entrevista es fundamental para cualquier evaluación psicológica. La anoréxica, dada su tendencia a negar la enfermedad, su actitud ante el médico o psicólogo acostumbra ser negativa. El entrevistador llega a ser visto como una especie de enemigo aliado con la familia en la lucha por el aumento de peso. Ello puede y suele conducir a la deformación y ocultación de hechos, comportamientos y sentimientos, cuando no a un claro rechazo de la situación de entrevista clínica. Todo ello hace imprescindible el recoger información acudiendo a los padres, esposo u otras personas cercanas a la paciente. En cualquier caso la *entrevista familiar* es siempre indispensable debido a la mencionada conflictividad interpersonal que por lo menos secundariamente, suele producirse en el entorno familiar de la paciente (Toro y Vilardell, 1987).

Hersovici y Bay (1990) mencionan que cuando está presente un temor intenso a engordar y la paciente teme perder el control sobre su ingesta luego de estar a dieta y a pesar de su evidente delgadez, hasta hoy no se ha encontrado ninguna explicación médica o psicológica que no sea la anorexia nervosa. Los autores también concuerdan con Duker y Slade (1995) en que cuando se decide consultar a un médico no especialista, es frecuente que no surja el diagnóstico en la primera entrevista y que los pacientes deambularen por varios consultorios. Además de que también comparten la opinión de que los pacientes con anorexia nervosa generalmente son llevados a consulta. Difícilmente acuden complacidos, dado que carecen de conciencia de enfermedad. Hersovici y Bay (1990) vuelven a hacer hincapié y recalcan, esta es una de las razones por las cuales es imprescindible contar al inicio con la familia para la prosecución del tratamiento. Cuando llevan considerable tiempo de evolución, dos o más años, recorriendo consultorios sin encontrar solución a su problema, es probable que tengan y expresen su deseo de curarse a causa del agobio que les produce la transformación que ha ocurrido en su vida, aun cuando insistan en que no se sienten patológicamente delgadas, pero se dan cuenta que esta preocupación les ha inundado la existencia.

Un objetivo fundamental de la entrevista diagnóstica es establecer si la paciente tiene un temor patológico a engordar a raíz del miedo a perder el control de la ingesta. Es responsabilidad del clínico obtener los antecedentes a partir de un acercamiento empático al paciente (como lo sugieren Duker y Slade), en el cual reconoce la importancia que le atribuye a su empeño en adelgazar y en ejercer el control, al tiempo que destacar los aspectos negativos y peligrosos de esta situación (Hersovici y Bay, 1990).

Los dos cuestionarios más utilizados para el diagnóstico son el *Eating Attitudes Test (E. A. T.)* de Garner y Garfinkel (1979), que puede ser administrado en cualquier momento de sospecha o evolución anoréxica y la *Anorectic Attitud Scale (G. A. A. S.)* de Goldberg y cols. (1980) que está pensado para casos que están siendo abordados terapéuticamente en situación de hospitalización. Los mismos autores que desarrollaron el E. A. T. elaboraron el *Eating Disorder Inventory (E. D. I.)* que amplía el punto de vista de los cuestionarios anteriores al incluir no sólo la anorexia nervosa, sino los trastornos de la ingesta en general (Garner y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). Para algunos autores el E. D. I. constituye el cuestionario de elección entre los que hay disponibles (Vandereycken y Meerman citados en Toro y Vilardell, 1987). Existen también cuestionarios que deben ser llenados por los familiares de la paciente, como el *Anorectic Behavior Observation Scale (A. B. O. S.)*, para uso de padres y/o esposos, adaptación de otro cuestionario previo llevado a cabo en Bélgica por Vandereycken (Vandereycken y Meerman citados en Toro y Vilardell, 1987). También se elaboró el *Anorexic Behavior Scale* de Slade (1973), que es una escala diseñada para registrar las observaciones de las pacientes durante la hospitalización de la enferma. Por supuesto, las exploraciones psiquiátricas complementarias mediante cuestionarios serán, en el caso de la anorexia y la bulimia, las usuales en la clínica psiquiátrica: *MMPI*, *EPI*, *16 P.P.*, etc. (Toro y Vilardell, 1987).

En general, los *MMPI's* de las anoréxicas muestran perfiles que sugieren depresión, aislamiento social y ansiedad, siendo la depresión la escala más elevada, las anoréxicas bulímicas muestran perfiles con mayor severidad y menor precisión en los rasgos. Depresión y ansiedad son rasgos prominentes, pero la elevación en otras escalas muestran rasgos expresivos dramáticos ausentes en las restrictivas. En las pacientes bulímicas de peso normal no se encuentra un perfil homogéneo, sino que se presentan elevaciones en todas las escalas, siendo las más altas la depresión y desviación psicopática. Todo esto se debe a que los pacientes no conforman una entidad homogénea en cuanto a rasgos de personalidad (Unikel, 1998).

Una prueba psicológica bastante utilizada se elaboró seleccionando una serie de comentarios, casi todos ellos sobre comida, los cuales casi siempre fueron apoyados por un grupo de estos enfermos, pero que rara vez lo fueron por miembros de un grupo control con sujetos no anoréxicos. Al aplicarse a otros grupos, este examen es muy eficaz para decidir qué personas piensan como una anoréxica (Garner y Garfinkel citados en Duker y Slade, 1995).

Parece que las pruebas enfocadas en actitudes hacia los alimentos y el peso no siempre logran detectar a quienes padecen anorexia nervosa. Éste es el caso particular en quienes se preocupan mucho por su figura ya que son bailarinas profesionales, modelos, actrices o deportistas que compiten (Weeda-Mannak y Drop citados en Duker y Slade, 1995). Otras mediciones psicológicas revelan que mientras una anoréxica se siente impulsada a resolver su profundo sentido de ineptitud personal, controlando en extremo su modo de comer y su cuerpo, la bailarina y la atleta no anoréxicas podrán hablar de muchas otras cosas sobre sí misma y sus habilidades, sin mencionar su capacidad de someterse a la inanición voluntaria. Para poseer cierto sentido de valía propia, la persona no anoréxica *no* depende totalmente de su habilidad para restringir lo que come (Duker y Slade, 1995).

Etiopatogenia

La multideterminación de los trastornos de la alimentación: Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

Primero que nada, resulta de utilidad aclarar lo que significa "multideterminación". Esto quiere decir que existen diferentes factores que inciden para que finalmente una persona tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Barber et al, 1995; Garner y Garfinkel citados en Hersovici y Bay, 1990; Pirke y Ploog, 1984, 1987; Toro y Vilardell, 1987; Thöma citado en Shütze, 1983; Lucas, 1981). Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno alimentario es mejor verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo (Crispo et al, 1998).

La alimentación va más allá de su base biológica (aspectos neuroendócrinos, neuroquímicos, etc.) por lo que su estudio debe ser necesariamente multifactorial: que a la vez ve al sujeto como una unidad funcional, lo entiende en su realidad, en su interrelación sujeto-sociedad, esto es, desde una concepción BIO-PSICO-SOCIAL (Gómez Pérez-Mitré citada en Barber et al, 1995).

La anorexia y la bulimia se pueden ver como enfermedades con una "multitud de predisposiciones". Muchas personas en la población pueden tener la predisposición a dichos trastornos, pero solo algunas los desarrollan. Para cada persona con la patología la interacción exacta de las fuerzas predispositoras variarán (Barber et al, 1995). Es decir, en toda población existirá un grupo de personas en riesgo de anorexia y/o bulimia a causa de la presencia de una combinación específica de factores predisponentes. Es la interacción y temporalización de estos fenómenos en una persona en concreto lo que es necesario para que el sujeto se convierta en enfermo. En este sentido, la anorexia y la bulimia son una senda común final, el producto de fuerzas interactuantes (Garner y Garfinkel citados en Hersovici y Bay, 1990; Toro y Vilardell, 1987).

Con lo anterior se quiere dar a entender que estos trastornos son procesos que raramente se ponen en funcionamiento a la primera ocasión, sino que sólo lo hace cuando las causas que posibilitan la aparición de la enfermedad concurren por segunda o tercera vez y siempre que se dé un conjunto muy complejo de factores muy diversos parcialmente favorecedores de la enfermedad (Thöma citado en Shütze, 1983).

Dichos factores de riesgo pueden ser algo diferentes de los factores que inician o precipitan la enfermedad. Aquellos, en cambio, pueden ser bien diferentes de las circunstancias que perpetúan la enfermedad (Barber et al, 1995).

Cabe mencionar que los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores son muy similares en ambos trastornos, de hecho, se podría decir que son los mismos tanto en la anorexia como en la bulimia nervosa, por este motivo no se hace una distinción entre los factores de una y otra patología, y al hablar de dichos factores se incluye a los dos trastornos, es decir, no existe una gran diferencia entre la etiología o causalidad de la anorexia y la bulimia nervosa. Solamente hay diferencia en algunos aspectos que más adelante se exponen. Se intentará resumir los hechos y fenómenos básicos que parecen intervenir en la etiopatogenia de estos padecimientos. La mayoría de ellos se encuentran expuestos y explicitados anteriormente. Se tratará integrarlos sistemáticamente dentro de un todo dinámico y evolutivo como lo que son dichas enfermedades. Existen ciertas características comunes a muchas de las jóvenes, que parecen ser claves para "volverlas vulnerables". Vale la pena reiterar que los trastornos de la alimentación son fenómenos multideterminados

o multicausales y es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores ambientales o contextuales, de circunstancias vitales de la persona, lo que *precipita* la situación. Lo que *perpetúa* el trastorno (factores de mantenimiento, de los cuales se hablará más adelante) está más relacionado con lo que se está haciendo tanto en cuanto a la alimentación como en cuanto a las relaciones- que con lo que puede haber dado comienzo al trastorno.

O sea que, una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales; un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (p. ej. adolescencia) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes con respecto a la figura y el peso, *precipita* el problema. Pero la *perpetuación* del trastorno - además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso- está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno de la alimentación en sí mismo (Crispo et al, 1998).

Factores predisponentes o de riesgo

Cuando se habla de factores predisponentes se dice que hay elementos en el contexto sociocultural en el que están inmersos y en las características individuales de la persona o en las de su familia que hacen el "campo fértil" para que pueda "prosperar" la enfermedad (Crispo et al, 1998).

Genética (Herencia)

La genética en los trastornos de la alimentación juega un papel importante como un factor predisponente. Entre los parientes de primer grado existe un mayor riesgo de padecer la enfermedad, así como también existe un riesgo mayor para los parientes de primer grado de padecer trastornos del estado de ánimo, en especial los familiares de los pacientes del tipo compulsivo/purgativo. A nivel familiar una historia de depresión, alcoholismo, obesidad o incluso, un desorden alimentario aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación (DSM-IV, 1994). Cerca del 50% del riesgo asociado a la anorexia podría deberse a factores genéticos. La anorexia y la bulimia son trastornos de la alimentación heredables con susceptibilidades genéticas que coinciden en parte. El Dr. Wade Berrettini señala que los parientes cercanos de los pacientes con anorexia o bulimia tienen un riesgo de 5 a 6 veces de desarrollar un trastorno de la alimentación comparado con los parientes de los controles. De este modo, él concluye que la mitad del riesgo de padecer anorexia nervosa se debe a factores genéticos (Berrettini, 1998). Por su parte, Hsu (1990) proporciona otras cifras: estimó que los familiares de primer grado de personas con trastornos de la alimentación están en un riesgo de 4 a 5 mayor que la gente en general de desarrollar algún tipo de desorden de la alimentación (citado en Button, 1993). De acuerdo con Martínez-Fornés (1994) cuando una gemela homocigótica padece anorexia, en el 30-50% de los casos la otra hermana también la padece o la padecerá. En otros estudios de gemelos (Holland et al, 1984) se encontraron un 57% y un 7% de concordancia de anorexia nervosa entre gemelos monozigóticos y dizigóticos respectivamente (citado en Button, 1993). Sin embargo, según Toro y Vilardell (1987) en los estudios familiares no se ha revelado significativamente la presencia de anorexia nervosa en los padres de las pacientes. La concordancia madre-hija es sumamente rara. En un trabajo de Kalucy y cols. (1977) el 16% de las madres y el 23% de los padres de sus pacientes cuentan con antecedentes de un peso excesivamente bajo en la adolescencia, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración positiva del bajo peso (citados en Toro y Vilardell, 1987). En cuanto a la prevalencia de anorexia en las hermanas de anoréxicas se encuentran porcentajes que oscilan entre el 3.1% y el 6.6%, cifras que son significativas ya que superan por mucho las tasas de la población general (Garner y Garfinkel citados en Toro y Vilardell, 1987).

En efecto, existe un riesgo hereditario tanto para la bulimia como para la anorexia. La anorexia es 8 veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá dificultando más el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de factores culturales y psicológicos podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Algunos expertos creen que las anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opiodes, los cuales son descargados en condiciones de manicomio y que promueven una adicción al estado de hambre ("Trastornos del c...", 1999).

Estudios de gemelos, árboles genealógicos y últimamente de genética molecular certifican la influencia de factores genéticos, que se manifiestan al producirse la malnutrición, muy probablemente provocando entre otras cosas una disfunción del sistema serotoninérgico (American Anorexia Bulimia Association, 1999; Toro, 1999).

Parece poder hablarse de una cierta predisposición o vulnerabilidad genética para la anorexia nervosa. Puede ser también que la determinación genética actúe sobre el área de la personalidad. Es probable que existan ciertos tipos de personalidad en los trastornos de la alimentación.

Trastornos afectivos y emocionales

A continuación se hace referencia a los trastornos afectivos/emocionales que intervienen como predisposición adquirida genética y/o experiencialmente. En cuanto a orden de importancia, parece lógico que los cuadros depresivos ocupen el primer lugar, quedando en segundo término los trastornos por ansiedad. El síndrome obsesivo-compulsivo ocupa un área de más difícil ubicación, pero sin duda tiene un papel importante (Button, 1993; Toro y Vilardell, 1987). La presencia de trastornos afectivos, como por ejemplo, el bipolar (Pernoll, 1993) o el consumo excesivo de alcohol y/o drogas en los familiares de primer grado, como se dijo antes, pero también en los de segundo, resultan de una clara relevancia como factores predisponentes (Garner y Garfinkel citados en Toro y Vilardell, 1987).

Por el lado de los trastornos de ansiedad, en un estudio francés se concluyó que el más frecuente (de los trastornos de ansiedad) es la fobia social, en el 55% de los anoréxicos y en el 59% de los bulímicos (N=63). Cuando está presente, el trastorno de ansiedad co-mórbido ha predispuesto el inicio del trastorno de la alimentación en 75% de los sujetos con anorexia y en 88% de los sujetos con bulimia. Los resultados muestran que un trastorno de ansiedad frecuentemente existe antes del desorden alimentario (Godart, Flament, Lecrubier y Jeammet, 2000). También, como antecedente de este tema de estudio, otra investigación (Deep et al citados en "Anorexia nervosa", 1999) señaló la posibilidad de que los niños que padecen trastornos de ansiedad entre los 5 y los 15 años pueden expresar el primer índice de vulnerabilidad biológica para la anorexia nervosa.

Características de personalidad (personalidad premórbida)

Antes de comenzar con la descripción de la personalidad de las personas con trastornos de alimentación, cabe señalar que no tiene porque haber personalidades que anuncien específicamente un trastorno psiquiátrico concreto. Sin embargo, si existen ciertas aproximaciones con visos de verosimilitud (Toro y Vilardell, 1987).

Al hablar de una personalidad premórbida es necesario señalar que no se pueden separar características psicológicas previas de aquellas que son posteriores el padecimiento de una enfermedad grave durante un cierto periodo de tiempo o bien son secundarias a los efectos de la inanición. Los tipos de personalidad del anoréxico son variables, entre ellos se destacan algunos rasgos: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad. Es típico que los padres describan a estas jóvenes como hijas modelo, que siempre fueron muy colaboradoras, dóciles, sensiblemente cuidadoras de padres y hermanos, y que jamás tropezaron con la negativa de su parte hasta la instalación del cuadro anoréxico (Hersovici y Bay, 1990).

Sin embargo, Meierhofer (1963) señala que hay manifestaciones psicológicas antes del comienzo de la enfermedad. Este autor señala que en la edad preescolar los anoréxicos han pasado por una fase de terquedad muy pronunciada con una tendencia a las reacciones agresivas mayor de lo normal. En la edad escolar estos niños se relacionan poco con los de su misma edad, atendieron aún sin haber exteriorizado sus deseos de hacerlo a sus hermanos menores con solicitud y de forma sumamente cuidadosa. La relación de estos niños modelo con su madre se caracterizaba por una gran dependencia, de forma que apenas pudieron soportar los breves periodos de separación. En sus tareas escolares obtuvieron muy buenos resultados gracias a su constante aplicación (Meierhofer citado en Shütze, 1983), además de que tenían una actitud aborrativa y exageradamente ambiciosa (Clauser, Muller citados en Shütze, 1983). Se trata de niños más miedosos de lo normal. La falta de espontaneidad, asociada a la escasa intuición de estas niñas, corresponde a una actitud básica, pasiva y sumisa. Entonces se puede decir que este niño ejemplar, bueno y sumiso, ha adoptado la conducta de sus padres en la fase del desarrollo prepuberal, con lo cual logra con una moralidad estricta y una perfecta normalidad, esto lo interpreta Richter (1965) como una alteración profunda en la integración del yo en el desarrollo de la personalidad infantil (Richter citado en Shütze, 1983).

Garner y cols. (1980), administrando el EQP de Eysenck a ciertos grupos de mujeres normales, obesas y anoréxicas, encontraron que estas últimas eran significativamente más inestables emocionalmente y más introvertidas que los otros grupos. Teniendo en cuenta la existencia de ansiedad, obsesiones, depresión, etc., en las anoréxicas es lógico que se sitúen en el cuadrante introversión-inestabilidad del modelo eysenckiano. Tejero y cols. (1986) aplicaron los esquemas de Gray y concluyeron que las anoréxicas

presentan unos niveles de ansiedad -en términos de Gray- significativamente superiores a los controles. Ello significaría una mayor condicionalidad determinada biológicamente ante procedimientos de castigo, supresión de reforzadores y presentación de estímulos nuevos, es decir, una mayor sensibilidad al castigo (citados en Toro y Vilardell, 1987). Strober (1981) encontró por su parte una cierta personalidad de la adolescente anoréxica, la cual tiene las siguientes características: mayor conformidad, ansiedades neuróticas, control de la emocionalidad y evitación de estímulos (citado en Button, 1993).

Según Donoso (1990), las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo (citado en Barber et al, 1995), al igual que una tendencia a evitar al conflicto ("Anorexia y bulimia", 1999). Se alejan de lo sensual y de las necesidades más primarias, frugalidad, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; suelen ser sumisas, pasivas y completamente obedientes ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia. El conjunto de estas características responde plenamente al modo de interacción familiar y a las actitudes y valores de los padres de estos pacientes (Barber et al, 1995).

Al momento de que emerge el síndrome, el comportamiento en general resulta verdaderamente alterado, lo que se convierte en una conducta a la que según Bruch (citada en Barber et al, 1990) menciona que bordea lo psicótico. En este momento es cuando los pacientes se caracterizan por ser sensitivos, dependientes, introvertidos, ansiosos, obstinados, manipuladores y perfeccionistas. A la vez poseen una conducta obsesivo-compulsiva; con mucha frecuencia, otro síntoma que se encuentra presente es la depresión (períodos de llanto, disturbios en el sueño), el cual si es que existe indica un pronóstico menos favorable, en estas depresiones el mecanismo principal involucrado parece que es el enojo contra uno de los padres, y más comúnmente hacia la madre; hay un marcado desinterés sexual y aislamiento. Así también, en los estados de desnutrición es común: la irritabilidad, labilidad emocional, depresión aislamiento y desinterés sexual (Barber et al, 1995).

Estos pacientes presentan un problema grave que es una regresión en la cual la persona no quiere crecer; la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de "detener" el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

En 1992, Holtz propone probables psicopatologías subyacentes a la anorexia nervosa como son: Trastornos de la personalidad, sobre todo de tipo histriónico, limitrofe y narcisista, personalidad limitrofe, alta incidencia de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, sobre todo bipolar, ciclotimia y depresivo, personalidad múltiple, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de despersonalización (Holtz citada en Barber et al, 1995).

También, la misma autora propone una lista de características de los pacientes con desórdenes de la alimentación: obsesividad, ansiedad, estrés, hostilidad, baja autoestima, somatización, impulsividad, mala adaptación social, aislamiento, confusión en cuanto a la identidad sexual, anestesia física, hipersensibilidad interpersonal, locus de control externo, abuso de sustancias, poca tolerancia a la frustración, distorsión perceptual y cognitiva, poca concentración, irritabilidad, sentimientos de inadecuación y enajenación, labilidad afectiva, poca capacidad para tomar decisiones, inseguridad, inconsistencia, oposicionalismo, pensamiento mágico y supersticioso, sobregeneralización y abstracción selectiva, necesidades extremas de ser aceptados, odio a sí mismos, expectativas demasiado altas, perfeccionismo, menos orientación hacia actividades recreativas, capacidad limitada para modular sentimientos, narcisismo, demuestran menos cohesión y expresividad, preocupación por la comida, las dietas y el comer, sentimiento general de fracaso.

Otras características de la anoréxica son: un sentimiento de desamparo, impotencia, incapacidad, miedo a perder el control, una autoestima que depende mayormente de la opinión de los demás, un pensamiento del estilo de todo-o-nada (dicotómico). Una historia de abuso temprano también puede ser un factor de riesgo, por su efecto de producir un sentimiento de desamparo e insatisfacción con el propio cuerpo (Holtz citada en Barber et al, 1995).

En otro orden de ideas, uno de los rasgos básicos de la anorexia, como se ha explicado, es la falta de un sólido sentido de sí misma, o sea que tiene una idea muy vaga de su propio ser (Bruch citada en Duker y Slade, 1995), quienes la rodean sienten que es una persona de voluntad férrea y dominante. Es obvio que esto es cierto en lo que se refiere al control alimentario y regímenes de ejercicio físico. La paciente es tajante y exigente en cuanto a lo que tolerará o no en relación con las rutinas y normas domésticas; de otro modo no podrá llevar su control. A medida que aumenta su tensión y la preocupación por su negativa a comer, sus allegados pocas veces ven algo más que intransigencia, ya que su actitud no es más que la de

una personalidad "fuerte". Es cuando adelgaza tanto que ya no puede ignorarse su demacración cuando es preciso hallar alguna explicación. La tendencia es entonces a suponer una de dos cosas. O que algo anda mal con el funcionamiento de su organismo (como cuando hay tuberculosis, cáncer o úlcera gástrica), o que la enferma está cometiendo una serie de actos que la han llevado a este estado.

Otros factores individuales

La **obesidad** o sobrepeso es un factor facilitador de la anorexia nervosa. Las primeras decisiones sobre el adelgazamiento quedan facilitadas, claro es, cuando el exceso de peso es objetivo. Sin embargo, la obesidad parece contar más como factor predisponente en el caso de las anoréxicas bulímicas (Garner y Garfinkel citados en Toro y Vilardell, 1987). En cualquier caso, junto al sobre peso hay que situar lo que se llamaría "sensibilidad excesiva para el peso", es decir, las predisposiciones cognitivas para la fácil sobrevaloración del propio peso o de las propias dimensiones corporales. También la obesidad materna es de tomarse en cuenta, concretamente en el grupo de anoréxicas bulímicas. Lo lógico es que la madre obesa actúa transmitiendo genética o consuetudinariamente el sobrepeso a su hija o que funcione para ésta como un contramodelo estético corporal (Toro y Vilardell, 1987).

En varias ocasiones se ha hecho la pregunta de si la anorexia puede relacionarse con intentos para controlar el exceso de peso. Parece haber cierta concordancia en que la obesidad entendida como un exceso de peso de más del 15%, era más frecuente entre las bulímicas premórbidas. Por cierto, una persona que **sido** previamente obesa puede estar hipersensibilizada, como se dijo, a las humillaciones de que suele ser víctima. Esto bien puede ser un factor importante en la predisposición a hacer dieta, especialmente si su autoestima en gran medida de su aspecto (Hersovici y Bay, 1990).

Existen también **anomalías relacionadas con la alimentación en los primeros años de vida** (desde el nacimiento hasta los 5 o 6 años) como un hecho que diferencia significativamente las anorexias de inicio prepupal de las que comienzan tras la pubertad. Comparando dos grupos, uno de 20 pacientes prepupal y otro de 20 post-pupales, aquellos habían padecido irregularidades ingestivas infantiles en el 42% de los casos, haciéndolo los segundos en el 15%. Asimismo, se encontró que había tenido lactancia materna un número significativamente mayor de anoréxicas prepupales (Jacobs e Isaacs citados en Toro y Vilardell, 1987). Otros problemas alrededor del nacimiento incluyen traumas físicos, crisis convulsivas, bajo peso al nacer y una edad materna mayor. Las personas con anorexia con frecuencia tenían problemas del estómago e intestinales a edades muy tempranas ("Trastornos del c...", 1999). Un elevado índice de anoréxicas padecieron enuresis nocturna hasta los 10-12-14 años (Martínez-Fornés, 1994).

La **afectación perinatal** es otro factor a tomar en cuenta. Halmi y cols. (1977) encontraron que en el 18% de 44 pacientes se habían producido complicaciones significativas y que el parto había resultado distócico en el 33% (en Toro y Vilardell, 1987).

Se han intentado dar ciertas explicaciones para encontrar factores de los primeros años de la vida que predispongan al sujeto a ser anoréxico, dichas condiciones "precursoras" podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición durante la niñez y pubertad temprana (Schroeder citado en Barber et al., 1995).

Desde luego, **edad y sexo** cuentan muchísimo. Pertenecer al sexo femenino y estar situado en la adolescencia y primera juventud, entre los 10 y los 30 años (Norman, 1994) son evidentes factores de riesgo (Toro y Vilardell, 1987).

Factores psicológicos predisponentes: individuales y familiares

Una posible explicación a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de una forma aparte de la familia o de otros patrones externos. Viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre "adecuada" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteamientos propios de una etapa de crecimiento. Planteamientos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamiento o dejarán temporalmente insatisfechos a otros. Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque siempre dudando de sí mismo. Otra característica significativa se refiere a los

trastornos de la autopercepción del tamaño corporal y de los trastornos afectivos y viscerales (Crispo et al, 1998).

En los trastornos de la alimentación se puede encontrar un factor crucial y este es que hay una dificultad para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación. Esto disminuye la capacidad ya limitada separadamente de la familia u otro anclaje (Hersovici y Bay, 1990).

Crispo y cols. (1998) señalan que las jóvenes que padecen estos trastornos se encuentran en una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de casa, en relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etc. Es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

Según Buckroyd (1998) la anorexia y la bulimia son funcionales: se les busca para lograr algo diferente del propósito confesado de ser delgada. Si se le pregunta a una anoréxica o a una bulímica porque abusa de la comida del modo en que lo hace, responderá que lo único que quiere es estar delgada. Si fuese delgada todo sería maravilloso. Para empezar, ya está delgada, muy delgada, mientras asegura, de un modo que no resulta razonable para una persona normal, que está gorda. La bulímica de peso normal es solamente eso: una persona de peso normal. Si realmente quisiera estar más delgada necesitaría buscar otra forma, porque la que ha elegido, a pesar de todo el martirio, no hace más que mantenerla en su peso normal. Las dos se han metido en una posición donde nunca alcanzan lo que dicen que es su objetivo.

Hablando del carácter obsesivo de la anorexia y la bulimia la autora señala que la enferma piensa constantemente en comida, el peso, la figura y la talla. Las que están en las etapas más avanzadas del trastorno tienen dificultad para pensar en otra cosa. Es esto lo que las aísla de sus amigos y familia y lo que finalmente les impide estudiar o trabajar. De hecho, uno de los signos de que una joven puede estar buscando la forma de salirse de su prisión es cuando comienza a hartarse de pensar en y vivir para la comida, el peso, la figura y la talla a todas horas del día. Quizá lo más valioso y útil para la enferma sea la capacidad que esas condiciones tienen de distraer y preocupar. Tal vez la anorexia y la bulimia sean una protección o un modo de hacer frente a todo lo que la angustia. Esto es lo mismo en cualquier tipo de obsesión. Parece muy probable que la anorexia y la bulimia sean maneras de hacer frente a pensamientos, sensaciones o recuerdos difíciles. Una conciencia directa del proceso es poco común, pero probablemente sea eso lo que sucede en gran medida con estos trastornos, que quizá en ese sentido serían modos de hacer frente a problemas. La pregunta que subsiste es de qué necesita defenderse de una manera tan desesperada.

Según la perspectiva de Buckroyd (1998) la anorexia y la bulimia son formas de hacer frente a la vida. En realidad, la angustia y la ansiedad que afectan a las enfermas y quienes las rodean sugieren que ambas son formas de no hacer frente al problema. Causan toda clase de terribles efectos emocionales y físicos. Una persona que padezca cualquiera de las dos enfermedades probablemente se siente mal consigo misma, está preocupada por cuestiones de comida, peso, figura y talla con exclusión de casi cualquier otra cosa, no disfruta de una vida social satisfactoria, ve que sus preocupaciones afectan seriamente sus relaciones más cercanas, y no puede rendir al máximo en el trabajo. Físicamente no se siente bien la mayor parte del tiempo, a menudo está cansada y sin fuerzas, tiene problemas con su sistema digestivo y está físicamente incómoda la mayor parte del tiempo. Y lo que es más, su situación física, su aislamiento social y su conducta extraña y obsesiva provoca enorme ansiedad a los que la rodean. Con frecuencia la familia y los amigos llegan a desesperarse porque no saben que hacer con su extraño u frustrante modo de actuar. A pesar de todo, la enferma encuentra muy difícil abandonar su obsesión. Cuando la anorexia y la bulimia son suficientemente serias como para merecer un diagnóstico clínico, es muy probable que persistan durante años; y cuanto más tiempo, continúan más difícil es curarlas. Sin embargo, para el que observa desde fuera nada es más sencillo: todo lo que la enferma tiene que hacer para estar bien es comer adecuadamente. Lo cierto es que a pesar de todo lo que se ha escrito sobre estas enfermedades, todavía persiste al respecto mucho desconocimiento y malentendidos. Se suele comprender muy poco a estas enfermas. A veces la gente reacciona con verdadera hostilidad.

De hecho, Buckroyd (1998) cree que una enferma tiene la edad que tenía cuando empezó a mostrar síntomas de anorexia por primera vez, aunque cronológicamente puede tener muchos años más. La anorexia inhibe e impide el crecimiento y el desarrollo de cada aspecto de la vida de la paciente. Quizá está calculada para hacer exactamente eso; es una forma de decir: "¡Paren el mundo que quiero bajarme!".

Martínez-Fornés (1994) está de acuerdo las anoréxicas padecen el complejo o síndrome de Peter Pan, desean permanecer siempre siendo niñas y no "le hacen caso" ni al amor ni a la sexualidad. Se sienten mucho más niñas de su edad cronológica, sentimiento reforzado por el acusado retraso en el peso y en la talla. Les horroriza o -al menos- no desean hacerse mujeres.

Tal como se ha descrito, los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con los cambios (físicos, sexuales, emocionales y sociales) normales de este período, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural de peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más "de mujer". Para muchas jóvenes que padecen trastornos de la alimentación, éste puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente trasmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia. Generalmente, estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar al mundo adulto (Crispo et al, 1998; González, 1999). El conflicto central en la génesis de la anorexia es la deficiente superación de los problemas propios del desarrollo, lo cual supone un ensanchamiento de la personalidad en los ámbitos de la sexualidad, la autoafirmación y la responsabilidad (Shütz, 1983).

Las personas desarrollan intigues sobre si mismas y fabrican su propio concepto acerca de quienes son. Cuanto menos pareciera a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de si misma, más baja estará su autoestima. Una joven puede sentirse tan insegura de sus posibilidades de cumplir con esos parámetros y, por lo mismo, de ser exitosa en sus relaciones que concentra en el peso el área de triunfo y aceptación. Esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a si misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficiencia las hace muy exigentes, al tal grado que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a si mismas. De este modo, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida. Contrariamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. El perfeccionismo no le permite ser humana. Nunca se logra lo que se busca porque es en si mismo inalcanzable (Crispo et al, 1998).

Otro aspecto del mencionado temor a crecer, de ese mantenerse como niña, que experimenta la paciente que padece algún trastorno de la alimentación es que conserva un pensamiento infantil que mueve entre los extremos (dicotómico): bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado (Crispo et al, 1998).

Por lo tanto, desafortunadamente, los factores socioculturales, en conjunto con una historia familiar de conflicto, desencadenan una alta probabilidad de aparición de trastornos de la alimentación (u otros trastornos), sobretudo cuando el individuo se encuentra en la etapa adolescente, pues es en este período cuando la lucha por madurar, ser independiente y autónomo, dentro de una inestabilidad interna y familiar, hace que el adolescente y sus padres se vean forzados a afrontar y resolver las realidades emergentes del desarrollo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Barber et al, 1995).

Esta inestabilidad los hace más vulnerables a publicidad, presiones culturales y de grupo. De este modo, es fácil para el adolescente perderse y surge de nuevo el tema del control, trata de obtener control, "por lo menos de su cuerpo" y así la paciente anoréxica controla lo poco que consume y con ello controla -por lo menos en su fantasía- a los demás. Esa es su solución, resolver en secreto todos los problemas familiares... y del mundo (Holtz, citada en Barber et al, 1995).

Ya se había citado el tema del nivel de inteligencia de estos pacientes, pero contrario a lo que la gente (y algunos autores p. ej. Donoso citado en Barber et al, 1995) piensa, se ubica en el rango entre normal y

normal alto. Se tienen registros (Garner y Garfinkel citados en Hersovici y Bay, 1990) de tres pacientes con retardo. Lo determinante en el rendimiento de estos pacientes parece ser no su alto nivel de inteligencia sino el grado de expectativa externa que perciben y apenas es desarrollada espontáneamente por la propia paciente. Estudian con arreglo a las estrictas pautas preestablecidas por la propia escuela y con gran preocupación por sus calificaciones, por miedo al fracaso (Hersovici y Bay, 1990; Dührsen citado en Shütze, 1983). Por otro lado, en la medida en que evitan situaciones sociales, van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de autoestima, y así el desempeño académico se sobrevaloriza a expensas del desempeño en otras áreas (Hersovici y Bay, 1990). Desafortunadamente, rechazan cualquier ayuda que se les ofrezca. Su caquexia las enorgullece como su mayor éxito personal (Martínez-Fornés, 1994).

Son varios los factores de riesgo mencionados hasta el momento. Es necesario ahora mencionar algunas cifras de nuestro país que indican porcentajes de conductas eventuales de riesgo para padecer algún trastorno de la alimentación. Se ha visto que en México, 68% de las mujeres y el 31% de los hombres que cursan secundaria, preparatoria y estudios universitarios sigue algún tipo de dieta. Aquellos que se someten a regímenes estrictos, aumentan 18 veces sus probabilidades de desarrollar un trastorno de la alimentación. Más del 90% de las personas que los padecen presentan, además, depresión o ansiedad. La mayoría de quienes padecen trastornos de la alimentación ha sufrido abuso físico, psicológico o sexual (Zúñiga citado en Scherer, 2002). Se han encontrado patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como patrones de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas alimentarios en estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Tena-Suck (2002) afirma que cuando una mujer hace dietas, desarrolla psicológicamente una inseguridad, una autoestima baja y una inestabilidad emocional, ya que por lo general se crean sentimientos de fracaso al no poder concluirla, cosa que sucede con muchísima frecuencia (citado en Cota, 2002). Como se ha visto, los trastornos de la alimentación comúnmente se desarrollan en mujeres con vulnerabilidades psicológicas que afectan a la cognición, la emoción, el sentido de sí misma y las relaciones interpersonales. Esas vulnerabilidades pueden estar relacionadas tanto a la experiencia biológica como a la familiar y ponen a la persona en un riesgo considerable durante su emergencia en la adultez (Button, 1993).

Para redondear, Chinchilla (1994) propone lo que él llama síndrome psicopatológico de la anorexia el cual tiene las siguientes características: rechazo o negación de la enfermedad, alteración del apetito, aislamiento, obstinación, manipulación del ambiente, alteración de la corporalidad, distimia depresiva (aunque felicidad con la pérdida de peso), rasgos anancásticos (fóbicos y obsesivos) e histéricos, adicciones, inadecuación genérica, factores precipitantes, constelación social y familiar.

En conclusión, la mayoría de los investigadores acuerdan que la anorexia nervosa es un trastorno propio de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del desarrollo en este período, particularmente con la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad.

La Familia

El ámbito familiar, el hogar, es el medio social y físico donde se realizan -y socializan- las comidas. Las comidas siguen ritos, hábitos y normas pautadas familiarmente. El alejamiento de las normas del grupo, forzosamente ha de desencadenar la oposición de los miembros "tradicionales" del mismo. Pero, es que los hábitos ingestivos, la alimentación concretamente, cuentan con un importantísimo componente emocional en el medio familiar. En efecto, los padres en general, y la madre en particular, tienen atribuido y asumido, incluso antes del inicio de sus funciones su papel de alimentadores. La maternidad no puede separarse de la alimentación. Alimentación es igual a salud. No alimentación es señal de enfermedad. Y tanto alimentación como evitación de la enfermedad constituyen "deberes" básicos del papel maternal. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimentaria por parte de la anoréxica forzosamente desencadenará la ansiedad familiar (González, 1999; Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia acaecida en una familia, es siempre un problema de grupo, aunque siempre sea un problema distinto, porque distintos son los grupos y distintos son los miembros que los componen. En ese grupo enriquecido conductual, emocional y cognitivamente, la anoréxica ve cómo muchos de sus comportamientos anormales resultan reforzados por la atención familiar, la protección desmesurada, lacrimosa e intermitente, la aceptación ambigua de los "caprichos" alimentarios, etc. Todo ello hace que esos comportamientos anormales se aumenten claramente.

Por otro lado, las situaciones más conflictivas son las que constituyen las horas de las comidas. En ellas se centran y se concentran sermones, quejas, reclamos, gritos, lágrimas, miradas desesperadas y coléricas, gestos abrumados... Ello supone que toda situación se transforma en un auténtico estímulo aversivo, con

sus correspondientes consecuencias conductuales y emocionales para todos. Nadie se sentaría a la mesa. Pero todos lo hacen, mientras la conducta de la paciente se deteriora desde todos los puntos de vista. Y la conducta de los demás, también (Toro y Vilardell, 1987).

Sin embargo, no todo el conflicto familiar comienza con la enfermedad. Se ha detectado, aunque retrospectivamente, la existencia de relaciones familiares alteradas con anterioridad a la enfermedad en el 54% de los pacientes de una muestra (Morgan y Russell citados en Toro y Vilardell, 1987) y en el 55% y el 56% de otras dos (Jacobs e Isaacs citados en Toro y Vilardell, 1987). Entonces si parecen existir anomalías familiares inespecíficas como antecedente de ciertas anorexias.

En opinión de Holtz (1992), la familia del paciente anoréxico posee las siguientes características: Rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad de grupo. "la familia es antes que nada", se otorga mucha importancia a guardar el "status quo", demandantes y controladores; ni los deseos ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia (Holtz citada en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995).

Las enfermas de anorexia y bulimia nervosa por lo general provienen de hogares respetables, de clase media relativamente acomodada, están situadas en los estratos socio-económico-culturales medios y altos. Sus padres son personas responsables y cuidadosas, pero también con una cierta tendencia a que sean de edad elevada (Duker y Slade, 1995; Toro y Vilardell, 1987).

Tal hecho supone conductas, valores, disposiciones y relaciones personales diferentes y por tanto diferenciadores respecto de la persona perteneciente a otros estratos. Hay que recordar, sin embargo, que en las sociedades occidentales parece estar produciendo una difusión de los trastornos de la alimentación a través de los diferentes niveles socioeconómicos de manera más homogénea que en las precedentes (Toro y Vilardell, 1987).

Theader (1970) estudió la edad de las madres de una muestra representativa de la población sueca nacida entre 1921 y 1940, comprándola con la edad de las madres de su población anoréxica. Encontró que, en el grupo de pacientes, el 40% de las madres contaban con menos de 20 años en el momento de nacimiento de aquellas, mientras esa edad era alcanzada por el 55% de los controles (Toro y Vilardell, 1987).

Las familias pueden hacer más hincapié en las actitudes culturales dominantes o imbuir la comida, el peso o la figura con un excesivo significado simbólico. Por ejemplo, en un estudio reciente de Pike y Rodin se encontraron diferencias entre las madres de pacientes bulímicas y de adolescentes con algún otro trastorno de la alimentación y las de la muestra las que no presentan ningún trastorno de la alimentación en que tenían una mayor frecuencia de tener un desorden alimenticio o que hacían dietas, una mayor preocupación por que sus hijas hicieran dieta, mayor insatisfacción con el funcionamiento general con el sistema familiar. Existen patrones particulares familiares que contribuyen al desarrollo de la enfermedad como es el desalentar la independencia (Garfinkel, 1995).

Buckroyd (1998) comenta que la anorexia y la bulimia son en gran medida enfermedades de mujeres jóvenes que continúan viviendo con su familia o que la han abandonado recientemente. Por lo general están todavía influidas por el modo de actuar de la familia y en especial por la forma que tiene ésta de manejar los sentimientos. Esto tiene un papel importante en la génesis de estas enfermedades. Los seres humanos estamos hechos para que sepamos -y necesitemos- manejar nuestra experiencia emocional demostrando y compartiendo los sentimientos. De una persona que casi nunca hace eso, que rara vez ríe o sonríe, que no llora o grita, que no es físicamente cariñosa, se dice que es fría e insensible o distante. No todas las familias permiten la expresión de sentimientos. Por diferentes motivos, muchas desaniman a los hijos (y con frecuencia también a los adultos) a expresar abiertamente los sentimientos, sobre todo los negativos o difíciles como la ira, la decepción, la rebeldía, la irritación o la crítica. En nuestra sociedad muchas familias tienen reglas muy estrictas para controlar qué sentimientos pueden expresar los niños y qué modos de expresión se permiten.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, los padres de estas pacientes suelen ser sobreprotectores, preocupados por el éxito y la apariencia externa (Bruch citada en Hersovici y Bay, 1990). Existen alianzas encubiertas, alternancia de la culpabilización, falla en la resolución de conflictos y distorsiones en la comunicación (Selvini Palazzoli citada en Hersovici y Bay, 1990). Estas familias tienen una tendencia a apoyar la expresión somática de los conflictos (Minuchin y cols. citados en Hersovici y Bay, 1990).

En conclusión, la familia no tiene por qué ser la causante de un trastorno de alimentación. Pero la familia de la afectada por dicha enfermedad, la puede y suele mantener, mediar y complicar. Es decir, los familiares de la paciente evolucionan y actúan de manera paralela a como evoluciona y se comporta la afectada.

Por su parte, Buckroyd (1998) habla de ciertas características de las familias "anoréxicas" basándose en los planteamientos de los teóricos sistémicos -Minuchin y Selvini Palazzoli-. Estos tipos de familias se caracterizan por:

La familia contenida

La familia contenida es aquella de la que se había hablado que no permite la libre expresión de sentimientos. Generalmente este tipo de familia tiene sus orígenes en la experiencia de los padres dentro de sus propias familias. De niños, los padres de la enferma aprendieron de sus padres qué sentimientos debían tener o insipirarles vergüenza. Casi con seguridad reproducen los papeles que desempeñaban sus padres y pasan el sistema a sus propios hijos. Se les ha enseñado a temer y avergonzarse de algunos sentimientos, y transmiten las mismas lecciones a sus hijos. Con variantes, estos sistemas son bastante comunes. Aunque existen serias limitaciones en lo que los padres pueden expresar, son los hijos quienes más sufren. Su gama de oportunidades para expresar los sentimientos es muy limitada, pero tampoco saben si pueden expresarlos sin riesgo (Buckroyd, 1998).

Crispo y cols. (1998) confirman sobre lo expuesto que a veces se dice que dichas familias con poca comunicación entre sí, con interrelación pobre, son "causantes" del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros. Se sabe que un trastorno de ese tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación. Tanto la paciente como sus padres y hermanos pueden ser considerados alternativamente "el que más sufre" o "el más responsable" de lo que sucede. Estos autores afirman que este tipo de interacción suele estar más relacionada con la evolución de la enfermedad que con su origen.

La familia "buena"

Existen otros tipos de sistemas que impiden o inhiben la libre expresión de una gran variedad de sentimientos. Uno de ellos es la familia "buena". A la familia "buena" le resulta casi imposible permitir la expresión de cualquier sentimiento perturbador. A ningún integrante de la familia se le permite expresar lo que siente en su interior. Es como si se prohibiese cualquier sentimiento que cause el más mínimo problema o perturbación. Lo que se premia es la docilidad ante un sistema familiar que exige cumplir con todos los deberes u obligaciones, sin protestar ni discutir (Buckroyd, 1998). Esta familia es a la que se le llama familia evitadora de conflictos.

Esto último se ve respaldado por la investigación llevada a cabo por Gowers y North (1999) donde concluyen que existen ciertas dificultades que preceden al trastorno y que pueden contribuir causalmente, en especial en aquellas familias con problemas de comunicación y con dificultad en la resolución de problemas. Los resultados de su estudio mostraron, entre otras cosas, que en las familias en que existe un miembro anoréxico tendieron a considerar su funcionamiento como saludable. Se evaluaron aspectos como dificultades en la resolución de problemas, trastornos de comunicación, respuesta afectiva, control de la conducta y funcionamiento global. Las familias no mostraron una visión unificada de su funcionamiento. Los adolescentes con anorexia (N=36) con una edad promedio de 14.9 años fueron, en general más críticos que sus padres (Gowers y North, 1999).

La familia que tiene que hacerse cargo de demasiadas cosas

A algunas familias les resulta imposible prestar mucha atención a las necesidades de sus hijos porque los padres ya están agobiados con lo que les toca afrontar. Sencillamente no tienen recursos para hacerse cargo de nada más, así que los hijos se quedan solos con la responsabilidad de manejar sus propios sentimientos (Buckroyd, 1998).

Según Buckroyd (1998) cuando una joven se encuentra en un sistema donde por uno u otro motivo no se satisfacen sus necesidades emocionales, no puede procesar los sentimientos normales que los sucesos cotidianos le despiertan. Desde la más temprana edad los niños de esas familias se habilitan a controlar los sentimientos que expresan dentro de la familia, y cómo los expresan. Este sistema se sostiene por el deseo

fundamental del niño *de conseguir la aprobación de los padres*. La manera en que estos niños van a manejar sus sentimientos los cuales se les impide expresarlos y procesarlos de forma franca y sincera ante una persona de confianza, será alguna forma menos normal, menos saludable, y menos directa de hacerlo porque, como el agua, los sentimientos encuentran de una u otra forma o son una bomba de tiempo que a la larga tiene que estallar.

Comúnmente, un varón encuentra maneras de expresarlos más o menos delictivas, antisociales, desafiantes y externas, y puede incluir una amplia gama de conductas desde el comportamiento completamente delictivo y violento hasta el fracaso escolar. Es probable que el común denominador sea que involucren y se dirigen a blancos exteriores al propio joven.

Pero una chica por lo general encuentra formas de expresar sentimientos que sólo la dañen a ella: depresión, conducta sexual promiscua, autoagresión y, cada vez con más frecuencia en los últimos veinte años, trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.

Además de todo lo anteriormente dicho sobre la imposibilidad para expresar sentimientos, la persona no habrá aprendido a identificar los sentimientos ni a hablar de ellos; de hecho, habrá llegado a creer que no los tiene. La consecuencia es que le puede resultar muy difícil aceptar que tiene algún tipo de sentimiento (sobre todo los difíciles o los negativos). Es bastante típico de la anoréxica, que con frecuencia no sabe lo que siente, o incluso si siente algo. Es esta confusión lo que le permite negar sus sentimientos de hambre. Pero eso significa que el no comer es sólo un aspecto del problema de no poder identificar los sentimientos. Una joven anoréxica no sabe que tiene hambre, pero tampoco sabe si está enojada, triste o decepcionada. Cuando empieza a comer más normalmente, eso es apenas el comienzo de su recuperación. Necesita toda una educación para identificar y expresar sus sentimientos (Buckroyd, 1998).

Continuando con esta explicación del "mundo emocional" de las pacientes con trastornos de la alimentación hecha por Buckroyd (1998), la autora señala que ambas, la anoréxica y la bulímica, tienen todavía otro conflicto: piensan que son malas porque tienen esas necesidades y sentimientos. A una anoréxica o una bulímica se le ha enseñado que no debe tener necesidades y sentimientos a los que no pueda responder su familia. Desgraciadamente para ella, eso no los hace desaparecer, sólo los reprime, y es probable que aparezcan de vez en cuando. Una joven no sabe que eso es normal y esperable, acepta la postura de los padres según la cual no debe tener esos sentimientos, y por consiguiente cree que es mala por tenerlos. La baja autoestima, que es parte de la personalidad de toda anoréxica o bulímica, tiene ese origen. *Sus padres querían que fuera algo que no podría ser: una persona con menos necesidades emocionales*. Ha procurado ser esa persona y ha fracasado. La anorexia y la bulimia son esfuerzos heroicos por abolir los sentimientos, pero a la larga tampoco sirven. La paciente con un trastorno de la alimentación se siente muy mal consigo misma y no ve ninguna manera de salir del laberinto en el que se ha metido.

Para una joven que crece en el seno de una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar a esa influencia.

Es muy común que las familias de este tipo de pacientes sean disfuncionales, por ejemplo, algunas suelen ser muy rígidas y perfeccionistas, mientras que en otras el factor preponderante es la violencia intrafamiliar (Unikel citada en Cota, 2002)

Crispo et al (1998) propone, resumiendo lo dicho, una lista de ciertas características familiares comunes en las pacientes con trastornos de la alimentación:

- Escasa comunicación entre sus miembros
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan
- Sobreprotección por parte de los padres
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa
- Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres)
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico

Factores socioculturales predisponentes

Generalmente, los sujetos afectados por este trastorno tienden a ser de raza caucásica, educados, mujeres, económicamente aventajados y situados en las culturas occidentales (Johnson et al citados en Gabbard, 1994). La anorexia nerviosa generalmente es más común en los países o muchas áreas de la cultura occidental con un alto nivel de industrialización, en donde abunda la comida y en los que estar delgado es sinónimo de atractivo (sobre todo en las mujeres), lo cual es una precondition para los trastornos de la alimentación (DSM-IV, 1994; Johnson et al citados en Gabbard, 1994). La anorexia nerviosa es virtualmente desconocida en países donde la delgadez no es considerada como una virtud (Powers citado en Gabbard, 1994). En efecto, los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, no obstante, están comenzando en las del mundo oriental (Japón, por ejemplo), se puede asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes (Crispo et al, 1998).

Desde la segunda guerra mundial, y sobre todo desde los años sesenta, el mundo desarrollado e industrializado ha cambiado mucho. Un aspecto sumamente importante de este cambio ha sido este notable aumento de la prosperidad de la población del que se hablaba (Buckroyd, 1998).

La población recibe frecuentemente mensajes en lo que hace con respecto a la salud y a la alimentación, cuyos resultados pueden ser peligrosos para las personas (Hersovici y Bay, 1990). Esta persecución de una figura esbelta es para casi todas las personas lo más importante, más que su propia salud. La gente gasta enormes cantidades de dinero por comer más alimentos de los que necesita y después paga otra vez, por el "privilegio de hacer ejercicio, dietas y por bajar de peso" (González citado en Barber et al, 1995).

En opinión de Crispo y cols. (1998) los trastornos de la alimentación no afectan por igual a las diferentes clases sociales. De acuerdo con estos autores éstos son propios de la clase media y alta. Señalan que prácticamente no existen casos registrados en la clase baja. Las personas de clase baja afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización. Gran parte de la población dispone de alimentos de alta densidad calórica, la obesidad prevalece en los grupos de población de nivel socioeconómico inferior. En las clases altas, a medida que dispone de alimentos más gustosos y atractivos, hay un mayor interés por evitar la obesidad; los kilos extra ya no son un signo de lujo; el control de peso y la búsqueda de la delgadez se asocian a un incremento del número de pacientes con trastornos de la alimentación.

No obstante, una investigación llevada a cabo por Barriguete, realizada entre 1997 y 1999 en Michoacán, señaló que los purépechas mostraron menor preocupación por su figura y que ignoraban la existencia del prototipo delgado de belleza. Sin embargo, los michoacanos que emigraban a Estados Unidos, lejos de sus tradiciones, se topaban con los prototipos de Occidente, adoradores de la apariencia. Sin el cobijo de los suyos, los ritos y las fiestas, experimentaban la sensación de vacío. La distancia y el cambio de entorno generan incertidumbre e inquietud. Los migrantes se sienten solos y su alimentación cambia (Barriguete citado en Scherer, 2002). Lo concluido en esta investigación se confirma con lo que se asienta en el DSM-IV (1994) en el sentido de que los individuos que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es rara y que se mudan a lugares donde el trastorno es alta incidencia, pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones del trastorno, es decir, que en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no tener mucha importancia.

El error de considerar los trastornos de la alimentación como enfermedades de las clases media y alta se basa en considerar que la grave preocupación por la figura, se cristaliza en un trastorno de la imagen corporal, no es un problema de nivel socioeconómico, sino psiquiátrico. Además, no es cierto que los trastornos de la alimentación con frecuencia estén más presentes en clases socioeconómicas más altas esto es debido a que esos grupos (las clases altas) suelen presentarse en centros especializados cuando llegan a solicitar ayuda (Button, 1993), entonces esos casos son los que se registran con más frecuencia.

La delgadez y la práctica de actividad física parece formar parte del "status" social que permite demostrar el poder económico de las personas que invierten sumas considerables en tratamientos para bajar de peso, además de la atribución de diferentes valores como son la disciplina y el autocontrol a quienes buscan constantemente estar delgados, es decir, pareciera ser que quienes son delgados son considerados como capaces de cuidarse a sí mismos (Aquino, 1998).

Por otra parte, en una investigación llevada a cabo por Virseda (1995) se concluyó que las personas suelen tener conciencia de la importancia de la alimentación, y conocimiento de las dificultades de practicarla de acuerdo a lo que se cree. Se falla en que las actitudes creídas no siempre se practican, por ejemplo, muchos no hacen ejercicio. No obstante, en dicho estudio, aunque 28.5% de la muestra (N=70) reportaron "sobrepeso", solo un 5% está a disgusto por este motivo con su figura corporal.

Los medios electrónicos bombardean al público con imágenes de mujeres delgadas que "lo tienen todo". Últimamente, las imágenes de las mujeres en los medios, además, sugieren que la apariencia externa es mucho más importante que la identidad interna (Gabbard, 1994). De hecho, el desarrollo mundial industrial ha sido respaldado y aumentado por el área de la publicidad, la cual enseña a querer cosas y educa sobre lo que se debe desear. Pero por temor a que la gente se de cuenta de que la adquisición de cosas probablemente no les hará personas más contentas o satisfechas si no se colman las necesidades humanas más profundas, la publicidad enseña que las nuevas posesiones traerán todas esas cosas más profundas que tanto se anhelan. Lo que hacen los anunciantes es proporcionar imágenes que ya resultan seductoras. Ellos son la voz de una sociedad proyectada en el cine o la televisión. Las imágenes pueden agrandar y ampliar fantasías y deseos individuales, pero no crearlos de la nada. Simplemente informan del sistema de valores que ya se tiene. Entonces la creación de la imagen personal se vuelve enormemente importante, incluso la cosa más importante de la vida. Esta actitud se fomenta sobre todo con respecto a la apariencia física. De hecho, se utiliza la ropa para exteriorizar. Así que los detalles más mínimos de la ropa se vuelven importantes: como la marca, que tiene que ver con la creación de la imagen. Además, es importante tener en cuenta que la creación de la imagen anunciada no sólo tiene que ver con la satisfacción privada y personal, sino que proporciona una versión del yo que da valor y aceptación entre los pares. Estas imágenes difieren según la edad, el sexo y la clase social, pero son muy fuertes en cada grupo. El resultado parece raro, en las reuniones las personas del mismo grupo parecen estar uniformadas: por ejemplo, no pueden faltar los pantalones de mezclilla y camisetitas en los adolescentes. El impulso de poseer una imagen aceptable es fuerte. Ser aceptado y aceptable es una de las necesidades humanas más importantes. Se equipara "tener un buen aspecto" con "ser bueno", de manera que la virtud y la imagen se transforman en la misma cosa (Buckroyd, 1998).

Así que, el predominio de la imagen se ha extendido desde hace tres décadas al cuerpo humano, sobre todo al cuerpo femenino. La mujer debe tener un aspecto correcto, y ese aspecto es la delgadez. Hay otros elementos deseados en una imagen aceptable, relacionados por ejemplo con el busto, los glúteos, las piernas, etc., pero con mucho el más importante es estar delgada. Culturalmente el prejuicio en contra de la obesidad es fuerte y la idealización de la delgadez es alta (Crispo et al. 1998). Aunado a esto, existe un conflicto entre las presiones de la mujer para alcanzar un éxito profesional y también educar y criar que puede realizar las preocupaciones acerca del control personal que están manifestadas en el control de peso (Garfinkel, 1995).

En otras épocas, como por ejemplo a principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva; y de hecho, en otras culturas hoy en día, la imagen deseada de la mujer era regordeta, o incluso gorda (Buckroyd, 1998, Crispo et al. 1998). A veces esto se ve como un indicio de prosperidad, sobre todo en culturas donde escasea la comida; la mujer que es gorda evidentemente pertenece a una familia rica y tiene comida suficiente. Pero también tiene que ver con la fertilidad (Buckroyd, 1998). Pero en estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuanto menos kilos más logros (Crispo et al. 1998).

Según Gómez Pérez-Miré (citada en Barber et al. 1995) la figura femenina socialmente deseable ha sufrido cambios, a lo largo del siglo XX, que van de una figura llena durante los años 20, a cada vez más delgada, a partir de los 50, como lo demuestran los análisis realizados en revistas femeninas de distintas épocas y los estudios llevados a cabo con las concursantes de Miss América, en los que se concluyó que el peso, en función de la estatura, ha disminuido significativamente desde 1960. El cambio de la figura ideal de la mujer se ha dado en dirección inversa: 1) un crecimiento en la publicidad de artículos para bajar de peso casi nula a principios de siglo, con un crecimiento crítico a partir de los 70-, y 2) un auge de lo que sería una industria cada vez más poderosa (farmacéutica, alimentaria, editorial y publicitaria, entre otras) de adelgazamiento. Entre los años 1959 y 1979 el modelo de figura femenina se afinando y aligerando en este periodo. Sin embargo, se ha dado en nuestras sociedades un aumento de peso y tamaño de la mujer y del hombre en esos mismos veinte años, seguramente debido a mejores condiciones de alimentación y a mayor

acceso de todos a ella a nivel general. El resultado es que entre el modelo ideal y la posible realidad hay cada vez más disparidad (Crispo et al, 1998).

Debido a esto, la incidencia de anorexia nervosa ha sido más del doble desde los sesenta (Fairburn y Beglin citado en Gabbard, 1994). Estas cifras alarmantes indican que el trastorno puede ser una solución común creciente a una variedad de estresores intrapsíquicos, familiares y ambientales (Gabbard, 1994). Pero para Pate, Pumariega et al (1992) este aumento en la prevalencia de los desórdenes de la alimentación puede deberse al resultado de una adopción mayor del ideal de que la esbeltez tiene que simbolizar a la cultura occidental; un ideal que simbolice: autodisciplina, control, liberación sexual, asertividad, competitividad, la posible afiliación a clases sociales más elevadas y el tradicional valor del atractivo femenino (Pate, Pumariega et al citados en Barber et al, 1995).

Según González (1992) son dos factores culturales importantes los que influyen en el aumento de la incidencia de esta enfermedad, a saber: a) una conciencia abrumadora y exagerada sobre la nutrición y el poseer una óptima condición física y b) una obsesión por el conteo de calorías y la obtención de una figura o silueta delgada (González citado en Barber et al, 1995).

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento desde los últimos treinta años. Es importante recordar que actualmente al hablar de "un cuerpo ideal o espectacular" se refiere no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. Como se dijo, el ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades (Crispo et al, 1998). Entonces, es de todos sabido, que la figura delgada se ha internacionalizado, ya que, según estudios realizados en Estados Unidos, está determinada por una sociedad "lipofóbica", es decir, con fobia a la grasa (Gómez Pérez-Mitré citada en Cota, 2002).

En fin, la presión social para ser delgada puede ser tal, que las personas pierden noción de su propio cuerpo; hay estudios que demuestran tanto en Estados Unidos como en Europa que un 70% de las mujeres se sienten con sobrepeso, aunque sean normales o delgadas. Esto es muy marcado entre las adolescentes. En un grupo de entre 14-20 años, el 79% se sentía gorda, el 7% tenía anorexia nerviosa, 5-19% tenía bulimia y un 5% anorexia leve o subclínica (Hersovici y Bay, 1990). En otra encuesta que se llevó a cabo en Canadá en 1994 donde una de las preguntas era que ¿qué es lo que te haría más feliz?, y el 42% de las mujeres respondió: "perder peso", otro de los datos observados en la encuesta fue que más del 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal; el 75% de las mujeres están preocupadas por su peso porque consideran que están excedidas; sólo el 25% está excedido desde el punto de vista médico; más del 40% está a dieta como una forma de modificar esa situación. Por lo tanto se concluyó que: entre el 3% y el 5% de las mujeres padecen bulimia nerviosa; del 1% al 2% de las estudiantes padecen anorexia nerviosa; entre el 10% y el 15% de las mujeres tienen trastornos alimentarios (Crispo et al, 1998).

En otro orden de ideas, las imágenes del cuerpo femenino existen por todos lados, y ese cuerpo es delgado. La mujer delgada y joven es la que se asocia con los estilos de vida preferidos en las imágenes que se presentan (Buckroyd, 1998). Como se señaló, los medios "prometen" a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. Se alienta a la disconformidad con uno mismo, disfrazada de "mejorar", "ser más exitosa", "ser más atractiva" o "gustarle más al hombre" (Crispo et al, 1998).

Así, las mujeres han aprendido a hacerse agradables a los hombres en términos masculinos, de manera que su cosificación en los anuncios no es algo nuevo. Lo que sí es nuevo es que la imagen que se identifica ahora como agradable para los hombres y que por lo tanto hace aceptable a una mujer no sólo para ella misma sino también para el hombre, es una imagen de delgadez (Buckroyd, 1998). De hecho, en un estudio, mujeres de la Universidad de Pennsylvania dijeron que el peso que los hombres consideraban más atractivo era inferior al de su cuerpo, además, lo que ellas consideraban el peso "ideal" era aún más bajo (Fallon y Rozin citados en Darley et al, 1990). En otras palabras, es probable, que las mujeres jóvenes consideren que están pasadas de peso desde el punto de vista de los que los hombres consideran atractivo y desde el punto de vista de algún ideal femenino (Darley et al, 1990).

Sin embargo, considero que lo anterior no es del todo cierto, debido a que recientemente en una revista muy popular entre los adolescentes se publicó un artículo donde los jóvenes decían que, en efecto, les gustaban las "chavas" delgadas pero que no les parecían atractivos los cuerpos de las modelos ya que estaban demasiado flacas, y que no les gustaba "agarrar puro hueso"; además, que ellos preferían "tener algo que agarrar, carnita".

No obstante, la sociedad sigue comunicando claramente que el papel más importante es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa

casi únicamente- a través de la imagen corporal. Por un lado se le exige ser atractiva físicamente y dedicar mayúsculos esfuerzos para lograrlo, pero por otro lado muchas veces se oye decir sobre una mujer muy atractiva: "Está guapísima, no debe tener nada en la cabeza". Las alternativas parecieran ser: poco atractiva pero inteligente, o una preciosidad pero hueca (Crispo et al, 1998).

El gran problema es que la mayoría de las mujeres no son, ni serán nunca, como las imágenes que se presentan como deseables en nuestra sociedad. Los requisitos mínimos para la clase de modelo que aparece en la publicidad es una altura de 1.73 m y una talla 7 o 5. Esa forma jamás será alcanzada por la inmensa mayoría de las mujeres. Para empezar, la altura y las proporciones de una mujer están en gran medida determinadas genéticamente, lo mismo que su peso. En circunstancias normales es imposible hacer cambios radicales permanentes en las proporciones del cuerpo. Intentar hacerlo es una pérdida de tiempo, como lo pueden decir el 90% de las mujeres que hacen dieta y luego recuperan el peso perdido y un poco más (efecto rebote). El triste resultado es que muchas mujeres sienten que nos son aceptables porque nunca tendrán la forma corporal que la cultura les exige. Las anoréxicas y las bulímicas están entre las que todavía no han aprendido a aceptarse, sea lo que sea que dicte la cultura (Buckroyd, 1998). Las adolescentes (y también las jóvenes adultas) revelan con su conducta que no aceptan la realidad biológica ni el concepto médico de peso adecuado. Esta es especialmente complicada para aquellas personas genéticamente determinados a tener peso por encima del promedio (Hersovici y Bay, 1990).

Se sugiere además al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta NO desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida (Crispo et al, 1998).

De esta forma, con el objetivo de adelgazar, la mayoría de las mujeres sienten que deben privarse de la comida, lo hagan o no. Eso crea una perpetua culpa con la comida, lo que lleva a clasificar los alimentos como "buenos" (bajos en calorías) y malos (ricos en calorías). Eso produce una sensación de falta de valía que puede ser una pálida sombra de lo que siente la anoréxica o la bulímica al percibir que no merece necesidades, pero es evidentemente similar. Según Buckroyd (1998) parece que la limitación alimenticia y la desaprobación de un fuerte apetito empieza en la primera infancia. De hecho, se alimenta menos a las niñas que a los niños, con independencia del peso corporal, y que se les acostumbra desde el comienzo a aceptar menos. Debido a esto a muchas mujeres les cuesta identificar el hambre y la saciedad, y tienen muy poca idea de la cantidad de comida que quieren o necesitan. En las anoréxicas o las bulímicas esas confusiones son solamente mayores, no diferentes.

Buckroyd (1998) comenta, por otra parte, que está la inmensa industria dietética, alentando a las mujeres (y actualmente también a los hombres) a seguir intentando lo imposible. La única manera de lograr un peso y una manera de comer normal y natural es pudiendo identificar las sensaciones de hambre y saciedad que la naturaleza da exactamente para ese propósito tal como se hace en el tratamiento de estos trastornos alimentarios, lo cual se explicará en el capítulo correspondiente. Sin embargo, a la mayoría de las mujeres se les ha hecho perder la consciencia exacta de esas sensaciones y toda confianza en ellas. Además, muchas usan el comer o no comer como maneras de abordar sus sentimientos y su vida emocional. Esta agenda emocional anula los mecanismos reguladores normales de hambre y saciedad. La anorexia y la bulimia no son más que versiones extremas de esas maneras bastante comunes que tienen las mujeres de relacionarse con la comida.

Una mujer que se siente tan mal con su cuerpo estará dispuesta a aceptar las premisas básicas de la industria dietética: esa gordura se puede quitar del cuerpo como quien se opera, y no volverá nunca, y esa privación a largo plazo es una manera buena y posible de perder peso de forma permanente. En realidad, es probable que una privación continuada lleve al abandono de la dieta (que es lo que normalmente pasa) o al establecimiento del ciclo atracón/hambre, que puede convertirse en bulimia. En algunas personas lleva a la anorexia. Pero la que hace la dieta siente tan poco derecho a lo que necesita su cuerpo que vuelve a aceptar esta premisa.

Además, están los anuncios de comida "chatarra" y de productos de confitería que dan muchas veces a entender que comer ese producto traerá felicidad. Las mujeres demasiado gordas están tan dominadas por las fantasías culturales como las anoréxicas y las bulímicas, pero son físicamente menos aceptables. Por eso no resulta nada raro que en cualquier momento una mayoría de mujeres esté empezando, continuando o acabando una dieta.

Es sumamente doloroso no ser aceptable; por eso se tragun la mentira (Buckroyd, 1998). La gente suele pensar que debería comer lo que es bueno y no lo que es apetitoso e, inversamente, que la comida que es sana no es sabrosa. En nuestro medio, es habitual premiar a los niños con golosinas, festejar acontecimientos de todo tipo con comida y darse un gusto ingiriendo algo "pecaminoso". Todo esos alimentos entran normalmente en la categoría de "malos" y se contraponen a la presión publicitaria de periódicos, revistas, propagandas televisivas y la moda, que permanentemente inducen a la delgadez. La difusión masiva sobre pautas novedosas de alimentación debería acompañarse siempre de una advertencia sobre sus riesgos y complicaciones (Hersovici y Bay, 1990).

Todo un capital al servicio del desarrollo de una publicidad que fomenta la obsesión por una delgadez muchas veces inaccesible, obsesión que llevará inevitablemente a consumir los productos que prometen el milagro (Crispo et al, 1998).

Sin embargo, está surgiendo ya una pequeña rebelión de las mujeres contra la tiranía de la delgadez es que en el Reino Unido está ahora prohibido sugerir en anuncios que el uso de productos dietéticos creará felicidad o éxito. Este cambio ha sido comprado con el sufrimiento de mujeres con trastornos de la alimentación que se sentían menos aceptadas de lo común (Buckroyd, 1998). Igualmente, en algunos países, se han tratado de implementar medidas para que la industria productora de la muñeca Barbie diseñe modelos más "rellenitos" para romper con el patrón de belleza extremadamente delgado que existe en la actualidad (Lizaur citada en Cota, 2002).

En nuestra sociedad existe además una creencia prevaleciente de que la gordura es mala (Hersovici y Bay, 1990). Cabe mencionar que aunado a todo esto, existen muchos más prejuicios con relación a la obesidad, algunos de ellos son que, *los obesos lo son porque comen más que los no obesos*, cuando en realidad las investigaciones demuestran que no es así (Wooley y Wooley citados en Crispo et al, 1998). La obesidad tiene otras raíces, y nadie se vuelve obeso por el sólo hecho de comer lo que no es sano y esperable para su cuerpo (Crispo et al, 1998).

También se cree que *los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos*. El factor de obesidad en si mismo no produce ni más ni menos problemas emocionales (Wooley y Wooley citados en Crispo et al, 1998). Los obesos tienen que luchar contra tremendas presiones sociales por su figura, lo cual acarrea problemas, pero como un efecto secundario a la discriminación (Crispo et al, 1998). Hoy, el calificativo "gordo" tiene una connotación peyorativa (Barriguete citado en Scherer, 2002). La persona con sobrepeso es constante motivo de burla y es considerada como tonta, débil y, por lo tanto, inferior, aunado a esto, las personas que sufren de un trastorno adictivo o de una enfermedad psiquiátrica tienen que enfrentar el estigma y la vergüenza asociada a su enfermedad. Incluso algunos profesionales de la salud consideran a los alcohólicos, químico-dependientes y personas con trastornos de la alimentación como intratables y los excluyen de su servicio (Aizpuru, 1995a).

Tristemente y como ejemplo de lo anterior tenemos casos en donde se tienen dos candidatas a ocupar un mismo puesto en una empresa cualquiera, las dos tienen las mismas capacidades, la misma experiencia, ambas demostraron cumplir con el perfil de aptitudes, conocimientos y el psicológico que requiere la compañía, incluso, son solteras y con muy poca diferencia en la edad, sin embargo, existe una pequeña diferencia entre ellas, una tiene sobrepeso (no obesidad) y la otra es esbelta (talla 5), el jefe de selección de personal elige a la delgada, al cuestionársele porqué, contesta que es por que da una mejor imagen a la empresa alguien que se cuida y se preocupa por su peso. Quizá esto sea justificable en compañías que se dediquen a vender productos de belleza o que se trate de gente que tenga que ver con relaciones públicas, pero en un puesto de archivista, capturista, etc. en una empresa de computación, de muebles u otras cosas... parecería ilógico.

Se piensa que *la obesidad, aun moderada, está asociada con un incremento de la mortalidad*. Los riesgos de salud más altos están asociados con la hiperobesidad y se han extrapolado a casos de obesidad moderada. Está demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso y que la menor mortalidad se produce en las mujeres que pesan entre un 10% y un 20% por encima de su peso esperado (Sornie citado en Crispo et al, 1998).

Existe la creencia de que *los tratamientos con dietas prolongadas son satisfactorios*. Es verdad que la probabilidad de perder peso inicialmente es alta, pero en varios seguimientos a largo plazo de pacientes que han bajado de peso son dietas restrictivas es ve el fracaso. Sólo un 5% de las personas obesas que hacen dietas consiguen mantener un peso bajo, durante dos años o más (Garner et al citado en Crispo et al, 1998). Brochure (1985) enumera una lista de mitos y realidades acerca de la obesidad y la delgadez. *Mitos*: los que comen en exceso lo hacen solamente porque les gusta comer mucho; el tener sobrepeso no es peligroso; el estar por debajo del peso no es peligroso, las personas con sobrepeso son muy diferentes a las personas que

tienen menos peso de lo esperado. *Realidades*: los comedores compulsivos sufren de un trastorno médico; el tener demasiado peso puede causar problemas médicos muy serios y en ocasiones fatales; el pesar muy poco puede causar tanto daño como el pesar mucho; existen muchas similitudes psicológicas entre los comedores compulsivos y los que tienen poco peso (citado en Barber et al, 1995 p. 34).

En cuanto a la industria de la moda las cosas parecen estar empeorando. En la mayoría de las tiendas de moda (p. ej. Zara y Bershka) la talla 30 es la más grande disponible, y existen dos tallas más pequeñas (28 y 26). La insinuación de que cualquier mujer con una talla superior a la talla 30 no debe llevar ropa de moda es terrible, sino también además, para gran parte del mercado de la ropa esas mujeres simplemente no existen. Se propone una talla 9 (o 32) para un pantalón al que en realidad le correspondería una 5 (o 28). Y como es de imaginar, la sola constatación de necesitar un pantalón que lleva un número mayor al que uno esperaba dispara la desesperación y las consecuentes maniobras para bajar de peso. Es increíble que la sociedad mexicana y los mismos comerciantes no se den cuenta de que la ropa que se vende en tiendas como Zara y Bershka está hecha para mujeres europeas, aparte de que, en efecto, cada vez disminuyen más las tallas incluso en Europa, los cuerpos de las mujeres de aquellas latitudes poseen una mayor altura y son mucho más esguados, es decir, tienen una morfología muy distinta a la de las mujeres mexicanas que son mucho más curvilíneas, de menor estatura y un poco más llenas. Parece que la demanda cultural de delgadez excede incluso el interés capitalista en las ganancias.

Entonces, es frecuente que las casas de moda que surten a los estratos más altos fabriquen sus modelos sin incluir tallas para la población con sobrepeso, y algunas hasta llegan a marcar las prendas con un número de talla menor al que corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta (Hersovici y Bay, 1990).

Vale la pena mencionar que la baja autoestima de la mujer la hace vulnerable a este tipo de mensajes, sintiéndose anulado debido a que por su talla no existen. En la experiencia de Buckroyd (1998) al dirigir talleres les pide a las participantes que hagan listas de todas las palabras que asocien con "gorda" y "delgada". La siguiente es una lista típica:

GORDA

Obesa
Fea
Autocompasiva
Fofa
Grande
Fuerte
Pesada
Corderona
Bamboleante
Estúpida
Perezosa

DELGADA

Elegante
Sexy
Atractiva
Débil
Pequeña
Bonita
Liviana
Delicada
Pura
Deseable
Viva

(Buckroyd, 1998 p. 77)

Las palabras "delgada, esguada", todas resuenan positivamente y promueven conductas que tienden al adelgazamiento (Hersovici y Bay, 1990). Desde la etimología de la palabra comienza la connotación negativa, la palabra "gordo" procede del latín *gorchus*, que significa tanto obeso como torpe. Mientras "delgado" proviene de *delicatus*, delicado, delgado (Martínez-Fornés, 1994).

En uno de los aspectos que coinciden los especialistas que trabajan con mujeres afectadas por trastornos de la alimentación es en la imagen tan pobre que tienen de sí mismas, tal como se ha explicado. Las mujeres con trastornos alimentarios se consideran una basura. Están llenas de odios y aversión hacia ellas mismas, piensan que son repugnantes y que cualquiera que realmente entienda lo horribles que son no querría conocerlas (Crispo et al, 1998), de hecho, muchas señalan que la delgadez y la capacidad para perder peso son las únicas cosas que les gustan de sí mismas (Norman, 1994). La anoréxica tiene la sensación de estar constantemente reprimiendo o negando su parte "mala" para volverse más aceptable; la bulímica libra una lucha muy violenta con su parte "odiosa", que no puede dominar.

El perseguir la delgadez nunca lleva a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad. Esto lo experimentan y lo confiesan todas las jóvenes, desalentadas por la inutilidad de tanto esfuerzo (Crispo et al, 1998).

La incorporación de la mujer al ámbito laboral es otro factor que influye. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel principalmente atribuido a la madre ha facilitado que muchos adolescentes que empezaban a hacer una dieta escaparan al control familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave. El sentarse a la mesa para comer o cenar en familia están desapareciendo. El descontrol a la hora de la cena ha aumentado. Ahora cada uno abre el refrigerador y toma lo que quiere. Los niños aprenden a comer mal, de ahí que las costumbres dietéticas que transmitirán a sus hijos serán erróneas. Una posible solución a este problema que puede ser hereditario, sería, introducir una materia sobre nutrición en las escuelas, para que los niños aprendan cuáles son sus necesidades alimenticias y lleven siempre un estilo de vida sano ("Anorexia y bulimia", 1999).

No hay duda de que todas estas presiones culturales y sociales crean un clima emocional que predispone a las mujeres al desarrollo de trastornos de la alimentación. Afortunadamente, no todas las mujeres, padecen estos trastornos. Sin embargo, no es difícil comprender que si en la vida de una joven confluyen estas presiones culturales y sociales con circunstancias personales y familiares que le ofrezcan un apoyo inadecuado, entonces es muy probable que la bulimia o la anorexia aparezcan.

Ahora también, por otro lado, surge una pregunta: ¿cómo se espera que se desempeñe la mujer hoy?, debe tener un cuerpo perfecto, una carrera brillante, desempeñarse fluidamente a nivel social, construir un matrimonio perfecto y ser una excelente madre. Como también deben tener un gran control sobre sí mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas. Las mujeres creen estos mensajes de "mujer moderna" y, a diferencia de los hombres, tienden a echarse la culpa si algo de todo eso no les sale. Se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que venden los medios. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son las únicas expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad, la confianza en sus recursos, en lo que si tienen de valioso: su capacidad de ser buenas mujeres, esposas o madres o buenas amigas, buenas empleadas o buenas compañeras de trabajo. Intentan entonces demostrarse a sí mismas que algo sí pueden lograr. Así, el peso se convierte en el área sobre la que si van a poder ejercer el dominio (o control) exigido. Una vez que se embarcan en esta lucha, ya no caben dudas: una buena figura traerá paralelamente el éxito en el campo profesional y social, en el matrimonio, en el ejercicio de la maternidad, todo el mundo las va a querer, a aprobar, ya no tendrán dificultades para enfrentar aquello que les resulta difícil. Como si el estar delgada fuera la base para lograr todo y brindara seguridad.

Así es como manipular el peso se convierte en la actividad central de muchas jóvenes (y también sigue siéndolo en mujeres adultas), que quedan sin las energías necesarias para afrontar los verdaderos desafíos de la vida cotidiana, en esa etapa de crecimiento. La dieta comienza con el fin de ser más popular o atractiva, estar más acorde con los cánones estéticos reinantes, sentirse más "integrada" (o aceptada, como se dijo con anterioridad), pero puede desembocar en un serio trastorno de la alimentación (Crispo et al. 1998).

Crispo y cols. (1998) mencionan que es así como aparecen la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación como efecto de "fracasar" en ese intento de manipular el peso corporal. No obstante, en lugar de hacerla desistir, estos sentimientos la estimulan para "intentarlo nuevamente" con la dieta. De esta forma se pone en funcionamiento el ciclo. También, como efecto del mismo trastorno, se desarrollan creencias y actitudes extrañas acerca de la comida, que rondan la obsesión, hasta el punto no hacer ni pensar en otra cosa. En especial, surge un intenso miedo a subir de peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más. Todo esto, combinado con los efectos físicos y psicológicos que trae paralelamente el hecho mismo de comer por debajo del mínimo necesario para el funcionamiento normal del cuerpo y la mente, hace que la persona comience a aislarse y sentirse más descontenta con ella misma. La preocupación por el peso corporal no es sólo cuestión de vanidad o moda, es también un problema de salud física y mental de las personas que constantemente se preocupan por su peso y el tamaño de su cuerpo, incurriendo en prácticas que cada vez se vuelven más peligrosas para su organismo (Aquino, 1998).

La anorexia y la bulimia han cobrado la vida de varias víctimas y son muchísimas más las que lo padecen. Entre las personalidades de la actualidad que poseen fama mundial y se ha conocido su trastorno alimentario están: Lady Diana, Jane Fonda o la bailarina del Boston Ballet, Heide Guenther que murió en junio del 97 como consecuencia de una anorexia ("Anorexia y bulimia", 1999), al igual que Karen Carpenter ("Anorexia nervosa", 1999).

En síntesis, Holtz (1992) propone los siguientes factores socioculturales: Presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad, bombardeo de mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación, alta competencia (citada en Barber et al, 1995).

Para conjuntar todos los factores predisponentes anteriormente mencionados, éstos se mencionan a continuación:

Tabla 2. Factores predisponentes o de riesgo

- factores genéticos (riesgo entre hermanas de un 6% y en gemelas monocigóticas)
- complicaciones perinatales y enfermedades en los primeros años de vida (p. ej. enuresis nocturna)
- peso al nacer
- raza blanca*
- edad (13-25 años)
- sexo femenino
- crisis propias de la pubertad
- trastorno afectivo
- introversión/inestabilidad
- obesidad previa, el biotipo
- adicciones (drogadicción, alcoholismo)
- nivel social medio/alto*
- familiares con trastorno afectivo
- familiares con trastornos de la alimentación
- padres alcohólicos
- obesidad materna
- enfermedades médicas crónicas
- preocupación familiar por la apariencia
- dependencia parental
- dificultad para ser independiente, problemas con la autonomía y separación
- déficit en pensamientos conceptuales y razonamientos abstractos
- impotencia y engaño sobre el ambiente
- disminución de la actividad sexual
- identidad personal incompleta
- abuso y violencia (incluyendo de tipo sexual)
- alteraciones en la dinámica familiar
- distorsiones perceptuales
- ocupaciones que exigen mucho ejercicio físico, es decir, miembros de un subgrupo vulnerable de población (actrices, bailarinas, modelos y atletas)
- personalidades perfeccionistas y rígidas
- práctica obsesiva de dietas
- periodos de negativismo, subordinación
- ser el primero y el último de los hermanos +
- valores estéticos dominantes, presión por la delgadez
- presión por sobresalir
- magnificación de factores culturales

(Barriguete citado en Scherer, 2002; Meyer, 1997; Mintz, Kashubeck y Tracy, 1995; Chinchilla, 1994; Martínez-Fornés, 1994; Rosen, Compas y Tacy, 1993; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes, y Lackstrom, 1993; Ronan-Woodburn, 1989; Strober y Humprey, 1987; Toro y Vilardell, 1987 p. 190).

(Nota: estos factores de riesgo no están enlistados en orden de importancia. *Aunque, como ya se vio, éstos no son del todo determinantes. Varios de estos factores pueden ser también precipitantes o de mantenimiento. +Lo cual no está completamente demostrado)

Las atletas y las bailarinas se enfrentan con un gran riesgo para la anorexia. El éxito actual en el ballet, por ejemplo, depende del desarrollo de un cuerpo flexible y sumamente esbelto. En atletismo, las mujeres en

los deportes de "apariciencia", incluyendo la gimnasia y el patinaje artístico, y los deportes de resistencia como las carreras de fondo y las carreras a campo traviesa están en un riesgo particular. Las estimaciones para los episodios de los trastornos de la alimentación entre tales atletas son tan altos como 60% a 70%. Aquellas personas firmemente competitivas por lo general son perfeccionistas, un rasgo muy común en la anorexia o la bulimia. Esta lucha por la mejora constante aparece en sus hábitos dietéticos así como en sus desempeños atléticos o del baile. La anorexia también pospone la pubertad, haciendo que las atletas jóvenes retengan una forma muscular de niño, o sea sin la acumulación normal de los tejidos grasos en los senos y en las caderas, lo cual puede mitigar su borde competitivo. Los entrenadores y los maestros con frecuencia multiplican el problema al alentar una cuenta de calorías y la pérdida de los tejidos grasos y al controlar excesivamente las vidas de los atletas. Algunos son hasta abusivos si sus atletas se pasan del límite de peso y los humillan en frente de los demás miembros del equipo o les imponen castigos. El problema en los deportes, así como en otras áreas de la cultura, existe principalmente en las mujeres. Los varones a riesgo parcial para una dieta excesiva incluyen los luchadores, los jockeys y los remeros peso pluma, entre otros. Aunque los atletas varones pueden seguir una dieta tan restrictivamente como las mujeres durante una temporada de deportes, algunas veces los varones son más aptos para resumir los modelos de comer normales una vez que la temporada haya concluido ("Trastornos del c...", 1999; Aquino, 1998; Unikel, 1998; Martínez-Fornés, 1994; Button, 1993).

González (citada en García-Escamilla, 2002b) hace hincapié en que los padres (de los adolescentes o incluso niños que estudian ballet o se entrenan en algún deporte) deben prepararse para intervenir si las exigencias de los profesores o entrenadores están enfocadas sólo en resultados, haciendo de lado los procesos. En otras palabras, cuando el énfasis está centrado en ganar una medalla o pisar un escenario, no en el desarrollo y maduración armónicos, que debieran ser los propósitos del deporte o la danza.

Las presiones externas influyen por la necesidad de la persona de sentirse aceptada; de ahí la importancia de que maestros e instructores conozcan los peligros de imponer regímenes que ponen en riesgo la salud física y emocional (González citada en García-Escamilla, 2002b).

Así también, las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos son más probables de haber carecido de afectos físico cuando niños. De igual forma existe una mayor incidencia de abuso sexual ("Trastornos del c...", 1999). Existe, además un dato curioso, sorprende el escaso porcentaje de anoréxicas con algún animal doméstico o mascota: perro, gato, pájaros, peces. Y si lo tienen, el poco cariño que le prestan (Martínez-Fornés, 1994).

Por otro lado, con base a otras estadísticas, en México según una encuesta llevada a cabo por Unikel (2000), levantada entre jóvenes de ambos sexos, se encontró que el 0.9% de los varones y el 2.8% de las mujeres entrevistados presentaron algún riesgo clínico o subclínico de trastornos alimentarios. De acuerdo con el estudio, la población de mujeres entre 16 y 19 años presentó mayores conductas de riesgo (citada en Scherer, 2002).

En una encuesta realizada por Holtz entre 1996 y 1997 indicó que entre mil 600 chicas de bachillerato, 59% reconoció a dieta alguna vez, 7% aceptó haber vomitado "como parte de la dieta", 6% haber usado laxantes, 17% diuréticos y 27% pastillas (Scherer, 2002).

Pero también otros grupos de la población son vulnerables a estos trastornos, de igual forma están en riesgo los niños. De mil 214 niños encuestados entre los 9 y los 13 años, 47% reconoció que le "preocupaba mucho" su cuerpo, 75% de las niñas y 65% de los varones dijo que le "preocupaba mucho" estar gordo; según esta investigación, 66% de niñas y 39% de niños se encontraban "delgados o muy delgados", y 91% de niñas y 35% de niños tenían la expectativa de una figura ideal delgada y muy delgada. Se ha detectado que niños en edad preescolar muestran actitudes negativas hacia la obesidad. Estas actitudes, señala, determinan que se eleven considerablemente las posibilidades de desarrollar un trastorno de la alimentación en la adolescencia (Gómez-Peresmitré citada en Scherer, 2002).

Las niñas mexicanas entienden por dieta saltarse una comida (generalmente la cena) o evitar alimentos de la dieta básica, como tortilla o arroz, por considerar que engordan. A los 11 años los niños cruzan la "edad pico" en lo que se refiere a la gestación de factores de riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Si se observan factores de riesgo a esa edad, la probabilidad de que desarrollen el trastorno en la adolescencia aumenta 18 veces (Gómez-Peresmitré citada en Scherer, 2002). Las niñas de primaria quieren estar más delgadas desde los 6 años, sin importar que sean ya esbeltas (Gómez-Peresmitré citada en Cota, 2002).

La edad de consulta ha ido bajando en los últimos años. Ahora existen casos de niñas de 11 y 12 años, con una problemática con su cuerpo que no es esperable hasta los 14 o 15. Es verdad que la presión social es fuerte y uno está inmerso en una "suerte de lavado de cerebro que obsesiona con el tema de la celulitis o los

silicones o los lípidos o los centímetros de más, como si fueran cosas de vida o muerte" (Crispo et al, 1998 p. 83).

Factores biológicos predisponentes (hipótesis orgánicas causales)

Con el fin de encontrar una etiología exacta de la patología anoréxica, Pasqualini (citado en Barber et al, 1995 p. 26) propone un encadenamiento patológico que precede a la iniciación de la anorexia:

1. La causa inicial en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modos característicos han sido agrupados en dos categorías: a) un grupo nombrado *obsesivo*, donde la patología se establece consecutivamente a una reacción fóbica frente al acceso de peso, real o imaginario, que conlleva a la privación voluntaria de la alimentación, y b) un grupo llamado *histérico*, que se distingue por los estigmas de la personalidad histérica y en la cual la pérdida del apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión.
2. La reacción psicogénica de procedencia cortical o donde quiera que se origine, influye en los centros hipotalámicos del apetito, con lo que queda abolida la sensación de hambre, de modo opuesto a la exacerbación de la obesidad.
3. Las mismas influencias neurogénicas alcanzan los núcleos hipotalámicos de "Ide": se producen los liberadores hipofisotróficos de las gonadotrofinas, primero de la B y subsiguientemente de la A, con lo cual queda abolida la producción cíclica de gonadotrofinas A y B, seguida de su desaparición, con lo que queda establecida la amenorrea.
4. La anorexia conduce a la hipofagia con disminución del aporte calórico, que origina la desnutrición, la desaparición del tejido adiposo y la subsiguiente acentuación del catabolismo proteico. La reducción del aporte energético es la única alteración metabólica de significado patológico, conservándose normal la capacidad de utilización de glucosa.
5. La desnutrición crónica por sí misma puede incidir sobre la función gonadotrófica secundaria que se agrega a la inicial y que contribuye a la disminución absoluta de gonadotrofinas A y B. En cambio, existen evidencias de que se conserva la producción de tirotrofina. La somatotrofina se mantiene y hasta puede encontrarse aumentada, como consecuencia de la estimulación por la hipoglucemia. La reserva de corticotrofina está disminuida. En cuanto a la hormona antidiurética, atendiendo a la relativa deshidratación que sufren estas pacientes, unida a la disminución del volumen circulatorio posiblemente se encuentre aumentada.

Otros investigadores han llegado a conclusiones parecidas a las de Pasqualini. De acuerdo con Zutt (1956) la causa parcial de la anorexia es una alteración vegetativa endocrina (Shütze, 1983). Otros autores han encontrado (v.g. Heni, 1951) una deficiencia especial en el sistema diencéfalo-hipofisario (Shütze, 1983). Y otros más (Theander, 1970 entre otros) se refieren a un desencadenamiento orgánico de la enfermedad, ya que la menstruación, por ejemplo, cesa antes de que se instaure el adelgazamiento (anorexia primaria) (Shütze, 1983). Bernhard (1956) llega incluso a establecer relaciones entre la anorexia y la encefalitis, las variaciones climáticas y de lugar de residencia, así como los traumatismos craneales (Shütze, 1983). Lundberg (1967) considera, basándose en hallazgos patológicos del electroencefalograma, que la amígdala y/o el hipotálamo pueden actuar como factores favorecedores de la enfermedad (Shütze, 1983).

De esta forma, las anomalías neuroendócrinas pueden estar relacionadas con el desarrollo de trastornos de la alimentación en algunas personas. Anormalidades en el hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a la vez bloquean el neuropéptido químico Y, un estimulante potente en la respuesta a la alimentación, que es reducido en las personas con anorexia ("Trastornos del c...", 1999).

En los últimos años se ha constatado la presencia de trastorno de la transmisión serotoninérgica en varios cuadros psiquiátricos como la depresión, la agresión, la conducta suicida, el alcoholismo, la ansiedad y las alteraciones de la conducta alimentaria. Se ha encontrado un incremento de histamina en la anorexia nervosa. Una de las funciones de la histamina es la regulación del ritmo sueño-vigilia, en donde parece que la histamina ejerce un efecto modulador sobre las respuestas de arousal. En la anorexia con frecuencia existen trastornos del sueño. La histamina hipotalámica estaría incrementada en hipotálamo en la anorexia, de igual forma que lo está en los pacientes terminales de enfermedad de Alzheimer y lo que explicaría la malnutrición. Así, de forma empírica sistemáticamente se utilizan antihistamínicos en el tratamiento psicofarmacológico de la anorexia. Por otro lado, el saciamento patológico que sucede en la anorexia podría asociarse a péptidos opiáceos endógenos y sería reversible por naloxona, lo que no ha sido verificado. En el momento actual las hipótesis que relacionan al sistema serotoninérgico con los distintos procesos que regulan el peso se basan por un lado en el hallazgo en experimentación animal de serotonina

en el centro de saciedad y por otro en los resultados de los fármacos serotoninérgicos que reducen selectivamente la ingesta de los carbohidratos en la dieta, así como la respuesta de aumento de peso ciproheptadina y metisergrida, ambos antagonistas de la serotonina (Obeso, Ortiz, Gavilán, Ortuño y Vidal, 1999; Bultton, 1993).

En otro estudio (Park, Lawrie y Freeman, 1995) se encontró la posibilidad de que las infecciones virales pueden jugar un papel causante en algunos casos de anorexia nervosa (citados en "Anorexia nervosa", 1999). Sin embargo, llama la atención la escasa frecuencia con que las anoréxicas padecen anginas, gripes, catarros, a pesar de su desnutrición (Martínez-Fornés, 1994).

De hecho, son dos las hipótesis más fuertes que se manejan. Una dice que el trastorno alimentario viene primero, seguido por la desnutrición que resulta en cambios físicos en el cuerpo. La otra idea que la persona sufre de desequilibrio psicológico (o químico) el cual lleva al trastorno alimentario y como consecuencia a la desnutrición y deterioro físico del cuerpo (Sieglar, 1999).

Siguiendo un modelo médico, se ha buscado la respuesta a la anorexia y a la bulimia en una falla física.

Según Buckroyd (1998) el gran problema de este tipo de hipótesis es que ambas enfermedades no sólo se han vuelto mucho más comunes en muy poco tiempo sino que se hallan principalmente, como se dijo, en países industrialmente desarrollados y son mucho más comunes entre mujeres jóvenes que en cualquier otro grupo de población. Todos estos factores indican como es poco probable que estos trastornos tengan una causa física. Los intentos de responsabilizar factores físicos, como la hipótesis de que la anorexia podía ser el resultado de una deficiencia de zinc, hasta ahora no se ha probado. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la identificación de las causas físicas suele llevar varios años, y que no se puede excluir totalmente los factores físicos y sobre todo los genéticos como parcial o totalmente responsables de la anorexia y la bulimia.

En 1992, Schroeder señaló que no se conoce la causa de la anorexia nervosa. Aunque en varias anomalías endocrinológicas la mayoría de los autores piensan que son secundarias a la inanición y no a trastornos primarios. De esta manera, se piensa en un origen psiquiátrico primario, pero ninguna hipótesis psiquiátrica explica satisfactoriamente todos los casos. Entonces el autor confirma lo que se ha estado viendo a lo largo de este capítulo, en el sentido de que lo más factible es que de forma característica, el sujeto provenga de una familia cuyos miembros están orientados a metas y logros. Donde las relaciones interpersonales suelen ser inadecuadas o destructivas. Por lo general, los padres son excesivamente directivos y preocupados por la delgadez y mal aspecto físico y gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos, además el rechazo del paciente a comer es un intento por recuperar el control de su cuerpo en desafío al control de los padres. La renuncia de las personas a habitar un cuerpo adulto también puede representar un rechazo de las responsabilidades del adulto y las implicaciones de las relaciones interpersonales del adulto (citado en Barber et al, 1995).

Una vez instalada la anorexia en el sujeto empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que la originó (Schroeder citado en Barber et al, 1995).

En la opinión de Donoso (1990), la anorexia nerviosa se da como un cambio conductual sin causa aparente, siguiéndole un periodo de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias (citado en Barber et al, 1995).

Ante todo lo descrito, debería causar alarma, que el número de personas, sobre todo mujeres, que tienen todos estos pensamientos y preocupaciones (de tipo anoréxico) es muy alto, y la anorexia se nutre de esta población de riesgo.

Factores desencadenantes o precipitantes

Al hablar de factores precipitantes se hace referencia a hechos, situaciones o estímulos estresantes que hacen que la enfermedad se desarrolle. El impacto que una situación concreta ejerce sobre una persona no es tanto la situación en sí, sino la evaluación o interpretación de la misma hace la persona (Lazarus y Folkman citados en Toro y Vilardell, 1987).

El común denominador de la repercusión que tiene el evento para una persona es que percibe el dolor de dos maneras: a) como una amenaza de pérdida del autocontrol; b) como una amenaza o real pérdida de la autoestima. Entonces el disparador diverso remite a una consecuencia convergente: la amenaza a su autoestima y a la sensación de control de su mundo que conduce a un incremento de la preocupación por su

cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continúa perdiendo peso (Hersovici y Bay, 1990).

Un factor desencadenante muy frecuente son los cambios de cualquier tipo especialmente en el adolescente. Existen cambios objetivos que no pueden buscarse en la interacción de la persona con su medio, porque se producen en él mismo. Esto es lo que sucede en el caso de los cambios fisiológicos propios de la pubertad. El adolescente puede experimentarlas de modo muy rápido, algunas de forma forzosamente súbita -la menarquia-. Son cambios a los que debe adaptarse, conceptualizar y evaluar, siendo susceptibles de constituirse en hechos estresores (Toro y Vilardell, 1987). Cuando la enfermedad anoréxica se desarrolla en ausencia de estresores externos, existe una psicopatología subyacente más grave y una mayor resistencia al tratamiento (Halmi y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). Según Donoso (1990) los eventos desencadenantes principales son la aparición de los cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, de igual forma, la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a ese tipo de eventos (citado en Barber et al, 1995).

Ciertos "acontecimientos vitales" pueden desencadenar los trastornos. Dichos acontecimientos están asociados históricamente con una manera de enfocar y sobretodo de intentar evaluar la intensidad del estrés por una persona en una época determinada de su vida. Las anoréxicas han experimentado más cambios o acontecimientos vitales que la población adolescente normal, las anoréxicas bulímicas tienen más de estos cambios o acontecimientos de vida que las restrictivas. En el caso de las anoréxicas bulímicas, las situaciones estresantes provocan un aumento de ingesta, y por tanto de peso, siendo este hecho realmente precipitante (Strober citado en Toro y Vilardell, 1987). El acontecimiento que más se vive es la experimentación de cambios en la aceptación -objetiva o subjetiva- por parte del grupo de compañeros/as. El deseo de perder unos kilos se convierte en una competencia entre amigas. Cada una siempre se verá más gorda que la otra, e intentará seguir adelgazando cada vez más, hasta conseguir el tipo perfecto, el cual no es más que un producto de su obsesión. Además, entre ellas se apoyan y se respaldan para seguir ayunando y perdiendo peso. También puede producirse un efecto dominó: cuando una adolescente logra bajar de peso y estar más delgada, consigue así la admiración del resto del grupo y se produce una especie de contagio. Esto provoca que las amigas de su entorno quieran parecerse a ella y acaben también enfermándose. Este efecto tiene su génesis en la imitación de modelos sobre todo publicitarios, donde los adolescentes parecen ser los más influenciados ("Anorexia y bulimia", 1999).

Por otra parte, el deseo competitivo de convertirse en el centro de atención, también podría tener un papel desencadenante de la enfermedad, ya que un niño que no come atrae de inmediato la atención de los demás miembros del grupo, especialmente en una sociedad opulenta (Dührssen citado en Shütz, 1983).

Entonces, una proporción muy alta de enfermas parecen ser capaces de determinar el momento de aparición de sus problemas a partir de una alteración o trauma específicos en su vida. Estos pueden variar de una persona a otra (Buckroyd, 1998).

A continuación se presenta una lista integrada de esos acontecimientos vitales que actúan como factores precipitantes en los trastornos de la alimentación.

Tabla 3. Factores desencadenantes o precipitantes

- cambios en la aceptación de los compañer@s
- cambios corporales adolescentes
- separaciones y pérdidas en general
- comentarios peyorativos desagradables y/o críticos acerca del cuerpo
- aumento en los conflictos entre los padres
- aumento de conflictos con los padres
- muerte de uno de los padres
- nacimiento de un bebé (puede ser hermano/a)
- enfermedad mental o física de uno de los padres
- muerte de un abuelo al que se estuvo muy unido
- incremento rápido de peso
- dietas estrictas para adelgazar o para controlar algo
- enfermedad personal que requiere hospitalización
- nuevas demandas del contexto
- abusos deshonestos

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 3. Factores desencadenantes o precipitantes (Cont.)

- violación o agresión sexual
- abandono del hogar
- aumento de la ausencia del padre en el hogar
- el 14% son huérfanas de padre el año previo al comienzo de la enfermedad
- ser mediador en conflictos familiares
- ruptura de una relación íntima
- pérdida de una amistad íntima
- fracaso de las experiencias emocionales y/o sexuales u otras experiencias que son vividas como un fracaso personal
- exámenes o fracaso en la actividad académica
- burla o acoso
- una creciente actitud de desagrado ante su propia imagen corporal junto al mimetismo sobre la moda del adelgazamiento
- traumatismo desfigurador y fracturas que exigen un tiempo prolongado de inmovilidad, lo que provoca aumento de peso, observación continua del propio cuerpo
- incremento de actividad física
- inicio de consumo de drogas
- el estrés precede a las disfunciones endocrinas secundariamente y a la conducta anoréxica y altera ciertos neurotransmisores que pueden influenciar a la personalidad, humor y conducta.

(Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999; Buckroyd, 1998; Chinchilla, 1994; Martínez-Fornés, 1994; Hersovici y Bay, 1990; Strober citado en Toro y Vilardell, 1987).

El fallecimiento de una persona significativa afectivamente, habitualmente uno de los padres, las separaciones de los padres, el alejamiento del hogar por parte de la paciente, en fin, las separaciones y las pérdidas ocupan el primer lugar en la lista de factores precipitantes. Por lo que se refiere a contactos sexuales (relaciones sexuales concretas o aproximaciones de las mismas) ha sido comprobada como precedente inmediato de la anorexia y/o bulimia. Las cifras se mueven entre el 16% de la población estudiada por Halimi (1974) al 47% de la muestra australiana presentada en 1978 por Beaumont y cols. (citados en Toro Vilardell, 1987). Estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación, nuevas exigencias sociales. Al situar en un lugar secundario los hechos socioculturales, prácticamente ningún trabajo de este tipo tiene en cuenta que el inicio un contacto sexual, es decir, social/sexual, es una experiencia que, entre otras cosas, debe poner en cuestión ante otra persona por tanto ante uno mismo, el propio cuerpo. Se trata de un hecho probablemente asociado a la tendencia a evitar la relación sexual por parte de un porcentaje importante de anoréxicas.

Existen también casos en donde el trastorno se ha iniciado tras la experimentación real o subjetiva de algún tipo de fracaso personal. El fracaso puede producirse en el rendimiento académico, la práctica de algún deporte, en los estudios de danza, en las relaciones personales, etc. Un incremento rápido de peso, algo nada infrecuente en la adolescencia, puede también precipitar una anorexia. Los comentarios críticos de familiares, amigos o personas significativas suelen darse en muchísimas adolescentes - y no adolescentes-anoréxicas como algo recordado y vivido antes de iniciarse el cuadro. En cinco anoréxicos varones, cuatro de ellos practicaban una actividad deportiva. De estos tres iniciaron su enfermedad anoréxica inmediatamente después de ser juzgados negativamente por sus respectivos entrenadores por algún kilo demás.

Alguna vez la anorexia va precedida de alguna enfermedad somática. Las cosas suelen suceder como si el adelgazamiento y/o la anorexia que a veces acompaña a tales trastornos quedaran fijados en la paciente o facilitaran psicobiológicamente un proceso que encontraba escondido, latente, con anterioridad (Toro y Vilardell, 1987).

Damlouji y Ferguson (1985) publicaron tres casos de anorexia nervosa comenzada inmediatamente después de haber sufrido las afectadas otros tantos accidentes automovilísticos con importantes traumatismos y modificaciones corporales. Ninguna de las tres mujeres (17, 23 y 29 años) había experimentado ni manifestado con anterioridad al accidente síntomas anoréxicos de ningún tipo. El proceso seguido por las tres a partir del traumatismo es el de una anorexia con todos los requisitos (citados en Toro y Vilardell, 1987).

El exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de un trastorno de la alimentación. La hiperactividad es un hecho clínico precoz y duradero y no simplemente secundario a un intento consciente de perder peso o a la pérdida de peso en sí misma considerada. Un incremento en la actividad física pudiera funcionar como factor precipitante de ciertas anorexias, al margen de toda "intencionalidad anoréxica" de entrega a tales actividades: deporte, danza, gimnasia, etc. Sin embargo, no se puede olvidar que, aunque las cosas sucedan cronológica y literalmente así, las situaciones concretas en que suele practicarse este género de actividades son de carácter social y, poco o mucho competitivas. Es decir, constituyen ocasiones en que el propio cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión. En tal caso la influencia precipitante sería el doble en esas personas (Toro y Vilardell, 1987).

Sin embargo, no todas las enfermas pueden identificar un único suceso o trauma que coincida con la aparición de sus problemas. A veces se debe a que no piensan seriamente en lo que les pasó, o porque no son conscientes de su importancia. Estas personas suelen negar categóricamente la importancia del acontecimiento que coincide con el comienzo del trastorno. Algunas veces esto puede ser verdaderamente sorprendente para la persona que escucha. Algunas personas no pueden reconocer lo que les ha sucedido porque no tienen consciencia de una serie de tensiones que los afectan.

Existen también un número de enfermas cuyo trastorno parece haber sido disparado no tanto por un suceso único sino por una situación continuada. Obviamente esas situaciones -abuso o violencia y conflictos en la familia- son terribles. Otras parecen deberse más a que la enferma *siente que no reúne los requisitos para ser el tipo de persona que la gente espera de ella*, es decir, no puede cumplir con las altísimas expectativas de los demás. Es probable, entonces, que se utilicen los trastornos de la alimentación para enfrentar los sentimientos que surgen de situaciones que la enferma no encuentra cómo resolver. Pero tiene que haber algo más. Después de todo, muchas de esas situaciones son hechos cotidianos por los que todo mundo tiene que pasar. Aunque tengan que sobrellevar traumas espantosos, no todas las personas padecen trastornos de la alimentación (Buckroyd, 1998).

Factores de mantenimiento o perpetuantes (consecuencias)

Las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetúa sin fin. *La dieta es el factor perpetuante por excelencia*. El cuerpo que está subalimentado, causa el malestar anímico y emocional, la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto al organismo como el ánimo. Es ineludable la necesidad de empezar a recuperarse físicamente, a alimentarse correctamente para recuperar la estabilidad orgánica y volver así a sentirse mejor emocionalmente (Crispo et al. 1998).

Consecuencias psicológicas de la inanición

La desnutrición determina una serie de modificaciones biológicas de indudable importancia para la homeostasis general del organismo y, en general, para su salud y la propia existencia. Es menos sabido que el déficit alimenticio, salvo un cierto umbral, implica también consecuencias psicológicas. Esto se ilustra muy bien con el trabajo del equipo de Minnesota de Keys y cols. (1950). Durante la segunda guerra mundial, 36 objetores de conciencia, psicológicamente normales, actuaron como sujetos de una experiencia destinada a adquirir conocimientos sobre los efectos psicobiológicos de la inanición. Para ello, recibieron durante seis meses una dieta de semi-inanición. Al final del periodo fijado, los voluntarios en cuestión tardaban un par de horas en realizar una comida que unos meses antes les hubiera llevado algunos minutos. Pasaban horas planeando qué harían con la cuota de alimento que les era suministrada a diario. La comida era su tema de conversación predominante. Más de la mitad de esos hombres comenzó a leer recetas culinarias y a coleccionar recetas de este mismo tipo. Algunos decidieron hacerse cocineros. Realizaban frecuentes combinaciones desusadas de alimentos en sus comidas. Se produjo un dramático incremento en el consumo de café y té, hasta 15 tazas diarias. Intentaban tener sus estómagos llenos ingiriendo grandes cantidades de líquido: agua, sopa... Aumentó dramáticamente el consumo de chicle y de cigarrillos, así como la onicofagia. Sus comportamientos se fueron haciendo claramente obsesivo-compulsivos. Por ejemplo, el excesivo consumo de chicle empezó como algo destinado aparentemente a aliviar el hambre y mitigar la tensión nerviosa, pero fue proseguido compulsivamente a pesar de que no producía los resultados deseados y daba lugar a dolores intensos. Algunos de estos voluntarios llegaron a consumir 40-60 paquetitos de chicle al día. Asimismo, coleccionaban y almacenaban objetos relacionados con la comida (libros de cocina, tazas de café, etc.) o no (libros viejos, ropa de vestir de segunda mano, etc.). Las dificultades para concentrarse y estar alerta eran experimentadas por la mayoría del grupo. Resultaban exagerados los rasgos previos de sus respectivas personalidades. En general, denotaban una importante reducción de sus intereses,

una clara tendencia al aislamiento social y una evidente irritabilidad. Cuatro de los sujetos sufrieron episodios bulímicos. Los sueños relacionados con la alimentación eran frequentísimos. La pérdida del interés sexual se convirtió en norma compartida (Keys y cols. citados en Crispo et al, 1998; Hersovici y Bay, 1990; Button, 1993; Toro y Vilardell, 1987).

En cuanto a datos psicométricos, el MMPI se alteró dramáticamente con la semi-inanición. Concretamente las puntuaciones de las escalas correspondientes a hipocnodria, depresión e histeria se incrementaron significativamente, sobre todo la segunda. Además las puntuaciones regresaron a la normalidad al finalizar la rehabilitación nutritiva. Una parte importante de la sintomatología psicológica/psiquiátrica de los trastornos de la alimentación está determinada por el estado de desnutrición (Keys y cols. citados en Toro y Vilardell, 1987). La obsesividad y compulsividad especialmente relacionadas con la alimentación, labilidad emocional, aislamiento social, déficit en la concentración, pérdida del interés sexual, y trastornos del sueño parecen constituirse en un común denominador de la anorexia una vez establecidos el ayuno y pérdida de peso suficiente. Si algunas de estas anomalías existían con anterioridad al inicio de la enfermedad, el desarrollo de ésta no hará sino multiplicarlas, potenciarlas. Si no existían, su aparición será prácticamente obligada (Toro y Vilardell, 1987).

En síntesis, los cambios psicológicos y de personalidad que aparecieron en el estudio de Minnesota son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad emocional, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acaparanaban comida, aparecieron perturbaciones del sueño y había una pérdida del interés sexual. Cabe mencionar que todas las características anteriormente mencionadas son atribuibles exclusivamente a los efectos de la inanición y no son un rasgo de personalidad de la anorexia. Sin embargo, los intensos temores respecto a la comida y el aumento de peso, hiperactividad, distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre son características propias de la anorexia nervosa (Hersovici Bay, 1990).

Como sucede con la inanición en cualquier otra circunstancia, los síntomas físicos de la anorexia desaparecen al alimentarse de nuevo adecuadamente. Incluso la osteoporosis mejora con una alta ingestión de calcio y vitamina D, si esto se complementa con una concentración de proteínas más cercana a la normal en la dieta de la persona. Esta capacidad de recuperar la salud original, constituye desde el punto de vista médico, quizás la evidencia más contundente de que la restricción alimentaria es la principal causa de la pérdida de peso, por drástica que haya sido ésta (Isaacs et al citados en Duker y Slade, 1995).

Todas las evidencias sugieren que el estado de inanición de la anoréxica es voluntario, pero no obedece a ningún fin o mandato político ni religioso, ni existe ninguna otra intención clara, lo extremoso de su conducta y negativa a aceptar su peligrosidad hacen de éste un estado descabellado y poco comprensible (Duker y Slade, 1995).

Una vez establecido este cuadro psicológico, se constituye en un importantísimo factor de mantenimiento de la enfermedad. La compulsividad alimentaria aumenta el tiempo dedicado a atender la alimentación así como la conflictividad familiar. El pensamiento alimentario obsesivo obliga a estar permanentemente en contacto con una estimulación claramente aversiva que es la determinante de la propia anorexia. La reducción de intereses generales tiende a magnificar más los alimentarios y ponderales que se van haciendo cada vez más exclusivos y excluyentes. Así, la depresión y la distimia si no existía, se hace casi inevitable en mayor o menor intensidad. Es la anorexia produciendo más anorexia. Es la constitución de un círculo infernal -el mantenimiento de la anorexia- que determina las dificultades terapéuticas que comporta esta enfermedad. En los voluntarios estudiados por los investigadores de Minnesota se necesitaron 12 largas semanas de rehabilitación nutritiva para conseguir la recuperación total de los mismos. Al iniciar la realimentación, la mayoría sufría grandes molestias, especialmente gástricas. Además, solían experimentar un apetito desaforado incluso después de una comida copiosa. Todo ello suele acontecer a las anoréxicas que inician su realimentación, siendo precisamente esta intensa sensación de hambre un importante factor ansiógeno puesto que les plantea el problema de la pérdida de control. Por descontado, las molestias también suelen funcionar como otro agente disuasorio (Toro y Vilardell, 1987).

De acuerdo con Hersovici y Bay (1990) los vómitos pueden exacerbar la persistencia del síndrome, por representar una "solución" al problema en tanto permiten comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgado. Por otro lado, hay un vaciamiento gástrico retardado y una constipación crónica que dan una sensación de saciedad. Esto puede facilitar que la persona comience a reducir la cantidad o frecuencia de sus comidas. Además los autores concuerdan con lo descrito más arriba en el sentido de que con frecuencia

no reconocen un mecanismo interno que ayuda regular las cantidades de carbohidratos ingeridos, se sienten fuera de control cuando los comienzan a comer y, por ende, los suprimen (Hersovici y Bay, 1990). No obstante, según Baba (1976) ya en los estadios finales y en su evolución crónica las sensaciones de hambre y sed acaban por desaparecer casi permanentemente (Baba citado en Shütze, 1983).

Consecuencias neuroquímicas

López. (1999) considera a la anorexia nerviosa como una enfermedad orgánica del comportamiento humano, cuando ésta se encuentra en sus estadios evolutivos finales. De hecho los inhibidores de la recaptación del neurotransmisor serotonina, tales como la fluoxetina, paroxetina, fluvosamina, sertralina, etc., se están empleando con alguna respuesta positiva en la anorexia. Estas sustancias, al inhibir la recaptación de serotonina, aumentan sus niveles a nivel cerebral y son empleados como antidepresivos y también en la anorexia, de alguna forma mejoran con los mismos fármacos. Estos complejos mecanismos biológicos adaptativos a la restricción calórica-nutricional pudieran inducir daño genético que perpetúa la enfermedad. Un desacoplamiento de químicos cerebrales que les inducen a hacer lo que no quieren, que les altera la percepción corporal de tal forma que nunca se ven delgadas.

Efectivamente, muchas de las anormalidades producto de la inanición son resultado de la pérdida de peso o por la ingesta disminuida de nutrientes. La sobresecreción de cortisol no se observa sola en la inanición, sin embargo si se puede encontrar en otras enfermedades psiquiátricas como la depresión. De esta manera, la inanición produce cambios a distintos niveles de neurotransmisores, los cuales pueden ser los responsables de algunas manifestaciones de la anorexia nerviosa. Existe una reducción de la síntesis de norepinefrina y contribuye a los cambios en la tiroides, se reduce el ritmo del metabolismo, se entorpece el ritmo cardíaco (bradicardia) e hipotensión, y posiblemente una disminución en temperatura corporal y un daño en la regulación de la temperatura (Gurfinkel, 1995).

Consecuencias cognitivas (pensamiento anoréxico)

Aunque las anoréxicas a menudo estudian o trabajan con mucho empeño, incluso de manera obsesiva, su trabajo se resiente porque su vida emocional y su capacidad creativa están muy limitadas por su enfermedad. Así, las estudiantes que padecen de anorexia se muestran desconsoladas cuando se les pide una respuesta personal a lo que están leyendo. Tanto esfuerzo se ha invertido en no tener necesidades ni sentimientos propios y no saben que sienten ante lo que leen, aunque con frecuencia conocen lo que todo mundo ha sentido y dicho al respecto.

En otras palabras, a una persona con anorexia le resulta totalmente posible trabajar duro y reproducir información, y con frecuencia lo hace de manera brillante. Este trabajo funciona mientras sea lo único que se le exige. Sin embargo, cuando pasa el tiempo, sobre todo después de los quince o dieciséis años, y se le exigen cada vez más opiniones, ideas y respuestas personales, a la anoréxica le cuesta cada vez más triunfar. El hecho es que se ha vaciado de sí misma, y mientras sea anoréxica no tiene mucho para dar (Buckroyd, 1998). Obviamente el aspecto de la anoréxica se asemeja más al de un estado de privación aguda de ingesta y menos al de los estados de hambre crónica, que se definen a través del estrechamiento de la actividad psíquica y pérdida de la memoria y de la capacidad de concentración (Seenam citado en Shütze, 1983).

La patología anoréxica se nutre permanentemente de la evaluación estética que la interesada hace de su propio cuerpo y del temor experimentado hacia el incremento de peso. Mientras estas cogniciones se mantengan firmes, el cuadro persistirá de un modo u otro. Al margen de lo que ocurra en su ambiente inmediato, más o menos alarmado y crítico ante sus prácticas y opiniones, la anoréxica sigue viviendo en el mismo medio social de siempre, un medio repleto incitaciones masivas al adelgazamiento y actuando sobre una persona especialmente receptiva a tales mensajes, dramáticamente sensibilizada a los mismos. Cuanto más alcanza el curso de la anorexia, tanto mayor tienen que ser la sensibilidad y la receptividad a todo cuanto suscite pérdida de peso (Toro y Vilardell, 1987).

El pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay cabida para puntos intermedios. Así, se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todas las anoréxicas coinciden, en algún punto, en que la delgadez es fundamental para su sensación de bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso. Hay refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso, la evitación de comidas perpetúa una retracción social y así se mantiene el ciclo (Hersovici y Bay, 1990).

Entonces, en la anorexia nerviosa aparecen y se reiteran una serie de cogniciones relacionadas con el cuerpo y la estética del mismo. De hecho, la mayoría de las mujeres los tienen, lo patológico se produce

cuando su reiteración va en aumento, constituyéndose en una temática casi exclusiva y asociándose dramáticamente con una creciente ansiedad. Todo esto se convierte en auténticas distorsiones cognitivas (Toro y Vilardell, 1987).

Los tipos de trastorno de pensamiento que se presentan en los trastornos de la alimentación son (Garner y Bemis, citados en Hersovici y Bay, 1990; Toro y Vilardell, 1987):

- * *Abstracción selectiva*: basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria. Es llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales del tema. (Si Lupita volvió del viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer o sólo puedo controlarme a través de la comida).

- * *Sobregeneralización o generalizaciones excesivas*: Por medio de la cual se extrae una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles. (Si Lola perdió dos kilos por una diarrea, los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso o cuando comía carbohidratos estaba gorda; por tanto debo evitarlos para no estarlo).

- * *Magnificación de estímulos o de posibles consecuencias negativas*: es notable cómo, para estas pacientes, las cosas suelen estar connotadas exageradamente. (Para Juana, una molestia abdominal era un dolor que la hacía retorcerse, llevarse la mano a la panza y hablar en tono de quejido o si aumento un kilo de peso, me voy a morir).

- * *Razonamiento o pensamiento dicotómico*: piensan en términos extremos y absolutos, de todo o nada. (La perspectiva de tener 3 o 4 kilos más equivale a volverse un elefante o si no me controlo del todo, no podré controlarme en absoluto).

- * *Personalización e ideas de autorreferencia*: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales. ("La doctora me postergó la cita para que yo siga engordando dos días más" o "cuando como me parece que todo el mundo me mira")

- * *Pensamiento supersticioso*: creen en la relación causa-efecto o la aceptan, de hechos o entre acontecimientos no contingentes. ("Si como un dulce, se convertirá enseguida en grasa en el estómago").

En otro orden de ideas, existen también factores predisponentes no resueltos, es decir, conflictos familiares referidos a la maduración y autonomía que pueden contribuir a la cronicidad o recurrencia si no son encurados en forma inmediata (Hersovici y Bay, 1990).

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, en los últimos años se ha visto proliferar el interés, en distintos cuadros patológicos y especialmente en la depresión, por la existencia de unos contenidos cognitivos reveladores de un locus de control externo o interno. (Un locus de control de externo entraña atribuir la responsabilidad del propio comportamiento o de las consecuencias del mismo a agentes ajenos al propio sujeto, por el contrario, un locus de control interno implica atribuírselas a uno mismo). A priori, la anorexia parece poder inclinarse hacia cualquiera de las dos ubicaciones del supuesto control (Toro y Vilardell, 1987).

Por otro lado, las anoréxicas cuentan con una autoestima baja, tendiendo a no aceptarse a sí mismas, a no agradarse en general, a opinar que no se conocen. Creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, su adecuación física, su sobrepeso. En cuanto a su aspecto personal, valoran negativamente sus vestidos, su peinado su apariencia en general. Se muestran críticas en relación con su ingesta, concretamente en relación con cuándo, qué y como comen (Toro y Vilardell, 1987). Con respecto a su cuerpo, adoptan una grotesca actitud narcisista, llegando incluso a exhibirlo sin ningún pudor por un mero afán de ostentación (Shütze, 1983). Su negación de enfermedad parece, a veces, guardar estrecha relación con esta tendencia a negar o no "ver" su delgadez. Se ha relacionado la anorexia con procesos psicóticos, planteando frontalmente la posible existencia de un trastorno perceptivo o del pensamiento semejante a la psicosis (Bruch citada en Toro y Vilardell, 1987). En el caso de la anorexia de evolución crónica se ha considerado su transición a otras enfermedades psiquiátricas. Se ha visto una evolución hacia la esquizofrenia. Esta transición a la esquizofrenia sobreviene precisamente en quienes en su primera infancia han mostrado rasgos esquizoideos. Hasta un 10% de las pacientes anoréxicas tienen la posibilidad de avanzar hacia una psicosis esquizofrénica, en especial durante los primeros meses de la enfermedad (Meyer citado en Shütze, 1983).

Existen dos tipos de anomalías con relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos se constatan auténticas distorsiones perceptivas, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos y, a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas que, según su contenido, darán lugar a reacciones de ansiedad o incluso pueden contribuir a mitigarla. Estas distorsiones es frecuente que se limiten a zonas concretas, especialmente muslos, abdomen, caderas y nalgas, precisamente unas áreas corporales de dimensiones claramente diferenciadas entre los sexos, tendiendo a ser más voluminosas

y redondeadas en el femenino. Así, las anoréxicas, ciertamente, tienden a sobrestimar los tamaños de sus cuerpos, en concreto su anchura. Sin embargo, esta tendencia no es exclusiva de la anorexia, ni tiene carácter diagnóstico. Por lo tanto, cuanto más sobreestimación del tamaño corporal, tanta más asociación con señales de enfermedad grave y, por ende, tanto peor pronóstico (Raich, 1994; Hsu, 1990b; Toro y Vilardell, 1987). Así, la distorsión de la imagen corporal suele incrementarse al progresar el cuadro, con lo cual aumenta el miedo al peso y en consecuencia la "tentación de no comer" (Toro, 1999).

No obstante, a pesar de que se ha afirmado que una imagen corporal distorsionada -la mujer percibe su cuerpo como más grande, más ancho y más gordo de lo que es en realidad- es una de las características específicas de la anorexia nerviosa. Esto es impreciso ya que muchas otras mujeres, tales como las embarazadas, quienes han sufrido un gran cambio en su figura corporal, tienen la misma percepción distorsionada. Es, por lo tanto, improbable que una imagen corporal distorsionada sea una característica de la anorexia nerviosa, excepto tal vez entre las que están extremadamente enfermas. Las mujeres que sufren de anorexia nerviosa tienden a mirar partes de su cuerpo en lugar del cuerpo en conjunto, cuando se miran al espejo. Ven su abdomen como "abultado" y quieren que sea plano. Perciben sus muslos como desgarrados, grandes y pesados, y quieren que estén lisos y más delgados. Estas percepciones también ocurren en las mujeres normales (Abraham y Llewellyn, 1994).

Taylor y Cooper (1992), relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal suerte que, si se induce un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobrestimar su tamaño mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal.

Entonces, es posible decir que la tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallas perceptivas, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994; Gardner y Bokenkamp, 1996).

Por su parte, Chinchilla (1994) propone ciertas características que describen a lo que él nombra **alteración de la corporalidad**: deseo extremado de delgadez, preocupación por el funcionamiento visceral, por el rendimiento corporal y por la fisonomía, dismorfofobia (temor a la deformidad), ideal ascético (místico), intelectualización de la figura y trastornos perceptivo-cognitivos.

Leon, Fulkerson, Perry y Early (1995) proponen que el escaso conocimiento de las sensaciones interoceptivas podría ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno alimentario.

La anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corporales no fueran percibidas o lo fueran de modo anómalo. Su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga e incluso la ausencia de deseo sexual, son otros tantos datos en favor de esa hipótesis (Toro y Vilardell, 1987).

Consecuencias familiares, sociales y sexuales

Ya establecida la problemática anoréxica, las relaciones interpersonales en el seno del grupo familiar se modifican, se hacen conflictivas y redundan en perjuicio de la paciente, tendiendo a mantener, cuando no a agravar sus síntomas. La familia puede y suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimenticio así como los de carácter compulsivo. Asimismo, acostumbra a generar situaciones intensamente ansiógenas relacionadas con las comidas. Por otro lado, las pautas de interacción padre-hijo, y sobre todo madre-hija, quedan alteradas haciéndose oscilantes e incoherentes. Por fin, los padres suelen reaccionar depresivamente ante el trastorno de su hija, actuando entonces no sólo como "padres depresivos", sino como multiplicadores de los errores o anomalías ya mencionadas. En consecuencia, la sintomatología así contextualizada se mantiene o agrava, y la sintomatología afectiva que pudiera haber, también (Toro y Vilardell, 1987).

Por otra parte, la persona que sufre de un trastorno alimentario llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer que dispone de poco o nada de tiempo en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social (Crispo et al, 1998).

Como se ha visto, lo más probable es que la anoréxica se aísle. Privarse de comer requiere una gran dosis de concentración y de energía mental, y deja poco lugar para cualquier otra cosa o persona. En el plano sexual es prepúber, y con frecuencia "tan inocente" de la atracción sexual como una niña.

Sin embargo, no se trata sólo de que la joven anoréxica se ha apartado del intercambio social normal; su conducta significa que su desarrollo social se ha estancado en el punto donde estaba cuando le empezó a preocupar la enfermedad. En la mayoría de las anoréxicas, eso ocurre a veces en la mitad de la adolescencia, justamente en el momento en que se aprende mucho de la interacción con su grupo de pares. Su conducta la priva del tiempo que debe pasar experimentando con la interacción social. Debe aprender a funcionar sin que la familia la esté apoyando todo el tiempo; debe servirse de su grupo de pares para hablar de sus experiencias afectivas y sociales; debe experimentar con nuevas situaciones y nuevas experiencias; debe probar nuevos y diversos modos de ver y comportarse para ir descubriendo gradualmente quién es y qué es lo que más le gusta. Finalmente, alrededor de los diecisiete años, debe explorar las posibilidades de relaciones personales más íntimas, que a su debido tiempo se convertirán en relaciones sexuales.

Esta es una época difícil, incluso para la joven mejor adaptada y mejor apoyada. En pocos años tiene que producirse un enorme crecimiento y desarrollo afectivo. Por otra parte, si la anoréxica no participa con su grupo de pares es ese desarrollo, no sólo lo habrá perdido sino que tendrá una edad en la que se supone que esa edad ya ha pasado (Buckroyd, 1998). Junto al progresivo descuido del aspecto externo, se instaura un aislamiento interior de carácter autístico (Müller citado en Shütze, 1983).

Algunas anoréxicas se casan o tienen relaciones sexuales con una pareja, pero por lo que se sabe en esas relaciones el sexo no suele ser satisfactorio, acostumbra rechazar las relaciones sexuales (Shütze, 1983). Con frecuencia parece que la mujer anoréxica no siente nada en absoluto y no responde adecuadamente a su pareja, se vuelve frígida. A veces, a causa de la tensión extrema siente dolor en las relaciones sexuales. Otras veces las parejas establecen alguna clase de acuerdo entre ellos, que lleva a que la relación sea tan sólo amistosa, sin sexo. El hombre, en ese tipo de relación de pareja, quizá experimente dificultades con su propia libido, o quizá tenga esperanzas de que las cosas cambien con el tiempo. Cuando la mujer anoréxica se recupera, si es que lo hace, estas parejas tienden a separarse (Buckroyd, 1998). En concreto, se puede decir que si existía, el interés sexual está disminuido o anulado. Lo mismo puede decirse de las actividades sexuales propiamente dichas, y en general, hay que insistir en que cuando existen relaciones heterosexuales éstas no suelen ser satisfactorias. Además, la anoréxica suele aceptar que sería más atractiva para el otro sexo si aumentara su peso actual. A pesar de ello, desea perder más kilos. Las cosas suceden como si su apariencia sexualmente inmadura -llana y lisa- le permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físicos, por ejemplo, las interacciones sexuales (Toro y Vilardell, 1987), es más, generalmente, suelen fracasar en sus relaciones sentimentales, sobre todo las bulímicas. Por otro lado, el sexo les parece algo sucio, vulgar y brutal (Martínez-Fornés, 1994). Con esto queda confirmado lo que afirman Toro y Vilardell en lo que se refiere a que como las pacientes anoréxicas expresan a menudo miedo a convertirse en adultas, puesto que esto significaría hacerse responsables de las relaciones interpersonales y sexuales, a menudo les asusta la sexualidad, y suelen evitar encuentros sexuales, por esto cuando se enfrasean en una actividad sexual no la disfrutan (Norman, 1994).

En fin, se dice que existe una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa el humor depresivo. No obstante, las cosas no siempre son así. Con alguna frecuencia se observan casos de pacientes cuya anorexia es decir, su adelgazamiento- les ha facilitado una mayor relación social. Esto se observa en obesas previas que al disminuir su peso se sienten, y quizá lo sean, más aceptadas entre sus compañeras. En tales casos, la relación social se mantiene o aumenta respecto de épocas anteriores. Pero esta relación, en la práctica, funciona como un potente reforzador de las conductas restrictivas alimenticias de la anoréxica. Subjetivamente, pero no siempre sólo subjetivamente, la gratificación social está asociada a la pérdida de peso. Es cierto que con cierta frecuencia, especialmente las muy jóvenes y en casos de trastorno anoréxico leve, se observa una interacción social extrafamiliar bastante satisfactoria (Toro y Vilardell, 1987).

Para Hersovici y Bay (1990) algunos de los efectos más serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social e interpersonal. El aislamiento social y la marcada reducción de los intereses hace que con el tiempo las amistades se alejen cada vez más. Si persisten estos síntomas, producen serios déficits, particularmente en la autoestima, que con frecuencia será abordada por la anoréxica por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta. Este ciclo de autopropetación tiene como punto de partida la inanición.

Vale la pena mencionar otro factor de mantenimiento el cual resulta un tema difícil e incluso delicado, la yatrogenia. La intervención médica o paramédica, por acción o por omisión, puede constituirse a veces en

importante factor de mantenimiento o empeoramiento de los trastornos de la alimentación. Por ejemplo, puede ser que: el médico por falta de conocimientos o por no asumir responsabilidades retrase el diagnóstico empeorando forzosamente el cuadro y por tanto el pronóstico; el dietista o endocrinólogo que recomienda "alegremente" a una joven que pierde kilos que a su juicio le sobran o corrobora sus deseos de hacerlo sin una mínima verificación previa de sus características previas o psiquiátricas; el médico, especialista de algo o no, que, realizando el diagnóstico, mantiene a la paciente sometida a tratamientos totalmente inocuos e ineficaces y con frecuencia contraproducentes: orexígenos, complejos vitamínicos, estimulantes de la función suprarrenal, etc.; ginecólogos que, ante una amenorrea sintomática de un cuadro anoréxico, se empeñan en que la joven en cuestión menstrúe como sea, colaborando tenazmente a que los "árboles impidan ver el bosque": los psiquiatras y psicólogos que, ante una anoréxica que presenta los más evidentes signos psicológicos y fisiológicos de la desnutrición, se empeñan en psicoterapias individuales, grupales o familiares, sin atender a la probable irreversibilidad o empeoramiento de esa sintomatología si no se consigue la imprescindible realimentación; los trabajadores de la salud en general, empeñados desde hace tiempo en lógicas y justificadas campañas contra la obesidad, sin hacer excepciones, sin pensar en todos y cada uno de los receptores y, en definitiva, sin pensar en términos de salud global... (Toro, 1999; Toro y Vilardell, 1987)

En lo personal, y para ilustrar lo anterior, conozco dos casos de anorexia nervosa que se vieron empeorados por la yatrogenia. Uno de ellos es el de "K", una joven de 14 años, que cuando enfermó tenía 13. Por su edad, la llevaron a un hospital infantil donde no tenían ni la menor idea de lo que le pasaba y la internaron con niños con otro tipo de enfermedades. Lo único que querían era "engordar" a "K", el método de recuperación que utilizaron fue atascarla de comida, de todo en abundancia, como su cuerpo no resistía ya los alimentos sólidos, todo se lo tenían que licuar, le pusieron una sonda nasogástrica. Lógicamente, con ese "tratamiento" tan agresivo "K" estaba harta y desanimada.

Otro de los casos es el de "M", de 20 años. A "M" la llevaron a una clínica psiquiátrica donde están los enfermos más graves, tenía que convivir con todo tipo de patologías. La atiborrraron de psicofármacos. Cuando llegó por fin a una clínica especializada le temblaban muchísimo los labios, no podía hablar. Estaba muy drogada y afectada.

En conclusión, a) un programa terapéutico que no contemple una dieta estricta puede contribuir a la sensación de autocontrol; b) un abordaje psicoterapéutico que no priorice el incremento de peso a fin de erradicar los efectos de la inanición puede equivocar el curso de manera muy peligrosa; c) dada la negación de la paciente de su enfermedad, es imprescindible el tratamiento familiar, por lo menos en las fases iniciales. La pérdida de peso, la búsqueda tenaz de la delgadez y la emergencia de los efectos de la inanición a su vez retroalimentan el síndrome de la anorexia nervosa. Por esto la intervención debe ser precoz, integral y especializada (Hersovici y Bay, 1990)

Con el fin de englobar los factores de mantenimiento vistos, éstos se resumen así:

Tabla 4. Factores de mantenimiento o perpetuantes

-
- consecuencias de la inanición (entre otras cosas, vómitos, fisiología gastrointestinal, percepciones corporales, etc.)
 - interacción familiar
 - el trabajar duro, ansiedad por el placer profesional
 - responsables y vigilantes de obligaciones
 - alexitimia (dificultad para expresar con palabras afectos y emociones. Este también actúa como precipitante)
 - las actitudes hacia la comida son determinadas más por influencias externas que internas
 - reducción de carbohidratos y grasas, continuación de la dieta estricta
 - aislamiento social
 - cogniciones "anoréxicas" (p. ej. preocupada con pensamientos de comida)
 - actividad física excesiva, muchos periodos de tiempo al día hasta llegar hasta la extenuación (más en solitario o a escondidas, con bicicleta, paseos, etc.)
 - amplios cambios de humor
 - factores predisponentes no resueltos
 - yatrogenia
-

(Chinchilla, 1994; Hersovici y Bay, 1990; Toro y Vilardell, 1987 p. 190).

Cabe mencionar que la presencia de conflictos familiares o anomalías en relación con la ingesta o una exagerada por la apariencia puede también ser influyente, bien como predisposición, bien como desencadenante, en un momento determinado. Así, los momentos de gran tensión o de rendir cuentas son de gran relevancia en la vida de estos pacientes, asociándose frecuentemente al inicio o al agravamiento de los síntomas (Chinchilla, 1994).

Sin embargo, a pesar de existen estos factores de riesgo, desencadenantes y perpetuantes, también se puede contar con factores de protección como: la identificación de afectos y sensaciones, la autoestima alta, la capacidad reflexiva, la práctica deportiva sana, la lectura o las bellas artes (Barrigueté citado en Scherer, 2002).

Pronóstico

En cuanto al pronóstico a largo plazo, Chinchilla (1994), Norman (1994) y Garfinkel (1995) mencionan que los estudios muestran repetidamente los siguientes factores. *Buen pronóstico o pronóstico favorable:* Alto logro educacional, temprana edad de comienzo, pérdida menos extrema de peso, buen nivel premórbido de adaptación psicosocial o menor inmadurez psicosocial, buen ajuste educacional, mejoría de la imagen corporal después de subir de peso, anorexia restrictiva, menor rechazo de la enfermedad o menor negación de la existencia de enfermedad a la presentación, mayor hiperactividad previa, menor alexitimia, dinámica familiar menos alterada antes y durante la anorexia, mejor autoestima, entre otros. *Peor pronóstico o pronóstico desfavorable:* diagnóstico tardío, mayor edad de comienzo⁴, nivel premórbido pobre de adaptación psicosocial, estado socioeconómico bajo (no siempre es determinante, aunque esto podría referirse a que si se tiene un nivel socioeconómico poco favorecido, es probable que se tengan menos posibilidades de poder pagar el tratamiento incluso si éste es del sector público, ya que también es probable que no se posean los recursos suficientes para poder trasladarse a las consultas, a una psicoterapia, etc.), mayor distorsión de la imagen corporal, pérdida de peso extrema, anorexia bulímica y vomitadora, mayor negación de la enfermedad, biotipo previo obeso, déficits neurológicos, disturbios familiares, uso/abuso de laxantes y/o diuréticos, automutilaciones frecuentes, larga duración de la enfermedad, ingresos frecuentes, sexo masculino, patología psiquiátrica concomitante o secundaria tal como depresión, obsesividad, adicciones, conflicto parental, varias manifestaciones conductuales (como las obsesivas compulsivas, histerias, depresivas, psicosomáticas, neuróticas, y síntomas de negación), etc.

Cabe señalar que es poco común la recuperación completa en menos de dos años. La proporción de recuperaciones guarda una correlación positiva con el tiempo transcurrido en el momento del seguimiento, es decir, cuanto más tiempo pase antes de éste, mayor es la probabilidad de encontrar al sujeto recuperado (Norman, 1994).

Bulimia Nervosa

Generalidades

La bulimia se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. Existen algunas situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que se producen episodios de ingesta exagerada y que no se tratan de bulimia. Por ejemplo, frente al estrés hay muchas personas que ingieren más de lo habitual. Es frecuente escucharlo en adolescentes en época de exámenes, pero la diferencia con la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal, transcurrido el periodo de exigencia extrema (Hersovici y Bay, 1990).

Como se dijo, al menos cerca del 40 al 50% de los pacientes anoréxicos también tienen bulimia (Garfinkel et al; Hall et al; Hsu et al, citados en Gabbard, 1994). Los datos de seguimiento a largo plazo sugieren que después de un periodo largo de tiempo, la anorexia nervosa abre camino a la bulimia nervosa, pero el patrón contrario sucede muy rara vez (Hsu citado en Gabbard, 1994).

⁴ No obstante, el trastorno muy pocas veces se inicia antes de la pubertad, a pesar de ello, se han reportado casos, incluso en niños. La gravedad de los trastornos mentales es mayor en los casos en prepúberes. Por el contrario, cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre los 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable (DSM-IV, 1994).

Más de la mitad de todos los pacientes bulímicos pueden padecer de trastornos de personalidad asociados (Johnson et al citados en Gabbard, 1994). Existe una observación muy elocuente hecha por Jagger (1984) donde señala que, en sus propias palabras: " la bulimia nerviosa no es una enfermedad. Tampoco es un simple hábito. La bulimia es heterogénea y, como la neumonía, puede resultar por una variedad de causas. Encuentro útil conceptualizar a la bulimia como un hábito o un patrón de comportamiento fijado en una cultura en donde la bulimia parece estar desarrollándose en una cifra creciente". (citado en Gabbard, 1994 p. 63).

La persona bulímica está preocupada constantemente por pensamientos acerca de la comida y por la sensación de haber traicionado su aspiración de peso ideal. La ingesta compulsiva termina debido a la distensión abdominal, interrupción externa, recuperación del control o por sopor posprandial. Luego del atracón la persona siente culpa y se atormenta por la sensación de pérdida de control. El método de purga específico puede variar a lo largo del tiempo, siendo los más comunes los vómitos, los diuréticos y los laxantes (Hersovici y Bay, 1990).

Casi siempre la bulimia empieza con una dieta o, al menos, con el deseo de adelgazar. Por lo general, la persona ha probado todos los regímenes para reducción de peso disponibles y se siente desesperada por bajar de peso. Está convencida de que si sólo pudiera adelgazar sería más feliz y podría lograr mucho más en su vida. Algunas veces descubre accidentalmente el proceso de comer en exceso y purgarse; es decir, es posible que vomite espontáneamente después de comer. O puede que una amiga le comente acerca de "esta estupenda forma de comer todo lo que quieras y aún así bajar de peso". Les resulta difícil controlar sus impulsos o apremios. En parte, este control deficiente del impulso se debe a una baja tolerancia a la frustración y ansiedad. El exceso en el consumo de alimentos es simplemente un impulso más que la dificultad que tienen para controlar (Sherman y Thompson, 1999).

Los enfermos le dan excesiva importancia al peso y silueta corporales al autoevaluarse, y estos factores son los más relevantes al momento de determinar su autoestima. Estas personas se parecen a las que tienen anorexia nerviosa por el temor a subir de peso, el anhelo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Pero, no se debe hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno aparece durante el episodio de anorexia nerviosa.

Así, se confirma que al hablar de bulimia se dice que es una forma particular de ingesta excesiva que va acompañada del rasgo esencial de la anorexia nerviosa, es decir el temor a engordar. En este caso el sufrimiento de los pacientes no se debe a los temores que suscitan los atracones imaginarios, sino que éstos son reales y concluyen o bien a causa de malestar físico o por una interrupción social. Inevitablemente, a continuación hay un remordimiento y distintos intentos de anular lo hecho, pero la purga está siempre disparada por el temor intenso a engordar, y esto es lo que diferencia a la verdadera bulímica del exceso alimentario en que esporádicamente suele incurrir cualquier persona.

El vómito autoinducido y el abuso de laxantes están considerados comportamientos patológicos en nuestra sociedad y no tienen la aceptación social asociada con las dietas y el ejercicio vigoroso; Existen evidencias para sugerir que las personas que se purgan difieren de las que no se purgan y tienen atracones en términos de grado de psicopatología, los casos de las personas que se purgan pueden tener un curso diferente debido a las serias complicaciones fisiológicas del trastorno que se relacionan frecuentemente con las consecuencias de los métodos de control de peso.

La presión por alcanzar la delgadez es indiscutible. Muchas mujeres bulímicas comenzaron su afección luchando contra la obesidad, muchas obesas son bulímicas y muchas mujeres con un peso normal están cumpliendo dietas porque se perciben a sí mismas como obesas (Hersovici y Bay, 1990).

Raich (1994) concuerda con lo anterior señalando que la mayoría de las mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. Generalmente se presenta en mujeres de más edad que las que tienen anorexia. La media de edad de aparición está situada alrededor de los 17 años. Vale la pena reiterar que al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo. Aunque la anorexia puede provocar la muerte, tanto la anorexia como la bulimia causan graves alteraciones y déficits.

De acuerdo con Sherman y Thompson (1999) la bulimia es parecida al alcoholismo y a la adicción a las drogas en tanto se introduce una sustancia al organismo en un esfuerzo por lidiar indirectamente con los problemas de la vida. Es similar porque puede empeorar al intensificarse la depresión y porque también causa depresión, es similar porque crea problemas tanto físicos como psicológicos y que con el tiempo, el

problema se agrava y es difícil, si no imposible superarlo sin ayuda profesional. Asimismo, la bulimia es a la vez, muy diferente de las adicciones, ya que *no* lo es. Los alcohólicos y algunos adictos a las drogas no superan su trastorno aun cuando se recuperen y no consuman alcohol u otras drogas. Con frecuencia, la gente piensa en el alcoholismo en términos de "quien es alcohólico, siempre lo será". Éste no es el caso de la bulimia, debido a que las bulímicas se recuperan de su padecimiento. La bulimia también es diferente en cuanto a que el alcohólico puede vivir sin alcohol y el drogadicto, sin drogas; la bulímica no puede vivir sin alimento (Sherman y Thompson, 1999). Sin embargo, Martínez-Fornés (1994) señala que la bulimia en efecto, es una dependencia física y psíquica semejante a la drogodependencia, la cual presenta las siguientes características: *síndrome de abstinencia* (debilidad, dolor epigástrico, irritabilidad, angustia, depresión, tendencia compulsiva a apropiarse de alimentos aunque requiera violencia); *voluptuosidad al ingerir alimentos* (y desaparición instantánea de todos los síntomas); *sentimientos de culpabilidad* (que le llevan a provocarse el vómito, tomar laxantes y diuréticos para compensar el exceso alimentario). Reforzando lo anterior, Brouche (1995) comenta que las personas que tienen trastornos de la alimentación y aquellos que son "químico-dependientes" presentan conductas similares: falta de control, uso de comida o drogas para modificar sus emociones, uso continuo a pesar del daño que las sustancias les provocan (comida, drogas, alcohol) (citado en Barriguete, 1995 p. 19). Gordon (citado en Aizpuru, 1995a) y Zukerfeld (1992) plantean que la adicción a la comida -igual que el abuso de drogas y alcohol- es una enfermedad y no un defecto de carácter ni una debilidad moral. El síntoma primario de la adicción a la comida es el comer destructivamente, es decir, el consumo de la clase de comidas y en la cantidad que son dañinas para el organismo y la mente. El comer destructivamente puede disminuir la energía, la estabilidad emocional y la claridad mental. También menciona cinco características de la experiencia adictiva: 1) erradica el estado de alerta, 2) daña otras áreas de su vida, 3) disminuye la autoestima, 4) no es placentero, 5) es predecible.

La preocupación por el peso y la figura son comunes en la población femenina, pero datos empíricos han demostrado que ellas difieren de las bulímicas en virtud de la intensidad y de las anoréxicas en el papel central que ocupa en la evaluación de la autoestima de la persona (Garfinkel, 1995).

Por su parte, Peveler y Fairburn (1990) relacionan los trastornos de la alimentación y el consumo de alcohol. Hudson, Weiss y Pope (1992) hicieron un estudio con 385 pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, encontrando que un 15 % de las mujeres, habían padecido un trastorno de la alimentación. Das (1990) propone que algunas conductas adictivas (exceso de bebida, de comida y juego compulsivo), comparten entre sí algunos aspectos: la conducta adictiva genera momentos de placer a corto plazo, alivia sentimientos negativos y dicha conducta tiene elementos compulsivos.

Por otro lado, los pacientes con bulimia nerviosa se distinguen generalmente de los de anorexia nerviosa en las bases de un peso relativamente normal y la presencia de atracones y las purgas (Gabbard, 1994). Desde el punto de vista de Bruch (1987), la anorexia y la bulimia nerviosas tienen poco en común -la autodisciplina rígida y la rigurosa conciencia de los pacientes anoréxicos contrastan agudamente con el comportamiento impulsivo, irresponsable, e indisciplinado de los pacientes bulímicos. El término *bulimarexia* es de esta manera una "atrocidad semántica", que erróneamente implica similitud (citada en Gabbard, 1994). Sin embargo, aún es utilizado por algunos autores como Buckroyd.

Criterios Diagnósticos

En cuanto a la **BULIMIA NERVIOSA**, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición revisada (DSM-III-R, 1987), señala que los criterios diagnósticos para ésta son:

- Episodios recurrentes de ingestión voraz consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un periodo discreto de tiempo)
- Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
- La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.
- Preocupación persistente por la silueta y el peso

En la cuarta edición (DSM-IV, 1994) menciona que las características principales de este trastorno radican en atracones y métodos compensatorios inapropiados con el fin de evitar subir de peso. Así como también la autoevaluación de los pacientes con este trastorno está muy influida por la silueta y el peso corporales. Los atracones y conductas compensatorias se llevan a cabo mínimo 2 veces a la semana durante 3 meses (DSM-IV, 1994).

Los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según el DSM-IV (1994) se expresan de la siguiente manera:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de tres meses
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Subtipos de bulimia

Así como en la anorexia, también hay que *especificar* el tipo de bulimia, el DSM-IV (1994) reconoce dos de ellos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Buckroyd (1998), por su lado, reconoce la bulimia en dos grupos diferentes de personas, a saber: bulimarexia y bulimia de peso normal.

Bulimarexia

A pesar de que Bruch (1987) no está de acuerdo con este término (citada en Gabbard, 1994) todavía se sigue utilizando. Además de que ya se vio en el capítulo anterior que este término lo acuñaron Boskind Lodahl (1967) y Boskind Lodahl & Boskind White (1979) (citados en Umkel, 1998), Buckroyd (1998) en su obra decide retomarlo. Como el mismo nombre lo sugiere, esta palabra describe a la anoréxica que se vale de atracones de comida como forma de enfrentar los repetidos y violentos retortijones de hambre que siente, y luego vomita o se purga para mantener su peso en niveles muy bajos, de manera que se deshace de todo lo que come. Es probable que desde el punto de vista físico éste sea el trastorno de alimentación más peligroso y de mayor riesgo para la vida. La enferma no sólo sobrelleva los efectos de la inanición sino que además impone a su cuerpo una terrible sucesión de atracones seguidos de purgas o vómitos. Quizá las comilonas de una anoréxica no sean tan numerosas, pero pueden ser exageradas. No es difícil imaginar la incomodidad y el peligro de la comilona para alguien que ha estado siguiendo una dieta muy estricta. Lo que además le cuesta soportar a la enferma es la vergüenza de haber perdido el control.

A pesar de que se ha visto que no se debe diferenciar la bulimarexia (y de que es un término que ya no se usa) de la anorexia, aduciendo que el estado mental y la visión del mundo de una enferma son los mismos que los de una anoréxica. Sin embargo, en la opinión de Buckroyd (1998) existe una gran diferencia entre la persona que puede seguir pasando hambre sin reconocer necesidad o hambre alguna y la persona *quiere* hacer eso, pero en realidad es hasta cierto punto incapaz de negar sus necesidades por completo. Desde el punto de vista psicológico, la bulimarexica quizá sea más accesible que la anoréxica, aunque físicamente corra el mismo riesgo. Quizá también corra riesgo en lo psicológico, puesto que sus comilonas son la prueba de que su sistema de control ha fallado. Es probable que por eso sea más propensa a la depresión y al suicidio.

De acuerdo con Turón (1997) existen una serie de cuestiones que no quedan lo suficientemente claras desde el punto de vista de la clasificación o el diagnóstico; se trata de la consideración diagnóstica que merecen las conductas alimentarias donde alternan periodos de dieta muy restrictiva, con sintomatología claramente anoréxica, cumpliendo criterios como tales, con otros periodos donde la clínica es claramente bulímica. Son pacientes que tras un periodo de dieta muy restrictiva y maniobras para perder peso, se sucede otro de pérdida de control, con atracones y vómito. El nexo común es el rechazo a subir de peso, la preocupación por la figura, la alimentación peculiar y la distorsión del esquema corporal. Al evolucionar el trastorno y cronificarse, los rasgos de personalidad y la conducta de estas pacientes se asemeja cada vez más a las bulímicas. Estas pacientes *bulimaréxicas* no están explícitamente incluidas en los grupos diagnósticos.

Bulimia de peso normal

Aunque este grupo de personas están tan obsesionadas con el peso y la talla como la anoréxica, mantienen su peso dentro de los límites esperados. Por esa razón este es el más "secreto" de los trastornos alimentarios, porque no se ve desde fuera. Las bulímicas suelen comer en público y hasta llevan una dieta normal, recurriendo a los atracones para aliviar la tensión extrema. Sin embargo, su conducta alimentaria es tan extraña como la de cualquier anoréxica en las etapas más avanzadas de la enfermedad. Muchas bulímicas no tienen un patrón de comidas normal o regular. Su ingestión de comida depende de si están en pleno atracón o recuperándose de él. Su conducta las llena de vergüenza e indignación pero temen renunciar a ella porque creen que se volverán muy gordas (Buckroyd, 1998).

Por otra parte, la CIE-10 ha otorgado un lugar diferenciado a las formas menos específicas y menos severas de las conductas bulímicas, que sin duda constituyen un grupo más heterogéneo que el de la bulimia nerviosa. Esto se refiere a esos pacientes que tienen un peso normal o incluso elevado y una psicopatología menos específica, y carecen de antecedentes de anorexia nerviosa (Hersovici y Bay, 1990).

Descripción clínica y pautas diagnósticas para la bulimia de peso normal de la CIE-10

1. La paciente informa accesos recurrentes de ingesta excesiva que le causan malestar.
2. Se realizan diversos intentos para contrarrestar los efectos engordantes de la comida por medio de vómitos autoinducidos, abuso de purgantes, ayuno alternante o el uso de drogas calculadas para reducir el peso corporal.
3. La paciente explica su conducta como una pérdida de autocontrol, llevando a una pérdida del control de su peso corporal. Pueden coexistir síntomas depresivos.

Además de estos dos tipos de bulimia, Martínez-Fornés (1994) menciona otro tipo más: la **bulimia en pacientes obesas**.

Por su parte, Szmulker (1983) sugiere el término de "síndrome parcial" el cual sería más apropiado en vez de sublimica, que tiende a implicar presente pero sin detectar. El cual al igual que en la anorexia también se aplica a la bulimia (citado en Button, 1993).

El síndrome parcial de los trastornos alimentarios se define con la presencia de alguna(s) de las siguientes prácticas:

1. Preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida, la cual toma prioridad sobre algunas actividades cotidianas.
2. Cambios significativos de peso (± 6 Kg).
3. Insatisfacción significativa con una o más partes del cuerpo.
4. Restricción calórica o seguimiento de dietas.
5. Sentimiento de culpa al ingerir comidas engordadoras.

De este modo, parece muy apropiado concebir un espectro de grados de trastornos de la alimentación empezando desde el comer "normal" pasando por los que hacen dieta persistentemente y los síndromes parciales hasta la franca bulimia y anorexia nerviosas. Mientras que existen grandes y diferentes niveles de severidad en esos trastornos, puede haber mucho en común a través de todo este espectro (Button, 1993). Por lo tanto, cabe preguntarse si los trastornos de la alimentación son un *continuum* entre la anorexia y la bulimia, un sólo trastorno bifaz (Turón, 1997).

Sintomatología asociada

Los atracones

Un *atracon* es la ingesta de comida en un lapso pequeño de tiempo en una cantidad muy por arriba de lo que la mayoría de las personas comerían. Tomando en cuenta el contexto en el cual se realiza el *atracon* - lo que se considera como un consumo excesivo en una comida habitual es posible que se tome en cuenta como normal si se da en una celebración-. Un "lapso pequeño de tiempo" significa que es un espacio menor a 2 horas por lo general. No siempre los atracones pueden efectuarse en un sólo lugar; p. ej., el sujeto puede comenzar en un restaurante y después seguir en su casa. No es considerado *atracon* el haber estado "picando" cantidades pequeñas de alimento a lo largo del día (DSM-IV, 1994). No obstante, la definición de *atracon* es subjetiva, varía de persona a persona y es una conducta socialmente aceptada en determinadas situaciones. Para algunas personas es comer grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo; para otras, puede ser comer cualquier alimento "prohibido" y para otras, una comida normal puede ser un *atracon* (Schmidt y Johnson citados en Unikel, 1998). La violación de los estándares marcados por cada uno, es lo que inicia la conducta compensatoria para contrarrestar los efectos engordadores de la ingesta excesiva de alimento. La purga reduce el temor a engordar y regresa al sujeto a un estado de vigilancia de lo que come. Así, vale la pena enunciar la definición de *atracon*: La ingesta de cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, que viola la idea que el sujeto tiene de hacer dieta y por lo tanto incrementa la ansiedad alrededor de subir de peso (Schmidt y Johnson citados en Unikel, 1998). De esta manera, lo importante no es que el *atracon* sea real, sino que la paciente lo viva como tal (Mora y Ruchi, 1993).

El tipo de alimento que se ingiere en los atracones puede ser diferente, por lo general son dulces y comida con un alto contenido calórico (ya sean helados o pasteles), de fácil ingesta. Pero, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de alimento consumido que por la ansiedad de comer un alimento determinado, como los carbohidratos. Los pacientes con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un *atracon* que los que no poseen la enfermedad en una comida, sin embargo, la proporción de calorías que se derivan de proteínas, ácidos grasos y carbohidratos es parecida (Buckroyd, 1998; Hersovici y Bay, 1990).

Los enfermos por lo general se sienten muy avergonzados de su comportamiento, más si son descubiertos, tratan de ocultar los síntomas, el *atracon* es en secreto. Los atracones los llevan a cabo a escondidas o con la máxima discreción posible. Estos atracones se pueden haber planeado o no con anterioridad y están caracterizados, aunque no necesariamente, por comer muy rápido. La comida es tragada rápidamente, sin dar tiempo a saborearla. Es posible que el episodio dure hasta que el sujeto ya no pueda más o inclusive hasta que llegue a sentir dolor por estar tan lleno. Los estados de ánimo disfóricos, algún evento estresante, la intensa hambre debida a una restricción alimentaria severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos es posible que desencadenen un *atracon*. Estos episodios pueden reducir la disforia momentáneamente, pero después provocan sentimientos de culpa y un estado de ánimo depresivo (Buckroyd, 1998; Hersovici y Bay, 1990).

Otra característica de los atracones es la sensación de falta de control. El enfermo puede estar en un estado de excitación cuando se está atracando de comida, en particular al principio del trastorno. Algunos refieren síntomas disociativos durante o después del episodio. A medida que el trastorno sigue su curso, los atracones ya no tienen la sensación aguda de pérdida de control, sino que existen conductas de alteración del control, como lo es la dificultad para evitar los atracones o para terminarlos. La alteración del control que se asocia a los atracones no es absoluta; p. ej. un sujeto puede seguir comiendo aunque suene el teléfono, pero detenerse inmediatamente si alguien entra en la habitación (DSM-IV, 1994).

La necesidad de darse un *atracon* no tranquiliza a ninguna bulímica. Es una necesidad urgente e imperiosa que se apodera del paciente de repente, o algo planeado previamente durante horas o días. La bulímica que planea con antelación suele hacer salidas especiales para comprar comida, a veces a establecimientos que quedan lejos de donde vive o trabaja por miedo a que alguien descubra su secreto si compra varias veces en el mismo lugar. Puede ir de tienda en tienda acumulando lo que tiene planeado comer. La planeación de un *atracon* puede crear mucha tensión y agitación y consumir muchas horas de reflexión. Algunas bulímicas usan alimentos indicadores como la remolacha para saber si han vomitado todo lo que han comido. Muchas tienen alimentos favoritos para los atracones, por ejemplo papas fritas de bolsa y galletas, que no necesitan ninguna preparación y son fáciles de comer, sin embargo, en el frenesí de un *atracon* algunas personas pueden llegar a comer cosas tan poco apetitosas como pastas crudas. A veces la necesidad del *atracon* es

tan apremiante que hay que satisfacerla inmediatamente. Cuando el deseo imperioso de un atracón se produce en situaciones donde no es fácil conseguir alimentos, las ansias y la desesperación superan la necesidad de mantener en secreto y la discreción (Buckroyd, 1998).

Con el tiempo, el atracón se generaliza como recurso para aliviar transitoriamente el malestar emocional que puede tener distintos orígenes: desde el aburrimiento a la depresión, pasando por la ansiedad y el enojo (Hersovici y Bay, 1990). No obstante, mucha gente ha aprendido a comer por aburrimiento debido a que no saben qué hacer con su propia compañía, no saben estar consigo mismas. Algunas mamás provocan el aburrimiento para favorecer en sus hijos el deseo de comer. No pocas personas comen mucho más cuando se aburren viajando (Martínez-Fornés, 1994).

Uno de los problemas estriba en que las bulímicas (y la mayoría de la gente) no sabe distinguir el hambre, que es una sensación desagradable acompañada de fuertes contracciones gástricas y -en menor grado- del intestino delgado, a diferencia del apetito que es placentero y selectivo (antojo). Los accesos de bulimia se sienten más como una necesidad perentoria de azúcar que como hambre acumulada (Martínez-Fornés, 1994, González, 1999).

Por lo general, el atracón tiene lugar por la noche y casi siempre cuando la enferma está sola, aunque algunas veces se piensa que estudiantes universitarias organizan atracones grupales. Una escena común para la bulimica es llegar a una casa o un piso vacío después de un día de trabajo. Quizá en el camino haya comprado comida para el atracón o quizá use lo que encuentre a mano. En cualquiera de los dos casos, el llegar a casa parece actuar como disparador de una noche de comida y vómitos, en la que trata de resolver los problemas del día mediante la comida. Otras se pasan días enteros comiendo y vomitando una y otra vez, y las que son bulimaréxicas tratan casi cualquier cosa que han comido como si fuese un atracón y procuran quitársela del cuerpo. Es evidente que estas conductas no tienen nada que ver con la respuesta normal a la necesidad fisiológica de alimentos (Buckroyd, 1998).

La compra de muchos alimentos para los atracones resulta caro, y a veces las bulímicas tienen problemas económicos porque gastan demasiado en comida. Eso provoca tensiones con los demás.

Algunas mujeres roban, a veces porque están escasas de comida pero otras veces incluso teniendo dinero. A menudo esos robos son inexplicables para la propia paciente, pero en parte están relacionados con el secreto y la excitación de los atracones (Buckroyd, 1998). Las bulímicas dividen los días entre los "buenos", cuando no tienen ningún deseo de darse atracones (o pueden controlar ese deseo), y "malos" cuando la compulsión de darse un atracón se vuelve irresistible (y sucumben ante el deseo) (Abraham y Llewellyn, 1994).

Conductas compensatorias

Otra de las características del trastorno son las conductas compensatorias inapropiadas para evitar subir de peso. lo más común es la provocación del vómito, el cual lo utilizan del 80 al 90 % de las personas que se encuentran en tratamiento. Quienes vomitan pueden ingerir eméticos como el potencialmente tóxico jarabe de ipecacuana (Garfinkel, 1995, Norman, 1994). Los efectos inmediatos de vomitar se vuelven en un objetivo y el sujeto se da atracones con el fin de vomitar o después de comer pequeñas cantidades de alimento vomitara. Los enfermos utilizan varias técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con algunos otros instrumentos (Buckroyd, 1998).

Estas personas terminan por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otros métodos de purga son la utilización excesiva de laxantes y diuréticos que también son comunes. Un tercio de los enfermos con el trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando emplean enemas, que raramente es el único método compensatorio que utilizan (Buckroyd, 1998, Garfinkel, 1995). Sin embargo esas sustancias producen casi exclusivamente una pérdida de líquidos que de calorías. Debido a esto los pacientes muestran extrema restricción calórica entre los episodios y pueden presentar grandes fluctuaciones de peso o llegar a ser obesas (Garfinkel, 1995).

Estos pacientes pueden pasarse sin comer uno o más días, o hacer intenso ejercicio físico, para intentar compensar la comida ingerida en los atracones.

Obviamente, terminados el frenesí y la excitación del atracón, es muy probable que a una bulimica le asalten sentimientos de pánico. Puede haber ingerido miles de calorías, aunque su deseo consciente --su verdadera preocupación-- es la pérdida de peso. Además del pánico y la culpa, es probable que se sienta mal físicamente. Existen relatos terribles de personas que han comido tanto en un atracón que les ha reventado

parte del sistema digestivo, el estómago o la garganta, provocándoles la muerte. Por fortuna, pocas bulímicas llegan hasta esos extremos, aunque se desesperan por encontrar una manera de aliviar la incomodidad. Hasta una bulimárica que sólo ha comido una cantidad normal de comida puede experimentar la sensación de abotagamiento que sobreviene tras comer una importante cantidad de comida después de un periodo de privación.

Con frecuencia los efectos emocionales son muy graves, sino peores. La bulímica se siente mal, culpable, con poca fuerza de voluntad, sin control, indignada, fea, gorda. Se odia y se culpabiliza por una conducta que no ha sido capaz de controlar y que no tiene ningún sentido para ella. Su necesidad primordial es enmendar lo que acaba de hacer. Después de haber concentrado toda su energía en ingerir comida, ahora la enferma centra resueltamente su atención en cómo sacársela del cuerpo. Probablemente el método, más común que ella utilice sea autoinducirse el vómito. Las enfermas se meten los dedos en la garganta y se provocan el vómito. Algunas bulímicas se han acostumbrado tanto a hacer esto que pueden vomitar cuando quieren, sin tener que estimular el reflejo del vómito. Otras llegan a tal punto que les resulta difícil retener cualquier tipo de comida, tan acostumbradas están a comer y luego vomitar. Naturalmente, el vómito no hace sentir nada bien físicamente a la enferma. Fuerza el sistema de cualquiera, y tiende a elevar la frecuencia cardíaca y producir después síntomas similares a los del estado de shock: sudoración, escalofríos y debilidad. Este tipo de estrés físico y emocional de un atracón hace que una bulímica de peso normal se sienta enferma y exhausta, pero el esfuerzo es aún mayor para el sistema ya debilitado de la anoréxica (Buckroyd, 1998).

Otras bulímicas, además de o en vez de vomitar, toman laxantes. Muchas veces es así como se descubre la bulimia: alguien encuentra las cajas de laxantes. Existen muchos informes de bulímicas que ingieren más de 100 laxantes a la vez. Los retortijones de estómago y diarrea ocasionada por el abuso de laxantes son realmente espantosos, e impiden que la bulímica salga de casa o continúe con las actividades diarias normales. El abuso de laxantes también es peligroso por que lleva un desequilibrio electrolítico del organismo que puede terminar en un colapso y hasta en la muerte. Un desequilibrio electrolítico menos drástico causa automáticamente deshidratación o hinchazón puesto que afecta el equilibrio de fluidos del organismo. Con frecuencia la bulímica hace uso de una tercera opción, ya sea sola o combinada con los vómitos y las purgas: compensa los atracones pasando hambre, con el ayuno (Buckroyd, 1998). Además, cuando utilizan laxantes, ninguno de estos les satisface y cambian continuamente de preparado. Usualmente, utilizan varios a la vez (Martínez-Fornés, 1994).

Ciclo bulímico

Buckroyd (1998) explica de una manera muy sencilla lo que todas las bulímicas experimentan en cuanto a lo que se conoce también como ciclo atracón-purga. La experiencia de un atracón seguido de algún método compensatorio (que garantiza que la comida "no engorde") no siempre engendra el mismo tipo de triunfo y sensación de satisfacción que vive la anoréxica. Por el contrario, el atracón se siente como una pérdida de control, cuyos efectos duran solo por un escaso margen. Sumado a eso, muchas bulímicas sienten culpa, indignación y remordimiento. Juran que jamás volverán a darse un atracón.

Sin embargo, con mucha frecuencia la bulímica, sobre todo la que tiene tendencias anoréxicas, se recupera física y emocionalmente para el siguiente atracón tan pronto como ha terminado el anterior. Las comilonas han hecho que su miedo a engordar sea más fuerte que nunca, lo que es peor, se horroriza de su capacidad para atiborrarse de comida cuando está conscientemente preocupada por controlar la ingesta de alimentos. Su reacción es intentar fortalecer las restricciones y los controles que pone al comer, sobre todo ahora que el atracón ha terminado.

Para muchas bulímicas parece como si no existiese una tercera posibilidad entre atiborrarse de comida y pasar hambre. Conminamente se ponen a dieta estricta, o incluso dejan de comer del todo. No obstante, su cuerpo reacciona a ese trato severo con ansias y deseos imperiosos de comer, que procuran desatender hasta que ya no pueden más y se produce otro atracón. Es evidente que la bulimia es mucho más que esto, pues de lo contrario sería muy fácil corregir el ciclo, pero sin duda existe un componente físico que ayuda a mantener el patrón (Buckroyd, 1998).

Visto de otra manera, la purga interrumpe el circuito de realimentación por medio del cual el acto de comer acarrea una disminución del apetito. Vomitar es una solución de corto alcance porque, si bien en lo inmediato elimina el alimento que la persona rechaza, pronto esta práctica, que se originó en un intento por controlar la ingesta excesiva se convierte en un círculo de hierro por el mismo hecho de que le da legitimidad al atracón, con la ilusión de que la transgresión es así eficazmente anulada. Lo cierto es que con

el transcurso del tiempo, la paciente va perdiendo más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come. En la medida en que todo esto transcurre en forma secreta y es una práctica de la cual la paciente se siente avergonzada, se va generalizando un estado de malestar, inquietud y sentimiento de culpa. Con el tiempo el atracón y los métodos de purga son la respuesta al desasosiego. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón y así sucesivamente (Buttón, 1993; Hersovici y Bay, 1990).

El rasgo esencial del paciente bulímico es que los atracones los vive como ajenos y repugnantes, pero siente incapaz de controlarlos. Hacer dieta conduce a los atracones. El descenso de peso es crítico como desencadenante del atracón. En las bulímicas, la ingesta no tiene como consecuencia una disminución del apetito, como ocurre en los sujetos normales, sino que sería seguida de una mayor ansia de comer. A esta respuesta se le llama contrarregulación paradójica, y se sabe que ocurre en sujetos que en forma constante e intermitente intentan restringir su ingesta alimentaria (Herman citado en Hersovici y Bay, 1990).

Por su parte, Hsu (1990a) estudió los principales precipitantes del episodio de sobreingesta, encontró que la variable más importante es el hambre.

Características y trastornos mentales asociados

Los sujetos que padecen este trastorno están comúnmente dentro del rango de peso normal, o a veces presentan ligeras desviaciones para arriba o para abajo del promedio. Es posible que la enfermedad aparezca en sujetos con obesidad moderada y "mórbida". Antes de presentar el trastorno las personas tienen más probabilidades de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre los atracones existe una reducción de consumo de alimentos y se seleccionan alimentos de bajo contenido calórico ("dietéticos" o "light"), al mismo tiempo que se evitan alimentos que engorden o que pueden desencadenar un atracón.

Frecuentemente se observan síntomas depresivos en los enfermos (p. ej. autoestima baja), como en los trastornos del estado de ánimo (en especial el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En la mayoría de las personas la alteración del estado de ánimo se debe a la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan con frecuencia que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Aunque algunas veces el trastorno del estado de ánimo se presenta después de la bulimia nerviosa. Así también, existe una alta incidencia de síntomas de ansiedad (miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Estos síntomas de depresión y ansiedad desaparecen cuando la bulimia nerviosa se trata (DSM-IV, 1994).

Es posible encontrar dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes, como las anfetaminas) en un tercio de las personas con bulimia nerviosa. Como un intento de controlar el hambre y el peso se comienzan a consumir estimulantes. Tal vez entre un tercio y la mitad de los sujetos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen con los criterios diagnósticos de uno o más trastornos de la personalidad (en la mayoría de los casos trastorno límite o "border" de la personalidad) (DSM-IV, 1994, Aizpuru, 1995a).

En los de tipo purgativo existen más síntomas depresivos y una preocupación más grande por el peso y la silueta corporal que en los de tipo no purgativo (DSM-IV, 1994).

Por su parte, Matsumaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice, Rao y Stein (1999) encontraron que comparando sujetos bulímicos recuperados que no habían sufrido abuso físico o sexual con los que sí lo habían hecho éstos últimos mostraban una tendencia hacia diagnósticos de estrés posttraumático y dependencia a sustancias. Estos resultados sugieren las experiencias de abuso pueden estar asociadas con cierta psicopatología de la bulimia nerviosa, particularmente asociada con la ansiedad, abuso de sustancias y psicopatología de trastornos alimentarios más severa.

En cuanto al suicidio en pacientes bulímicas, Corcos, Taieb, Benoit-Lamy, Paterniti, Jeammet, Flament (2002) encontraron que en 295 mujeres pacientes bulímicas los intentos de suicidio fueron frecuentes (27.8%), con frecuencia serios y/o múltiples. Las mujeres que habían intentado suicidarse se diferenciaron notablemente de las que no, en el inicio anterior de la psicopatología, una mayor severidad de los síntomas depresivos y generales, y más conductas impulsivas, pero no en la base de los síntomas o la gravedad del trastorno bulímico.

La esquizofrenia es rara en las personas con trastornos alimentarios, tanto cuando las personas se encuentran en fase aguda como en el seguimiento (Garfinkel, 1995).

Existen muchas otras características además de los síntomas anteriormente mencionados que suelen acompañar a la bulimia, y que dependen de las formas elegidas para deshacerse de la comida que se ha

ingerido, es decir, que dependen del método compensatorio utilizado. Debido a estos métodos a la larga hay complicaciones.

Estas son las complicaciones médicas y algunas consecuencias psicológicas de la bulimia en su fase crítica.

Tabla 5. Complicaciones médicas y algunas consecuencias psicológicas de la bulimia

- deterioro o erosión del esmalte dental, picadura de dientes, gingivitis, la dentadura se afloja^W; uñas quebradizas (como consecuencia del vómito constante)
- cefaleas
- anemia
- piel seca (cutis seco) y fría, hipotermia, acrocianosis, sudor frío, palidez
- fatiga y debilidad
- náuseas, mareos, sensación de cabeza hueca, convulsiones
- dependencia a los laxantes
- trastornos digestivos que aumentan por la disminución de aporte de líquidos y sólidos (p. ej. distensión abdominal, constipación por lo general, por el uso excesivo de laxantes, defecación crónica irregular, estentórea, reflujo gastrointestinal, eructos, timpantización del abdomen)
- irritación de la garganta y de la boca
- lesiones en el dorso de la mano
- rupturas de vasos sanguíneos en los ojos y alrededor de éstos
- aumento del tamaño de las glándulas salivales y parótidas, atrofia de éstas, cara abotagada por su tumefacción
- desequilibrio mineral y albúmina (o electrolítico, que puede causar hipotensión, frecuencia cardíaca irregular o arritmia cardíaca, fallas del corazón o prolapsos mitral y muerte)
- inflamación y ruptura o perforación del esófago (o gástrica), hernia hiatal, esofagitis (úlceras esofágicas, que suele provocar pérdidas agudas o lentas de sangre, estenosis esofágica, al cicatrizar las úlceras previas), cáncer de esófago, garganta y laringe
- ruptura diafragmática con entrada del contenido abdominal
- úlceras
- pancreatitis, aumento de la amilasa, hipotimias
- hipertensión
- diabetes
- artritis degenerativa (puede ser causada por desbalances hormonales y deficiencias vitamínicas)
- edema crónico
- neumomediastino
- nefropatía hipopotasémica debido al uso de laxantes, retención de líquidos
- colon irritable, megacolon (colitis)
- trastornos menstruales, a veces amenorrea, aunque esta no suele durar mucho, bajas concentraciones de hormona foliculo estimulante y hormona luteinizante
- parestesias-disestesias periféricas, crisis cólicas
- nerviosismo, taquicardia, palpitaciones y ansiedad por el abuso incontrolado de anfetaminas y derivados
- disminución de la hormona tiroidea
- espasmos y calambres musculares, sobre todo en las pantorrillas por la pérdida de calcio, magnesio y potasio a través del intestino y el riñón (tetania)
- deshidratación en la cavidad torácica y en general
- exceso de vello en brazos, piernas y cadera
- salpullidos y acné
- pérdida del cabello
- algunas veces suelen masticar los alimentos y escupirlos
- autolesiones (en un 7% de las pacientes)*, dermatitis simulada patomimia
- soledad, aislamiento social
- baja autoestima, odio a sí mismo

- bajo rendimiento académico, por lo tanto, fracaso escolar
- vergüenza, autorrepulsión

*(Según Garner y Garfinkel citados en Martínez-Fornés, 1994).

[Y Willershausen y cols. en 1992, encontraron en la exploración oral de 52 pacientes con anorexia y/o bulimia nerviosa, que son cuidadosas y practican una excelente higiene oral, mejor que el resto de la población, por lo que no tienen caries; en cambio, mayor número de superficies dentales descalcificadas y saliva algo disminuida en cantidad y ligeramente ácida (citados en Martínez-Fornés, 1994)].

Zúñiga citado en Scherer, 2002; Something fishy, 2000; "Anorexia/bulimia p...", 1999; ALUBA, 1999; CIPAJ: Centro Integral para Adolescentes y Jóvenes, 1999; Fernández, Trejo y Delgado, 1999; "Trastornos del c..."; Sherman y Thompson, 1999; Battegay et al citados en Unikel, 1998; Buckroyd, 1998; Chinchilla, 1994; Martínez-Fornés, 1994; Norman, 1994; Squire citado en Papalia y Wendkos, 1992.

Es importante decir que los eméticos de origen químico, como la ipecacuana, pueden producir la muerte por envenenamiento, y se reportó en un caso que la ingestión de carbonato de sodio dio origen a un coma metabólico (Norman, 1994).

Hallazgos de laboratorio

Muchas veces existen alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia) a consecuencia de las purgas. La pérdida del ácido clorhídrico debida al vómito puede determinar una alcalosis metabólica y las diarreas por la utilización exagerada de laxantes producen acidosis metabólica (DSM-IV, 1994; Guyton, 1992).

Como se mencionó, en la bulimia nerviosa se pueden encontrar anomalías electrolíticas y varios grados de inanición, sin embargo esos efectos no son tan obvios como en los pacientes de peso bajo con anorexia nerviosa. De esta manera, aún con pacientes de peso normal con bulimia nerviosa, se deben obtener estudios de laboratorio de niveles electrolíticos y metabolismo. En general, la función tiroidea se mantiene intacta en la bulimia nerviosa, pero el paciente puede mostrar una disminución de la supresión en la prueba de supresión de dexametasona. Existe deshidratación y trastornos electrolíticos en pacientes con bulimia nerviosa que se purgan regularmente. Aunque no es una característica central, muchas pacientes con bulimia nerviosa tienen trastornos en su menstruación. En algunos pacientes existe hipotensión y bradicardia (Garfinkel, 1995).

Exploración física y enfermedades médicas asociadas

Los vómitos frecuentes provocan una pérdida grande y permanente del esmalte dental, en especial de la parte posterior de los incisivos. Estos se resquebrajan y parecen rotos o carcomidos y también pueden existir muchas cavidades en la superficie de los dientes. A veces, las glándulas salivales, sobre todo la parótida, se agrandan. Los pacientes que se inducen el vómito estimulando el reflejo es posible que presenten callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (por los traumatismos provocados por los dientes).

En las mujeres con el trastorno frecuentemente existen irregularidades menstruales y amenorrea; no se sabe a ciencia cierta si estas alteraciones están relacionadas con variaciones de peso, déficits nutritivos o estrés emocional. Los enfermos que ingieren excesivamente laxantes crónicamente (para estimular la motilidad intestinal) pueden terminar por presentar dependencia a estos fármacos. Debido a las purgas, los desequilibrios electrolíticos se convierten en algo tan importante que constituyen un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones raras que pueden llevar a la muerte (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). Por eso los pacientes del tipo purgativo tienen una probabilidad mayor de padecer problemas físicos como alteraciones de electrolitos y de líquidos (DSM-IV, 1994).

Prevalencia e incidencia

La prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es del 1 al 3 % aproximadamente. Entre los varones es 10 veces menor (DSM-IV, 1994; Martínez-Fornés, 1994). La proporción es de 7 mujeres por 3 varones (Barriguete citado en Cota, 2002). Según Button (1993) la proporción de mujeres a varones con trastornos de la alimentación parece ser del orden de 15-20:1, eso es cerca de 0.3% de los varones que tendrán la misma dificultad. Según la APA (1994) la frecuencia en varones es de aproximadamente una décima parte de la de las mujeres (Sherman y Thompson, 1999).

Norman, 1994). La mayor proporción en mujeres se explica por el agudo conflicto que enfrentan las mujeres en un medio de alta competencia: "el nivel de competencia entre las adolescentes es fortísimo, muchas veces exagerado, y eso es algo que las mujeres de todas las edades tendrían que atemperar" (Barrigueté citado en Cota, 2002). Ocurre más frecuentemente entre los 12 a 40 años y es más prevalente entre los 15 y los 30 años. En poblaciones generales se encuentra entre el 0.4% (Rand y Kuldaun citados en Unikel, 1998) y el 1.9% (Fairburn y Cooper citados en Unikel, 1998). Otros estudios sobre prevalencia muestran un índice 1.5 por ciento en mujeres jóvenes (Garfinkel, 1995).

Por su parte Buckroyd (1998) y Norman (1994) señalan que es tan difícil medir la frecuencia de la bulimia nerviosa como la de la anorexia. De acuerdo con un cálculo conservador, afecta a cerca del 1-2% de la población femenina entre los 15 y los 45 años; la bulimia suele empezar al final de la adolescencia y entre las mujeres mayores tiene una presencia que casi no tiene la anorexia. No obstante, es casi seguro que es mucho más común de lo que sugieren estos cálculos, y bastante más común que la anorexia. Según Buckroyd (1998), los trabajos que siguen con más fidelidad los precisos factores de diagnóstico impuestos por la American Psychiatric Association tienden a dar cifras más bajas, pero como en la anorexia, pasan por alto aquellas formas más leves de la enfermedad. La bulimia de peso normal es muy difícil de detectar si la enferma no la revela; sólo por esta razón es que muchas enfermas no reciben nunca ayuda. Por lo que se sabe hasta ahora, incluso hay menos hombres con bulimia que con anorexia.

Hersovici y Bay (1990) concuerdan con lo anteriormente señalado en cuanto a que las pacientes suelen pedir ayuda o contar lo que les sucede varios años después de padecerlo. El secreto es central en la afección. Esto lleva a que los estudios de incidencia puedan diferir notablemente entre sí. El odontólogo es a veces quien puede diagnosticar la enfermedad, aunque se le oculte en el interrogatorio la existencia de los vómitos. Los signos dentales son casi patognomónicos; las consecuencias sobre el esmalte dental son inocultables.

De acuerdo con Button (1993) la prevalencia subyacente de ambos trastornos, tanto de anorexia como de bulimia pueden estar apenas estables al momento. A principios de los 90's en las mujeres en un grupo de 16 a 35 años, cerca de 0.5% sufrían de anorexia, cerca de 1-2% padecían bulimia y cerca del 3% tenían un síndrome parcial de un trastorno de la alimentación. Aunado a esto, el 5% de las mujeres jóvenes estarán experimentando marcados problemas asociados a la alimentación/peso.

Por otra parte, según datos aportados por Johnson y Connors (1987) la prevalencia de la bulimia se encuentra entre un 2% y un 1% (citados en Raich, 1994). Más recientemente, en 1990, y tras análisis más rigurosos se llegó a una estimación mucho más reducida 0.9 % (Fairburn y Beglin citados en Raich, 1990). En otras cifras de incidencia y prevalencia se tiene que oscilan entre el 1% y el 13% y entre el 1% y el 20% respectivamente. 20% se cronifica (Chinchilla, 1994). Según Martínez-Fornés (1994) un tercio de los casos de bulimia nerviosa padecen o han padecido anorexia nerviosa, con peor pronóstico que las que padecen sólo bulimia.

Por otro lado, cabe señalar la tendencia al contagio social del atracón resulta alarmante. Cuanto más estrechas son las relaciones de un grupo de estudiantes, más correlación existe entre la frecuencia del atracón de las integrantes. Parece ser una conducta copiada, adquirida, así como otras conductas que están bajo estricto control social (García-Escamilla, 2002b, Grandall citado en Hersovici y Bay, 1990). La incidencia de bulimia entre las poblaciones escolares se encuentra en un rango de 3 a 20% (Hsu citado en Norman, 1994). Entre estudiantes universitarios varían desde un 11% hasta 21.6% (Nevo, Pertschuk y cols. respectivamente citados en Unikel, 1998). En estudiantes de preparatoria existe una prevalencia 12.5% (Williams y cols. citados en Unikel, 1998). En estudiantes la prevalencia 2.5% mientras que en la población general es del 0.7% (Unikel, 1998). Síntomas ocasionales de la bulimia nerviosa, como atracones aislados y purgas se han reportado en más del 40 por ciento de mujeres universitarias (Garfinkel, 1995). En las poblaciones estudiantiles en general se ha sugerido una frecuencia de hasta el 20% (Norman, 1994). En poblaciones de bailarinas se eleva al 15.2% (Hamilton et al citados en Unikel, 1998). (El tema de la tendencia al contagio social se retoma más adelante).

En México según "Eating Disorders México" entre 1.5 y el 2.5% de las mujeres jóvenes padecen de bulimia nerviosa (Livier, 2002). En años recientes, en nuestro país se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNNSZ), en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando

tratamiento para algún trastorno de la alimentación y de los cuales, 4 aproximadamente se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa (Unikel, 1998). Según cifras proporcionadas por el INNNSZ, el IMSS y la clínica Avalon, la incidencia de bulimia es 4 veces mayor que la de anorexia; por cada 7 mujeres que padecen bulimia hay tres hombres que la presentan. También para hacer un diagnóstico de bulimia no sólo en la anorexia se tiene que estar un 15 % abajo del peso ideal. Algunas modelos pesan entre 23 y 26% menos que lo que sería el ideal (García-Escamilla, 2002b).

Curso y pronóstico

La enfermedad comienza por lo general al final de la adolescencia o al principio de la adultez. Los atracones a menudo empiezan durante o después de un período de régimen dietético. El trastorno persiste por lo menos durante varios años. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos en remisión que son alternados con atracones (Garfinkel, 1995). O sea que la cronicidad de la enfermedad puede verse salpicada por remisiones previas durante las cuales no existe esta conducta y se reducen la frecuencia y la gravedad de los síntomas. Muchos casos informan experimentar períodos de mejoría relativa y otros períodos de empeoramiento (Norman, 1994).

Estudios iniciales sobre tratamientos conductuales interpersonales y dietéticos indican que al rededor de la mitad de los pacientes se recuperan, un cuarto de ellos mejora, y otro cuarto no cambia. Los pacientes podrían no estar libres de síntomas en los períodos de mejoría; la bulimia nervosa es un trastorno crónico con un curso que avanza y disminuye. Algunos pacientes con cursos leves tienen remisiones a largo plazo. Otros pacientes están incapacitados por el trastorno y han estado hospitalizados; a menos de un tercio les va bien en un seguimiento de tres años, más de un tercio mejoran en sus síntomas y cerca de un tercio tienen un desenlace pobre, con síntomas crónicos dentro de los tres años (Garfinkel, 1995).

En algunos casos de bulimia nervosa no tratada, ocurre una remisión espontánea en uno o dos años. Es común para muchos pacientes que recurran a la bulimia o a trastornos del estado de ánimo en tiempos de tensión posterior. A pesar de que la bulimia nervosa no es vista como tan amenazante para la vida como la anorexia, Patton (1988) encontró 40% de incremento en la mortalidad entre un grupo de 96 bulímicos de peso normal (citado en Button, 1993). Se calcula que los índices de mortalidad rondan el 3% (Buckroyd, 1998). Pero para Garfinkel (1995) los índices de mortalidad por bulimia nervosa son todavía desconocidos. Sin embargo, los clínicos informan de forma anecdótica que la mayoría de los pacientes bulímicos mejora o se recupera por completo. Por otro lado, han ocurrido diversas muertes por deshidratación y desbalance de electrolitos a causa de los vómitos excesivos, pero no se conoce su frecuencia (Norman, 1994). El pronóstico médico depende de la severidad de las secuelas de las purgas- esto es, si es que el paciente tiene desequilibrio electrolítico y de que el grado de los vómitos frecuentes den como resultado esofagitis, amylasemia, agrandamiento de glándulas salivales, y caries dentales (Garfinkel, 1995).

Patrón familiar (herencia)

Existe una frecuencia mayor de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Tal vez también una tendencia familiar a la obesidad (DSM-IV, 1994).

Diagnóstico diferencial

A los pacientes con atracones que se presentan únicamente en el transcurso de una anorexia nerviosa se les diagnostica **anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo** y no se les debe diagnosticar adicionalmente bulimia nerviosa. El clínico decidirá si el diagnóstico más acertado para alguien con episodios de atracones y purgas posteriores que no cumplen con los criterios de anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej. cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.

En ciertos trastornos neurológicos y médicos (como el síndrome Kleine-Levin) se reporta una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. La ingestión de comida en exceso es común en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos enfermos no

recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (DSM-IV, 1994).

Debe de asegurarse que el paciente no padezca ninguna enfermedad neurológica, como lo equivalente a ataques epilépticos, tumores en el sistema nervioso central, el mencionado síndrome de Kleine-Levin, o el síndrome de Klüver-Bucy. Las características patológicas manifestadas en el síndrome de Klüver-Bucy son agnosia visual, un lamer y morder compulsivos, la exploración de con la boca, inhabilidad para ignorar cualquier estímulo, placidez, comportamiento sexual alterado (hipersexualidad), y hábitos dietéticos alterados, especialmente hiperfagia. El síndrome es extremadamente raro y es casi imposible que se tenga problemas en el diagnóstico diferencial. Por otra parte, el síndrome de Klaine-Levin consiste en una hipersonnia periódica que dura por dos o tres semanas e hiperfagia. Como en la bulimia nerviosa la aparición es en la adolescencia; el síndrome es más común en hombres que en mujeres (Garfinkel, 1995).

No es infrecuente que diferentes acontecimientos sociales se festejen con comidas copiosas e hipercalóricas, y que algunos comensales se excedan más que otros, pero esto debe diferenciarse de un trastorno de la alimentación. Ciertas enfermedades orgánicas, algunos tumores hipotalámicos, aparte de los mencionadas, se presentan con hiperfagia llamativa, por ejemplo, el hipertiroidismo, la diabetes, el síndrome de Prader Willi (forma de obesidad congénita), algunas afecciones no tumorales del sistema nervioso, con compromiso de la región hipotalámica. Algunas otras situaciones fisiológicas, como el desarrollo puberal especialmente en los varones, pueden generar asombro por las copiosas ingestas que naturalmente tienen lugar (Hersovici y Bay, 1990).

Diferencias entre los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y el DSM-IV

El DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar únicamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, y la CIE-10, por su lado, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones regularmente.

Los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa según la CIE-10 (OMS, 1998) son los siguientes:

Pautas para el diagnóstico

- A. Preocupación permanente por la comida, con deseos irresistibles de comer, y el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los que consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, consumo de fármacos tales como los supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida, o por el contrario puede adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea

En la CIE-10 se aclara el uso del término "bulimia nerviosa" diciendo que debiera restringirse a la forma de trastorno que se relaciona con la anorexia nerviosa, en virtud de compartir la misma psicopatología (Hersovici y Bay, 1990).

Turón (1997) comparte con el DSM-IV (1994) todas las características diagnósticas de la bulimia nerviosa: pérdida de control sobre la conducta alimentaria, de la que se derivan episodios de ingesta voraz, consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, seguido por las conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: el ayuno, el vómito autoinducido, el abuso de los laxantes, el uso de diuréticos y ejercicio físico exagerado. Estas pacientes, al igual que las anoréxicas, presentan una importante preocupación por la figura y el peso, siendo éste el síntoma nuclear común de ambas entidades.

En 1979, Russell (citado en Turón, 1997, Hersovici y Bay, 1990) describe las características esenciales de la bulimia:

- Episodios bulímicos
- Vómitos autoinducidos (recursos destinados a contrarrestar los efectos "engordantes" de la comida)
- Preocupación por la figura y el peso
- Una psicopatología que se asemeja a la de la clásica anorexia nerviosa

* Un episodio previo o críptico de anorexia nervosa

Russell define operacionalmente el término "críptico" diciendo que una pérdida de peso de 3-5 kilos, aunque sea transitoria, y la ausencia de tres periodos menstruales pueden ser indicadores suficientes de una sensibilidad previa al tamaño corporal. Asimismo, otros rasgos que evidenciarían una relación con anorexia nerviosa serían periodos prolongados de pérdida de peso significativos en el transcurso de una enfermedad, o bien un patrón alimentario perturbado con prolongada restricción de la ingesta alimentaria entre los accesos bulímicos (Hersovici y Bay, 1990).

Fairburn (citado en Turón, 1997), en 1987 también señala los aspectos nucleares del trastorno:

* Sentimientos de pérdida de control sobre la ingesta

* Control del peso a través de vómitos autoinducidos, ejercicio, ayunos periódicos y abuso de laxantes o diuréticos

* Preocupación por la figura y miedo a engordar

Etiopatogenia

En la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales, radica la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia. Gran número de pacientes ha comenzado su enfermedad siguiendo inadecuadamente con la dieta para bajar de peso.

Factores Biológicos

La colecistoquinina es una hormona intestinal normalmente segregada después de la ingesta, que produce saciedad, o sea, que es un "aviso" de que se ha comido. Pues se ha encontrado disminuida su secreción en pacientes con bulimia (Geraciotti citado en Hersovici y Bay, 1990). Se han investigado también los neurotransmisores específicos del sistema nervioso, para aclarar el mecanismo de la saciedad, entre ellos, serotonina, catecolaminas y opiáceos endógenos. La serotonina reduce el consumo de alimentos, especialmente los ricos en carbohidratos, tiene un efecto inhibitor sobre la conducta bulímica. Los pacientes que recuperados de anorexia nervosa tienen bulimia, presentan una disminución de los metabolitos de la serotonina en líquido cefalorraquídeo. Esto reflejaría un disturbio del mecanismo de saciedad por una alteración de serotonina. Entonces se vería a la bulimia como una conducta dirigida a compensar la deficiencia de serotonina del sistema nervioso. Por eso la medicación ensayada en el tratamiento de esta afección, con buenos resultados, tiene como mecanismo de acción el aumentar la disponibilidad de serotonina (Chinchilla, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

En el hipotálamo, un centro medial, los receptores alfa-adrenérgicos, estimulados por norepinefrina, aumentan el deseo de comer. Los centros laterales del hipotálamo, receptores dopaminérgicos y beta-adrenérgicos, inhiben el comer. Justamente, las anfetaminas actúan en los centros laterales hipotalámicos laterales para reducir el apetito. En los pacientes con bulimia está comprometido el metabolismo de la norepinefrina. Es decir, trastornos hipotalámicos, alteraciones del centro de la saciedad. Puede existir también un trastorno biológico diencefalo-hipofisario (Chinchilla, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

Kaye y Smith (1999) señalan que la bulimia podría deberse a una disfunción química en el cerebro y no solamente a una necesidad imperiosa de mantenerse delgado, afirman investigadores. Las mujeres que sufrieron la enfermedad y lograron recuperarse, resultaron más afectadas psicológicamente a causa de una falta de triptofán, un aminoácido que juega un papel indirecto en la regulación del apetito. El triptofán se encuentra en varios alimentos y el organismo lo utiliza para producir serotonina, la cual regula el humor y el apetito. Comparado con las mujeres que nunca padecieron la enfermedad, las bulímicas recuperadas presentaron mayores cambios de humor, intensa preocupación por su imagen corporal y mayor temor de perder el control sobre sus hábitos alimenticios luego de ser privadas de triptofán durante 17 horas. Por lo tanto, se concluyó que un nivel menor de serotonina puede generar algunas de las manifestaciones clínicas de la bulimia nerviosa en sujetos vulnerables a este trastorno. La bulimia parece estar relacionada con la imposibilidad del sistema de regular serotonina. Asimismo, se encontraron niveles fuera de lo común de una sustancia química relacionada con la serotonina en el fluido medular de las mujeres bulímicas, entonces las perturbaciones permanecen cuando la gente se recupera y es posible que también estén allí antes de que se declare la enfermedad.

En la bulimia las respuestas físicas al atracón o dietas restrictivas pueden ser parcialmente responsables de este ciclo insidioso y perpetuo. Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico

atacón-purga mediante la desaceleración, de ese modo aumentando el riesgo de subir de peso y perpetuando el proceso. El proceso de vomitar y el uso puede estimular la producción de opiodes naturales -narcóticos en el cerebro que causan una adicción al ciclo bulímico. Otros investigadores creen que las personas con bulimia tienen una cantidad baja de serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés. El comer dulces aumenta la serotonina, de ese modo causa una dependencia psicológica en el aspecto del comer en exceso en la bulimia ("Trastornos del c...", 1999; "Anorexia nervosa", 1999).

Se puede observar que ha habido un interés en el papel de la serotonina (5-hidroxitriptamina [5-HT]) en la bulimia, con estados centrales deficientes posiblemente aumentados por episodios de caos nutricional y las purgas. Variada evidencia indirecta -niveles bajos de 5-hidroxiindol en el fluido cerebroespinal (FCE), plaquetas 5-HT elevadas, y prolactina abrupta responde a demandas serotoninérgicas- apoyan esa unión. Debido a que existe evidencia del papel de la 5-HT para inducir la saciedad, especialmente en la regulación de los alimentos que contienen carbohidratos, una deficiencia en la 5-HT central en los pacientes bulímicos ha sido sugerida como explicación de la perpetuación del ciclo atacón-purga (Garfinkel, 1995).

Factores Psicológicos

Los trastornos del estado de ánimo o la depresión (baja autoestima) frecuentemente se presentan en los pacientes con trastornos de la alimentación y más en la bulimia. Debido a que la inanición puede causar cambios cognitivos, afectivos y sociales se asemeja a la depresión, algunos argumentan que esa depresión es puramente basada en factores nutricionales. No obstante, en muchos casos la depresión se da antes del trastorno alimentario y existe evidencia de un número grande de casos con trastorno depresivo mayor (más del 50% de los pacientes), aún después de la recuperación. Las personas con trastornos de la alimentación también presentan altos índices de ansiedad. Los pacientes bulímicos frecuentemente desarrollan un abuso de sustancias, especialmente de alcohol para aliviar los afectos intensos que sobrevienen después un atacón. Dichos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad usualmente remiten después de un tratamiento efectivo de la bulimia nerviosa (Aizpuri, 1995a; Garfinkel, 1995).

Como en la anorexia nerviosa un miedo exagerado a la gordura es la preocupación psicológica prevaleciente en la bulimia nerviosa. No obstante, como se ha dicho, la bulimia es más frecuente en personas que han sido obesas previamente, o puede ocurrir después de un episodio de anorexia nerviosa o abuso de sustancias. El auto rechazo y disgusto por el cuerpo son aún mayores que en la anorexia nerviosa. Durante los minutos u horas del atacón, los pacientes frecuentemente describen una sensación de frenesí y pueden llegar a consumir hasta 5,000 calorías. En casos severos los ciclos de atacón y vómito pueden durar a lo largo del día. Se ha mencionado también que son comunes la culpa y la disforia después del atacón, más sin embargo, algunos pacientes experimentan los atracones como un alivio (Garfinkel, 1995).

Recientemente, ha habido un reconocimiento de que la bulimia nerviosa encierra un amplio espectro de psicopatología. Para algunos pacientes es una disfunción relativamente aislada, para otros representa un aspecto de pobre control de impulsos y una patología del carácter. Una minoría significativa reporta robos impulsivos de comida o dinero para comprar comida. Lo secreto y la vergüenza asociadas con el trastorno dan como resultado un aislamiento social y perjudican el funcionamiento profesional. A diferencia de la anorexia nerviosa los pacientes con bulimia están más ansiosos por deshacerse de sus síntomas y de esta manera se inclinan más a buscar ayuda (Garfinkel, 1995).

La baja autoestima, la incompetencia social y la gran necesidad de aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia. Los pacientes bulímicos son más deprimidos, impulsivos, neuróticamente ansiosos y más alienados que sus pares sanos, algunos tienen rasgos obsesivos y sensibilidad interpersonal (Hersovici y Bay, 1990). Dos factores de personalidad serían predisponentes para la bulimia nerviosa: a) una inestabilidad afectiva, referida a estados de humor depresivos y altamente variables, conducta impulsiva, y baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración, y b) baja autoestima (Johnson y Maddi citados en Hersovici y Bay, 1990). Con respecto a la mencionada personalidad *borderline* o trastorno límite de la personalidad se ha observado que las pacientes anoréxicas bulímicas o simplemente bulímicas con frecuencia se corresponden con este diagnóstico. Estos sujetos son muy impulsivos, y con frecuencia informan comer en exceso, raterismo en las tiendas y actividad sexual que les ocasiona daño. Su sentido de identidad no está consolidado y se deprimen mucho cuando están solos. El afecto es labil y oscila entre

furia y depresión vacía. Suelen plantear demandas excesivas en sus relaciones interpersonales que generan rechazo, así fracasan en el establecimiento de relaciones interpersonales (Garfinkel y Garner citados en Hersovici y Bay, 1990). Ese trastorno de personalidad puede ser también un factor de riesgo para los trastornos de la alimentación en virtud de los problemas que esas personas tienen con la separación e individuación, y con problemas de autoestima y el autoestima ligada a fenómenos externos (Barber et al, 1995).

Por otro lado, otros autores denominan de modo distinto a esta "personalidad bulímica" muy parecida a la border, en la cual las características son esencialmente las mismas, sobre todo en el fracaso en las relaciones interpersonales. Se piensa que las pacientes bulímicas poseen un tipo de personalidad al que podría llamarse dudosa: tienden a tener estados de ánimo, modelos de pensamiento, comportamiento y autoimágenes inestables. No pueden estar solas y exigen atención constante. Suelen causar caos a sus alrededores mediante el uso de armas emocionales como berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría (¿carácter histérico?). Idealizan a las personas y con frecuencia son decepcionadas y rechazadas. La gravedad de este trastorno de la personalidad predice la dificultad en tratar la bulimia y puede ser más importante que la presencia de otros problemas psicológicos como la depresión ("Trastornos del ...", 1999).

La bulímica no puede mantener el rechazo total de la necesidad que regula la vida de la anoréxica. Muchas bulímicas han sido anoréxicas y han evolucionado pasando a la bulimia. Con mayor salud psicológica, se descubren cediendo a sensaciones de necesidad pero sólo para negarlas y enmendarlas lo antes posible. Muchas bulímicas admiran el control que tienen las anoréxicas y querrían hacer lo mismo. Para ellas el reconocimiento de la necesidad, simbolizada por el atracón, todavía tiene que ser enmendado, extirpado y destruido lo antes posible. Es evidente que todo el ciclo de atracón y purga tiene muy poco que ver con las sensaciones normales de hambre y la necesidad de satisfacerlas. Las bulímicas experimentan gran confusión respecto a lo que sienten, y a menudo no saben si tienen hambre o están satisfechas. Esta confusión les impide responder de forma apropiada a su conducta alimentaria. Con ellas realmente no hay término medio.

La bulímica siente algo, pero le parece que *no debe* sentirlo. También tiene una gran confusión en cuanto a lo que siente y está propensa a identificar todos los sentimientos (sobre todo los negativos o difíciles) con el hambre a la cual primero se resiste luego sucumbe. Debajo de esta reacción está la falta de esperanza de ver alguna vez colmados sus sentimientos, y la rabia de verse condenada a satisfacer sus necesidades humanas emocionales normales con la comida. Con los atracones intenta satisfacer una necesidad abrumadora a la que llama hambre. Pero, por supuesto, la comida nunca satisfará emocional insatisfecha. Del mismo modo, su rabia y su insatisfacción hacen que se arrepienta de los atracones. La comida la ha estafado y la ha defraudado y por lo tanto se dispone a intentar dar marcha atrás con los atracones. Así, la bulímica tiene dos problemas: primero, identifica erróneamente cuáles son sus necesidades, de modo que sus excesos, sea en la comida, yendo de compras o en cualquier otra cosa, no son satisfactorios, y en un segundo lugar, la igual que la anoréxica piensa que no debe tener ningún tipo de necesidad. Del mismo modo entonces, el detener el atracón y vomitar son el principio de su recuperación, y ella se siente mucho mejor después de hacerlo, pero eso es *solo* el comienzo, y también necesita toda una educación para el reconocimiento de los sentimientos y para permitirse satisfacerlos (Buckroyd, 1998).

Siguiendo con el pensamiento de Buckroyd (1998), este patrón de alternancia violenta entre la sensación de necesidad y el deseo de negarla constituye también un sistema que se extiende a otras partes de la vida de la bulímica. Como se ha dicho, un aspecto que tiende a afectarse es el económico debido a los atracones, pero a menudo las finanzas de la bulímica están en permanente estado de caos por razones que no son del gasto excesivo en comida. Los cigarrillos, el alcohol y las drogas son sustancias con las que la bulímica puede verse practicando los mismos hábitos que con la comida y prometiéndose de la misma manera que jamás volvería a hacerlo. En este caso, se habla de una personalidad adictiva multiimpulsiva para describir a la persona que muestra grandes necesidades y apetencias pero que inmediatamente las niega o se arrepiente. A veces una persona que es tan desdichada se daña cortes o rasguños, con frecuencia en la parte interior del brazo o del muslo (conductas autolesivas). Hasta puede quemarse. En ese momento no parece sentir el dolor que podría esperarse, pero la acción, al igual que la comilona, parece aliviar alguna tensión insostenible. El contraste entre el control y la falta de control también se extiende de manera más general a la vida de una bulímica. Un aspecto es el contraste entre el orden y el desorden de lo que la rodea.

Por otro lado, en cuanto al tema de la sexualidad en la vida de la bulímica la misma autora también lo aborda. Las relaciones y la conducta sexual también pueden verse afectadas por este sistema bulímico, ya que se puede ir pasando de una relación o aventura de una noche a otra, a pesar de que la joven sabe del peligro que esto representa y además que estas relaciones le producen poca satisfacción (Buckroyd, 1998). Se puede decir entonces que está alterada su adaptación sexual, y su conducta variará entre promiscuidad y restricción de la actividad sexual (Norman, 1994) (como en el atracón-ayuno).

De esta forma, las palabras clave tanto para la bulímica como para la anoréxica son "necesidad" y "control". Una anoréxica vive en un sistema en el que las necesidades, las carencias, los deseos y las sensaciones han sido suprimidos. El final lógico de este proceso es la muerte, puesto que nadie puede seguir viviendo a menos que se esté preparado para aceptar estas necesidades. Para ella, su parte necesitada es totalmente inaceptable. Sólo le gusta y aprueba la parte suya que no necesita nada.

Pero una persona oscila entre una parte "buena", que por lo general ha sido disciplinada para tener pocas necesidades o sensaciones muy bien controladas, y una parte "mala", que está llena de necesidades, deseos y sensaciones irresistibles. Ni ella ni la anoréxica pueden ver que sus necesidades son normales y que si les dieran un espacio normal no serían tan conflictivas. Ambas sienten que su parte instintiva es un monstruo de necesidad y glotonería que debe ser disciplinado, castigado y reprimido todo lo posible. Y ambas, por supuesto, al negar las necesidades normales las convierten en ansias violentas que devoran tiempo y energía (Buckroyd, 1998). Las bulímicas por lo general se sienten tan desesperadas y disgustadas por los métodos que emplean para controlar su ingestión de alimentos, que temen que los demás se enteren de su trastorno. Sienten que nada se puede hacer por ellas. Es quizá cuando creen que están al borde del suicidio cuando buscan el apoyo que necesitan (Duker y Slade, 1995).

Por su parte, Duker y Slade (1995) señalan que quizás son las bulímicas quienes más reacciones de disgusto provocan, debido a los problemas que crean a quienes las rodean. Los familiares de la paciente que regularmente come en exceso para después vomitar tal vez sólo piensan que ella está muy consentida y es una glotona. Pueden suponer que todo lo que necesita es una poca de autodisciplina, y en ningún momento se percatan de que está luchando con la bulimia.

Buckroyd (1998) señala que la necesidad de ayuda no es inmune a los sistemas anoréxico y bulímico. A la anoréxica le resulta casi imposible reconocer esa necesidad, al menos para empezar. La bulímica siente la necesidad pero luego se arrepiente de haberla puesto en práctica. En la experiencia de Buckroyd muchas veces alguna persona llama por teléfono quejándose de bulimia que pide una cita para terapia y no asisten. Sin embargo, con el tiempo puede llegar a entender que necesita saber qué es lo que le pasa, y seguir con esa necesidad el menor tiempo necesario para satisfacerla.

Aunque son muy pocos los autores que hacen una distinción entre los factores de riesgo entre la bulimia y la anorexia debido a que son muy parecidos sino los mismos, Chinchilla (1994) sí logra hacer una pequeña distinción y propone la siguiente lista:

- mujer de unos 20 años (no necesariamente)
- baja autoestima
- insatisfacción con su imagen corporal
- algún trastorno de personalidad
- posible historia de depresiones
- historia de obesidad (premorbida) personal (Chinchilla, 1994; Holtz citada Barber et al, 1995)
- haber realizado dietas crónicas
- historia familiar de trastornos alimentarios, depresivos, comunicación dinámica inadecuada o conflictiva
- peso estable a un nivel deseado o normal o ligeramente menor
- vida sedentaria antes del trastorno
- tipo de trabajo medio, o escolares de preparatoria o universitarios, responsables en los mismos
- buen aspecto y vestimenta, atractivas para los varones y para ellas
- generalmente solteras, pero pueden ser casadas con o sin hijos
- familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas "estilizadas"
- padres que suelen estar incomplejados y absorbidos por sus ocupaciones, distantes en el trato emocional. Suelen ser los que mejor funcionan en la familia
- madres educadoras, refinadas, brillantes, menos ausentes o con obligaciones no tan intensas, preocupadas por el control de los hijos, limitadas en afectos hacia los mismos o con cierto protocolo

Factores sociales (Síntomas que dependen de la cultura, la edad y el sexo)

Es sabido que este trastorno, así como la anorexia, afecta a los habitantes de la mayoría de los países industrializados. En investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos se observa que los sujetos con esta enfermedad en su mayoría son de raza blanca, aunque puede afectar a cualquier grupo étnico. Un 90 % de las personas que padecen la enfermedad son mujeres. En los varones con bulimia nerviosa existe una prevalencia mayor de obesidad premiórbida que en las mujeres (DSM-IV, 1994).

Los factores sociales que predisponen a la bulimia nerviosa son los mismos que los de la anorexia así que aquí sólo se recalcará lo dicho al respecto. Resulta indiscutible la presión social por exaltar la silueta delgada, se vive en una sociedad de la abundancia en Occidente, pero que prohíbe ser obesos o apartarse de los cánones de belleza imperante, la delgadez extrema (González citada en García-Escamilla, 2002b; Hersovici y Bay, 1990). Aquí surge la necesidad de recalcar los riesgos de la presión cultural acerca de la imagen ideal. Existe un valor físico del cuerpo como competitividad y/o hedonismo más que pura estética (esto ya tiene implicaciones de personalidad). Es real que desde hace varios años, se asocia la imagen delgada y aun desnutrida con modelos exitosos de diferentes tipos. Los medios de difusión, cine, televisión, revistas, muestran imágenes de lo que debe ser considerado como "bello". Simultáneamente ofrecen dietas variadas con promesas mágicas de adquirir siluetas atractivas en breve tiempo. Existen múltiples mensajes respecto de la buena salud y de la prevención de enfermedades que tienen que ver con la obesidad, pero no se encuentra el mismo grado de difusión sobre las complicaciones de las "dietas", de lo peligrosas que ellas puedan ser. Las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo, con mucha más frecuencia que los varones. Generalmente muestran gran confusión respecto de lo que significa una silueta normal (Hersovici y Bay, 1990).

Además de la dieta, el ejercicio físico también es utilizado frecuentemente la figura que la sociedad propone. Los varones, en general, realizan deportes por diversión para mejorar su salud, para prevenir enfermedades cardiovasculares. La mujer, en cambio, recurre a los ejercicios físicos con la única finalidad de mejorar su silueta o perder peso. Esta diferencia de actitud entre los dos sexos podría tener alguna influencia en la incidencia mayor de los trastornos alimentarios en las mujeres. El control de peso está condicionado por los valores culturales que definen el modelo de belleza que capacitará para el éxito (modelos, bailarinas, gimnastas, actrices, etc.) (Chinchilla, 1994; Hersovici y Bay, 1990).

Se ha tratado ya el tema del contagio social en los trastornos de la alimentación, sin embargo, es importante agregar que ninguno de estos trastornos son contagiosos en el sentido literal de la palabra, pero esto ocurre. Entre las diversas causas está la necesidad de construirse una identidad mediante la imitación e identificación con las amistades (González citada en García-Escamilla, 2002b). Según González (citada en García-Escamilla, 2002b) el factor de imitación de lo que hacen los amigos y familiares es importante, aunque no determinante, no obstante, los hábitos alimentarios en el hogar ejercen influencia sobre la clase y la cantidad de alimentos que se ingieren así como sobre la forma en que se establece la relación con la comida.

Similitudes y diferencias entre anorexia y bulimia nerviosa

Ambas la anorexia y la bulimia constituyen, dada su frecuencia y trascendencia clínica, los mayores desórdenes de conducta alimentaria de origen psicológico y los más importantes en el conjunto de los trastornos de la alimentación (Chinchilla, 1994; Shüze, 1983).

Según Duker y Slade (1995), Chinchilla (1994) y Hersovici y Bay (1990) al hablar sobre sí misma, la bulímica resulta sumamente similar a la anoréxica. Hacen el mismo tipo de comentarios, puesto que el cuerpo, los alimentos y el peso son la preocupación esencial de ambas, las dos presentan un miedo obsesivo e irracional hacia la posibilidad de ser obesas en el presente y en el futuro, a perder su peso (claro, cuando éste sea bajo), poseen temor al compromiso. La principal diferencia es que mientras la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la anoréxica hambrienta que pierde peso siente que mantener el control es un triunfo, algo positivo.

La anoréxica teme *anticipadamente* a perder el control mientras la bulímica sufre por la *actual* falta de control (ABNA, 1999). Si bien las consecuencias son distintas la necesidad es la misma (o sea, crear y mantener cierto sentido de sí misma). Entonces, estos rasgos fundamentales que comparten ambas enfermedades, un temor mórbido a la gordura y búsqueda de la delgadez, son utilizados como recursos para lidiar con dificultades en el desarrollo o bien como una manera de enfrentar el malestar emocional.

En otras palabras, tanto la anorexia como la bulimia son motivadas por un deseo de ser delgada y el temor a ser gorda. La diferencia básica consiste en la forma en cómo la persona enfrenta el temor a perder el control, ya sea por restricción alimentaria (anorexia restrictiva), o ya sea que la persona pierda el control en el comer, en donde la purga se adopta como estrategia compensatoria. Así, las características premórbidas de personalidad en parte determinan la manera de expresarse de estos trastornos. La anoréxica restrictiva es más perfeccionista y compulsiva (la perfecta dietista) mientras que la bulímica y es más impulsiva y relajada, sin embargo, explícitamente reconoce que estos trastornos y su expresión son determinados por múltiples variables (Andersen citado en Unikel, 1998).

Debido al miedo a engordar estas personas desarrollan dos tipos de relación con la comida: de evitarla y de acercamiento. Es importante señalar que la alternancia entre las conductas de evitación y de acercamiento hacia la comida, generan cambios en el peso corporal a través del tiempo. La temporalidad de estos cambios determina el cuadro que se presente: cuando éstos se dan rápido, el sujeto estará presentando bulimia; cuando son periodos prolongados de evitación se diagnosticará como una anoréxica bulímica y cuando la pérdida de peso sea suficiente será diagnosticada como anorexia restrictiva (Unikel, 1998).

El cuadro físico que presentan quienes se someten a inanición voluntaria y ejercicios intensos, las glotonas que después vomitan y las consumidoras de laxantes es simplemente consecuencia de cualquier tipo de control a que están sometiendo actualmente a su cuerpo. Esto se debe a que esta perspectiva aparentemente considera que esos estados son idénticos, y sus efectos se manifiestan en pacientes que físicamente tienen aspectos muy diferentes entre sí (Chinchilla, 1994).

Las anoréxicas demenciadas, que no menstrúan y que organizan toda vida en torno al hecho de no comer, presentan un cuadro fisiológico, como se ha visto, muy distinto de las bulímicas cuyo peso es normal. En lugar de someterse a inanición voluntaria periódica (o además de ello), las bulímicas tratan de regularse evitando absorber los alimentos que han ingerido, y emplean el vómito autoinducido o ingieren laxantes a fin de restablecer cierto de control. A menudo, el aspecto físico de las bulímicas no presenta indicio alguno de que tienen problemas con su alimentación. Se cree improbable que semejantes cuadros tan contrastantes puedan tener la misma causa común. El peso de la anoréxica es bajo previo al diagnóstico, el de la bulímica con frecuencia es normal (Slade citado en Duker y Slade, 1995, Chinchilla, 1994).

Así también se han descrito ya diferencias psicológicas entre anoréxicas y bulímicas. La anoréxica, con su actitud de superioridad, distancia, austeridad y rigidez, difiere marcadamente de la bulímica, tan impulsiva, variable, confundida y con sentimientos de culpa. Sin embargo, gran parte de las diferencias aparentes en las personalidades de estas pacientes más bien son efectos que causas del estado. Con una restricción continua y eficaz de la ingestión de alimentos, igual que sucede con el alcoholismo y la farmacodependencia, la personalidad del individuo cambia para ser irreconocible. Los allegados a estas personas se percatan de ello (Chinchilla, 1994). Por otra parte, la madre de la anoréxica tiende a estar demasiado involucrada en la vida de sus hijos, mientras que la madre de la bulímica es crítica y desinteresada. El padre y los hermanos también son excesivamente críticos ("Trastornos del c...", 1999).

Los métodos de control de peso de la anoréxica son: la restricción alimentaria, con un excelente control, una mayor hiperactividad y padecen de amenorrea casi el 100%. En cambio, la bulímica utiliza los vómitos, laxantes-diuréticos, poseen un mayor descontrol pero una menor hiperactividad y menstrúan normalmente o con cierta frecuencia el 50% (Chinchilla, 1994).

Tampoco les agrada a las pacientes con anorexia ser clasificadas juntas (con las bulímicas). Por tanto en la anorexia como en la bulimia es inconfundible cierta preocupación por mantener el control sobre los alimentos y el cuerpo. Anoréxicas y bulímicas comparten las mismas preocupaciones e iguales temores. Pero desde su perspectiva, a la anoréxica le aterra pensar que podría fallar su control. Como la anoréxica otorga una importancia decisiva a su capacidad de controlar su apetito, no quiere sentirse menos al relacionarse con personas que comen de manera tan incontrolable, y que emplean métodos tan "antiesféticos" e "inaceptables" de recuperar el control.

Por su parte la bulímica, que come sin freno y se priva de alimento de forma alternada, quien desesperada se purga, vomita o utiliza diuréticos, y quien está convencida de que si tan sólo pudiese lograr o recuperar

el control total de su apetito y su peso se solucionarían todos sus problemas, casi nunca se siente feliz si le dicen que su más caro anhelo, aun si lo alcanza, no es viable.

En pocas palabras, la bulimia es la pesadilla de la anoréxica, tienen miedo a ser bulímicas y la anorexia es el sueño dorado de la bulímica, desean ser anoréxicas (Duker y Slade, 1995; Chinchilla, 1994). Por ello, el que la anorexia y la bulimia nervosa quizá sean etapas distintas de la misma enfermedad no es algo agradable para ninguno de los afectados (Duker y Slade, 1995).

Las anoréxicas por lo regular no comen y las bulímicas pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo (Chinchilla, 1994). Las mujeres con trastornos alimentarios en especial las anoréxicas restrictivas, son más rígidas en sus actitudes hacia la comida que consideran "engordante", no así con las pacientes bulímicas las no anoréxicas, que prefieren la comida con alto valor calórico. Estas pacientes presentan una fobia a la grasa, aunque no a los carbohidratos, esto puede ser indicador en la tendencia al cambio en los hábitos nutricionales de la población (Aquino, 1998).

Hersovici y Bay (1990) señalan en cuanto a la relación entre anorexia y bulimia, por principio de cuentas, el hecho de que los ciclos de los atracones y vómitos parecen deberse a los mismos factores predisponentes y de mantenimiento, avala la línea de mantenerlos emparentados desde el punto de vista diagnóstico. Muchas veces los pacientes se desplazan entre los síndromes de anorexia y bulimia. Si bien es mucho menos frecuente que pacientes con bulimia luego desarrollen una anorexia, algunas veces ocurre. También es cierto que pacientes con bulimia algunas veces atraviesan por periodos en los que logran un control sobre su ingesta y, si no están bajo una supervisión clínica adecuada, pueden evolucionar hacia una anorexia (Hersovici y Bay, 1990).

Las personas que padecen anorexia suelen mostrar un alto nivel intelectual (aunque ya se vio que esto no es del todo cierto, pues poseen una inteligencia normal o superior a la normal), son muy responsables, inseguras, obsesivas, preocupadas por la eficacia y la apariencia con el objeto de agradar a los demás, y con un grado elevado de espiritualidad como ideal o modo de vida ascética (Chinchilla, 1994; Shütze, 1983). En el caso de la bulimia y la anorexia con conductas bulímicas, los rasgos caracteriales más frecuentes son la tendencia a una mayor extroversión, labilidad emocional, con frecuentes oscilaciones del humor, aumento de la impulsividad y una conducta más desorganizada. En la anoréxica existe un control exagerado del apetito; por el contrario, el descontrol del apetito caracteriza a la bulimia. La desnutrición da lugar a los mecanismos reguladores de hambre-saciedad. Es necesario mencionar que la amenorrea aunque generalmente aparece después de instaurada la desnutrición, también puede presentarse con anterioridad, debido a la disminución del porcentaje de grasa corporal, secundaria al ejercicio físico exagerado, lo que limita la metabolización adecuada de las hormonas sexuales femeninas. Los atracones en las bulímicas suelen ser propiciados por la angustia de no saber cómo llenar el tiempo, y por otro lado, además de cometer robos frecuentes, este aspecto se puede llegar a convertir en una verdadera cleptomania (Chinchilla, 1994).

Así como en las pacientes anoréxicas, co-existe un trastorno afectivo con la bulimia, sin embargo este trastorno no se manifiesta en conductas de fatiga, aletargamiento, falta de motivación, etc., sino que es de tipo activo, alerta y voluble en el estado de ánimo. Debido a la vulnerabilidad que existe en la bulimia, en cuanto estados de ánimo de tipo eufórico y fluctuantes, similares a los del alcoholismo, puede existir un riesgo de adquirir conductas adictivas y la práctica de métodos de purga, provocan aislamiento social en estas personas, conductas que pueden convertirse en un mecanismo de tensión-regulación (Unikel, 1998).

Depende de los rasgos de personalidad subyacentes del paciente y de la cronicidad de la enfermedad que el trastorno se exprese como una anorexia nerviosa restrictiva o bien como una bulimia en cualquier nivel de peso. Otro rasgo que comparten es la influencia sociocultural que predispone a valorar la delgadez. Asimismo, y tal vez debido a que esta presión es más implacablemente ejercida sobre las mujeres, también se observa que de la población afectada el 85-90% corresponde al género femenino. La anoréxica tiene una menor psicopatología asociada, en cambio la bulímica presenta trastornos de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomania, depresión. En cuanto a la percepción de los estados internos, parece haber diferencias notables entre la anorexia restrictiva y la bulimia. La primera tiene alexitimia, dificultad para leer sus estados y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza) y, por otro lado, es capaz de ejercitar la voluntad para controlar las ansias de comer. Contrariamente, las bulímicas tienen mayor conciencia de los

estados internos y también menor capacidad para controlar sus impulsos. Las pacientes bulímicas tienen algunas veces trastornos de conducta asociados, como hurtos, abuso de alcohol o drogas, y gestos automutilantes. Las anoréxicas suelen tener antecedentes de haber sido niñas ejemplares hasta la instalación de la enfermedad. La anoréxica presenta amenorrea. En la bulímica la menstruación suele ser irregular o estar ausente. Con frecuencia es una persona sexualmente activa y algunas veces incluso promiscua. En cambio, la anoréxica es sexualmente inactiva también a nivel de deseo. A la paciente bulímica, su conducta alimentaria le resulta anormal, le genera gran angustia y pide consulta espontáneamente pidiendo auxilio para controlarla. En cambio, la anoréxica niega tanto el hambre como su enfermedad. Su conducta alimentaria le parece normal y suele considerarla motivo de orgullo (Hersovici y Bay, 1990). Así, la anoréxica niega a los demás y a sí misma que exista un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la bulímica por lo general, rechaza la existencia del problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimenticios son anormales. El objetivo de la anoréxica es perder más peso, pero la meta de la bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

Asimismo, es excepcional que acuda espontáneamente a la consulta. Debido a que la bulimia puede cursar durante años sin tratamiento porque oculta sintomatología, el mayor riesgo de muerte se debe a la hipocalcemia. A diferencia de la paciente anoréxica, cuyo aspecto emaciado hace evidente a todos su enfermedad, la bulímica suele tener un aspecto saludable e incluso puede estar con sobrepeso y, sin embargo, tener un paro cardíaco por desequilibrio. El otro motivo de muerte en el grupo de pacientes bulímicas es el suicidio. En cambio, en las anoréxicas el suicidio es casi excepcional. Hoy día es inadmisibles que una paciente anoréxica en tratamiento muera por desnutrición. De hecho, Russell consideró a la bulimia una forma de cronificación de la anorexia nervosa. La anoréxica suele ser más introvertida y retraída socialmente; la bulímica generalmente es extrovertida y con una vida de relación activa (Hersovici y Bay, 1990).

En cuanto al pronóstico, un porcentaje menor de anoréxicas estará totalmente recuperado al cabo de un tiempo prudencial. Entre un 25-30% permanecerán crónicamente enfermas y la gran mayoría mejorará durante el tratamiento, pero quedará vulnerable en los periodos de estrés, durante los mismos padecerá mayor distorsión de su imagen corporal, mayor temor a la gordura y renovados intentos de hacer dieta. Los pacientes bulímicos, tenderán a utilizar los atracones para aliviar el malestar psicológico. El pronóstico, tanto para la bulimia como la anorexia, es proporcional a la severidad del trastorno subyacente, a la calidad del sistema de apoyo y a la motivación para recuperarse (Hersovici y Bay, 1990). Las bulímicas cuando adquieren conciencia de enfermedad y solicitan ayuda, se alivia notablemente su baja autoestima y disforia; con frecuencia las bulímicas asisten solas a consulta sin conocimiento de la familia a diferencia de las anoréxicas, como se mencionó anteriormente, que suelen asistir, más que acompañadas, llevadas por su madre. Las bulímicas carecen de lealtad a su médico, a diferencia de las anoréxicas, y cambian con frecuencia de facultativo. Escudadas en el diagnóstico de bulimia esperan del médico un tratamiento sin tener ellas que poner nada de su parte. De aquí viene su decepción inmediata y abandono del tratamiento (Martínez-Fornés, 1994).

Los padres de las afectadas con frecuencia comentan sentirse decepcionados por su hija enferma. Es un "shock" enorme para los padres encontrar evidencia de vómito, o cajas vacías de laxantes en la recámara de su hija. Los esposos se devastan al entender la razón por la cual su esposa de retrata en irse a la cama cada noche que es para purgarse. Los hermanos con frecuencia se convierten en cómplices de la afectada para ocultar la verdad a los padres (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999). Martínez-Fornés (1994) agrega que la bulímica a diferencia de la anoréxica: cultiva los amigos y las amigas y la vida social, a veces hasta demasiado; no prefiere del amor, más que enfermas se consideran personas con hábitos vergonzosos que deben ocultar, tienen horror a la gordura, pero sin grave distorsión de la imagen corporal, su inestabilidad no nuda más es el área emocional, si no que presentan cambios frecuentes de estudios o de ocupación laboral.

CAPÍTULO III

PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Antes de iniciar la exposición de las diferentes perspectivas teóricas de los desórdenes alimentarios, cabe hacer hincapié que entre la anorexia y la bulimia existe una relación de contrario en cuanto a la conducta alimentaria (de carencia y de sobrecabundancia), que en el fondo la producen *las mismas causas*; quizá motivada por una profunda distorsión con relación a su cuerpo, dando lugar a la ansiedad y la angustia (González, 1999). Además, los distintos autores se han ocupado más en explicar la génesis de la anorexia (seguramente por su "antigüedad"), que de la bulimia; existe mucho más investigación en cuanto a la primera. Sin embargo, en el presente capítulo se intenta hacer una distinción entre ambos trastornos incluyendo la poca investigación y explicación de los teóricos hacia la bulimia. Así, al estar tratando primeramente el tema de la anorexia también se puede englobar en dichas explicaciones a la bulimia debido a lo anteriormente mencionado por en cuanto a que ambos trastornos los producen las mismas causas.

Mucho de lo que se trató en el capítulo anterior corresponde a los diferentes enfoques que se van a manejar en el presente capítulo, además, como ya se dijo con anterioridad, no existe mucho trabajo por parte de los teóricos revisados en cuanto a la bulimia nervosa, así como también, básicamente, dicho trastorno comparte mucha, si no es que toda su explicación teórica con la anorexia nervosa. Así que, sólo se hará una muy breve revisión de lo ya visto, así como también de algunos aspectos no estudiados en el segundo capítulo.

Cabe mencionar que tanto el psicoanálisis clásico, los modelos psicodinámicos y el sistémico han sido extensamente criticados, por un lado, por la falta de rigor científico en sus interpretaciones, y por otro lado, por la carencia de estudios controlados que verifiquen sus postulados (Toro y Vilardell, 1987).

ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y NEO-PSICODINÁMICO

Desde una perspectiva psicoanalítica, la anorexia nervosa no sería más que la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimentaria. El rechazo del alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo. Ciertos alimentos se constituirían en tabú y posteriormente se produciría la generalización a todo alimento (Toro y Vilardell, 1987).

De acuerdo con Ajuariaguerra (1976), con frecuencia el hecho de comer está ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica. Estos fantasmas serían por tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando el comer la asimilación y la destrucción simultáneamente (Toro y Vilardell, 1987).

Según el mismo autor, cuando el niño tiene meses (5 a 8 meses), puede ir reaccionando de modo apático a la alimentación. En el niño existe una reacción a la alimentación: no coopera, (anorexia inerte) o se opone abiertamente con reacciones de chillidos, agitación, vómitos (anorexia de oposición). Este último tipo de anorexia marca la clave hacia el mundo de la relación entre la madre y el niño. El niño al reaccionar ante la comida (citado en González, 1999):

1. Rechaza o acepta la relación con la madre.
2. Es una manifestación de la personalidad que se opone al adulto (pasividad-rebelión).
3. Es una reacción al comportamiento de la madre (nerviosismo, rigidez, complacencia, ansiedad...).
4. Se torna un problema importantísimo para la madre.
5. Los padres pueden reaccionar dejándose embaucar por la tiranía del niño.
6. Los padres pueden reaccionar con hostilidad y tiranizan al niño para vencerlo.
7. La anorexia muy agudizada refleja un conflicto de relación del niño con su madre.
8. Estos niños es fácil que se retrasen en el control de esfínteres, alteren el sueño.
9. Hay madres que hacen a sus hijos anoréxicos, son posesivas, exigentes, o se precipitan y los atragantan. Se generan hábitos permanentes de ritualización de comportamientos frente a la comida como reacción a: oposición de las normas del adulto, o bien, capricho en relación con la comida.

Ajuariaguerra señala que la anorexia es la consecuencia necesaria de la lucha con los padres. A la vez, en su revisión sobre los trabajos de Bourgeois con relación a la anorexia y algunos resultados obtenidos con el test de Roscharch comenta que "...de la vivencia corporal de las anoréxicas se desprende que estas pacientes presentan unos límites corporales desviados, mal definidos, frágiles y deformes, lo que les hace especialmente vulnerables; el resultado de ello es que el límite entre el mundo interior y el mundo exterior está mal definido" (citado en González, 1999).

Siguiendo con esta línea interpretativa acerca de la sexualidad Blitzer (1961) plantea una situación parecida: junto a la significación de la ingesta alimentaria para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, la vivencia de la concepción y del embarazo sería algo semejante o equivalente a la ingesta alimentaria (vientre voluminoso). Así, el rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales intinas, cuyo motivo también se comprendería a través de este planteamiento (Shütze, 1983). Por su parte, Lonard piensa que la comida implica gratificación oral y sexual, y Meyer destaca el hecho del temor de las anoréxicas a vivenciar la sexualidad (Barcia y Ruiz, 1995).

De hecho, en opinión de Barcia y Ruiz (1995) todo esto debe ser entendido como un rechazo de lo amable y placentero de la vida y un rechazo por la asunción de un rol que signifique fecundidad, que se focaliza en un rechazo -mejor en una ambivalencia- hacia la madre y más precisamente a la función de cuidado de la madre que tiene su mejor expresión en la comida, en el dar de comer, alimentar a los otros, que se inicia en la lactancia. Por eso, la anorexia es una patología ligada a todo lo que simbólicamente se relaciona con la comida: el gusto y la relación amistosa con los demás seres queridos (González, 1999; Barcia y Ruiz, 1995).

Freud y sus primeros seguidores interpretaron la anorexia como una neurosis, asociándola a la melancolía y a la histeria en donde existe, aparte de la pérdida del apetito, una ausencia de la libido en el "manuscrito G"; Freud hizo esta asociación en "Un caso de curación por hipnosis" (caso de anorexia mental), en sus "Estudios sobre la histeria" (caso de Emmy Von N.) y en "Tres ensayos para una teoría sexual" señala que hay un rechazo excesivo del componente erótico en la anorexia mental (citado en Unikel, 1998; Raimbault y Eliacheff, 1991; Toro y Vilardell, 1987).

Un caso de curación hipnótica (1893), no muestra como un niño se vuelve anoréxico, sino cómo una madre se vuelve anoréxica con el nacimiento de un niño. Se trata de una joven que no puede alimentar a sus hijos. Con el primero, el amantamiento tuvo que ser interrumpido al cabo de dos semanas debido a que la madre padecía anorexia y no tenía leche. Tres años más tarde esperaba con ansia la llegada de su segundo hijo, los mismos trastornos reaparecen: vómitos, severa anorexia, depresión. Debido a que anhelaba ardientemente evitar tener que recurrir a una nodriza, la familia llama a Freud para que practique algunas sesiones de hipnosis. Aunque no fue muy bien recibido, en particular por el marido, el adormecimiento resulta fácil y la sugestión hipnótica es simple: "¡No tenga miedo! Usted será una excelente nodriza, no tiene nada en su estómago, su apetito es excelente, etc." Al día siguiente, todo parece estar en regla, pero luego los síntomas reaparecen y Freud efectúa una segunda y hasta una tercera sesión de hipnosis. La madre dice estar curada y durante 8 meses alimenta a su hijo. Pero un año después, tras el tercer parto, los mismos síntomas reaparecen. Nuevamente, se logra una curación aparentemente completa por sugestión bajo hipnosis y el bebé es alimentado a pecho (Raimbault y Eliacheff, 1991).

En el caso de Emmy von N. (1895) escrito en colaboración con Breuer en *Estudios sobre la histeria* Freud señala: "La anorexia de nuestra enferma ofrece el ejemplo más impactante de ese género de abulia. Si come un poco es porque los alimentos no le gustan y si no son de su gusto es porque la idea de comer se encuentra ligada desde su infancia a recuerdos repugnantes cuya carga afectiva no sufrió disminución alguna. Sin embargo, es imposible comer a la vez con placer y con asco" (citado en Raimbault y Eliacheff, 1991). En esta misma obra Breuer escribe sobre un muchacho de 12 años que bruscamente presenta signos de anorexia y de disfagia, acompañados de vómitos. La madre logra finalmente que confiese que "al volver del colegio ese día, entró en un baño público, donde un hombre le mostró su pene, mientras le exigía que se lo metiera en la boca. Horrorizado, logró escapar". Y Breuer agrega: "Para crear los fenómenos de anorexia, disfagia y vómitos, fue necesaria la acumulación de varios factores: una predisposición nerviosa, el espanto, la interrupción de lo sexual en el alma infantil bajo la forma más brutal y, como factor determinante, la representación repugnante" (Raimbault y Eliacheff, 1991).

En el "manuscrito G", Freud se refiere al aspecto depresivo de la anorexia. La neurosis alimenticia llamada anorexia puede compararse con la melancolía. La anorexia mental de las adolescentes, trastorno éste muy conocido, aparece, luego de una profunda observación, como una forma de melancolía en aquellos sujetos

cuya sexualidad está aún inacabada. La enferma, en este caso, afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre. Por lo tanto, hay pérdida del apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido (Raimbault y Eliecheff, 1991).

Posteriormente, con la obra de Alexander (1950), el padre de la "psicosomática psicoanalítica", la anorexia se incorpora al área de las *reacciones psicofisiológicas* que se traducen en palabras del sistema nervioso vegetativo lo descrito por Freud como *reacción de conversión* (Toro y Vilardell, 1987).

Aunado a lo anteriormente señalado por los psicoanalistas clásicos que insisten en la evitación de la sexualidad considerando a la autodesnutrición como rechazo del deseo de embarazarse, y al hecho de rehusarse a comer como una reacción de la conducta a las fantasías de la fecundación oral; también la amenorrea se ha considerado como una manifestación simbólica del deseo de estar embarazada (Norman, 1994). Asimismo, se podría interpretar también que lo que quieren decir estos autores de corte psicoanalítico es que el origen del problema se encuentra en conflictos sexuales no resueltos: el ayuno impide que la niña desarrolle un cuerpo de adulto y por lo tanto no tiene que enfrentar las cuestiones sexuales que implica el de ser mujer (Darley et al, 1990).

Por su parte, Jacques Lacan habla de la distinción entre necesidad, demanda y deseo, la cual es particularmente operativa: se trata de comprender la anorexia nervosa como, no que el niño no come sino que come nada. Lo que significa que, en la medida que ha sido colmada al nivel de las necesidades fisiológicas (a veces incluso antes de la necesidad). Es entonces que se vuelve vital comer "nada" con el fin de que se mantenga viva la dimensión del deseo (Raimbault y Eliecheff, 1991).

De esta forma, Lacan propone el concepto de *deseo insatisfecho*: un niño de pecho puede quedar satisfecho desde el punto de vista de su hambre, y, sin embargo, desde el punto de vista de su deseo permanecer insatisfecho. Ya no tiene hambre fisiológica, pero mentalmente conserva el apetito del deseo. Siendo para el psicoanálisis este apetito de deseo es un estado inherente al ser humano, ya sea que tenga unas horas de vida, ya se encuentre en los últimos años de su existencia. El deseo^{*} sería una aspiración jamás realizada, porque el fin buscado es un fin imposible, el del incesto. El deseo es siempre deseo incestuoso de poseer el cuerpo total de la madre (para el varón) o de tener un hijo del padre (para la niña), sin lograrlo jamás. El resultado es, pues, la insatisfacción. Cada vez que se utiliza la expresión "deseo insatisfecho", se trata del deseo incestuoso. Ahora bien, la insatisfacción del deseo incestuoso se traduce mentalmente, no por un vacío o por una carencia en el pensamiento, sino, al contrario, por una producción suplementaria, la de una alucinación mental. Es decir, la alucinación del seno es el sustituto de la posesión incestuosa del seno materno (Baravalle, 1993).

La paciente anoréxica rechaza este estado dúplice que se reconoce en el niño de pecho, satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. Quiere que la insatisfacción reine por todas partes, que sólo haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. La anorexia consiste en decir: "No quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto, -y no solamente el mío, sino también el de mi madre"- . La anorexia es ese grito contra toda satisfacción y es un mantenimiento obstinado de la insatisfacción. Es un sufrimiento típicamente histérico. Por ende, no hay peor actitud hacia una anoréxica que querer alimentarlo. Esto sólo reforzaría su protesta y su insistencia en conservar el deseo a cualquier precio, es decir, defender cueste lo que cueste el hecho de no estar satisfecho y querer así preservar su ser. Pues a los ojos de la anoréxica, lo que va contra el deseo es la satisfacción referente a la necesidad de alimentarse, pues cuanto más se sacie su hambre, menos podrá mantener despierto su deseo. La paciente no come porque en la relación con su madre -o quien cumpla ese papel- su deseo queda reducido a la necesidad, pues se le atiborra de comida -o de otros objetos- cada vez que se efectúa una demanda de amor (Baravalle, 1993).

El empleo de los tres órdenes de lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario permitió claramente a Lacan extraer una nueva perspectiva de la función paterna en el campo social y psíquico. En el campo social, la función paterna está inscrita en las leyes jurídicas que se aplican a la genealogía, la filiación y la alianza y, de una manera más general, al parentesco. En el campo psíquico, la función paterna se inscribe en cada sujeto, sea cual fuere la realidad que el padre encarna. En un sujeto él es el significante que representa a la Ley. Este significante es importante porque introduce la diferencia animalidad y la humanidad. La anoréxica cuestiona corporalmente tanto la transmisión social del parentesco como su transmisión psíquica dándole a cada padre (y no sólo a la madre) el sentido que puede tener para ellos el hecho de estar juntos y de haber traído al mundo a esa niña (Raimbault y Eliecheff, 1991).

* El vocablo "deseo" significa un impulso hacia el incesto (Baravalle, 1993).

Desde el punto de vista de González (1999) el deseo de ser alimentado (ésta es la definición de apetito) es una necesidad psicológica que el niño aprende a manejar como expresión de sus problemas. Muchos conflictos psicológicos y sociales van contra el apetito (el deseo de alimentarse) como una forma de manejarlos y superarlos.

Con la alimentación el lactante recibe una enorme cantidad de sensaciones y de emociones, que generan un fuerte vínculo afectivo por lo que el niño entra socialmente en el mundo. De tal modo, y de acuerdo con Melanie Klein, el niño ve en la madre un pecho bueno que lo alimenta y un pecho malo que no está presente cuando necesita del inmediato y perentorio deseo de ser alimentado (González, 1999). Este mismo autor concluye que el acto de comer, y no la comida misma, es lo que aprenden los niños que tiene poder de comunicación; los afectos y las emociones... La comida no sólo satisface el hambre y elimina el apetito del niño sino que también colma el deseo de ser amado y atendido. Si dichas necesidades no son satisfechas, el niño es capaz de arremeter contra el acto de comer (o sea contra la satisfacción del hambre y el apetito). Es mucho más poderoso en la cotidianidad de la vida el afecto que comer. Es como si el niño dijese: "*si no me quieres, no como*".

Continuando con la óptica neo-psicodinámica de M. Klein, ella dice que la postura defensiva extrema de la anorexia nervosa sugiere que un poderoso impulso subyacente garantiza esa estrategia (Gabbard, 1994). Ciertamente Boris (citado en Gabbard, 1994), notó que esa avaricia intensa forma el centro de la anorexia nervosa. Los deseos orales son muy inaceptables, no obstante, que ellos deben ser manejados con proyección. A través de la identificación proyectiva, la autorepresentación avariciosa, demandante es transferida a los padres. En respuesta al rechazo de los pacientes a comer, los padres llegan a obsesionarse con que el paciente coma o no; ellos se convierten en quienes tienen deseos. En una formulación influenciada por el pensamiento Kleiniano, Boris conceptualizó a la anorexia nervosa como una inhabilidad para recibir cosas buenas de los demás por el inusual deseo de poseer. Cualquier acto de recibir alimento o amor confronta a estos pacientes justamente con el hecho de que ellos no pueden poseer lo que desean. Su solución es no recibir nada de nadie. La envidia y la avaricia están íntimamente ligadas con el inconsciente. El paciente envidia las posesiones buenas de la madre: amor, compasión, crianza- pero no los recibe simplemente aumenta la envidia. Renunciando a ellos se refuerza la fantasía inconsciente de dañar lo que es envidiado, no como la zorra en la fábula de Esopo que concluyó que las uvas que no podía alcanzar estaban agrias. El paciente transfiere el siguiente mensaje: "No hay nada bueno disponible para mí que yo pueda poseer, así que simplemente renunciaré a todos mis deseos". Esta renunciación hace al paciente anoréxico el objeto de deseo de otros y, en su fantasía, el objeto de envidia y admiración, porque ellos están "impresionados" por su autocontrol. El alimento simboliza las cualidades positivas de ellos que el paciente desea para sí, estar esclavizado por el hambre es preferible a desear poseer la figura materna.

La mayoría de las formulaciones del desarrollo de la anorexia nerviosa están enfocadas en la diada madre e hijo. Bemporad y Rately (citados en Gabbard, 1994), no obstante, han observado un patrón característico de involucramiento paternal las hijas anoréxicas. El padre típico era superficialmente cuidadoso y un apoyo pero abandonaba emocionalmente a su hija cuando ella verdaderamente lo necesitó. Además, muchos padres de pacientes anoréxicas buscan alimento emocional de -en vez de darlo a- sus hijas. Ambos padres frecuentemente están experimentando una decepción seria en su matrimonio, llevando a cada padre a buscar sustento emocional de su hija. En términos psicológicos del self, la hija puede ser tratada objeto del self que provee un espejo y valida funciones para cada padre pero es negado su propio sentido de sí misma (Brumberg citado en Malson, 1998).

El comportamiento manifiesto de la autoaniquilación es un síntoma multideterminado. Es 1) un intento desesperado de ser especial y único, 2) un ataque en el falso sentido de autoexigencia por las expectativas de los padres, 3) una afirmación de un naciente self verdadero, 4) un ataque en una introyección materna hostil vista como equivalente al cuerpo, 5) una defensa contra la avaricia y el deseo, y 6) un esfuerzo para hacer que otros -en vez del paciente- se sientan avariciosos y desvalidos.

Los significados inconscientes de los síntomas anoréxicos enfatizan la relación simbólica e inconsciente entre el comer y la sexualidad. Se considera a la anorexia nervosa como una defensa neurótica contra el trauma sexual y como una manifestación de "un pobre ajuste heterosexual" (Brumberg, citado en Malson, 1998).

En los trabajos de Karl Abraham sobre las fases pregenitales del desarrollo trata de mostrar el origen de los trastornos alimentarios estudiando más detenidamente el tema del sadismo, la ambivalencia, la oralidad

(devorar/ser devorado, amar/destruir), de la culpabilidad específica del deseo de incorporación del pene paterno. *Las manifestaciones del complejo de castración en la mujer* (1920) y *La influencia del erotismo anal en la formación del carácter* pueden ser aplicados a una teorización de la anorexia mental señalando la equivalencia comer/estar embarazada y el placer del dominio anal en la anorexia. Todos estos elementos pertenecen a la naturaleza histórica. Sin embargo, en su *Estudio sobre el desarrollo de la libido* (1925) relaciona a la anorexia con la melancolía (Rimbault y Eliacheff, 1991).

Ana Freud (1936) en *Los mecanismos de defensa del yo*, sitúa a la anorexia mental de la joven en lo que denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de plano de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepubertad, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere (Rimbault y Eliacheff, 1991).

Jessner y Abse estudiaron el papel de los elementos preedípicos en la génesis de la anorexia de la adolescente. La no superación de la ambivalencia pregenital (ligada a una no separación de la madre) hace que esta ambivalencia imprima su marca sobre cualquier relación posterior. El sujeto se encuentra ante la imposibilidad de superar el Edipo. La pubertad reactiva este callejón sin salida y "la separación de la madre se vuelve tan peligrosa como la fusión con ésta. Se intenta una salida regresiva hacia la oralidad y la analidad con el fin de reparar tanto el objeto como el Yo" (Rimbault y Eliacheff, 1991).

En el Simposio de Göttingen en 1965 se concluyó que la anorexia mental tiene una estructura específica. El conflicto esencial se encuentra a nivel del cuerpo y no a nivel de las funciones alimenticias investidas sexualmente. Expresa una incapacidad de asumir las transformaciones propias de la pubertad (Rimbault y Eliacheff, 1991).

En opinión de Feldman y Meyer (citados en Shütze, 1983) la única causa de la anorexia sería una determinada situación conflictiva. En contra de la idea de que la enfermedad es causada por un traumatismo psíquico en las fases iniciales del desarrollo infantil, podría aducirse, por una parte, la ausencia de tal traumatismo en la anamnesis de las pacientes y, por otra, la falta de los mecanismos de represión que respectivamente deberían haberse instaurado en el curso ulterior de la enfermedad.

Por otra parte, Baravalle (1993) recomienda que es necesario estudiar en primer lugar los fenómenos que aparentemente se resisten al análisis, y la anorexia es justamente uno de esos fenómenos.

HILDE BRUCH

Durante las dos décadas pasadas, las contribuciones semiológicas de Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) han dado mucha luz para el tratamiento de la anorexia nerviosa. Ella observó que la preocupación por la comida y el peso es un acontecimiento relativamente tardío emblemático de un trastorno más fundamental en el autoconcepto. La mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa tienen una convicción extrema de que ellos son totalmente impotentes e inefectivos. La enfermedad comúnmente ocurre en "niñas buenas" que han dedicado su vida tratando de complacer a sus padres, sólo para que de repente se conviertan en obstinadas y negativistas en la adolescencia. El cuerpo es regularmente vivido como algo separado del self, como sin embargo éste perteneciera a los padres. Estos pacientes carecen de todo sentido de autonomía hasta el punto de que ellos ni siquiera se sienten en control de sus funciones corporales. La postura defensiva premórbida de ser una niña pequeña perfecta comúnmente es una defensa contra un profundo sentimiento subyacente de inutilidad. La anorexia nerviosa se desarrolla, en las propias palabras de Bruch (1987) como "un intento de autocuración, para desarrollar mediante la disciplina sobre el cuerpo un sentido de sí mismo y efectividad interpersonal. Los anoréxicos transforman su propia ansiedad y problemas psicológicos a través de la manipulación de la ingesta de alimento y el tamaño" (citada en Gabbard, 1994 p. 211).

Bruch rastreó los orígenes del desarrollo de la anorexia nerviosa hasta una relación trastornada entre el niño y la madre. Específicamente, la madre parece errar al niño más de acuerdo con sus propias necesidades que las del propio niño. Cuando el niño iniciado apunta a no recibir respuestas válidas y confirmatorias, el niño no puede desarrollar un sentido sano de sí mismo. Entonces, el niño se ve a sí mismo simplemente como una extensión de la madre, no como un centro de autonomía con su propio derecho. El niño no es percibido como un sujeto separado, sino como el "brazo derecho" de la madre (Gabbard, 1994). Así, ella determina que la respuesta de "hambre" es una conducta aprendida en la infancia y depende de las interacciones en la alimentación entre madre-hijo y precisamente éstas son las que determinan el reconocimiento de hambre más tarde. Esto es el punto de partida de la anorexia (Barber et al, 1995).

Bruch, entonces, entendió el comportamiento del paciente anoréxico como un esfuerzo frenético para ganar admiración y validez como una persona única y especial con atributos extraordinarios. Más recientemente, Bruch (1987) ha sugerido que el perfil clínico ha estado cambiando algo porque es más difícil para el paciente anoréxico sentirse único, dada la creciente prevalencia del trastorno y la atención de los medios en los trastornos de la alimentación de todo tipo. La enfermedad ha llegado a ser imbuida con un sentido de competencia para ser el más delgado o único (Gabbard, 1994).

Masterson (citado en Gabbard, 1994) notó una similitud entre las dinámicas de algunos pacientes anoréxicos y las de los pacientes con desórdenes de personalidad límite. Con falta de algún sentido de identidad, el niño desarrolla un falso self para complacer a la madre. La niña pequeña trata de ser la niña perfecta como una forma de reasegurarse a sí misma de que su madre no la abandonará. Este papel forzado causa un resentimiento que crece a lo largo de los años, no obstante, y el síndrome anoréxico se desarrolla como una escala completa de rebelión en donde el paciente intenta afirmar su verdadero self, que ha permanecido largamente latente y sin desarrollar. La autora describe a estas "niñas perfectas" con algunas citas bastante acertadas de los maestros de éstas: "*Cada uno de sus maestros me dijo, que gusto fue tenerla en el salón*"... "*Una niña tan dulce, tan inteligente sería difícil de encontrar*". En armonía total con las exigencias del medio, su divisa principal "*no ser buena, sino mejor*" (citada en Shütze, 1983). En estas niñas se desarrollan tempranamente trastornos en lo referente a su esquema corporal y funciones corporales. La posibilidad de analizar por sí mismas su cuerpo y sus propias decisiones ya se encontraban alteradas mucho antes del desencadenamiento de la sintomatología propia de la enfermedad; así como en sus relaciones con los demás (Bruch citada en Shütze, 1983).

En opinión de la autora, acontecimientos triviales o al parecer irrelevantes como, por ejemplo, "curas" de adelgazamiento, cambios en el medio o una infección gripal pueden servir como elemento desencadenante de un proceso psiquiátrico que, mucho tiempo antes, se ha iniciado en forma de anorexia mental (Shütze, 1983).

Según Bruch, los padres de la anoréxica son sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa (Hersovici y Bay 1990).

De este modo fue como Bruch propuso que la auto-inanición en la anorexia nervosa estaba representada por una lucha por la autonomía, la competencia, control y respeto a sí mismo. De acuerdo con este punto de vista, la falla de la madre para reconocer y confirmar la expresión del niño de necesidades independientes da como resultado una confusión interna, expresada en tres áreas sobrepuestas de distorsión perceptual/conceptual, que son patognomónicas en la anorexia nervosa. Estas son 1) la distorsión de la imagen corporal, caracterizada por una tendencia a sobrestimar el tamaño del cuerpo; 2) la distorsión interoceptiva, reflejada por una inhabilidad para identificar adecuadamente y responder a sensaciones internas, como el hambre, la saciedad, estados afectivos, y sentimientos sexuales; y 3) todos los sentimientos difundidos de ineffectividad, reflejados en los sentimientos de pérdida de control (Bruch citada en Garner y Garfinkel, 1997).

El rechazo a comer en sí mismo provoca cambios mareados. Muchos síntomas incluidos tradicionalmente en la descripción clínica - como el comportamiento deshonesto, negativista, y manipulador - se desarrollan como una consecuencia del pánico y la lucha que despierta "una huelga de hambre" en una familia (Bruch, 1970).

En resumen, Bruch define a la anorexia nervosa como un intento individual desesperado para ganar competencia y sentido de control, puesto en contra antecedente de rigidez conceptual, un sentido de ineffectividad y un trastorno en la conciencia interoceptiva (citada en Button, 1993). Lo anterior lo observó en 37 pacientes (32 mujeres, 5 varones) en quienes el tema principal reconocido fue precisamente una lucha por el control, para poseer un sentido de identidad y efectividad con una imparable persecución por la delgadez como un escalón final en este esfuerzo. Ellos no estaban preocupados principalmente por el comer, sin embargo desarrollaron los hábitos alimenticios más ruros en el curso de su enfermedad. Muchos cayeron en ataques enojados con vómito subsecuente. Ellos representan el grupo de pacientes con anorexia nervosa primaria - de la cual se habla más adelante - (Bruch, 1970).

Entonces, sería todo esto desemboca en una inhabilidad para identificar y responder adecuadamente a señales internas, como las que están asociadas con emociones, hambre y saciedad. Existe un déficit primario de un sentido abrumador de ineffectividad el cual se traduce en un intento de alcanzar el control a través de la autoinanición (Bruch citada en Button, 1993).

Los déficits mostrados por el anoréxico ocurren porque los padres imponen sus propios deseos ignorando las necesidades de los niños (Bruch citada en Button, 1993). De esta forma, ella define al apetito como una función que se aprende, la cual debe surgir de la estrecha relación madre-hijo en las fases iniciales del desarrollo. En las pacientes anoréxicas se produciría un cierto trastorno en este proceso de aprendizaje que, en realidad, no se manifestaría en la infancia, sino únicamente en la pubertad y en forma de trastorno de la ingesta (Bruch citada en Shütze, 1983).

Bruch considera que el trastorno fundamental es el de la imagen corporal. Pero, para MacLeod, ese trastorno es secundario con respecto a las perturbaciones de la percepción interoceptiva y de autonomía, acompañadas de un sentimiento que se impone, de impotencia y de imposibilidad de expresar un deseo propio, lo que ocurre desde la infancia (Raimbault y Eliacheff, 1991). Señala también, que al valorizar la delgadez, de la silueta, la moda es responsable de la epidemia de la anorexia.

Concretamente, la anoréxica sería una joven con unos padres permanentemente en competencia por sacrificarse por su hija. Al propio tiempo le plantearían unas exigencias muy extremas, difícilmente realizables, especialmente en lo que concierne al aspecto físico, el comportamiento general y el rendimiento (léase éxitos). Los problemas específicos que conducirían ulteriormente a la anorexia se iniciarían, claro está, en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo. La madre, en estos casos, no reaccionaría coherentemente a los estados de privación y saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de sus sensaciones internas. Bruch hace especial hincapié en la errónea discriminación de la "conciencia de hambre", entendida como el reconocimiento de ciertas sensaciones y cogniciones que se experimentan en la privación de alimento y a ella se asocian (Toro y Vilardell, 1987).

De acuerdo con la clasificación de Bruch, se precisa e insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, ésta última relacionada con una enfermedad psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio de envenenamiento (en la esquizofrenia), la depresión grave, etc. (Guillemot y Laxenaire, 1994). La misma Bruch crea el concepto de anorexia nervosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno principalmente depresivo. Esta la describe como forma caracterizada por importante pérdida de peso de origen psicógeno, siendo ésta una consecuencia no buscada directamente por el paciente (Caparrós y Sanfeliú, 1997). Estos otros tipos de anorexia atípica o anorexia secundaria son los siguientes: por ejemplo, en un grupo de 14 pacientes (12 mujeres y 2 hombres), la preocupación primaria era con la función de comer, la cual era usada en varias formas simbólicas sin un patrón específico. La pérdida de peso fue incidental a algún otro problema, y era con frecuencia preocupación o valorada sólo secundariamente a su efecto coercitivo. Estas formas inespecíficas varían considerablemente según la gravedad de la enfermedad y la accesibilidad del tratamiento. En algunos pacientes los conflictos de histeria conversiva y otras neurosis, se pudieron ver, y en los otros hubieron síntomas de reacciones esquizofrénicas. La mayoría habían estado enfermos desde hace mucho tiempo y parecían engañosamente como pacientes con una verdadera anorexia nervosa. Estos otros casos que parecían una verdadera anorexia nervosa Bruch los nombró como según era el caso de cada uno: anorexia psicónerótica, pseudoanorexia nervosa y anorexia en la esquizofrenia (Bruch, 1970).

Según Bruch (1973), sólo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se deben diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria (citada en Guillemot y Laxenaire, 1994).

La anorexia reposa, de acuerdo con Bruch (1962) sobre un desorden de tipo perceptual y conceptual, y sobre una negación del cuerpo y sus deseos. Hace de la anorexia una entidad nosológica específica, una forma especial de la esquizofrenia y la distingue de las formas pseudoanoréxicas. Las características son: a) rechazo de la alimentación con la finalidad de conseguir la autonomía por medio del control del cuerpo, b) la psicopatología puede ser aquella de la neurosis o de la esquizofrenia border-line (problemas cognoscitivos principalmente), y c) perturbaciones de la imagen corporal y en la interpretación de los estímulos del cuerpo (que se explican más abajo) (Unikel, 1998).

De hecho, Bruch (1970) se inclina por la opinión de Palazzoli de que la verdadera anorexia nervosa debe ser clasificada estando en la mitad entre la esquizofrenia y la depresión (entre la posición esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein) (Unikel, 1998).

Anorexia nervosa primaria

Este término acuñado por Bruch (1970), lo explica señalando que el síndrome primario es sorprendentemente uniforme, según las observaciones hechas en su grupo de 37 pacientes clasificados como pertenecientes a esta categoría. Fueron reconocidas tres áreas de funcionamiento psicológico desordenado.

A) Trastorno de la Imagen Corporal y Concepto Corporal

El primer síntoma relevante en el trastorno de la imagen corporal y del concepto corporal de proporciones alucinatorias. De importancia patognomónica para la anorexia nervosa es la ausencia de preocupación, el vigor y la obstinación en la cual la terrible emaciación es defendida como normal y correcta. La verdadera anoréxica es identificada por su apariencia de esqueleto, niega su anormalidad, y la mantiene activamente, en contraste con otras personas que no comen quienes deploran la pérdida de peso.

Los pacientes con anorexia pueden subir de peso por varias razones. Sin el cambio correctivo en la imagen corporal, la mejoría sea probablemente una remisión temporal.

B) Trastorno del Reconocimiento de Estímulos o distorsiones interoceptivas

Estos pacientes poseen una percepción errónea o interpretación cognitiva inadecuada de los estímulos internos. Lo más importante es la falla en la interpretación de las señales interoceptivas que indican una necesidad nutricional. La conciencia del hambre y del apetito en su sentido común parece estar ausente. El resentido relato del paciente de "Yo no necesito comer", es probablemente una expresión adecuada de lo que él experimenta todo el tiempo.

Bruch (1970) señala que han existido interminables discusiones sobre si estos pacientes son verdaderamente anoréxicos sin el deseo del alimento- o si ellos reprimen sus sensaciones de hambre u obstinadamente fallan en llevarlas a cabo. La información en detalle al respecto puede no estar disponible que se haya logrado un progreso terapéutico considerable, cuando las sensaciones corporales empiecen a reconocerse más distintamente. Frecuentemente el primer descubrimiento no será en el área nutricional sino en la percepción de otras sensaciones corporales.

No solamente existe una restricción drástica en la ingesta de alimento, sino que los hábitos alimenticios en general se desorganizan, con preferencias y anhelos peculiares. La ausencia del deseo por la comida frecuentemente alterna con impulsos incontrolables de atracarse uno mismo, seguidos de vómito autoinducido. La falta de control experimentada durante estos atracones es horrorizante para el paciente. El paciente expresa esto como, "No puedo atreverme a comer. Si solo le doy una mordida, temo que no podré ser capaz de parar". Los pacientes que se consideraba que tenían pseudo-anorexia nervosa no tuvieron esos episodios de bulimia.

En la batalla contra la obesidad y en un esfuerzo por quitar toda la comida no deseada del cuerpo, muchos pacientes recurren al uso de laxantes, enemas, o al vómito autoinducido. Aunque la necesidad urgente de mantener el peso bajo esté dada como el motivo, otros aspectos deben ser considerados a saber, aquí también juegan un papel los trastornos en la conciencia cognitiva de las sensaciones corporales y la integración (Bruch, 1970).

Bruch atribuye una predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del cuerpo (Hersovici y Bay, 1991).

Hiperactividad

Otra manifestación característica de la falsa conciencia de los estados corporales es la hiperactividad- una negación de la fatiga -. Usualmente la hiperactividad aparece antes de la fase de inanición. A veces ha existido un interés mayor en el ejercicio y en los deportes; en otros casos las actividades parecen estar desorientadas- por ejemplo, caminar más, otro tipo de ejercicios, rehusarse a sentar, o literalmente correr alrededor en círculos. Los pacientes que continúan en la escuela invierten largas horas en sus tareas, intentan tener calificaciones perfectas.

El impulso por la actividad continúa hasta que la emaciación está muy avanzada. Para este entonces la cantidad actual de ejercicio puede no ser grande pero parece importante, pues la lassitud, la fatiga y la evitación de cualquier esfuerzo característicamente acompañan a la privación crónica alimenticia. Al contrario, la anorexia nervosa se caracteriza por un sentimiento subjetivo de no estar cansado y de querer hacer cosas. Este sentido paradójico de alerta debe ser considerado como una expresión de trastornos conceptuales y perceptuales en la conciencia de cuerpo.

Se puede tomar en cuenta también la falla de la función sexual y la ausencia de sentimientos sexuales como en disminución dentro de esta área de deficiencia conceptual y perceptual. Estos trastornos también preceden a la fase de inanición y casi siempre continúan después de la restitución nutricional.

Además de la falla para reconocer las condiciones corporales, una deficiencia marcada en la identificación de estados emocionales debe ser mencionada. Estos pacientes están limitados en la habilidad de reconocer reacciones emocionales, ansiedad, y otros sentimientos; hasta sentimientos depresivos severos pueden permanecer enmascarados por un largo tiempo (Bruch, 1970).

En conclusión, en general habrá que considerar la hiperactividad y la fatiga como expresión de la perturbación, a un tiempo conceptual y perceptiva, de la conciencia corporal (citada en González, 1999).

C) Sentido de Inefectividad o ineficacia personal

La tercera característica es un sentido paralizante de ineffectividad. Los pacientes anoréxicos se ven ellos mismos como actuando solo en respuesta a demandas que vienen de otras personas o situaciones, como no haciendo nada por que ellos quieren. Mientras que las primeras dos características son fácilmente detectables, el tercer defecto está enmascarado por un negativismo enorme y una resistencia obstinada. Esta forma indiscriminada en la cual estos pacientes rechazan demandas comunes de vivir sugiere un encubrimiento desesperado de un sentido indiferenciado de incapacidad, es un paralelo generalizado al miedo de dar solo una mordida no sea que se pierda el control totalmente.

La importancia capital de la tercera característica fue reconocida durante el curso de una intensa psicoterapia. Una vez definido, puede ser fácilmente identificado tempranamente en el tratamiento. Si el terapeuta comunica su conciencia del sentido de incapacidad del paciente sin insultar su autoestima frágil, un involucramiento terapéutico significativo llega a ser posible, evitando la lucha de poder exhaustiva o esfuerzos inútiles en la persuasión que casi siempre caracterizan al tratamiento de estos pacientes (Bruch, 1970).

Los pacientes anoréxicos se perciben a si mismos como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, como no siendo los dueños de sus propios cuerpos, como careciendo de un centro de gravedad. Por el contrario, se sienten bajo la influencia de fuerzas externas. Este sentimiento de ineffectividad y consiguiente déficit de identidad personal pueden dar cuenta de dificultades mayores cuando la persona carece de la orientación concreta de sus padres o cuando se ve expuesta a situaciones en las que hay nuevas demandas (Hersovici y Bay, 1991).

El descubrimiento de ineffectividad tan profundamente situada fue sorprendente para Bruch (1970) y pareció estar en contraste del desarrollo temprano de estos pacientes quienes, de acuerdo con los reportes iniciales de los padres, parecían estar libres de dificultades y problemas en un grado fuera de lo común. Los pacientes fueron descritos como haber sido niños sorprendentemente buenos y callados, obedientes, limpios, con ansias de complacer, útiles y precozmente dependientes, y sobresalientes en el trabajo escolar. Ellos fueron el orgullo y la alegría de sus padres, y cosas grandes eran esperadas de ellos. No obstante, la necesidad de una confianza en si mismos para ser independientes que conforta a todo adolescente parece causar un conflicto insoluble después de una niñez de obediencia casi de robot. Ellos carecen tanto de conciencia de sus propios recursos, como de confianza en sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. La fachada obstinada, negativista oculta un déficit de iniciativa y de autonomía.

La autora concluye señalando que la anorexia nervosa que ella ha descrito no es meramente una anomalía en la ingesta de alimento o en la regulación del peso sino como un desorden que involucra trastornos en el desarrollo de la personalidad. La enfermedad manifiesta es un paso tardío en la lucha desesperada de un sujeto para adquirir un autoconcepto adecuado, un sentido de control sobre su cuerpo y su vida.

En retrospectiva muchas señales del apuro del niño pueden ser reconocidas, pero éstas han sido sobrepasadas hasta que los síntomas desesperados fuerzan la atención y la acción. Hasta entonces, los padres enfatizarían la normalidad de su vida familiar y la superioridad del hijo enfermo sobre sus hermanos. Sólo raramente se ha prestado alguna atención a las señales de alerta de que el hijo bien equilibrado, quien ha satisfecho sus sueños y ambiciones, estaba yendo rumbo a la banca rota emocional. La evidencia de la ignorancia de las necesidades y emociones del paciente se pueden aún reconocer en las transacciones familiares en marcha después de que la enfermedad se ha desarrollado. Uniformemente, los padres se enfocarían en la pérdida de peso como el único síntoma y en el molesto valor de la enfermedad.

Estos pacientes han sido niños bien cuidados para quienes las cosas estaban hechas y que les han sido ofrecidos los privilegios y ventajas del cuidado infantil moderno. Sin embargo, la confianza en sus propios

recursos internos, o decisiones autónomas han sido impedidas. Un modo sumiso complaciente era su forma de vida en su niñez, convirtiéndose eventualmente en negativismo indiscriminado, el motivo de su propio comportamiento después de la enfermedad se llegó a hacer manifiesto, cuando la vida demandó más de ellos que obediencia conformista.

Por otra parte, las madres son casi siempre mujeres de éxito, de logros, o mujeres con carreras frustradas en sus aspiraciones, quienes parecen estar conscientes de su concepto de la maternidad. Ellas parecen estar subordinadas a sus esposos en muchos aspectos, y aun verdaderamente no los respetan. Su necesidad de tener su concepción vida perfecta permanente domina la vida familiar y es sobre impuesta a los pacientes, incluyendo un control completo sobre sus funciones corporales y estándares de funcionamiento.

Los padres, a pesar del éxito financiero y social que es casi siempre considerable, se sienten en algún sentido los "segundos mejores". Están enormemente preocupados por las apariencias externas en el sentido físico de la palabra, admirando el estar en buena condición y la belleza; también esperan una conducta adecuada y logros que se puedan medir de sus hijos.

El análisis del patrón transaccional entre el padre y el hijo revela que el niño necesita alcanzar un sentido adecuado de efectividad a través del significado sutil de señales ignoradas emanadas del niño con respecto a sus necesidades y un adecuado cuidado sobreimpuesto, el cual garantiza aparentemente un desarrollo normal de acuerdo a la concepción de la madre.

Sin embargo, la privación de la secuencia regular de la incomodidad experimentada, señal, respuesta apropiada y la satisfacción sentida ejercen una desorganización profunda en el aprendizaje esencial temprano, dando por resultado una conciencia desordenada de la función corporal y un concepto corporal errónea. Si las respuestas a las señales tempranas del niño son continuamente inapropiadas o contradictorias, el niño fallará en desarrollar un sentido de posesión de su propio cuerpo. Éste, sentirá, en cambio, que él no está en control de sus funciones, faltándole casi siempre una conciencia de vivir su propia vida, y estará convencido de la ineffectividad de todos los esfuerzos y empeños. Los pacientes con anorexia nervosa abordan la vida con esta orientación básica psíquica. Este patrón transaccional no es específico para la anorexia nervosa; es la matriz en donde se desarrolla como una manifestación tardía después de que otros esfuerzos para alcanzar una identidad autónoma han fracasado (Bruch, 1970).

Con el fin de resumir estos aspectos modulares de la psicología de la anorexia nervosa, entonces, según Bruch (1962), se puede decir que existe una *percepción errónea característica de los indicios corporales internos*, con incapacidad para reconocerlas manifestaciones de la privación de los nutrimentos como el ejemplo más pronunciado, y un *trastorno de la imagen corporal* que hace que las afectadas se consideren obesas aunque estén extremadamente delgadas. Estas deformaciones cognoscitivas y de percepción intensifican el *sentido de ineffectia personal* y refuerzan la necesidad de seguir buscando la delgadez con objeto de conservar el autocontrol (citada por Norman, 1994). [Las cursivas son mías].

Dicho de otra forma, la anorexia nervosa primaria tiene las siguientes características distintivas:

1. Imagen corporal distorsionada, con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo (Barcia y Ruiz, 1997; Caparrós y Sanfeliú, 1997).
2. Incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre, aunque también esta dificultad se extiende a otros estados emocionales.
3. Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo sino de la demanda externa (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Cabe resaltar que la autora incorpora a su enfoque del trastorno las etapas de evolución cognitivas postuladas por Piaget. Partiendo de los procesos de acomodación y asimilación como motores sustantivos del desarrollo cognitivo, defiende que la anoréxica experimenta un déficit de comportamientos iniciados por ella misma lo que la deja a merced de la influencia ambiental. De ahí una gran parte de su supuesto sentimiento de ineffectia. Asimismo, la anoréxica no pasaría a la etapa de operaciones abstractas, manteniéndose dentro de un estilo de pensamiento concreto y egocéntrico. Este déficit cognitivo, junto con la dificultad para reconocer los estados internos, determinaría la vulnerabilidad para la anorexia nervosa en una época, la adolescencia, de elevadas exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol (Toro y Vilardell, 1987).

Con relación a la bulimia se dice que un perfil clínico de la ésta puede ser observado en pacientes diferentes estructuras de personalidad vastas, desde psicóticas pasando por limitrofes hasta neuróticas (Wilson citado en Gabbard, 1994). La anorexia y la bulimia son esencialmente lados opuestos de la misma moneda (Mintz citado en Gabbard, 1994). Mientras que el paciente anoréxico está caracterizado por una gran fuerza del ego y un gran control del superego, el paciente bulímico puede sufrir de una inhabilidad generalizada para retrasar la descarga de impulsos, basada en un ego debilitado y en un superego laxo. Los atracones y las purgas usualmente no son problemas aislados de impulsos; estos coexisten típicamente con relaciones sexuales impulsivas, autodestructivas y con el abuso de varias drogas (Gabbard, 1994).

Freud habla muy poco sobre este trastorno, pero según su enfoque, señala que los bulímicos acuden a la comida para saciar el hambre psicológica de afecto y apoyo que no encuentran en el hogar (Humphrey citado en Papalia y Wendkos, 1992).

Mintz (1988) ha observado que los pacientes pueden cambiar de anorexia a bulimia cuando los impulsos para atracarse finalmente sobrevienen y desgastan los mecanismos de defensa como son la represión y la negación. Las relaciones objetales del paciente bulímico pueden ser el otro lado de ellas también de los pacientes anoréxicos. Los pacientes bulímicos típicamente utilizan las relaciones interpersonales como una manera de provocar daño o castigo desde fuentes externas, mientras que los pacientes anoréxicos tienden a retirarse de las relaciones interpersonales. Mintz explicó la fuente del paciente bulímico como su necesidad de castigo como un enorme reservorio de agresión inconsciente dirigida hacia las figuras parentales. Esta rabia es desplazada hacia la comida, la cual es entonces canibalísticamente destruida. Ni los pacientes anoréxicos ni los pacientes bulímicos pueden regular sus relaciones satisfactoriamente, así que ellos también desplazan los conflictos en las relaciones hacia la comida. El paciente anoréxico mantiene el control sobre sus sentimientos agresivos hacia la gente refusing a comer, mientras que el paciente bulímico destruye simbólicamente e incorpora a la gente atracándose (Gabbard, 1994).

Los autores que han estudiado los orígenes del desarrollo de la bulimia nerviosa han identificado una gran dificultad con la separación en los padres e individualmente en el paciente. Un tema común en la historia del desarrollo de los pacientes bulímicos es la ausencia de un objeto transicional, como por ejemplo, un pacificador o una cojita, para ayudar al niño a separarse psicológicamente de su madre (Goodsitt citado en Gabbard, 1994).

Esta lucha del desarrollo para separarse, en cambio puede ser jugada utilizando el cuerpo en sí mismo como un objeto transicional (Sugerman y Kurash citados en Gabbard, 1994), con la ingestión de la comida representando un deseo de una fusión simbiótica con la madre y la expulsión de la comida en esfuerzo por separarse de ella. Como las madres de los pacientes anoréxicos, los padres de los niños que crecieron para ser bulímicos, frecuentemente se refieren a sus hijos como extensiones de ellos mismos (Humphrey y Stern citados en Gabbard, 1994, Strober y Humphrey citados en Gabbard, 1994). Estos niños son utilizados como objetos para validar el self de los padres.

Por otra parte, Guirao (1967) nombra a la bulimia como *disorexia*. Manifiesta que en dicho trastorno existe preocupación extrema por el peso, aunado a conflictos psicodinámicos, resultado de una fijación oral y a la falla en el desarrollo de una sexualidad madura (Unikel, 1998).

En concreto, las teorías psicodinámicas insisten en la naturaleza simbólica de las comilonas como manifestaciones de satisfacción de los deseos sexuales y agresivos. Por lo tanto, la desaprobación de sí misma y los vómitos autoinducidos después de las comilonas podrían representar autocastigo inducido por los remordimientos a causa de las transgresiones fantasmáticas.

Se ha observado también que el ciclo de las comilonas y vómitos puede representar una aceptación ritual, seguida por rechazo, de objetos amados simbólicos. Por lo tanto, la bulimia quizá representa un intento por controlar el ambiente externo. Los pacientes bulímicos suelen tener poca autoestima, y quizá los vómitos representen una purga simbólica de los malos aspectos de sí mismo. Los pacientes bulímicos tienden a dar excesivo valor a la imagen corporal, y a menudo tienen relaciones objetivas alteradas que se recapitulan en sus conductas alimentarias (Norman, 1994).

En muchos casos, entonces, los pacientes bulímicos concretizan los mecanismos de las relaciones objetales de introyección y proyección. La ingestión y expulsión de alimento puede reflejar directamente la introyección y proyección de los objetos agresivos, o "malos". En muchos casos, este proceso de división

es además concretizado por el paciente. Ella puede reconocer la proteína como alimento "bueno", que es por lo tanto retenido que purgado, y los carbohidratos o comida chatarra son alimentos "malos", los cuales son consumidos en una enorme cantidad, solo para ser vomitados. En la superficie, esta estrategia de manejar la agresión puede ser forzada -la expulsión del mal en forma de vómito deja al paciente sintiéndose bien. No obstante, el sentimiento residual de "bienestar" es inestable porque está basado en la división, negación, y proyección de la agresión en vez de en la integración de lo malo y lo bueno (Gabbard, 1994).

Otras aportaciones

Por su lado, Crisp (1967, 1980) explicó que la psicopatología central de la anorexia nervosa tiene su raíz en experiencias biológicas y psicológicas acompañadas de la obtención de un peso adulto. De esta forma, la anorexia nervosa es un intento de enfrentar miedos y conflictos asociados con la madurez psicobiológica. El hacer dieta y la consecuente inanición se convierten en los mecanismos por medio de los cuales el paciente regresa a una silueta, estatus hormonal y experiencia prepuberales. Crisp enfatizó consistentemente el significado del peso subpuberal en términos del desarrollo y señaló que para fines psicoterapéuticos existía una necesidad de volver a nutrir a los pacientes para permitirles confrontar los aspectos dinámicos que lo han llevado a su fobia al peso corporal adulto como parte de un proceso de manejar estrategias alternativas de enfrentamiento (Crisp citado en Garner y Garfinkel, 1997). La anorexia sería una respuesta de evitación a los conflictos emocionales post-puberales (Unikel, 1998).

El tiempo de inicio típico de los trastornos de la alimentación alrededor de la adultez temprana es el tema principal para Crisp (1967, 1980) en su teoría sobre la anorexia nervosa, donde ésta representa un tipo de evitación fóbica a la maduración sexual, la cual sirve para proteger al sujeto de los disturbios que pueden acompañar a la adolescencia, enfatiza la preocupación por el cuerpo como el tema central y, como se mencionó, él llama a esta condición como "fobia al peso" (Bruch, 1970; Button, 1993). Es bien sabido que la adolescencia está frecuentemente marcada por un grado de angustia psicológica. Existe también evidencia considerable que una baja autoestima está íntimamente asociada a una insatisfacción corporal en este grupo de edad, particularmente en las mujeres. De este modo, las adolescentes o adultas jóvenes quienes poseen baja autoestima pueden ser altamente propensas a volcarse hacia el control de peso, a través de igualar la delgadez con un mayor éxito social.

Según Crisp, la patología central es el deseo de evitar las consecuencias psicobiológicas de la madurez.

Por lo tanto, tanto Bruch como Crisp, de este modo, sugieren que en los síntomas principales subyacentes de la anorexia nervosa existen déficits más fundamentales que hacen al sujeto incapaz de enfrentar efectivamente las demandas de la vida adulta (Button, 1993).

Russell (1970) ha reconocido una presentación variable de la anorexia nervosa y enfatizó que el miedo premórbido a engordar es la patología central del trastorno. Enfatizó la necesidad de corregir el estado de inanición para corregir la autoperpetuación del síndrome (Garner y Garfinkel, 1997).

En otro aspecto, Baba (1976) hace hincapié en que no se trata de que la anoréxica rechace los nuevos roles de la edad adulta, sino más bien de una incapacidad para asumirlos (Shütze, 1983). Así, como tampoco debe entenderse a la anorexia como un deseo de muerte (Löeffler citado en Shütze, 1983), sino que más bien como una incapacidad de vivir con un cuerpo con actividad sexual.

El ideal del anoréxico no es la muerte, sino una existencia espiritual, una vida sin cuerpo y sin necesidad de nutrición. Con el ayuno se acaba el desarrollo sexual somático -desaparición de los senos y de las menstruaciones- y con esto se sale al paso de las connotaciones sexuales que conlleva (Meyer, Müller, Westack citados en Shütze, 1983). Sin embargo, Meyer (1961) y Löeffler (1955) interpretan la extrema restricción alimenticia, apasionada y fanática, como expresión del instinto de muerte de las pacientes, es decir, de sus deseos de morir (Shütze, 1983).

El cuerpo de la anoréxica es verdaderamente flaco, lo que implica un especial modo de ser, un encontrarse, en donde se niega la plenitud de la vida, que es privada del gusto y es visto negativamente. Las anoréxicas no están delgadas, están flacas, es decir magras, que significa secas y áridas. Las pacientes anoréxicas no aman, no quieren la delgadez de su cuerpo respecto a las ventajas en cuanto a la salud, rendimiento o

estética, sino en cuanto es expresión de un modo de ser, de una peculiar manera de entender la existencia, como una forma de fisonomía (Barcia y Ruiz, 1995).

En este cuerpo, señalan Kestenberg y Decodery son negadas las zonas erógenas (citados en Barcia y Ruiz, 1995). Las anoréxicas tienen temor a "rellenar" su cuerpo; según Merdardo "no quieren saber nada de la carne", que rechazan con un sentimiento de suciedad y pecado. Así pues, la paciente anoréxica aparece con una patología ligada a la necesidad de rechazo y negación del gusto. No son cálidas, ni saben despertar calor en los demás y carecen de la frescura y alegría que debería corresponderles por sus años (Barcia y Ruiz, 1995).

Por otro lado, Leibrand (1939) fue uno de los primeros en considerar como causa fundamental de la anorexia los problemas del desarrollo. Escribe que la anorexia es ocasionada por un miedo fundamental, el de pasar a ser un adulto, el cual condiciona su tendencia a refugiarse en una infancia imaginaria. Con el ayuno intentan obstaculizar, detener el curso inquietante del desarrollo, no caminar corporalmente, detenerse (Barcia y Ruiz, 1995; Shütze, 1983). Von Wietzsacker habla de la anorexia como una forma de negación a madurar, a ser adulto y Kuhn de un trastorno de "no querer ser" (Barcia y Ruiz, 1995). Sobre el fondo de las dificultades propias de la pubertad como marco del conflicto, se añadiría, como verdadera causa del mismo, una temprana vivencia infantil traumática (Thöma citado en Shütze, 1983).

Thöma (1961) considera que las anoréxicas presentan una alteración en las relaciones con su madre amiga-, al mismo tiempo bondadosa y hostil, y en los conflictos que tal ambivalencia desencadena (Shütze, 1983). Esto es, que la anorexia es un problema de la conducta debido a la ambivalencia oral que traduce una falla del proceso de desarrollo, rol de las experiencias traumáticas de la infancia (Unikel, 1998).

El mismo Thöma señala que en la crisis de la adolescencia, al no coincidir el ideal del Yo con el corporal, esto les lleva a desear un cuerpo asexuado, que viven con culpa, por lo que estas enfermas tienen la proximidad emocional, la ternura, el contacto físico y son incapaces de dar y de recibir. El cuerpo es entonces objeto de agresiones por lo que debe parecerse lo menos posible al cuerpo femenino seductor y fuente de placer, por lo que no debe ser alimentado, porque hacerlo significaría la posibilidad de recuperar el gusto por lo placentero que es lo que ellas rechazan (Barcia y Ruiz, 1995).

Para Thöma la pubertad le confiere a la enfermedad una nota especial, el aspecto y el sintoma dependerán de la calidad y de la cantidad del contenido inconsciente que amenaza al Yo, así como de la elección de mecanismos de defensa que entran en juego. La anoréxica teme al impulso y a la realidad: el temor de satisfacer el apetito parece mayor que el de morir de hambre (citado en González, 1999).

González (1999) comenta que la adolescente está muy atenta a lo corporal porque su cuerpo cambia, porque su cuerpo es objeto de sensaciones, es objeto del interés de los demás y de sí misma, a lo que puede negarse y poner en juego frente a ello lo que aprendió en su niñez, quizá a dominar todo a través de la voluntad. Por eso se dice que las anoréxicas suelen ser jóvenes triunfadoras en los estudios, modositas e inteligentes, voluntariosas y ordenadas, aunque los que están a su alrededor nunca pudieron imaginar que llegaría a la anorexia. La anorexia así entendida se establece como un reto de la voluntad frente a sí misma y probablemente como el ideal de un logro (la estética del cuerpo), además del disfrute que supone no comer, así, esto puede actuar como un factor desencadenante.

El período de la adolescencia es el momento más propicio para que todo un mundo de impulsos inhibido durante la niñez (o controlado por la psique) aflore ahora con gran energía, y en el caso de la mujer adolescente, intente fijarlas sobre conductas como la alimentación, haciendo de ello la expresión simbólica de ese cambio que supone la metamorfosis del paso de niña a mujer, en la que la fuerza del inconsciente puede atenuar de alguna manera un comportamiento como es el de comer (González, 1999).

González (1999) agrega que el utilizar la comida como vehículo de expresión tanto para dispersar la angustia que puedan producir los cambios de la adolescencia, como la negación a aceptarlo son manifestaciones posibles de la personalidad. La anorexia, en la adolescencia, es un fenómeno más propicio que parezca en este período que en otras edades. El trastorno se da en muchas adolescentes precisamente como una posición de extrema inmadurez. Como un posicionamiento inmaduro ante todo lo que les rodea, pueden incluir su mundo de sentimientos y afectos así como la aspiración de sus logros. El trastorno puede llegar a producirse a través de un proceso de ansiedad motivado por el mundo interior de la persona y la expectativa que posee sobre la realidad externa; así como de la presión que recibe del exterior.

Por lo tanto, el autor concluye que la anorexia en cualquiera de sus vertientes, da igual las acusas que la produzcan, es un mecanismo de inmadurez de la personalidad. La inmadurez, eso sí, puede acentuarse por causas sociales y culturales.

Sours, por su parte, pone en evidencia la insistencia de los padres en controlar todo placer, así como la importancia otorgada a las actividades de control de esfínteres. Los cuidados son los adecuados y se llevan a cabo sin placer alguno. La madre anticipa las necesidades de su hijo, al tiempo que se defiende de sus propios fantasmas de restricción alimenticia o, de sus deseos de incorporación canibal. El niño se convierte en "un pretendiente y un denegador". Luego, la rivalidad con la fratria, las separaciones de la madre y la competencia edípica ponen en peligro la relación simbólica y precipitan la regresión (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Brone y Fisher (1988) plantean un asunto muy similar a las concepciones de Bruch, esto es, que muchos de los adolescentes anoréxicos emergen desde la infancia con varios obstáculos como: sentimientos de incapacidad, de dependencia y de falta de autodirección. Están menos alerta introspectivamente y sienten una falta de control hacia su propio cuerpo, por lo que recurren al mal uso de la alimentación en el intento de negociar los conflictos relacionados con la separación de sus familias (citados en Barber et al, 1995). La dinámica que se da en el adolescente anoréxico es la de declarar su independencia ignorando las súplicas de sus padres para que coma. A través de ese control sobre el peso se generan sentimientos de control y capacidad (poder) (González, 1999; Brone y Fisher citados en Barber et al, 1995).

Eissler (1943) señala que la anorexia mental no es más que un aspecto de la perturbación de la relación de objeto en el caso de la fijación oral (Unikel, 1998).

En concreto, las concepciones más recientes de los teóricos neo-psicodinámicos han insistido en la alteración de las relaciones entre madre e hija como la causa primaria del trastorno, considerando a la lucha característica por la autonomía como manifestación de la incapacidad para dominar los conflictos que acompañan al proceso de separación-individuación. Los déficits cognoscitivos y de percepción que acompañan a la anorexia nerviosa, como deformación de la imagen corporal, pueden originarse también en alteraciones del desarrollo temprano de la infancia. Por ejemplo, la invalidación repetida de las percepciones de una niña por padres francamente entrometidos que "conocen demasiado bien" lo que su hija quiere, siente y necesita, dan por resultado un sentido de desconfianza personal característico de las personas que sufren ese trastorno (Norman, 1994).

ENFOQUE SISTÉMICO (DINÁMICA FAMILIAR)

MARA SELVINI PALAZZOLI Y MINUCHIN

Los terapeutas familiares, como Selvini Palazzoli (1978) de la Escuela Cibernética Familiar de Milán y Minuchin (Minuchin et al, 1978) del grupo de Terapia Estructural de Filadelfia (citados en Garner y Garfinkel, 1997; González, 1999) han confirmado y elaborado algunos de los conceptos dinámicos de Bruch y Masterson. Minuchin y sus colegas describieron un patrón de enredo en las familias de pacientes anoréxicos, donde existe una ausencia general de límites generacionales y personales. Cada miembro de la familia está sobreinvolucrado en la vida de cada miembro hasta el punto de que ninguno siente un sentido identidad separada aparte de la matriz familiar (Garner y Garfinkel, 1997). Esto es, que la familia del anoréxico por desarrollar entre sus miembros unas relaciones interpersonales con una excesiva implicación emocional, con actitudes confusas de sobreprotección constante, con una gran dificultad o ausencia de resolución de conflictos que surgen cotidianamente en la convivencia, implicando al *hij* con anorexia en problemas conyugales (González, 1999).

Por su parte, Selvini Palazzoli también ha notado que los pacientes con anorexia nerviosa no han sido capaces de separarse psicológicamente de sus madres, lo cual resulta en una falla para alcanzar cualquier sentido estable de sus propios cuerpos. El cuerpo es de esta manera frecuentemente percibido como si fuera habitado por una mala introyección materna, y la inanición puede ser un intento de detener el crecimiento de esta objeto interno hostil, intrusivo.

Selvini Palazzoli (1974) en su punto de vista sobre las relaciones objetales sostiene que un paciente con anorexia nerviosa experimenta su cuerpo como "el objeto materno, del cual el ego desea separarse en sí mismo a toda costa" (Garner y Garfinkel, 1997).

De esta forma, Selvini Palazzoli destaca las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación (Hersovici y Bay, 1991).

El anoréxico ha igualado el cuerpo con la introyección de una madre mala controladora, a quien ha internalizado y con quien se ha identificado. La autoimanicción es, entonces, vista como un intento para separarse de esta identificación y luchar por un sentido de identidad separada (citada en Button, 1993).

Para ella, rechazar la satisfacción oral, el hambre, significa adquirir seguridad y poder, siendo sentida la satisfacción oral como incompatible con la necesidad de seguridad y de ser autónomo y poderoso; el cuerpo es inaceptable, culpable y concreto portador de la flexibilidad psíquica que siente la persona enferma. Debido a sus sentimientos de impotencia, se siente incapaz de probar su poder en las relaciones interpersonales, lo que le hace ocuparse plenamente en una relación intrapersonal con su propio cuerpo (citada en González, 1999).

Selvini Palazzoli con sus bases psicoanalíticas, sobre todo de origen kleiniano, aportó mucho a la orientación sistémica. Inició el abordaje del problema anoréxico partiendo de las relaciones primarias madre-hijo. Posteriormente evoluciona abordando las relaciones mutuas de todo el grupo familiar como factor central de la patología. Selvini Palazzoli (1985) señala que las relaciones de pareja pueden caracterizarse así: todo conflicto es negado; la impresión superficial es la de una relación sin problemas entre marido y mujer, tras esta fachada de paz a cualquier precio, sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En lo concerniente a las relaciones con los hijos, cada padre parece satisfecho en cuanto a padre en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto al otro. El pequeño permanecerá así inmaduro e independiente (citada en Toro y Vilardell, 1987). La autora considera a la anorexia como psicosis monosintomática, un mecanismo de defensa extremo contra la psicosis (Caparrós y Sanfeliú, 1997), donde la imagen del cuerpo es vivida como persecutoria, como se dijo, la anorexia se ubica en la zona intermedia entre la posición esquizoparanoide y depresiva (citada en Unikel, 1998).

En todas las pacientes el problema con la madre es central. La relación con ella, lugar primigenio de la formación del yo, aparece muy trastornado. Estas madres insatisfechas en su vida afectiva, tanto familiar como conyugal, son portadoras de *importantes núcleos de depresión* que no están en condición en relación con su hija, de consagrarse "debidamente" a su propia función psicológica de "aquella que alimenta", protegiéndose a a sí mismas y a ella de la turbación. La comida, signo y símbolo de este fracaso de la relación originaria, se convierte, por lo tanto, en el lugar del conflicto. Rechazando o derrochando el alimento la hija combatirá en sí el dolor del duelo, mientras que la madre verá surgir el drama de su propia impotencia (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Reconoce la indiscutible y decisiva influencia de los factores culturales y sociales en la génesis de la anorexia nervosa. Ella establece una relación directa entre la escala de valores acerca de la autodisciplina, el éxito, el cuerpo, la imagen femenina y la patología anoréxica. Habla de la influencia de los medios de comunicación, de las modas, de las dietas. Incluso plantea los peligros del "culto al niño" propio de nuestra época y nuestra cultura (sólo hasta bien entrado el siglo XVIII el niño alcanza un lugar central en los hogares del mundo occidental) (Toro y Vilardell, 1987).

Palazzoli comenta que las pacientes anoréxicas son realmente pacientes hambrientas, por ello propone que en vez de anorexia, el trastorno debería llamarse "comportamiento anoréxico", ya que las pacientes se conducen "como si" no tuvieran apetito. Aunque suelen decir que no tienen apetito, esto es una expresión estereotipada de su actitud básica. La inclinación de estas pacientes hacia el tema de la comida y, al mismo tiempo el rechazo a la misma pone de manifiesto en primer plano la conflictiva de estas cuestiones que se manifiesta en todo y, por ello también, en los sueños y en los recuerdos infantiles. Selvini señala que podría ser suficiente el estudio del mundo onírico de estas pacientes con sus frecuentes y, a menudo ambivalentes sueños, sobre la comida, para realizar un diagnóstico diferencial sobre la auténtica anorexia y aquella que parece en pacientes con enfermedades orgánicas (Barcia y Ruiz, 1995).

Selvini Palazzoli tiene una concepción sistémica de la anorexia (en la medida en que la enfermedad mental se considera como la única respuesta adaptada a un sistema familiar ilógico y patógeno) y su consecuencia terapéutica, es decir la terapia familiar (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Selvini Palazzoli construye un concepto específico de anorexia nervosa como una condición en la cual el cuerpo es usado como un instrumento para una lucha individual por la existencia. La emaciación es vista como un síntoma clave, como un esfuerzo concreto por la independencia (Selvini Palazzoli citada en Bruch, 1970).

Mara Selvini Palazzoli, según Bruch (1970) ha llegado a las mismas conclusiones que ésta última principalmente en que el corazón del problema se expresa a sí mismo en la actitud del sujeto hacia su cuerpo y en su manipulación concreta al servicio entra otras cosas de metas inalcanzables.

En la teoría sistémica, señala Selvini Palazzoli la familia es tratada como un todo que no puede ser reducido a la suma de las características de sus miembros. Lo que caracteriza a la familia como un sistema son, mejor dicho, los patrones transaccionales específicos que refleja. Cada familia tiende a repetir estos patrones con una alta frecuencia y consecuentemente surgen las redundancias.

Si se define a la como un sistema autogobernante basado en reglas establecidas a través de series de juicios y errores, entonces sus miembros se convierten en muchos elementos de un circuito en el cual ningún elemento puede tener un control unilateral sobre los otros. En otras palabras, si el comportamiento de cualquier miembro de la familia ejerce una influencia indebida en el comportamiento de los otros, sería un error epistemológico sostener que su comportamiento es la causa del de ellos; por el contrario, se debe decir que su comportamiento es el efecto de patrones de interacción pasados. El estudio de este tipo de interacción familiar es, por consiguiente, el estudio de respuestas arregladas o compuestas y de sus repercusiones. Hasta dichos patrones de comportamiento según reducen a la víctima ostensible a la impotencia no son mucho estímulo como respuestas. En otras palabras, ambos patrones en la interacción están mal interpretados: el manipulador que cree en su omnipotencia no menos que su aparentemente impotente víctima. Pero sin ambos están errados, entonces el poder real descansa en las reglas del juego llevado a cabo en el contexto pragmático de las respuestas conductuales de *todos* los protagonistas, ninguno de los cuales es capaz de cambiar las reglas desde dentro. Esto es, las condiciones se dan en base a las interacciones de todos (Selvini Palazzoli, 1999).

Entonces, según el enfoque de Selvini Palazzoli, el grupo familiar es un sistema que está regulado por sí mismo a través de un conjunto de normas que perpetúan hasta el infinito su mal funcionamiento. Las familias en las que hay un miembro que presenta trastornos de la alimentación, en concreto, anorexia nerviosa, presenta una serie de características (González, 1999 p. 119):

- 1) Los problemas conjugales son expuestos delante de los hijos sin miramientos hacia su presencia (conflictos).
- 2) En padres excesivamente flexibles sin ninguna autoridad, contradictorios en sus pautas educativas ante los hijos.
- 3) Falta de respeto y de aceptación entre los diversos miembros de la familia.
- 4) Falta de comunicación y silencio ante los conflictos y problemas. Miembros muy independientes.
- 5) A veces alianzas por grupos separados de miembros familiares. Los problemas son manipulados, tapados o en cubiertos.
- 6) Se buscan culpables de los conflictos.

En una familia con una paciente anoréxica todos creen que la enferma, debido a su síntoma, brinda poder a los demás y los deja impotentes. Por otra parte, en una primera sesión terapéutica se puede ver una expresión angustiada de la cara de los padres, la paciente sentada apartada del resto, rígida como estatua, pálida y despreocupada, su cara mostrando indiferencia completa a la aflicción de los otros, su comportamiento es un mensaje claro al terapeuta:

"Si usted piensa que puede lograr que rompa mi ayuno, tendrá que pensarlo de nuevo. Sólo mireme: no soy más piel y huesos y fácilmente podría morir. Y si la muerte es el precio que tengo que pagar por mi poder, entonces de buena gana lo pagaré." (Selvini Palazzoli, 1999)

Por su lado, MINUCHIN y cols. (1978) estudiaron las características observadas en familias que cuentan con niños afectados de enfermedades psicosomáticas. La anorexia sería un trastorno psicosomático más, gestado en un ambiente similar y de modo semejante a los observados en la diabetes o el asma (Toro y Vilardell, 1987). Destacan la tendencia de las familias anoréxicas a apoyar la expresión somática de los conflictos y los encuadran dentro de un *perfil de familias psicosomáticas* surgido por las características de organización y funcionamiento que surgen de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar (Hersovici y Bay, 1991).

- a) El *aglutinamiento* es una forma particular de proximidad e intensidad que ocasiona que cualquier cambio tenga una consecuencia a lo largo de todo el sistema. Lo cual se puede ver en la independencia de las relaciones, en las intrusiones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro. La percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está muy mal diferenciada.

En esta forma de funcionar es frecuente que un conflicto diádico produzca una cadena de alianzas alternantes a lo largo de toda la familia, involucrando poco a poco a otros miembros. Los límites que definen la autonomía individual no son claros, tanto, que el espacio vital del sujeto es comúnmente usurpado. Los límites entre los subsistemas conyugal, parentela y fraterno también son débiles y están sujetos a transgresiones. Por esto, no es infrecuente que un hijo se alie con un progenitor en contra de otro, o que los hijos tomen inapropiadamente un rol parental en relación con otro hermano. Ante la falta de un subsistema parental eficaz y muy bien definido, no es raro que los padres tengan objetivos distintos con respecto a sus hijos. Una de las formas características en que se puede observar esta situación en la familia con un hijo anoréxico es aquella según la cual uno de los padres argumenta que la hija es una caprichosa empedernida, mientras tanto el otro dice que entiende que no es que la hija no quiere sino que *no puede* comer y que, seguramente, esto se deba a situaciones profundas de difícil solución inmediata (Hersovici y Bay, 1991).

- b) La *sobreprotección* se refiere a que los miembros de la familia son especialmente agudos en la detección de señales de estrés en sus seres queridos. Están muy preocupados por el bienestar de todos, y esta preocupación se extiende más allá del paciente designado o su enfermedad específica. Las respuestas de cuidado y protección surgen continuamente a medida que interactúan los miembros. Una lágrima puede desencadenar innumerables ofrecimientos de pañuelos. Las demandas o comentarios críticos generalmente se acompañan de conductas apaciguadoras. Las señales de angustia son una banderilla que les indica a los miembros de la familia que se aproximan a niveles peligrosos de tensión o conflicto. La forma de estructura las preocupaciones del otro gira alrededor de recaudos de protección, por ejemplo, "me da placer cuando la veo comer con hambre".

En estas familias la sobreprotección de los padres retarda el desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos. Es típico que inhiban la persecución de actividades fuera del ámbito del hogar. Esta invaginación de la familia, lleva a que los hijos, especialmente el paciente designado, también sientan gran responsabilidad por proteger a la familia, lo cual frecuentemente se hace reforzando su sintomatología (Hersovici y Bay, 1991).

- c) La *rigidez* es un compromiso fuerte en el mantenimiento del *status quo*. Se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo. Operan como un sistema cerrado, negándose a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la entrada de los hijos a la adolescencia. Esta inflexibilidad permite solo un repertorio de respuestas interpersonales.

El equilibrio de estas familias se ve seriamente perturbado ante acontecimientos tales como la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo, resultándoles sumamente difícil instrumentar alternativas para enfrentar la nueva situación y las nuevas demandas. Es, de este modo, como desarrollan *circulos de evitación*, para lo cual resulta extremadamente útil el portador del sintoma. Para una familia que siente amenazada su integridad por las exigencias de autonomía que demanda el mundo social cuando los hijos entran en la adolescencia, la presencia de un hijo sintomático puede ser la razón que legitime permanecer juntos los fines de semana o durante las vacaciones y así, imperceptiblemente, la familia retiene su forma de vida apropiada de cuando los niños eran pequeños pero que resulta disfuncional en la actualidad y da cuenta de un estado crónico de estrés que permanece sumergido. Es típico que estas familias se presenten como normales y sin mayores dificultades con la excepción de la enfermedad del hijo. Niegan enfáticamente cualquier necesidad de cambio en la familia (Hersovici y Bay, 1991).

- d) En la *falta de resolución del conflicto* la combinación del aglutinamiento, sobreprotección y la rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. La estructura idiosincrásica de cada familia dicta la manera particular en que se racionalizará la evitación del conflicto. Como resultado, no hay negociación explícita de las diferencias. Los problemas quedan sin resolverse, representando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema. Algunas veces uno de los conyuges es el evitador. Otras tantas, los miembros discuten constantemente, pero las interrupciones típicas y los cambios de tema que caracterizan a los sistemas aglutinados ofuscan

cualquier tema conflictivo antes de que pueda surgir como para resolverse. Existen otras familias que simplemente niegan la existencia de cualquier problema (Hersovici y Bay, 1991).

- c) La *participación del paciente designado en los conflictos familiares* hace referencia a la utilización del hijo como agente desviador de los conflictos conyugales, con el efecto de mantener el subsistema conyugal. Una forma en que esto puede expresarse es la *triangulación*, que es una situación en la cual cualquier cosa que el hijo haga o diga significará tomar partido por uno de los padres.

En la coalición padre-hijo, el muchacho queda situado en una coalición estable de un padre en contra del otro.

En el tercer tipo de patrón, el cual se llama *desviación*, la diada conyugal está unida. Los padres sumergen sus problemas en una postura de protección o acusación del hijo enfermo, definido así como el único problema familiar. Las preocupaciones de los padres absorben a la pareja de tal modo, que cualquier señal de estrés marital es suprimida o ignorada.

Los tres patrones descritos hacen referencia a secuencias interactivas que se dan en respuesta a un conflicto familiar. Con regularidad se encuentran en familias funcionales; pero estas pueden alternar con otras formas de negociación del conflicto.

Sin embargo, puede resultar más adecuado considerar que estas características también pueden reflejar cambios suscitados en el seno de la vida familiar como consecuencia de un hijo anoréxico durante un largo tiempo.

Esto significa que la anorexia nerviosa, en algunos casos no se encontrará en una constelación familiar única o uniforme (Hersovici y Bay, 1990).

En opinión de Garner y Garfinkel (1982), creen que varios de estos conceptos describen muy apropiadamente los patrones transaccionales de muchas familias de anoréxicas. Sin embargo, estos hallazgos son anecdóticos y nunca han sido estudiados adecuadamente en una investigación controlada (cit. en Toro y Vilardell, 1987).

Según Hsu (citado en Button, 1993), las interacciones de una familia problemática, son más comunes en familias con trastornos de la alimentación, y esa problemática tiende a ser mayormente expresada en familias de bulímicos que en las de anoréxicos restrictivos, donde estos últimos tienden a ser más parecidos al de los bulímicos de peso normal. Lo que expande esos patrones de interacción causa el trastorno o son remanentes consecuencia de éste que se verán.

Las grandes dificultades de comunicación de las pacientes anoréxicas están de igual manera expresados en su incapacidad de alimentarse en el marco de un ambiente relajado y en compañía de los miembros restantes de la familia (Shütze, 1983).

De acuerdo con Volmat, Allers, Vittorius y Dufay (1970) las características de personalidad de estas enfermas son: inmadurez afectiva, rechazo de la sexualidad e intelectualización, así como perturbaciones de la personalidad, frecuentes mecanismos obsesivos y fijaciones infantiles (citados en Speier, 1986).

Por su parte, White (1983) otorga un significado especial al rol que desempeñan en el sistema familiar creencias rígidas e implícitas transmitidas de generación en generación. Estas se traducen en restricción de las conductas y asignación de roles específicos a ciertas hijas mujeres. Tales creencias implican una norma de lealtad entre ellos y hacia la tradición familiar, de modo que toda conducta que no se ajuste a este patrón encierra culpa y condiciona maniobras adaptativas.

Blitz (1971) hace una comparación entre la estructura de la familia occidental con determinadas formas de conducta de las grandes familias del reino animal. El jefe del grupo reparte el alimento entre los miembros restantes y al mismo tiempo procura el sustento de todos (Shütze, 1983).

La relación con el padre suele estar definida por el rechazo, por el contrario, la relación con la madre parece muy estrecha, pero tiene un carácter bivalente. Por un lado se ha destruido la dependencia simbiótica de la madre a través de su actitud de "no querer dejarse alimentar más", lo que en opinión de Davenport (1972), Müller (1953) y Richter (1965) es interpretado como un intenso rechazo de la madre; pero por otro lado, es la búsqueda de contacto con ella que es motivada por sentimientos de culpabilidad, todo esto como una expresión de la ambivalencia de la conducta de las pacientes anoréxicas (Blackwell, Demoulin, Warren citados en Shütze, 1983). De las interacciones entre madre e hijo no sólo es consciente el hijo; también lo es la madre, quien intenta evitar la pérdida inminente de la relación simbiótica, pérdida que tendría que ser como consecuencia del ulterior desarrollo puberal del niño (Meyer, Ziche citados en Shütze, 1983).

No obstante, esta dinámica familiar patológica no se desarrolla ni aislada ni unilateralmente a partir de los problemas del desarrollo del niño; por el contrario, entran también en juego ciertos trastornos particulares de algunos miembros de la familia. Este aspecto causal, puede, en algunos casos, ser tan marcado que según Sperling y Massing (citados en Shütze, 1983) llegan a establecer un tipo característico de familia del anoréxico. Asimismo, estos últimos autores describen, en una situación estándar a una abuela materna que vive muy cerca y que es quien, a manera de eminencia gris, manipula las situaciones, en tanto que la propia madre de la paciente anoréxica carece todavía de iniciativa depende fuertemente de su madre. En algunos otros casos, al contrario, la personalidad de la madre, que suele ejercer una profesión, es más bien fría, hiperactiva y diligente. Por su parte, Dührssen (1967) describe una atmósfera familiar apesadumbrada y depresiva, orientada excesivamente al trabajo y a la competitividad dentro del mismo, y en donde se rechaza el deseo y el placer (citado en Shütze, 1983). En opinión de Massing y Beckers (1974) una ideología familiar rígida de este tipo, con exagerada entrega al trabajo y cierto ascetismo, puede encontrarse, en particular, en los pacientes que proceden de una clase social media baja que procura ascender. Los padres de las pacientes anoréxicas suelen tener un aspecto más bien delgado y enfermizo. El papel deslucido y pasivo, carente de iniciativa del padre también ha sido confirmado en trabajos anteriores (Asperger, Jardín, Launay, Meierhofer, Stovner, citados en Shütze, 1983). Por otra parte Baba (1976) describe de esta manera, a un padre débil en las anoréxicas que presentan una personalidad esquizoide e inmadura como responsable quizás de una significación negativa en las fases iniciales del desarrollo de la niña, cuando ésta se identifica intensamente con él. Al contrario, no se describe una personalidad típica en los padres de las futuras anoréxicas histéricas u obsesivas. Las alteraciones de la comunicación entre los miembros de la familia, y en especial entre la madre y la paciente, son consideradas de gran importancia para el desarrollo de la enfermedad (Baba, Admur, Beckers y Taipale citados en Shütze, 1983).

Con frecuencia, el nacimiento mismo de la niña estaba rodeado de ansiedad. La madre se portaba particularmente nerviosa en el curso del embarazo, y ese nerviosismo es a raíz de del recuerdo de muertes repentinas, pérdidas y catástrofes como resultado del (supuesto) descuido de los padres.

La hija activa la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de la hija. La madre ve en ésta un desafío para su capacidad materna, alguien a quien debe dar, amar y proteger todo lo posible. Así, con frecuencia se muestra particularmente preocupada por esa hija, y parece amarla más que a las demás (en la medida en que ello pueda reconciliarse con la ética igualitaria familiar). Sin embargo, esta apariencia es engañosa. No es de extrañar que con frecuencia la madre tenga sentimientos de insólitamente ambivalentes hacia esa determinada hija. En primer lugar ello adopta la forma de una actitud ansiosa y protectora, una inclinación a maliciar y sobreproteger a la niña, apartándola de todo peligro posible, y asegurándose que tenga suficiente de comer. El lema parece ser: "Yo te doy muestras de amor dándote cosas buenas que comer, y tú me das muestras de amor comiendo bien" (Stierlin y Weber, 1990).

En cuanto al papel de los hermanos, poco se ha encontrado en concreto. Kay y Leigh (1954) no han podido determinar que la paciente anoréxica ocupe un lugar característico entre sus hermanos ni por su edad ni por sus relaciones con ellos. Dongier y Duchesne (1967) la encuentran con frecuencia en una situación de "Cenicienta", como segunda hija, en cuyo caso la hija mayor ostentaría muy probablemente el papel femenino. Por su lado, Crisp (1969) y Wissler (1941) han confirmado así mismo que la anorexia se instaura con mayor frecuencia en familias con varios hijos. De este modo, Meierhofer (1963) observa a la enferma anoréxica débil y reprimida, como corresponde al papel de cenicienta, mientras tanto, Broser y Gottwald le atribuyen un papel más bien dominante (citados en Shütze, 1983).

Según la opinión de Hartwig y Steinmeyer (1974), éstos consideran a las hermanas mayores como rivales de la madre y, por lo tanto, tendrían un significado negativo en cuanto a la gravedad del curso de la enfermedad (citados en Shütze, 1983).

Por su parte, Feldman (1965) y Meyer (1962 y 1965) opinan que la única causa de la anorexia sería una determinada situación conflictiva. En contra de la idea de que la enfermedad es causada por traumatismo psíquico en las fases iniciales del desarrollo infantil, podría aducirse, por una parte, la ausencia de tal traumatismo en la anamnesis de los pacientes y, por otra, la falta de mecanismos de represión que respectivamente deberían haberse instaurado en el curso ulterior de la enfermedad (Shütze, 1983).

Palazzoli señala que, el no poder interrumpir una dieta y el dejarse emaciar requiere una organización de relaciones particular, cuando la adolescente ha perdido unos kilos, los padres pueden detectar que ha perdido demasiado peso y que es necesario que lo recupere inmediatamente. Como "superpadres" que son, están convencidos de que su deber es decidir cuál es el estado saludable de su hija y cuándo y cómo debe de comer. Entonces, la hija descubre un método infalible para poner a sus padres de rodillas, y de este modo estalla una escalada simétrica: cuanto más insisten los padres en que coma, menos come la hija, diciendo "No es que no quiera, sino que no puedo". En estas familias se desarrolla un juego fatídico con movimientos preestablecidos, que desempeña cada miembro.

La autora llega a la conclusión de que el problema central se expresa en sí mismo en la actitud del sujeto hacia su cuerpo y su manipulación concreta en servicio de otras metas inalcanzables (Selvini Palazzoli citada en Bruch, 1970). Bruch está de acuerdo con Palazzoli en que la anorexia nervosa verdadera se debería clasificar como estando a la mitad entre la esquizofrenia y la depresión (Bruch, 1970).

Así también, dice, que la influencia del medio para promover la delgadez, aunado a que la disponibilidad mayor de alimentos ya no es privilegio de las clases altas en Occidente. Cuando la moda generalizada interactúa con un gran número de familias, en las cuales existe una primacía obsesiva por el bienestar de sus hijos y una abdicación de los derechos de los padres, se desencadena el drama anoréxico.

La imagen que dicta la moda es de una figura delgada, y por eso las mujeres adoptan en masa dietas estrictas para bajar de peso.

Concretamente, la autora construye un concepto de anorexia nervosa como una condición en la cual el cuerpo es utilizado como una herramienta en una lucha por la existencia de un sujeto. La emaciación es vista como el síntoma principal, es una lucha concreta por la independencia (Bruch, 1970).

Bruch (1970) señala que las familias de los anoréxicos no muestran señales dramáticas de discordia. No obstante, existe una falla en la transmisión de un adecuado sentido de efectividad al niño.

Por su parte, González (1999) afirma que la anorexia adolescente es muchas veces una oposición al adulto y, si en un niño pequeño se da, la ritualización de comportamientos con respecto a la comida. La anorexia adolescente es un "rosario" de ellas (retrasos a la hora de comer, un comer lento y desganado, caprichos, ocultación del alimento, agresividad hacia los padres...).

En cuanto a la bulimia nervosa, de acuerdo con Gabbard (1994) cada miembro de la familia depende de todos los otros miembros para mantener un sentido de cohesión. Aunque este patrón caracteriza a las familias de los pacientes anoréxicos, un modo particular de manejar cualidades "malas" inaceptables es predominante en las familias bulímicas. El sistema familiar bulímico aparentemente involucra una fuerte necesidad de que todos se vean a sí mismos como "todo lo bueno". Las cualidades inaceptables en los padres están frecuentemente proyectadas en el hijo bulímico, quien se convierte en el depositario de todo lo "malo". Por identificarse inconscientemente con estas proyecciones, ella llega a ser la que carga con toda la avaricia e impulsividad de la familia. El balance homeostático resultante sigue enfocándose en el hijo "enfermo" en vez de en los conflictos dentro y entre los padres (Gabbard, 1994).

Las observaciones psicodinámicas acerca de las dificultades con la separación en pacientes bulímicos han sido confirmadas en investigación empírica (Patton citado en Gabbard, 1994). Un grupo de 40 pacientes con trastornos de la alimentación fue comparado con un grupo control de 40 mujeres con patrones normales de comida para ver como responderían a estímulos subliminales y supraliminales. A cada grupo le fueron mostrados unos estímulos de abandono y de control con una duración de exposición que era subliminal o supraliminal. Seguido de la exposición a un estímulo de abandono, el grupo con trastornos de la alimentación comió significativamente más galletas que los sujetos en el grupo control. Los investigadores concluyeron que los atracones son en verdad una defensa contra un miedo inconsciente de abandono.

Entonces, en conclusión, los teóricos de los sistemas familiares sostienen que la anorexia nervosa es resultado de disfunción en las interacciones familiares. Se considera que la niña que desarrolla anorexia nervosa se le ve como un medio de preservar el estado de las cosas haciendo que la familia se conserve entrelazada, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta. La enfermedad de la niña puede brindar también un vehículo por medio del cual los padres buscarán la satisfacción de sus necesidades no resueltas de dependencia (Norman, 1994).

Minuchin y Selvini Palazzoli (1970) conjuntamente señalan que los trastornos de la alimentación, y en concreto, la anorexia nervosa, no es un trastorno mental individual, sino que es un reflejo de una

disfunción familiar, de la familia como sistema, en la que la anorexia cumple un papel estabilizador. No que la familia sea culpable del trastorno sino que toda ella es el problema y precisamente es el trastorno alimentario una de las maneras posibles de manifestarse (González, 1999).

ENFOQUE CONDUCTUAL

En realidad este enfoque ha dedicado poca atención al estudio de la etiología de estos trastornos. De acuerdo con este modelo, la conducta de rechazar el alimento aparece tanto primordial, como central en el cuadro. Esto conduce a formular la hipótesis de que esa conducta, mantenida a una tasa alta de frecuencia, debía estar sometida a algún género de reforzamiento positivo; esto es, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían. Brachrach y cols. (1965) trataron a una anoréxica de 37 años cuyo trastorno se había iniciado alrededor de los 17. Al ingresar en el hospital pesaba 21 kilos, y su vida estaba en serio peligro. Centrarón todo el tratamiento en la organización de las contingencias asociadas a los comportamientos de comer y no comer. Situaron a la paciente en una habitación completamente desnuda y las posibles gratificaciones disponibles -visitas, televisión, etc.- se hicieron contingentes en un principio al acto de comer y ulteriormente al incremento de peso. Se le dio de alta con 30 kilos de peso y en el último control de seguimiento pesaba 40 kilos y llevaba un régimen normal de vida (Toro y Vilardell, 1987).

Está demostrado que el comportamiento ingestivo, como cualquier otro comportamiento, depende de las consecuencias que determina o halla. Cuando el fenómeno situado en el punto de mira ha sido el miedo a engordar, es lógico que el cuadro anoréxico se planteara según un *modelo fóbico*. Ello supone que una vez establecido el miedo a engordar, es decir, la respuesta de ansiedad ante el aumento de peso, cualquier comportamiento que consiga evitar ese aumento o reducir el peso debiera resultar reforzado negativamente a merced de la disminución de la ansiedad. La traducción terapéutica de este planteamiento se concretó en la experiencia de Hallsten (1965), quien trató con éxito a una niña de 12 años mediante desensibilización sistemática (Toro y Vilardell, 1987).

El comportamiento anoréxico es explicado como fruto de un conjunto de circunstancias en las que los elementos ambientales reforzadores y los factores aversivos ansiógenos se estructuran y combinarían de tal manera que la conducta de no ingestión alimenticia no tendría más remedio que incrementarse y/o mantenerse en una elevada frecuencia (Toro y Vilardell, 1987). Es decir, lo modular del trastorno y lo que lo origina es el efecto de los reforzamientos recibidos en las primeras fases de la dieta (Darley et al, 1990).

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los planteamientos cognitivo-conductuales proponen que entre las variables estímulo-respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de las personas con trastornos alimentarios son de alguna manera consecuencia de las distorsiones en el pensamiento y las alteraciones de la imagen corporal.

Vale la pena volver a destacar cómo es que está estructurado el pensamiento de la anoréxica, debe quedar bien clara su forma de razonar -ya tratado todo esto en el capítulo anterior-, para así poder comprender mejor la perspectiva cognitivo-conductual.

Las características cognitivas de la enfermedad una percepción errónea de la propia imagen corporal, pensamiento de todo-o-nada (dicotómico), pensamiento mágico, pensamientos obsesivo-compulsivos y rituales. Muchos síntomas, incluyendo el comportamiento obsesivo-compulsivo, aparecen secundarios a la inanición. También las características de personalidad premórbidas se ven acentuadas en estados de deficiencia nutricional. El miedo a ser gorda se ve moderado cuando el paciente comienza a comer y a ganar peso (Garfinkel, 1995).

Garner y Bemis (citados en Hersovici y Bay, 1990) destacan que el pensamiento en la anorexia se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, como se menciona, en donde no hay cabida para los puntos intermedios. De este modo, se vuelve difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todos los anoréxicos coinciden, en algún punto en que la delgadez se convierte en fundamental para su bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso, existe un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso; la evitación de las comidas perpetúa una retracción social y así se mantiene el ciclo. Los tipos de trastorno de pensamiento son:

Abstracción selectiva: es basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria; por ejemplo: "Si Ana volvió del viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer".

Sobregeneralización: es aquella por medio de la cual se extrae una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles; por ejemplo: "Si Fernando perdió dos kilos por una diarrea, los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso".

Magnificación de los estímulos: es notable cómo, para estos pacientes, las cosas pueden estar connotadas exageradamente; por ejemplo: Para Raquel una molestia abdominal era un dolor que le hacía revolcar los ojos, llevarse la mano a la panza y hablar en tono de quejido.

Razonamiento dicotómico: (pensamiento de todo-o-nada) piensan en términos extremos y absolutos; el simple hecho de tener 3 ó 4 kilos más equivale a estar sumamente obesa.

Personalización y autorreferencia: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales; "La doctora me pospuso la cita para que yo siga engordando dos días más".

Pensamiento supersticioso: creen en la relación causa-efecto de hechos no contingentes.

Siguiendo todos estos patrones erróneos de pensamiento, la anoréxica presenta una conducta manifiesta de básicamente evitación de la ingesta con el fin de tratar de no subir de peso (motivo aparente). Todos estos pensamientos la llevan a las conductas o patrones típicos de la enfermedad.

De acuerdo con Darley et al (1990) los autores de orientación cognoscitiva culpan a las presiones culturales que empujan a la delgadez y al desequilibrio de las percepciones de la joven: no ve lo que el espejo refleja (distorsión de la imagen corporal); simplemente no se da cuenta de que está excesivamente delgada.

Con relación a la bulimia, Robinson (citado en Haersovici y Bay, 1990), señala que en los estos pacientes, la ingesta no tendría como consecuencia una disminución del apetito, como ocurre en los sujetos normales, sino que está seguida de una mayor ansia de comer. Herman (citado en Hersovici y Bay, 1990) llama a esta respuesta *contrarregulación paradójica*, y se sabe que ocurre en sujetos que de manera constante e intermitentemente intentan restringir su ingesta alimentaria.

Las pacientes bulímicas poseen básicamente las mismas distorsiones cognoscitivas que las anoréxicas (ver enfoque cognitivo-conductual en la anorexia). Estas pacientes se la pasan pensando en situaciones asociadas al atracón (planeación de cómo, cuando, donde, cantidad y cualidad del alimento a ingerir, métodos compensatorios, etc.).

ENFOQUE BIOLOGICISTA

Chupin y Venisse de Nantes, en 1984 publican, en *L'Encéphale*, un artículo sobre "Los trastornos endocrinos y metabólicos de la anorexia mental, en el cual concluyeron que entre los trastornos hormonales y metabólicos encontrados, se distinguen aquellos, muy numerosos, que aparecen como consecuencia de la desnutrición de aquellos que podrían ser marcadores de desregulaciones neuroquímicas centrales. Los trastornos del funcionamiento gonadotrópico y del control de los fenómenos de "tener hambre-engordar", forman parte de los últimos. Once parámetros hormonales extremadamente sofisticados (Estradiol, Triiodotironina, LH, FSH, LHRH, etc.) son correlacionados con tres elementos somáticos bastante "rudimentarios" por tratarse de una "enfermedad psicológica": el peso, el tiempo y la evolución ginecológica. La intención de los autores parece tender al establecimiento de una correlación, pero su conclusión demuestra que se conforman con una yuxtaposición, aunque el desencadenamiento de la amenorrea depende de factores psicológicos, estos les dejan lugar a los factores somáticos durante la fase de estado, en la cual intervienen esencialmente los parámetros de peso, de tiempo y los relacionados con los antecedentes ginecológicos.

En un estudio de Fitcher y cols. concluyen que sus datos sugieren que la disfunción del eje hipotalámico presenta una especificidad un tanto escasa en la anorexia y se manifiesta principalmente como una consecuencia de la desnutrición. Las relaciones entre cortisol, secreción de LH, comportamiento, actitudes y aumento de peso son más complejas. No es posible establecer una relación positiva entre el modelo de secreción de LH y la sintomatología anoréxica (citados en Raimbault y Eliacheff, 1991).

Zutt (citado en Shütz, 1983), acepta, partiendo de consideraciones de tipo general, como causa parcial de la anorexia una alteración vegetativa endocrina; y varios autores más como Kretschmer, Heni, Asperger, y Carseta (citados en Shütz, 1983) señalan igualmente una deficiencia especial en el sistema diencefalo-

hipofisiario. Después, otros, como Theander, Fries, Mawson y Sundström hacen referencia a un desencadenamiento orgánico de la enfermedad, ya que la menstruación, por ejemplo, cesa antes de que se instale el adelgazamiento (citados en Shütze, 1983). Obviamente, el aspecto anoréxico se asimila más al de un estado de privación aguda de ingesta y menos al de los estados de hambre crónica, que se definen a través de una disminución de la motilidad, estrechamiento de la actividad psíquica y pérdida de la memoria y de la capacidad de concentración (Seeman citado en Shütze, 1983).

Por otra parte, las modificaciones electroencefalográficas descritas por Schenck y Remschmidt (1974) se interpretan también como un indicio poco característico de una reacción concomitante del sistema diencefálico (Shütze, 1983). Bernhard (1956) llega incluso a establecer relaciones entre la anorexia mental y la encefalitis, las variaciones climáticas y de lugar de residencia, así como los traumatismos craneales (Shütze, 1983). Por su lado, Lundberg (1967) considera, basándose en hallazgos patológicos del electroencefalograma, que la amígdala y/o el hipotálamo pueden actuar como factores favorecedores de la enfermedad (Shütze, 1983).

Se puede interpretar la frecuente ingesta incontrolada de alimentos después de la disminución de la sintomatología propiamente anoréxica como indicio de una participación del sistema nervioso central (Ziolko citado en Shütze, 1983), ya que resulta muy probable que sea la consecuencia de trastornos de la regulación hipotalámica (Girard y Rau citados en Shütze, 1983).

En concreto, mayoría de los investigadores de la orientación de tipo biológico busca posibles causas orgánicas en deficiencias hormonales (Darley et al, 1990).

Con respecto a la bulimia, existe un rol de factores biológicos importante en la producción de este trastorno, por ejemplo, la colecistoquinina es una hormona intestinal normalmente segregada después de la ingesta, que produce saciedad, es decir, es una "señal" de que se ha comido. Se ha encontrado disminuida su secreción en pacientes con bulimia.

Como se mencionó anteriormente, se han investigado también los neurotransmisores específicos del sistema nervioso, para aclarar el mecanismo de la saciedad, entre ellos, serotonina, catecolaminas y opiáceos endógenos.

La serotonina reduce el consumo de alimentos, especialmente los ricos en hidratos de carbono. Los pacientes recuperados de anorexia nerviosa tienen bulimia, presentan una disminución de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Esto reflejaría una anomalía en el mecanismo de saciedad por una alteración en la serotonina. Entonces se observaría a la bulimia como una conducta dirigida a compensar la deficiencia de serotonina del sistema nervioso (Hersovici y Bay, 1990).

En un estudio realizado por Kaye (citado en Hersovici y Bay, 1990), encontró que los pacientes que voluntariamente detienen los atracones, poseen proporcionalmente mayor nivel de triptófano en la sangre, el cual es precursor de la serotonina, esta mayor proporción conduce a una mayor captación de triptófano por el cerebro.

Debido a esto, los fármacos ensayados en el tratamiento de esta enfermedad, con buenos resultados, tienen como mecanismo de acción el aumentar la disponibilidad de serotonina.

En el hipotálamo, un centro medial, los receptores alfa-adrenérgicos, estimulados por la norepinefrina, aumentan el deseo de comer. Los centros laterales del hipotálamo, receptores dopaminérgicos y beta-adrenérgicos, inhiben el comer. Justamente, las anfetaminas actuarían en los centros laterales hipotalámicos para reducir el apetito. En los pacientes con bulimia está comprometido el metabolismo de la norepinefrina (Hersovici y Bay, 1990).

Desde que se describieron por primera vez se ha tratado de explicar las posibles causas de estos trastornos. Hay que recordar que los primeros años de la década de los 20 se caracterizaron por un interés en la neuropsiquiatría, apuntó un interés en una asociación entre la caquexia y la destrucción de la glándula pituitaria anterior. Cuando la teoría psicoanalítica tuvo su auge, la anorexia nerviosa fue explicada como una defensa contra la impregnación de fantasías orales o una regresión a impulsos instintivos de la etapa genital del desarrollo y en la formación de un síntoma alrededor de conflictos orales. La evolución subsecuente de la teoría de las relaciones objetales y la teoría familiar de sistemas cada una influyó en modelos etiológicos de los desórdenes de la alimentación. Bruch, en particular, enfatizó que existían fallas

en los patrones de interacción entre el niño y la madre en la anorexia nerviosa, lo cual daba como resultado búsqueda desadaptada del autocontrol y autonomía a través de controlar su propio cuerpo. Esa búsqueda distorsionada de autonomía también puede ser provocada por interacciones familiares particulares, siendo un gemelo, o por una enfermedad médica crónica. Tampoco hay que olvidar las contribuciones de los autores de orientación sistémica (Selvini Palazzoli y Minuchin) que dejan ver el aspecto de la familia y sus interacciones en los trastornos alimentarios. Un renovado interés por la psiquiatría biológica en las pasadas dos décadas ha reavivado la investigación dentro de los mecanismos biológicos, especialmente el papel del hacer dieta y la inanición que produce algunos de las características de los trastornos de la alimentación. Al aceptarse una etiología multifactorial se podrá prevenir algunas de las características de la enfermedad y servirá de estímulo para futuras investigaciones (Garfinkel, 1995).

CAPITULO IV

TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En el presente capítulo se exponen distintos tipos de tratamiento para los trastornos de la alimentación bajo diferentes orientaciones que van desde una psicoterapia psicoanalítica hasta técnicas coadyuvantes como grupos de autoayuda para el paciente y grupos de autoayuda para padres.

Debido a que, como ya se vio en el capítulo II, los trastornos de la alimentación son de origen multifactorial, es necesario que el tratamiento "ideal" sea el que posee un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario (nutricional, médico, farmacológico, cuando el caso lo amerite; psicológico; con orientación cognitivo-conductual, psicoterapia individual de cualquier otra orientación, psicoterapia familiar y grupal). Incluso, es necesario un grupo de amigos que entiendan la enfermedad. Así que, lo que a continuación se expone corresponde a diferentes partes de este tratamiento óptimo y no están recomendados como tratamientos únicos (González, 2002; Anorexia Bulimia Nervosa Association: ABNA, 1999; Anorexia y Bulimia, 1999; ALUBA, 1999; Castro, 1999; González, 1999; "Tratar la autodestrucción", 1999; Buckroyd, 1998; Norrman, 1994; Papalia y Wendkos, 1992).

Cuando se trata de la anorexia es obvio que lo primero que hay que conseguir es que la paciente suba de peso, pues corre el riesgo de que muera de hambre (desnutrición). Sin embargo, hay métodos tan poco usuales de recuperación como los implantes de órganos de becerro generadores de hormonas. Existen también otras recomendaciones como amor por parte de padres sustitutos (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990). No obstante hay que recordar que éstos sólo son secundarios al tratamiento multidisciplinario.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

El primer paso que se tiene que dar en el tratamiento de los trastornos de la alimentación es tomar conciencia de que se tiene un problema, admitirlo (González, 1999; Buckroyd, 1998). Si la paciente anoréxica o bulímica no reconoce que lo es, imposible será ayudarla. Así que el primer paso es contactar con su mundo particular. Tratar de ver cuál es su realidad mental y social. Así que el tratamiento debe tener un proceso previo a la solución del problema: hay que llegar a una toma de conciencia de la realidad por parte de la paciente: "*acepto que estoy en un proceso anoréxico o tengo un problema- y voy a salir de ello*", debe concluir después de un tiempo de trabajo terapéutico la persona.

Lograr romper el mecanismo de defensa de la negación, y trabajar un cambio de pensamiento y de actitud hacia la percepción de la propia imagen corporal si está distorsionada, así como hacer una revisión de los valores de la personalidad, entre ellos el de la autoestima y los planos de la socialización, es fundamental (González, 1999).

El primer planteamiento en un tratamiento puede ser reconocer y decir: "Quiero y puedo dejar de ser anoréxica (o bulímica)". Todo debe comenzar por una reflexión sobre quién soy y lo que me pasa. Luego vendrá el propósito de cambiar y de mantenerse firme ante el compromiso personal de salir de un problema de la forma más definitiva que sea posible. La paciente debe estar dispuesta a empezar a trabajar para renunciar al mal uso de la comida (González, 1999; Buckroyd, 1998). Cualquier persona con un claro propósito de querer hacer algo genera la voluntad suficiente para realizar lo que se ha marcado. Si uno está convencido para hacer algo es posible llevarlo a cabo, donde no existe esto es imposible el tratamiento.

Cuanta más motivación se logre en la persona anoréxica (o bulímica) para su recuperación menos tiempo se tardará en el proceso de tratamiento de su trastorno. Así que, básicamente, lograr la cooperación y motivar la conducta de "comer más" son dos factores importantísimos en el proceso (González, 1999).

Sin embargo, de acuerdo con Buckroyd (1998) es poco realista suponer que una anoréxica o una bulímica está 100% o incluso un 75% dispuesta a hacerlo, pero por lo menos debe estar un 51%. Es importante durante al menos una parte importante del tiempo, estar más a favor que en contra. Es posible que haya retrocesos y retrasos (estancamientos), pero un deseo básico de recuperarse ayudará a la persona a salir adelante.

Un aspecto que resulta difícil de comprender es que, pese al extremo sufrimiento físico y mental de la persona que padece un desorden alimentario agudo, enfrentarse a la curación la llena de miedo; vislumbrar -aunque sea por un instante- que el proceso le exigirá dejar atrás todos los mecanismos y estrategias que

con tanto cuidado ha construido en un intento por protegerse y defender su identidad, equivale a lanzarse al vacío sin más armas que una confianza débil en que al término descubrirá una mejor forma de vida. Por ello, el papel de los familiares, parejas y amigos, es medular en todo momento. No obstante uno de los principales obstáculos es la actitud de los allegados, pues llevados por su angustia consideran que la enfermedad es un castigo, una especie de maldición que les fue impuesta o, peor aún, que les inflige el propio enfermo (González, 2002).

Por otro lado, entrando ya al tratamiento, de acuerdo con González (1999) los objetivos básicos para tratar la anorexia son:

- a) *Fase de contención.* Una vez aceptado el tratamiento, el primer objetivo básico es llegar a recuperar el peso normal mediante el control médico y la intervención dietética. Después, hay que establecer unos criterios de control para que el proceso alimentario se realice con una frecuencia adecuada y normal.

Aunque lo prioritario sea recuperar al paciente en el ámbito fisiológico no se debe encerrar de lleno el tema de la alimentación. La aceptación del tratamiento es un proceso de negociación y de intercambio. Una vez logrado este objetivo se puede pasar a la fase de contención. Empezar la terapia como lo hace la familia podría resultar contraproducente (González, 1999). Tras una sorpresa y desconfianza iniciales, la paciente que se siente escuchada y atendida en otras vertientes de su personalidad, suele colaborar de manera más decidida (Caparrós y cols. citados en González, 1999). Hay que recordar que nadie está exento de recaídas. Algunas sobrevienen después de un largo período, a veces como consecuencia de una experiencia dolorosa o de un cambio importante. Una vez hecha la primera evaluación que demanda diversos estudios de laboratorio para definir la condición física de la paciente-, se podrá establecer parámetros generales, hablar del manejo terapéutico y fijar los primeros objetivos. Se debe analizar la pertinencia de acudir a otros especialistas (ginecólogo, nutriólogo, endocrinólogo, médico internista) (González, 2002).

- b) *Fase terapéutica.* Se comienza el tratamiento correspondiente a las causas psicológicas y sociales que hicieron posible la aparición del trastorno. El tratamiento psicológico lo abordará el terapeuta y será dirigido a las características de la persona.

Desde el punto de vista de Castro (1999) en una *primera etapa*, el objetivo a corto plazo será, en efecto, corregir las alteraciones biológicas que ponen en peligro la vida de la paciente, lograr un incremento de peso y corregir los efectos propios de la malnutrición. No obstante, a diferencia de González (1999) y González (2002) (ver más adelante), este autor recomienda que paralelamente, deben tratarse los aspectos psicológicos junto con los nutricionales y es en esta etapa donde debe valorarse además si existen alteraciones psicopatológicas (v.g. ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo) que, por sí solas, pueden precisar tratamiento psicofarmacológico una vez corregidas las alteraciones biológicas más acuciantes. Es importante no precipitarse en la indicación de un tratamiento farmacológico para la sintomatología depresiva u obsesiva, dado que, hay que recordar que en gran parte puede ser consecuencia de la malnutrición (consecuencias de la inanición), y mejorar en muchos casos en la recuperación.

En la *segunda etapa* se plantean objetivos más a largo plazo, aquí Castro (1999) coincide con González (1999) en el aspecto de que ahora son más importantes los aspectos psicológicos, tanto los que influyeron en el origen (factores precipitantes), si aun persisten, como los que pueden estar haciéndolo en el mantenimiento del trastorno (factores perpetuantes), ya sea en el área de la autoestima, imagen corporal, las relaciones sociales, problemas familiares o características de personalidad.

Entonces se entra a una *tercera etapa* de consolidación de los avances logrados en los aspectos psicológicos y en el mantenimiento de peso y normalización alimentaria. Una vez lograda la remisión del trastorno, el control y el seguimiento de las pacientes debe ser largo (por lo menos de un año) para asegurar que los cambios conseguidos se mantengan en el tiempo. En muchas ocasiones el tratamiento y seguimiento han de prolongarse durante gran parte de la adolescencia, debido a que precisamente en esta etapa es cuando más suele mantenerse el trastorno (Castro, 1999).

De hecho, no basta un aumento de peso, ni siquiera un cambio en las preocupaciones con respecto a la comida para dar por válida una recuperación. Esta será total únicamente cuando la personalidad de la paciente, no sólo en cuanto a las particularidades de su manera de proceder ante la comida y sus consecuencias naturales, sino especialmente cuando haya obtenido suficiente movilidad en sus relaciones

afectivas y haya visto comprometida su identidad con ciertas experiencias (Ajuariaguerra citado en González, 1999).

Por su parte, González (2002, p.190) proporciona una visión más específica y señala que el procedimiento que se sigue en el tratamiento es:

1. Tratar las complicaciones médicas provocadas por la inanición.
2. Restablecer los patrones de alimentación y nutrición.
3. Fijar pautas de nutrición y ejercicio.
4. Modificar mediante psicoterapia cognitivo-conductual las actitudes y percepciones alteradas.
5. Fortalecer el apoyo familiar por medio de una terapia familiar que permita sanear las relaciones y las formas de comunicación.
6. Aumentar la autonomía y la autoestima mediante psicoterapia individual (psicodinámica). Es posible, si la paciente lo requiere, se acompañe de medicamentos, v.g. ansiolíticos (para reducir el nivel de angustia, propiciando así la restauración de los patrones de sueño) y/o antidepressivos (farmacoterapia).

Para Buckroyd (1998) si está en un proceso de recuperación, se necesitan tratar tres áreas: la conducta, los hábitos de pensamiento y los sentimientos subyacentes e historia emocional (Buckroyd, 1998), lo que corresponde a un tratamiento conductista, terapia cognitiva y psicoterapia (individual psicodinámica, grupal y familiar) respectivamente.

Los efectos de la psicoterapia individual profunda (aunque suele ser más prolongada) tienen mayor alcance pues permiten que el paciente descubra el origen de los miedos irracionales que se encuentran en las raíces de la enfermedad (Fairburn, Norman, Welch, O' Connor, Doll y Peveler, 1995); a su vez la terapia está encaminada a cambiar los hábitos, los cuales son manifestaciones externas de las motivaciones y conflictos internos. Se suelen obtener buenos resultados al combinar ambos tipos de terapia, de manera que mientras se trabaja con contenidos inconscientes, en otro, la terapia conductual apoya instruyendo a los pacientes acerca de los peligros de la desnutrición y de los ciclos de atracón-purga. Asimismo, es un instrumento útil para "enseñarlos" a comer. Vale la pena recordar y volver a hacer hincapié en que el conjunto de expertos debe funcionar como equipo (multi e interdisciplinariamente), es decir, intercambiando información y opiniones acerca de los problemas, avances y descubrimientos del caso a medida que éstos surgen, de manera que el tratamiento sea producto de la estrecha colaboración de todos y cada uno a la cabeza (González, 2002). Esto último sería lo ideal, desafortunadamente es el psiquiatra el que siempre está al mando. Es necesario cambiar eso.

No obstante, a pesar de que el tratamiento multidisciplinario es muy eficaz, muchas de las enfermas curadas mantienen características del trastorno a los 10 años de finalizar su terapia ("Tratar la autodestrucción", 1999).

Es necesario tratar la anorexia activamente, y, como último recurso, utilizar los cuidados paliativos en las pacientes en las que las terapias fracasan. Según Williams, Pieri y Sims (1999) es necesario ofrecer un tratamiento adecuado a los pacientes en los que las terapias han fracasado o se asume que fracasarán en un futuro y, por tanto se decide suspender la acción terapéutica para un paciente que está sufriendo y no mejora (citados en Tratar..., 1999). Sin embargo, Russo y Alison (1999) señalan que los cuidados paliativos para las pacientes con anorexia no son la última opción (citados en Tratar..., 1999). Así, la persistencia de los síntomas de la enfermedad y la elevada incidencia de trastornos psiquiátricos en las pacientes (depresión o ansiedad) que se han recuperado de su anorexia sugieren que el tratamiento de esta patología necesita ir más allá que su atención inmediata (Tratar..., 1999), por eso el tratamiento generalmente dura un poco más de un año y es recomendable que siga la psicoterapia individual, a pesar de que hayan concluido las demás.

EL CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS COMO ESTRATEGIA EN EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Cuando la paciente ha admitido que tiene un problema y se ha trabajado la separación básica de comer con los problemas personales. Cuando una joven se recupera de su bajo peso y come con cierta regularidad, y sus problemas psicológicos se vuelven a equilibrar, es un buen momento para *aprender a comer* ni por exceso ni por defecto. Es mucho más fácil decir "no como" que apartar la comida de cualquier situación ajena de ella misma y hacerlo con equilibrio (González, 1999). Muchas personas con trastornos de la alimentación ya no saben qué ni cuánto deben comer en una dieta normal. Algunas quizá no hayan sabido

nunca qué es una dieta normal, sobre todo si vienen de familias donde los horarios de las comidas eran caóticos y poco estructurados. Para otras, los recuerdos de comidas normales están tan lejos en el pasado que resultan irreales. Todo está desconectado de los mensajes normales de hambre y saciedad, apetito y satisfacción, que son la guía natural del cuerpo para la conducta alimentaria (Buckroyd, 1998).

Cualquier desequilibrio en los factores del deporte y la nutrición es perjudicial. Es decir, nadie puede pensar en obtener beneficios diciendo: "no como y hago mucho deporte", pues entraría en una gran contradicción de salud. Se debe comer equilibradamente y hacer ejercicio físico con equilibrio también. La armonía está en ganar y perder calorías de una forma compensada. Esa es la mejor regla para mantener la figura pero para eso hay que educarse en saber comer bien. La comida no tiene porque ser un suplicio. Si llega a serlo, es porque se ponen en ella cosas que no tienen que ver con su naturaleza sino con los problemas psicológicos de cada quién. Se deben de lograr tener siempre controladas las calorías que se consumen con las que se gastan. Es necesario saber que las grasas deben ser controladas en su consumo, pero no se pueden llegar a eliminar porque se produciría un desequilibrio en el cuerpo (González, 1999).

Los seres humanos se encuentran capacitados para controlar una variedad muy grande de situaciones que se le presentan: pueden abandonar algunos malos hábitos que hayan adquirido, así como también pueden cambiar de una ideología a otra, o bien, pueden eliminar vicios como beber o fumar. No obstante, "no puede dejar de comer".

Los requerimientos alimentarios varían de un sujeto a otro (dependiendo de su edad, sexo, talla, peso y actividad física entre otras cosas), promoviendo de esta manera una alimentación personalizada (Braun, 1995). En los pacientes con bulimia nerviosa la dieta debe presentar cantidades moderadas de proteínas, carbohidratos y grasas. Estas suelen ser las conocidas como normoprotéicas, cuya proporción en macronutrientes será equilibrada (Fernández, Trejo y Delgado, 1999).

Es sabido que todo mundo necesita continuamente de un aporte de nutrientes para la obtención de energía, así como también, para reparar y mantener los tejidos y regular los procesos fisiológicos vitales.

Por definición, los nutrientes son elementos básicos que se obtienen de los alimentos y los cuales son indispensables para mantener el organismo vivo y sano (Braun, 1995).

Entre los nutrientes existe una gran variedad que combinándolos forman cinco grupos grandes de alimentos, a saber:

1. - Hidratos de carbono (carbohidratos)
2. - Lípidos (grasas)
3. - Proteínas
4. - Vitaminas
5. - Minerales (Braun, 1995, p. 60)

El agua no es considerada propiamente un alimento, es un compuesto absolutamente indispensable el cual participa en todos los procesos vitales.

Para que las sustancias nutritivas ingeridas sean aprovechadas, estos tienen que sufrir una serie de transformaciones físicas y químicas llevadas a cabo en el aparato digestivo; una vez fragmentadas en compuestos sencillos, son absorbidos por la sangre y transportados a los tejidos donde las células los utilizan para producir su propia materia orgánica, elaborar las secreciones específicas y obtener la energía que requieren para llevar a cabo sus funciones (Braun, 1995).

Los nutrientes que utiliza el organismo para obtener energía son los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. El porcentaje de cada uno de estos grupos de nutrientes dependerá del tipo de alimentación que necesite cada sujeto por sus propias características.

Si se conoce la función que realizan en el organismo los nutrientes procedentes de estos cinco grupos principales y la manera en que se transforman y asimilan, es posible comprender su valor nutritivo y evitar los excesos y las carencias que impiden que el organismo funcione en óptimas condiciones.

Si se considera a los alimentos como un combustible y un material de construcción para que el cuerpo pueda llevar a cabo sus funciones vitales, como cualquier otro combustible, cuando se queman (cuando se oxidan) producen calor o energía. Aunque la unidad internacional para medir la energía es el Joule, en el campo de la nutrición es utilizada la "kilocaloría" más comúnmente llamada como "caloría".

La cantidad de energía o calorías que producen los alimentos es variable de unos a otros, cuando el régimen alimenticio origina sólo la cantidad de energía que requiere el organismo. Todas las calorías producidas se consumen; pero si proporciona más calorías de las necesarias, el excedente se almacena en diferentes partes

del cuerpo en forma de grasa aunque se trate de un exceso de hidratos de carbono o de proteínas, debido a que el hígado se encarga de transformarlas también en grasas. Cuando el aporte calórico es menor que los requerimientos de energía, el organismo transforma las grasas acumuladas en energía para cubrir la diferencia y como consecuencia la persona adelgaza (Braun, 1995).

El cuerpo humano se asemeja a una máquina perfecta que siempre busca el equilibrio entre el aporte energético –determinado por el valor en calorías de los alimentos ingeridos– y el gasto de energía –calculado como la suma de las calorías que necesita el organismo en reposo, llamado metabolismo basal–, más las calorías que cada persona necesita para realizar sus actividades físicas.

En el área de los desórdenes alimentarios, la balanza entre el aporte energético y el consumo energético se ve inclinada ya sea hacia un extremo o hacia el otro. El desequilibrio se crea de una forma paulatina dejando de lado los hábitos alimentarios adecuados.

Para cambiar dichos hábitos alimentarios y que estos se conviertan en adecuados, como principio se debe de dar un “cambio de actitud”.

Adoptar una actitud positiva ante los alimentos es el primer paso para la creación de un buen hábito alimenticio para toda la vida, para que de esta forma pueda ser transmitido a los hijos.

En un principio se debe definir un plan de alimentación, con relación a los propios requerimientos, los propósitos y los gustos. En lugar de darle importancia a las restricciones, para así determinar los alimentos que les gustan, que nutren, es de suma importancia comprender qué es lo que nutre, con la finalidad de incluirlo en el aporte diario para mantenerse “sano”. Se trata de establecer un programa personal que puede mantenerse toda la vida sin sentirse limitado (Braun, 1995).

El cambio de hábitos alimentarios puede tener además el objetivo de poder adelgazar, o por otra parte evitar la malnutrición, independientemente del peso de la persona (Davison; Whitney; Zemon citados en Braun, 1995).

Una persona con un trastorno de la alimentación frecuentemente (o siempre) se vuelve experta en calorías y nutrición. Buckroyd (1998) sugiere que se utilice ese conocimiento para que la paciente se invente menús. Se deben incluir en esa lista cosas que le gusten a la paciente. Así, es necesario saber que una mujer necesita por lo menos unas 2,000 calorías diarias y con base a esto se prepara un plan alimentario; esto de preferencia debe hacerlo un profesional, un nutriólogo.

Si se tiene dificultades para hacer este ejercicio (menús), se sugiere imaginar que se hacen los menús como si fueran para una amiga (Buckroyd, 1998). Es recomendable que se pongan alimentos diferentes para el desayuno, comida y cena, además de una lista de posibles tentempiés. A la mayoría de las personas les gusta comer algo más o menos cada dos o tres horas, y las comidas pueden ser entonces separadas por tentempiés, de manera que se coma alrededor de seis veces al día (Buckroyd, 1998; Bolio, 1994).

LA FORMA DE HACERLO

Braun (1995) afirma que para corregir ciertas alteraciones del apetito resulta muy útil la modificación de la conducta.

De acuerdo con González (1999) y Braun (1995), los siguientes, son los puntos que se deben considerar en el cambio de hábitos alimentarios y para lograr una dieta correcta (González, 1999, pp. 134 y 135; Braun, 1995), incluyendo las 10 reglas para una buena alimentación de Michael Ham (citado en González, 1999, p. 138):

- Un cambio de hábitos es una modificación a largo plazo, que se va adquiriendo con el tiempo.
- Se deben fijar metas muy concretas y a corto plazo; al lograrlas posteriormente se tienen que planear nuevas metas.
- Se debe evitar el uso de alimentos como premios o castigos.
- Es recomendable el uso de un diario de todo lo que se come en el día, es muy importante ser sincero y preciso en los récords.
- Es sumamente importante hacer tres comidas al día, sin pasar por alto ninguna de ellas.
- Se recomienda comer siempre sentado, y si se encuentra en su casa, utilizar la mesa.
- La presentación de los platillos debe ser agradable, y consumir un platillo por vez.
- Las porciones deben ser ajustadas a las necesidades propias de cada persona.
- El tiempo que se debe tomar una persona para disfrutar de una comida debe ser mínimo de entre 20 y 30 minutos, se recomienda comer lentamente, saboreando cada bocado, masticar con lentitud, tratando de triturar cada porción.

- El agua es indispensable, no tiene importancia si se consume antes, durante o después de la comida; lo importante es la hidratación diaria. Beber más de un litro diario.
- No es obligatorio comerse completamente la porción servida, el consumo debe ser hasta sentirse satisfecho.
- No deben existir alimentos prohibidos, limitar su consumo es la mejor opción.
- Planear comidas balanceadas.
- La dieta debe ser variada, pero no en exceso ni en defecto.
- Consumir pocas grasas de animal y alimentos ricos en grasa vegetal.
- Comer platillos condimentados pero no salados.
- Tratar de comer a diario fruta fresca y ensalada.
- Consumir cereales integrales (pan, pasta, arroz).
- En el menú diario incluir productos lácteos (leche, requesón).
- Como mínimo, una vez a la semana comer pescado, pero pocas proteínas de origen animal.
- Beber con moderación.
- Controlar el momento de comer.
- Preparación sabrosa de los alimentos, pero conservando las sustancias nutritivas.

Con el objeto de poder planear los menús se deben incluir alimentos de todos los grupos alimenticios, que por sus cualidades nutricionales se han clasificado en:

Leche y algunos derivados

Frutas

Verduras

Cereales, granos y pastas

Carne, pollo, huevo, pescado y queso

Grasas y aceites

Leguminosas

Buckroyd (1998) sugiere que la introducción de esta planeación de menús junto con los registros correspondientes semanales y para empezar a comer con normalidad poco a poco, podría, por ejemplo, desarrollarse en etapas quincenales:

Día uno, semana uno: empezar ingiriendo un desayuno normal y un tentempié a media mañana.

Día uno, semana tres: agregar una comida normal y un tentempié a media tarde.

Día uno, semana cinco: añadir una cena normal y un tentempié antes irse a dormir.

Esta agenda es algo que tiene que preparar la paciente misma. Será difícil por su terror a engordar, pero se necesita hacer hincapié en que con un régimen de aproximadamente 2,000 calorías (hay que recordar que la cantidad varía según la edad, la talla y el peso actual) no se volverá "excesivamente gorda". Lo más probable es que se conserve el peso que se tiene. Si la paciente es bulímica de peso normal, puede bajar un poco, siempre y cuando no se dé atracones. Si se trata de una anoréxica de peso bajo, puede aumentar un poco.

Por su lado, González (1999, p. 135) propone lo siguiente para controlar las grasas:

- Comer más pan para reducir la ingesta de embutidos
- Controlar la mantequilla
- Comer más papas y verduras en detrimento de la carne
- Evitar los rebozados y los fritos potenciando los preparados a la plancha y a la parrilla
- Controlar la ingestión de productos como la mayonesa y la crema
- Procurar consumir proteínas animales en carne magra
- Mantener un horario de comidas y evitar el picoteo, las pastas, golosinas y otros productos de pastelería

El balance nutricional está basado en la variedad, es necesario probar constantemente, adaptar e inventar recetas nuevas para así poder saborear platillos distintos.

La utilización de cambios de hábitos alimentarios como un manejo de los trastornos de la alimentación resulta adecuado y generalmente se producen resultados positivos siempre y cuando el aprendizaje sea real y el cambio sea efectivo (Braun, 1995).

Además, Buckroyd (1998) sugiere para que la persona sienta que el programa de recuperación es real si lo comparte con alguien, además del terapeuta, paso a paso, incluyendo los altibajos de lo que se está haciendo y la manera en que se siente (como un "monitor"[†]). Se necesita que la persona se permita disfrutar de los logros diarios. Aquí también resulta útil instituir un sistema de premios para medir el éxito: por ejemplo, una estrella dorada por cada día que se consiga cumplir el programa (economía de fichas).

Ya se ha hecho hincapié en que para la paciente seguir este programa no va a ser fácil. La anoréxica seguramente se sentirá incómodamente llena e inflada. Con el fin de aminorar estas molestias Buckroyd (1998) recomienda empezar con comida fácil de digerir, como *yoghurt* y miel en vez de pan integral y manzanas, lo cual puede ayudar un poco. Otra ayuda puede ser el consumo de líquidos, por ejemplo leche y jugos de fruta. Se le sugiere a la paciente otra vez que trate de pensar de qué manera ayudaría a una amiga muy querida o a una hermana para que volviese a comer con normalidad y luego tratarse ella misma con la misma bondad y empatía.

Para las bulímicas se recomienda romper el ciclo atracón-purga, empezar pensando en una dieta normal, porque sin eso no dejara de darse atracones. El disparador fisiológico es no tener suficiente para comer y pasar sin comida durante periodos largos. El hambre voraz tiene al menos parte de la culpa de los atracones (lo que explica porque tantas anoréxicas con el tiempo se vuelven bulímicas). No obstante, para los atracones también hay disparadores psicológicos, además de los fisiológicos. Al no comer normalmente la bulímica se prepara para un atracón, pero entonces algo ocurre que crea sentimientos que parecen incontrolables, por ejemplo, algo la hace enojarse o la perturba o la defrauda. Entonces se recurre a la comida como una forma de manejar esos sentimientos, y se arrepiente y vomita o se purga (Buckroyd, 1998).

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es necesario que la anoréxica controle su mundo de pensamientos, ideas y emociones, además de la conducta con relación a su problema, todo esto se logra por medio técnicas cognitivo-conductuales. La cual también se puede llevar a cabo de forma grupal (Gonzalez, 1999).

Tratamiento conductual

En esta parte se sugiere que lo que se tiene que hacer es anotar el uso que se le da a la comida en un día típico, en el punto donde se encuentra la paciente (al principio del tratamiento). Eso no es nada fácil. A la paciente le costará mucho ser sincera consigo misma acerca del uso de la comida, sobre todo porque quizá se encuentre llena de dudas para cambiar su conducta (Buckroyd, 1998). Básicamente lo que hace la terapia conductual es modificar los patrones alimentarios (Anorexia nervosa, 1999), cumpliendo con las pautas de alimentación e indicaciones que se le hagan al respecto y así también ir aumentando su peso progresivamente. Es fundamental no permitir el estancamiento del peso, debido a que se corre el riesgo de cronicar el trastorno (Castro, 1999).

Se sugiere llevar un registro de lo que se come durante la semana[‡]. Este también es un ejercicio difícil, pues se sostiene una lucha diaria (Buckroyd, 1998). Este registro se hace con el fin de darse cuenta de errores o déficits así como de los excesos que se llegan a cometer en la alimentación, al igual que se puede observar el porque se come (por soledad, tristeza, etc.).

Para lograr romper el ciclo atracón-purga en la paciente bulímica es necesario recordar cuando se dio un atracón y remontarse a ese día en busca del hecho psicológico o experiencia que la haya lastimado o perturbado. Se le debe animar a la persona a que trate el impulso de darse un atracón como un signo de que

[†] Aquí el monitor es el que cumpliría la función de un "entrenador", en los deportes específicamente en gimnasia, es la persona que está al pendiente del deportista, lo ayuda a subirse a los aparatos y también de cierta manera evita cualquier caída, es un "patrocinador", padrino o madrina, como en el programa de Alcohólicos Anónimos.

[‡] Dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría en la clínica de trastornos de la alimentación y dentro del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM en la terapia de cambio de hábitos alimentarios se utilizan este tipo de registros, los cuales se llaman autoregistros alimentarios libres. En estos se incluyen varias columnas como nombre, fecha, hora de inicio, hora de fin, cantidad y tipo de alimento y situación asociada.

algo ha pasado que le angustia (o le molesta). Después tratar de usar ese apoyo para compartir esas sensaciones (quizá por teléfono si el impulso de darse un atracón es muy fuerte), antes de actuar sobre ellas.

Se recomienda tener una lista de distracciones que puedan ayudar si siente el impulso de darse un atracón, sobre todo distracciones activas (Buckroyd, 1998), actividades alternativas como salir a caminar, ir a visitar a una amiga, etc. En el INP se sugiere que se hagan cadenas de acontecimientos: evento estresante-sentimiento-reacción („atracción"). De acuerdo con Buckroyd (1998) si consigue saber qué situaciones producen la necesidad de un atracón (p. ej. las presiones del trabajo, las peleas, discusiones en casa, sentimientos de fracaso e incompetencia), se tendrá al menos una idea más acertada de cómo reaccionar ante esas situaciones y sensaciones. Es necesario utilizar ese apoyo para trabajar en ese problema.

Resulta muy útil poder reconocer ante el terapeuta y ante una persona que esté ayudando a la paciente en su recuperación (familiar o amigo) cómo se utiliza la comida en ese momento. Aunque quizá esto haga sentir a la persona culpable y avergonzada, también hará más real la situación. Las personas con trastornos de la alimentación logran esconderse así mismas de lo que están haciendo. Admitirlo ante alguna otra persona puede producir a veces la sensación de "despertar" (Buckroyd, 1998), y también evita sabotear el plan alimentario. Una vez que se haya creado un registro de cómo se está usando la comida en el momento actual, se podrá comparar con el plan alimentario que se ha hecho o que ha sido proporcionado por el nutriólogo.

Con respecto a la parte conductista del tratamiento, Lieberman (1984) aplicó un programa de reforzamiento operante de manera conjunta a una terapia familiar, donde el objetivo era lograr que el paciente pueda tener acceso a actividades físicas en el hospital dependiendo del peso aumentado. El programa continúa una vez que el paciente sale y el reforzamiento en esta segunda fase es la posibilidad de que el paciente tenga acceso a actividades sociales durante el fin de semana.

Programa

Tiene una serie de fases:

- Admisión de los pacientes al hospital para llevar a cabo una evaluación médica y psicológica completa.
- Sesiones informales de lunch con los pacientes para determinar el grado de negativismo y anorexia.
- Aplicación del paradigma de reforzamiento operante para comenzar el aumento de peso.
- Salida del hospital.
- Aplicación de reforzamiento fuera del hospital como una tarea familiar para prevenir la pérdida de peso.

Simultáneamente se trabajó con la familia para lograr una reestructuración del sistema familiar. Los resultados señalan que el proceso de aumentar de peso fue acelerado significativamente.

Este tratamiento le proporciona al paciente mayor responsabilidad y autonomía (Lieberman citado en López, 1995, p. 48).

La mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso (permitir a la paciente hospitalizada una mayor actividad física o social). También se utiliza el castigo negativo (u omisión) contingente al mantenimiento de un bajo peso o la disminución del mismo, y suele consistir en la privación o retirada de situaciones agradables para la paciente como la actividad física (se le obliga a permanecer en su cama) y/o aislamiento en el dormitorio. Asimismo, se utilizan con relativa frecuencia los sistemas de economía de fichas y, la desensibilización sistemática normalmente aplicada a la situación de comer y a las sensaciones corporales (molestias gástricas, sensación de inflamación, etc.) que ocurren después de la ingestión de los alimentos. De la misma manera se utilizan técnicas de autocontrol para cuando la paciente sale del hospital, que básicamente son cinco: control de estímulo (p. ej. evitar pasar por panaderías), la autoobservación (registros diarios de comida), el autorreforzamiento y autocastigo (p. ej. hacer una lista de consecuencias aversivas del comer en exceso y leerlas antes de comer), la autoinstrucción (repetirse en voz alta frases como por ejemplo: "Necesito hacer una comida completa porque mi cuerpo la necesita para vivir") y el entrenamiento de respuesta alterna (cuando la persona sienta el impulso de darse un atracón puede realizar una de las actividades distractoras, que están asentadas en una lista elaborada previamente), dentro de éste último rubro se incluyen también las técnicas de relajación (Kazdin, 1978).

Otro ejemplo de estas estrategias conductistas es que después de comer la persona haga algo que le guste, tener previsto algún refuerzo positivo. Eso tendrían que preverlo el grupo familiar y la paciente. Comer en un determinado contexto agradable. Tener en cuenta en la comida los gustos y predilecciones de la persona. O sea, se trata de reforzar con elementos positivos el "hecho de comer" (González, 1999).

Terapia cognoscitiva

Los programas cognitivo-conductuales añaden a los anteriores, técnicas específicamente cognitivas. Hsu (1990b) divide en cinco categorías las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento de los trastornos de la alimentación: reestructuración cognitiva, autoobservación, identificación de los antecedentes a los atracones, educación nutricional y planeación de dietas.

La terapia cognitiva es un proceso de "descubrimiento" de un sistema de creencias (por lo regular, erróneas) y un intento de aprender nuevos modelos de pensamiento. Todo depende de que la persona se dé cuenta de que esos hábitos mentales no tienen sentido, y que la paciente esté dispuesta a practicar alternativas, aun cuando al principio le parezcan muy extrañas. No resulta nada fácil cambiar esos hábitos mentales porque dan la sensación de ser verdaderos, pero si no se cambian, aunque se aumente de peso o se modifique la conducta alimentaria es improbable que el cambio sea permanente (Buckroyd, 1998). En otras palabras, este enfoque terapéutico trata de corregir los pensamientos y actitudes disfuncionales relacionados con la alimentación, la imagen corporal y con la autoestima en general, así como proporcionar recursos para el afrontamiento de situaciones sociales que para la paciente pueden representar eventos estresantes o conflictivos en general. Este tipo de terapia debe realizarse de forma individual y también en grupo, dado que ambas formas de abordaje presentan ventajas y características complementarias (Castro, 1999).

Bajo esta orientación, el tratamiento de la anorexia nerviosa se puede dividir casi siempre en dos fases: restablecimiento del peso inicial, generalmente realizado con pacientes hospitalizados, y una psicoterapia a largo plazo para prevenir una recaída.

El acuerdo de la mayoría de los autores (Garfinkel y Garner, 1988) dice que la fase inicial de tratamiento en hospitales es relativamente sencilla y exitosa, pero que un aumento inicial del peso no necesariamente es garantía de un avance a largo plazo.

Por otra parte, los objetivos de esta terapia se derivan del modelo cognitivo de Beck (citado en López, 1995) aunque con estrategias modificadas para anoréxicos, partiendo de la suposición de que el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad fueron elaborados por creencias irracionales comunes.

Las circunstancias alrededor del comienzo del tratamiento difieren de otros, su conducta es definida por los familiares como un "problema", quienes desesperadamente han tratado de convencerlo para que suba de peso, deje de vomitar y busque ayuda profesional.

El objetivo principal de la intervención clínica es alterar el proceso cognitivo de "falsas concepciones y errores en la forma de pensar del paciente" según Bruch, Beck y Garner (citados en Garner y Garfinkel, 1988).

- Dicotomía de razonamiento, es decir, pensamientos extremos que dividen el concepto de comida en categoría de bueno y malo.
- El miedo a aumentar 1 kg. Significa obesidad.
- Variación entre ayunar y excederse en la comida.

Dichas dicotomías mantienen relación con el autocontrol.

"Si dejo de hacer ejercicio un día, lo dejare para siempre"

"Si disfruto las relaciones sexuales me convierto en promiscua"

Según Beck (citado en Garner y Garfinkel, 1988) la labor del terapeuta consiste en enseñarle a:

- a) Captar su forma de pensar y aumentar la conciencia de sus pensamientos.
- b) Reconocer la conexión entre ciertos pensamientos, conductas no adaptativas y emociones.
- c) Examinar la validez de sus creencias.
- d) Sustituir las malas interpretaciones por unas adecuadas.

Las personas con trastornos de la alimentación no son capaces de admitir que se pueden hacer las cosas "regular" o con medida, no pueden romper la dieta un sólo día y comerse un sólo bombón. Tienen que comerse toda la bolsa. No pueden hacer solo 10 minutos de ejercicio. O pueden hacer ejercicio durante dos

horas, o no mueven un sólo dedo. Así que se tienen que incorporar pensamientos como los siguientes: "Un pastel de chocolate no me hará engordar. Veinte de golpe posiblemente sí". "Un filete de carne a la plancha tampoco, pero sí me como siete kilos diarios...". Se trata de no verlo todo en blanco o negro y buscar la moderación. No hay comida "buena" ni "mala", sino cantidades más o menos perjudiciales y motivos apropiados o inapropiados por los cuales comer (Ladish, 1993).

Cabe decir que este tipo de enfoque terapéutico resulta muy efectivo sobre todo para el tratamiento de la bulimia nerviosa, donde, entre otras técnicas, se utiliza también el refuerzo positivo, la retroalimentación informativa y la desensibilización progresiva o sistemática que se orienta a los pensamientos y sentimientos antes de una crisis de atracón (Norman, 1994).

El tratamiento cognitivo-conductual basado en el modelo de Fairburn además de ser el que se ha mostrado más eficaz es el que presenta mayor respaldo empírico. Éste además de mejorar los atracones y las purgas, también modifica la tendencia a hacer dietas extremas y las actitudes hacia el peso y la figura, así como otros síntomas de psicopatologías asociadas: como depresión, autoestima baja, deterioro en el funcionamiento social, y conductas típicas de trastornos de personalidad (Fairburn, Kirk, O' Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992). Los resultados a largo plazo son también mejores que con los antidepresivos. Algunos estudios muestran que los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de 6 meses y un año (Agras, Rossiter, Arnow, Telch, Bruce y Koran, 1994). Un estudio de seguimiento de 6 años mostró también que los efectos terapéuticos de TCC se mantenían (Fairburn, Norman, Welch, O' Connor y Cooper, 1995).

Técnicas cognitivas

- Eliminación del "centro" es una estrategia que tiene como finalidad evaluar la validez de las creencias del paciente de un modo más objetivo. Por ejemplo: ante la conducta de no querer salir por que su estómago está inflamado, o subió de peso y le preocupa que la gente se dé cuenta, el terapeuta puede cuestionar: "¿Cuándo una persona baja o aumenta de peso?", "¿lo notas?", "¿es algo importante?", la gente está demasiado ocupada como para que este todo el tiempo al pendiente de ti.
- Pensamiento catastrófico es una técnica desarrollada por Albert Ellis (Ellis y Grieger, 1989), utilizada para combatir la ansiedad, es el transformar una "calamidad" en un suceso más real.
- Cambiando los debes el deber y tener que dirigen el comportamiento del paciente, "debo evitar alimentos altos en calorías", "debo estar siempre a dieta", "debo hacer ejercicio todos los días", y esto trae un trasfondo "debo hacer lo que se espera y no defraudar a mis padres".
- Metacognición significa darse cuenta de lo que pienso con respecto a esa conducta y someterla a análisis, de tal manera que esa crítica me hace ver con más objetividad las cosas (González, 1999).

Las técnicas influyen en el cambio del canal cognitivo, donde la ansiedad y los pensamientos no adaptativos que acompañan al alimento se interrumpen por distracciones, por ejemplo, ver o escuchar la radio, ir de paseo o hablar por teléfono después de comer para evitar vomitar.

Enseñarle al paciente "frases salvadoras" como el que tenga que repetir: "me terminare mi comida", "no me volveré gorda", "esto es parte de estar bien", "esta comida me la receto mi terapeuta, debo comerla como si fuera mi medicina", "necesito comida para mantener mi salud", "a pesar de lo que siento, soy una persona delgada", "mi apariencia es atractiva". Repitiendo y practicando estas frases se podrá facilitar el cambio hacia una verdadera actitud. Después de varios meses, se ha observado que los pacientes dicen: "algunas veces cuando me veo en el espejo, realmente me creo lo que estoy diciendo" (Garfinkel y Garner, 1988).

De acuerdo con González (1999) se debe procurar regular la conducta de comer en el tiempo, y cuando se presente el momento de acercarse a comer mentalizarse con pensamientos positivos: "me cuesta, pero es necesario". Para la anoréxica es primordial, de alguna manera, suavizar de modo positivo ese momento. Se necesita hacer positivo el momento de comer (*cuando comer*), asimismo aceptar cuánto comer (*cantidad*) y controlar *que comer*. Esos tres factores tienen que ser de alguna manera negociados con la persona, e instituir una línea base de consumo de alimentos guiados bajo control médico. Sobre esos tres factores la anoréxica debe ceder, intentando un cambio de actitud y mejorando sus propios pensamientos de modo positivo hacia el hecho de comer: "la comida da salud", "la vida es posible gracias a los alimentos".

Otra de las conductas que se trata de modificar es el estar pesando a todas horas. Ladish (1993) sugiere que la persona después de concluir su tratamiento se pese en promedio cada semana o cada quince días. De este modo se libera de la compulsión de pesarse constantemente, pero a sabiendas de que hay que pesarse determinado día. González (1999) sugiere tener el siguiente pensamiento en mente: "me pesaré semanalmente para controlar mi consumo de más o menos calorías. Esto me dirá si debo comer más (o menos) para llegar a un peso normal" (lo mejor es que esté controlado por un médico o un nutriólogo). Si existe un problema de falta (o exceso) de peso, eso lo indica la báscula; ni las revistas de moda ni las artistas de la televisión y el cine tienen autoridad para indicar cuál es el peso correcto (en sus mensajes subliminales). La objetividad del peso saludable está en la báscula no en agentes subjetivos, y a eso hay que adherirse.

Tal vez, si se escriben los motivos por los que se debe comer más y recordarlos frecuentemente para que la paciente se anime a ingerir más alimento, planificando cómo hacerlo (González, 1999) se puede evitar la angustia que siente la anoréxica antes de empezar a comer.

Resulta difícil enfrentarse a los cambios, a abandonar prácticas en donde la paciente se sentía segura.

Buckroyd (1998) recomienda que cuando la persona se sienta especialmente deprimida o desanimada, quizá también pueda usar también los propios problemas que la han llevado a esa situación y decir: "Ahora mismo me resulta difícil hacer eso por mi misma, pero lo haré por las personas que me rodean y me aman, y se preocupan por mí y quieren que esté bien".

Cambiar valores culturales: partiendo del hecho de que la cultura tiene un fuerte poder en la formación de creencias, valores y expectativas, una de las barreras más grandes para el paciente anoréxico, es que el objetivo terapéutico se encuentra totalmente opuesto a los estándares sociales en donde el estar delgada significa ser bella.

Al respecto, Garfinkel y Garner (1988) señalan que se debe ayudar al paciente a desarrollar actitudes más realistas, mostrándole fotos de anuncios donde la mujer es subestimada solamente por su físico y su esbeltez.

No comer está reforzado en las adolescentes por muchas cuestiones que tienen que ver con las investiduras psicológicas que se ciñen sobre el cuerpo ("Si estoy gorda, soy fea para los demás y fracasaré", "Me pasó de niña que era gordita y se burlaban de mí"). Todos esos pensamientos negativos, esas energías destructivas, se deben transformar. Se necesita reforzar una mente positiva, cambiar el signo de los pensamientos.

"Si como equilibradamente, todo en mí será más armonioso", "Si como con equilibrio, vendrá a mí la belleza natural que a mi persona corresponde", "Sere una persona con el máximo éxito ante los demás cuando yo me acepte a mi misma". Estos pensamientos son maduros y reforzarán el llevar una dieta equilibrada (González, 1999).

Ladish (1993) propone escribir una o dos afirmaciones positivas sobre sí misma o lo que en ese momento le esté preocupando a la persona, por ejemplo "Cada día estoy más y más a gusto conmigo misma", "Estoy más y más equilibrada, física, mental y emocionalmente". Se recomienda concentrarse sólo en una afirmación a la vez, hasta que se consiga el resultado esperado. Entonces la frase se escribe varias veces al día (generalmente por la mañana o por la noche), al mismo tiempo que se repite a sí misma mentalmente la frase. El motivo de utilizar una afirmación a la vez es con el fin de recordarla de memoria y para que se la pueda repetir mentalmente a lo largo del día, sobre todo en momentos que tenga "demasiado" tiempo para pensar (y generalmente la paciente se centra en ideas negativas) caminando por la calle, manejando, en el momento de arreglarse (cuando se está viendo frente al espejo).

Bajo este mismo rubro, la autora propone que en cuanto la persona se vea en el espejo, se mire a los ojos y diga una palabra o frase de ánimo. La que se le ocurra en el momento "Cada día te estás poniendo más bonita", "Sigue así, vas muy bien", "Hoy vas a tener un buen día".

Cabe mencionar, por otro lado, que una relación terapéutica buena y de confianza es vital para que el paciente modifique su conducta. El terapeuta debe estar consciente de los objetivos contradictorios que posee el paciente para alcanzar la recuperación.

Es esencial que piense que el "comer más" se va a intentar con todas las fuerzas, y que si existen fallas se aceptarán y se volverá de nuevo a intentarlo. Visto así, "comer más" no es un acontecimiento día a día sino

un proceso a largo plazo que llevará hacia una dieta equilibrada. Si alguna vez se falla, ¡no pasa nada! ... (González, 1999).

Sin embargo, pueden existir recaídas. La recaída se puede producir por un exceso de confianza en que el problema está superado, por falta de previsibilidad. Se debe saber separar la comida de todo lo que sean asuntos psicológicos y sociales. Se trata de saber que es necesario establecer un criterio de dieta sana y mantenerse en ello, independientemente de cualquier influjo exterior o interior a la persona. Uno de los problemas que presenta la recaída en los trastornos de la alimentación puede deberse a que no se adquiere el compromiso claro de no utilizar la comida como alternativa a los problemas personales y sociales. Es necesario establecer un compromiso donde "no comer" es algo no negociable ni para uno mismo (González, 1999).

Asimismo, el autor sugiere que se tienen que llenar de contenidos psicológicos la conducta de "comer más". Dar sentido de satisfacción y placer a "comer más". Hay que crear expectativas. Esto se puede lograr con la voluntad y la actitud de quererlo. No hay peligro de engordar, pues se tiene que llegar al equilibrio alimentario: "ni poco, ni mucho, lo justo".

Este autor también propone poner en práctica lo siguiente (González, 1999, p. 163):

- Dejar sin valor la conducta de "no comer"
- Pensar en lo negativo de ese comportamiento
- Realmente creer que "no comer" entorpece la dinámica de la vida.
- Pensar que "no comer" no embellece, afea
- Creer verdaderamente que no facilita la socialización, la inlube.

Según Buckroyd (1998, p. 99) para lograr cambiar los hábitos de pensamiento que acompañan a los trastornos de la alimentación se necesita hacer tres cosas:

1. Que descubra que es lo que ella misma se dice
2. Que decida que no quiere seguir repitiendo esos mensajes.
3. Que reemplace esos mensajes viejos por mensajes nuevos.

Un ejemplo sencillo de como funciona ese proceso podría ser

1. Cada vez que pienso en comer una comida apropiada, me digo: "No la necesitas, y si la comes engordarás"
2. Me doy cuenta de que ese mensaje no es verdad, necesito comer, y si como regular y prudentemente, no engordaré
3. Intentaré reemplazar el mensaje viejo diciendo "Necesito comer, y comer normalmente no me hará engordar"

Aquí se trata de identificar qué mensajes se están repitiendo sobre la comida, el peso, la forma y el tamaño. Se recomienda comenzar a hacer una lista de lo que habitualmente se dice ella misma sobre esos temas. Simplemente imaginándose en situaciones típicas, amenazantes (pesándose y descubriendo que ha aumentado medio kilo, encontrándose con una amiga que la invita a comer, despertándose por la mañana con hambre, etc.), quizá así pueda identificar un buen número de esos mensajes. Entonces se le sugiere que se empiece a acostumbrar conscientemente a escuchar lo que ella misma se dice cuando se presentan esas situaciones. Quizá se sorprenda de la frecuencia con que se repite esos mensajes. Tal vez note la severidad y la violencia con que se habla. Probablemente ella comience a comprender cuanta energía dedica a mantener su sistema

La paciente tiene que pensar si quiere seguir repitiendo esos mensajes. Le revelarán un sistema de valores basado en unas pocas ideas centrales, por ejemplo. La comida es mala y peligrosa; comer no está permitido, es repugnante, comer engorda, soy gorda y fea; ser gorda es malo y despreciable. El solo hecho de anotar esas creencias puede ayudar a empezar a ver lo limitado que es ese sistema de valores, pero tiene que tratar de emplear estos métodos para revisarlas (Buckroyd, 1998).

Como se mencionó anteriormente, aquí lo que se trata es ir eliminando la sobregeneralización, el pensamiento dicotómico, el pensamiento supersticioso, etc. En la tabla 6 se pueden observar las preguntas concretas que el psicólogo puede realizar para este tipo de pensamientos.

Tabla 6. Contraargumentos empleados normalmente por el terapeuta durante la aplicación del tratamiento cognitivo

Reducción de pensamientos catastrofistas y/o sobregeneralización

- ¿Qué sería lo peor que podría ocurrir?
- ¿Sería tan desastroso como te imaginas?
- ¿Qué evidencias tienes de ello?
- ¿Qué evidencias hablan en contra?

Reducción de personalización

- ¿Ocurre esto con toda la gente?
- ¿Qué pruebas tienes de ello?
- ¿Has preguntado a los demás qué opinan al respecto?
- ¿Crees que los demás notan tu cambio de peso?
- ¿Has notado si los demás han cambiado de peso respecto a la semana pasada?

Despolarización de pensamientos

- ¿Qué porcentaje habla a favor y qué porcentaje en contra de que ello ocurra?
- Si tienes en cuenta tu experiencia, ¿en qué porcentaje de casos ha ocurrido ello?
- Dices que tu cuerpo lo notas gordo, ¿qué partes de tu cuerpo en concreto?
- ¿Qué quieres decir con gordo?
- ¿Que tan gordo?
- ¿Hay alguna parte corporal que no te desagrade?

En combinación

- Esas ideas ¿son siempre verdaderas y en todas las circunstancias? ¿Cuándo y con respecto a quién podrían no serlo? Serían verdad para un bebé, tu madre, tu mejor amiga, un refugiado, tu hijo.
- ¿En qué circunstancias limitadas y para quién podrían a veces ser verdaderas?
- ¿Tienen otras personas el mismo sistema de creencias? ¿En absoluto? ¿Hasta cierto punto? Se sugiere que la persona pregunte a su "monitor" si tiene el mismo sistema de creencias.

Es recomendable que se piense en la persona que más se quiere en el mundo. ¿Cuáles son las cosas que tú quieres y valoras en esa persona? ¿La quieres sobre todo porque es delgada? ¿Qué significa eso? ¿Crees que tienes un sistema de valores para ti y otro para los demás? ¿Quieres continuar?

De acuerdo con Buckroyd (1998) es necesario reemplazar los mensajes viejos por otros nuevos que sean más creativos y útiles, y que no dañen como lo hacían los viejos (ver tabla 7). Por ejemplo:

- La comida no se ha hecho para cambiar o aliviar estados de ánimo. La comida se ha hecho para lo que es: alimentarse, para vivir.
- "Comer es repugnante" podría convertirse en "Comer es necesario".
- "Ingerir comidas normales me hará engordar" podría convertirse en "Ingerir comidas normales me ayudara a prevenir los atracones".
- "Soy gorda y fea" podría convertirse en "Me siento bien tal como estoy" o "Me acepto tal como soy".

Aranda y Turon, 1998 p. 234; Buckroyd, 1998 pp. 100 y 101

Ladish (1993) señala que es necesario que la paciente se concentre en el aquí y el ahora. Intentar no pensar que "nunca más voy a darme un atracón", "siempre tendré que controlarme", "toda la vida tendré problemas con la comida". Esto hay que sustituirlo por "Hoy no voy a darme un atracón", "Ahora voy a controlarme", "Hoy tengo problemas con la comida". Esto ella lo sabe, que es más fácil y más realista concentrarse en el paso que se tiene que dar ahora mismo que agobiarse pensando en el futuro.

Así, las técnicas cognitivo-conductuales constituyen la aproximación terapéutica más estudiada en la bulimia nerviosa y son consideradas por muchos autores como el tratamiento de elección (Smith, Marcus y Eldredge, 1994; Agras, 1993; Fairburn, Marcus y Wilson, 1993; Mitchell, Raymond y Specker, 1993; Thackwray, Smith, Bodfish y Meyers, 1993; Kettlewell, Mizes y Wasylshyn, 1992).

Muchas de las técnicas del modelo cognitivo-conductual ya descritas están basadas en las aportaciones de Fairburn quien elaboró este método terapéutico para el tratamiento de la bulimia nerviosa. El lector interesado en obtener una mayor información sobre dicho modelo de intervención podrá encontrarlo en Fairburn y Wilson (1993). La terapia se divide en tres etapas que se presentan resumidas a continuación:

1a. Etapa. Dura 8 sesiones con una entrevista semanal. Se realizan las siguientes actividades:

- a) *Monitoreo de la alimentación*, por medio de los registros mencionados incluyendo: ingestas purgas, circunstancias de atracones o purgas, pensamientos relacionados.
- b) *Pesarse semanalmente*, registrándolo y analizando reacciones.
- c) *Proporcionar información sobre:* peso corporal y su regulación, consecuencias físicas adversas del atracón, vómito y laxantes, relativa ineficacia de vómitos y purgas para controlar el peso, efectos negativos de hacer dieta. Se le pide que lo resuma a su modo para verificar si lo entendió.
- d) *Prescribir un patrón de alimentación regular*, de manera que no haya más de 3 o 4 horas de espacio entre comidas y estar sin alimento entre estas. Para lograrlo se sugieren las siguientes medidas de control de estímulos: no hacer ninguna otra actividad durante las comidas, comer siempre en el mismo lugar de la casa, limitar la cantidad de comida disponible mientras come (quitar la comida "extra" de la vista), dejar comida en el plato, tirar la comida sobrante para que después no la ingiera, limitar la exposición a comidas peligrosas (p.ej. no tener la caja de galletas enfrente), hacer la lista de compra de comida después de comer (cuando no tenga hambre), ir al super con el dinero justo, comprar de preferencia comida que necesite preparación para que no puedan ser ingeridos directamente sin cocinarlos, evitar en lo posible cocinar para otros o estar en contacto con alimentos de fácil ingesta (p.ej. trabajar en restaurantes).
- e) *Consejos sobre el vómito*. Explicarle sus consecuencias y recordarle que si deja de tener atracones es muy poco probable que siga vomitando porque se rompe el círculo que mantiene el trastorno. Pedirle que los deje y que no se de atracones apoyándose en la idea de que después vomitará.
- f) *Consejos acerca de laxantes y diuréticos*. Informarle su peligrosidad e ineficacia. Anotar su empleo en los registros diarios de alimentación y abandonarlos gradualmente.
- g) *Alternativas al atracón y al vómito*. Se le pide que haga una lista (también mencionada anteriormente) de actividades agradables, que sirvan como alternativas al atracón (o al vómito). Por ejemplo: hablar por teléfono, visitar amigos, hacer ejercicio, escuchar música o darse un baño. Animarle para que las utilice en cuanto sienta ganas de darse un atracón o vomitar.
- h) *Entrevistar a algún amigo o familiar*. Esto es lo que señala Buckroyd (1998) en cuanto a hablar con alguien que la apoye. El objetivo es que se abra con una persona y facilitar un apoyo social adecuado (buscar redes sociales). El paciente necesita explicar a sus familiares y amigos los principios del tratamiento, para que así entiendan cómo ayudarlo.

Después de la 1a etapa existe marcada reducción en la frecuencia de atracones y una mejoría del estado de ánimo (pp. 135-138).

2a. Etapa. Dura 8 semanas con una entrevista semanal. Los objetivos son:

- a) *Eliminación de la dieta*. Esto es muy importante ya que la dieta favorece los atracones. Dejarla, no significa que se suba de peso, por que muchas de las calorías ingeridas se deben a los atracones. Las comidas evitadas se jerarquizan según su grado de reclazo (nivel de "peligrosidad" para la paciente, y se categorizan en 4 grupos de dificultad creciente. Cada semana se le pide que ingiera alimentos de uno de los grupos empezando por los más fáciles. Esos alimentos se ingieren como parte de una comida o tentempié planeado, en una cantidad razonable. Así se puede determinar con los autorregistros cuándo y cuánto come el paciente. Si come poco se le pide que aumente su ingesta, hasta llegar por lo menos a 1500 calorías diarias.
- b) *Reestructuración cognitiva*. Ya se ha hablado de esta parte con detalle, así que aquí solamente se hará un repaso breve. La paciente aprende a cuestionar los pensamientos problemáticos buscando evidencias a favor y en contra. Esto se consigue con los métodos de la terapia cognitiva de Beck y algunas de las técnicas de la terapia racional emotiva de Ellis (Ellis y Grieger, 1989). Los pensamientos se reestructuran, según Fairburn en 4 pasos: 1) reducir o traducir el pensamiento a su esencia, 2) buscar argumentos y evidencias, lógicas y empíricas, que los apoyen, 3) buscar argumentos y evidencias que puedan rebatirlos, en lo posible con experimentos conductuales, 4) buscar una conclusión razonable que usará para regir su conducta y que reemplazará a las actitudes irracionales causantes de sus conductas y emociones contraproducentes. Esta conclusión se escribe como frase y se

usa de diferentes maneras, por ejemplo: anotarlas en tarjetas que se releen con frecuencia, decir cada frase cada vez que se presenta el pensamiento irracional, actuar según ella (y en contra de ese pensamiento). Ya que se acostumbró a cuestionar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique la reestructuración cognitiva por sí misma, escribiendo los 4 pasos atrás del autorregistro. Se le dice que la practique tan seguido como le sea posible, analizando sus intentos en las sesiones.

- c) *Tratamiento de las distorsiones y de la repulsión hacia la autoimagen corporal.* Siempre que se "sienta gorda" puede recordarse a sí misma que tiene esta distorsión, y que, por ende, es mejor evaluar su figura en función de: las opiniones de personas fiables de su entorno, los datos objetivos que comprueba semanalmente, y las tallas de ropa que usa. Las pacientes suelen: evitar verse, vestirse o desvestirse en la oscuridad, usar ropa ancha sin forma, evitar espejos y, en casos extremos, no usar traje de baño jamás y bañarse con ropa. El tratamiento a esta alteración requiere la exposición o, en términos cognitivos, actuar en contra de su esquema disfuncional.
- d) *Entrenamiento en resolución de problemas.* Esto se hace mediante 6 etapas: 1) identificar el problema pronto, 2) especificar y definir cuál es el problema, 3) considerar todas las alternativas (soluciones) posibles, 4) elegir la mejor solución tras evaluar las diferentes opciones, 5) llevarla a la práctica, 6) revisar todo el proceso para evaluar su idoneidad y determinar en qué podría mejorarse. Esta técnica es para ayudar a que la paciente pueda manejar problemas que, de otro modo, podrían llevarla a un atracón. Se le pide que practique este método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo registre en el diario de alimentación. Cuando surja un problema pone en el registro a la vuelta cada paso de solución de problemas, que hace para resolverlo (pp. 139-143).

TERAPIA FAMILIAR (SISTÉMICA) Y RECOMENDACIONES PARA LOS FAMILIARES

Es posible salir de la anorexia, no obstante precisa de mucho tiempo de tratamiento y esto va a depender de la intensidad del problema.

La familia debe ser orientada e introducida como un elemento muy importante del proceso. Se corre el riesgo de que los familiares tomen por sí mismos iniciativas terapéuticas, ya que ella misma puede ser causa interviniente directa de la anorexia, pues la anoréxica presenta muchas veces un cuadro de reacciones negativas hacia el medio familiar y es precisamente la anorexia un producto de ese conflicto. Es la familia por completo la que debe actuar como paciente y dejarse orientar (Gonzalez, 1999).

Esta terapéutica familiar resulta ser muy eficaz sobre todo para tratar niños, adolescentes y adultos que aún viven en casa (Norman, 1994). Así, cuando los problemas en la familia contribuyen al sentimiento de pérdida de control, la terapia familiar ha provisto un 90% de mejoría (Nichols y Schwartz citados en Anorexia nervosa, 1999).

Una terapia familiar intentará explorar que ha pasado en la familia para que la persona en cuestión haya llegado a padecer un trastorno alimentario (Buckroyd, 1998), así como tratar de solucionar los conflictos que se hayan ido creando, sobre todo desde el inicio del trastorno (Castro, 1999). Lo que le resulta más difícil aceptar al grupo familiar es que ellos no solo son los acompañantes de la persona que tiene el problema, a lo mejor son parte del problema, que deben asumir. Esto implica a nivel de ayuda, en algunas ocasiones, una barrera insalvable. La familia es el núcleo fundamental de la comunicación afectiva. Hay que ser comprensivos y acercarse a esa persona no desde el punto de vista de uno sino desde el suyo, y a partir de ahí trabajar el cambio de actitud, la necesidad de consultar a un especialista que la ayude. Tiene que reconocer que darse cuenta de que el mundo de las personas más íntimas puede costar un gran trauma a quien era el centro del sistema (la paciente anoréxica). La terapia es difícil para la familia pues salen a flote problemas que de otra manera se mantendrían ocultos (Gonzalez, 2002, Gonzalez, 1999, Buckroyd, 1998).

Gonzalez (2002) y la American Anorexia Bulimia Association, AABA (1999) sugieren una serie de pasos (o recomendaciones) a seguir para los familiares en cuanto a qué hacer si un miembro padece un trastorno de la alimentación, en el momento de tratar de conseguir que la paciente se atienda. Esto está dirigido a un miembro de la familia, en este caso la madre por ser en la mayoría de los casos la más allegada a la paciente (pero puede ser el padre, un hermano, u otra persona cercana).

- 1) *Hablar con la persona acerca de sus preocupaciones.* Cerciorar la situación más idónea para crear un clima sereno y sin presiones de tiempo. Elegir un lugar y una hora en que no exista la amenaza de

interrupciones. De preferencia, desconectar los teléfonos y alejar a los demás. Esta conversación inicial se debe enfocar en las propias inquietudes del familiar acerca de la enferma, pues se trata de lo que *el familiar* ha percibido. Sin críticas ni acusaciones; no intentar, perseguir, juzgar ni culpabilizar a la paciente o a alguien más. Debido a que las actuaciones o sentimientos de los demás corresponden a otro ámbito que no interesa solucionar, porque sólo sirven para evadir la expresión de sentimientos propios, al atribuirlos –con bases o sin ellas– a otros. Es necesario concretar la atención en el problema y en los sentimientos que éste ha despertado en el familiar. Se tiene que evitar traer a colación otros conflictos en relación a la enferma, entre ella y otros miembros de la familia, o lo que su conducta ha generado en los demás, pues equivale a partir de que la opinión de los otros, pese a estar ausentes, tiene mayor peso que la de la enferma o la del familiar mismo que le está hablando; sin mencionar que es fácil que la paciente desacredite lo dicho por otra persona que no está presente, dando pie a discutir y desviar la atención del problema.

Se sugiere escuchar la respuesta sin interrumpir ni entrar en debates, pues equivale a descartar lo que la otra persona siente, y si bien es posible que su forma de expresión sea confusa, es la manera de hablar de *sus* sentimientos. Otra vez, se debe escuchar sin juzgar, sin pretender que el familiar sabe más de su experiencia que ella misma. Entre las posibles reacciones están las de ira –hay que recordar que el miedo suele provocar enojo– o negación, pues la persona no se atreve a reconocer su problema ni siquiera ante ella misma. Sin embargo, existe la posibilidad de que se sienta aliviada de que alguien se haya ofrecido a ayudarla. Probablemente se sentirá avergonzada. Las personas con trastornos de la alimentación tienden a “autoaislarse” y entonces se vuelven muy buenas para esconder y negar sus problemas. Por lo tanto, es especialmente traumático para ellos cuando alguien se entera abiertamente de su “secreto” (González, 2002, AABA, 1999; Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999). El familiar se debe de “armar” a sí mismo de ejemplos de cosas que ha observado las cuales le han llevado a creer que existe un problema. Entre más “evidencia” se tenga, más difícil será para la persona “borrar” el problema. Por ejemplo, “Estoy inquieta porque parece estar preocupada por tu peso y nunca te veo comer nada” o “Siempre vas al baño inmediatamente después de las comidas y algunas veces puedo oler vomito ahí”. El objetivo de esta comunicación es hacerla saber que la quiere, que el familiar está verdaderamente preocupado por su salud y que hará todo lo que esté en sus manos por apoyarla (González, 2002, AABA, 1999).

- 2 *Hablar con el médico.* Ya se ha dicho que mientras más rápida sea la intervención médica, existen más posibilidades de curación. Este es un paso muy difícil, más que el anterior, pues el estigma de la enfermedad que impide a los enfermos enfrentar el padecimiento también representa un freno para los padres. Es conveniente avisar a la persona que se va a hablar con el médico. Ante el médico, se sugiere que el familiar haga un recuento pormenorizado de sus observaciones y de las respuestas de la enferma. La sinceridad de las respuestas –por dolorosas que sean– le proporcionan armas para combatir el padecimiento. Asimismo, es recomendable pedir información sobre la enfermedad en sí y sobre los especialistas y tratamientos idóneos.
- 3 *Hacer la cita.* Esta tiene que ser de común acuerdo con la paciente, sobre todo si es mayor de edad*. Cuando se trata de una menor el familiar puede tomar la decisión pero, aun en este caso, sobra señalar que es mejor vencer las posibles resistencias en vez de imponer medidas desde la posición de autoridad. A veces es recomendable anunciar la suspensión de ciertos privilegios, como el tiempo destinado a ver televisión, dinero para ropa, etc. Sin embargo, hay ocasiones en que estos tratos de nada sirven pues la enferma tiene la atención fijada en otros asuntos: el peso, la figura, la talla y la comida. Cuando esto atañe a una mayor de edad, es probable que ésta escriba que es muy libre de hacer con su cuerpo y su salud lo que le plazca. Si aun vive en la casa familiar, muchos padres, llevados por el propósito de desarticular este argumento, caen en la tentación de ejercer su autoridad y utilizar frases como “No lo harás mientras estés en mi casa”. Esta actitud reduce las posibilidades de intervención, pues la enferma no puede sino interpretarla como una invitación a abandonar el hogar, precisamente cuando más lo necesita, lo que –a fin de cuentas–, es llevar a este espacio otros conflictos.

* De acuerdo con la AABA (1999) si la paciente tiene menos de 18 años, los padres o tutores poseen más control de la situación. Así, ellos pueden tener la autoridad para forzarla a obtener ayuda, pero esto no asegura que ella esté dispuesta a cooperar con el proceso de tratamiento.

ajenos al problema. Toda la labor de convencimiento debe centrarse en la recuperación de la salud y en el interés por alcanzar esta meta. La paciente tiene que tomar la decisión de ayudarse a sí misma. Si no tiene la voluntad de hacer esto, es muy poco lo que cualquier persona pueda hacer para forzar a la persona. La ayuda que reciba sólo puede ser tan efectiva como ella quiera que sea, esto no significa que el familiar debe detenerse en su intento por ofrecer su apoyo. Algunas veces toma tiempo para que las personas se den cuenta de que su problema se ha salido de control. Como se dijo, es inútil llegar a una discusión. Si las cosas van en esa dirección, el familiar debe permanecer en calma y dejar que la persona sepa que entiende que no la puede forzar a hacer algo que no quiere, pero que está tomando esta situación muy seriamente y seguirá impulsándola a que busque ayuda profesional. Algunas personas que se han recuperado de un trastorno alimentario dicen que aprecian el hecho de que los amigos y la familia hayan seguido tratando de convencerlos, aunque hayan estado diciendo las mismas cosas una y otra vez (González, 2002; AABA, 1999).

De hecho, en Inglaterra según Siegler (1999) la ley actual dicta que el tratamiento puede ser impuesto a un individuo a través de tres diferentes procesos: internamiento involuntario, incompetencia legal y condición de menor. El tratamiento obligatorio debe ser restringido a sujetos que no son competentes, que sufren de enfermedades mentales, o que rechazan fuertemente la realimentación porque para estos pacientes los beneficios de la alimentación forzada pesan más los riesgos.

En muchos casos de anorexia, los médicos justifican sus prácticas obligatorias diciendo que una persona severamente emaciada que sigue viéndose gorda no es competente, especialmente para tomar decisiones acerca de qué tipo de tratamiento es el mejor para ella. Después de sus etapas iniciales, la enfermedad se escapa de su propia esfera donde la paciente raramente puede controlar lo que come y lo que no, y cuándo y cuánto decide consumir. La paciente solo sabe que debe mantenerse delgada o volverse incluso más delgada y evasiva a la comida como una ruta hacia la salud. Rehusa subir de peso y haciendo esto, rechaza el único tratamiento que la alejara de la muerte y la llevara a un estado mental saludable (Siegler, 1999).

De acuerdo con Siegler (1999) para determinar el nivel de competencia del paciente, esa habilidad de la persona para ejercer su autodeterminación debe ser primero evaluada. En segundo término, el médico debe calcular los beneficios y las cargas para la paciente de la realimentación obligatoria.

Ya en la consulta, si la paciente le permite estar presente, el familiar tiene que recordar que es ella la que debe hablar. Es su espacio para ventilar sus dificultades y enfrentar su problema. El familiar tiene que escuchar, quizá descubra aspectos que desconocía. Éste solo puede intervenir solo a solicitud de la paciente o del especialista y siempre en forma precisa, sin aprovechar una pregunta para descargar sus propias angustias (González, 2002).

4. *Investigar*. Esto es solicitar material y bibliografía al especialista y al centro de salud y/o de apoyo de preferencia. Conocer la evolución, los efectos y peligros de la enfermedad le permitirá al familiar no solo anticipar riesgos sino también disminuir sus propios niveles de ansiedad y los de los demás miembros (González, 2002; AABA, 1999).
5. *Mantener la discreción*. No es necesario ocultarlo a los demás. No obstante, se debe respetar la intimidad y por menores de la enferma, a fin de que su vida no se convierta en material para que todos -propios y extraños- opinen. Los demás suelen aconsejar y ese cúmulo de comentarios desorienta y ahonda las dudas, sin mencionar que la información obtenida por estas vías suele ser superficial y anecdótica.

De esta forma, González (2002, p. 188) complementa estas recomendaciones con lo siguiente:

- a) Se debe buscar ayuda profesional de un especialista en trastornos de la alimentación (González, 1999). Es importante que el terapeuta sea especialista en trastornos de la alimentación. No todos son expertos en el tema ni saben lo suficiente acerca de este (AABA, 1999).
- b) Si la persona niega su problema y se rehusa a buscar ayuda, es imprescindible que el familiar procure recibir información de un experto y entere a alguien más acerca de la situación.
- c) Es necesario centrar las conversaciones en temas ajenos al peso, comida o ejercicio y evitar los comentarios acerca de su figura.
- d) No se debe intentar obligar a la paciente a comer, pues esto da lugar a luchas de poder que nada ayudan sólo debilitan las relaciones y la confianza.

- c) Hablar del problema a sus espaldas, con amigos comunes, o confrontarla con otras personas, es interpretado por la enferma como un acto de deslealtad. Lo es. Si el familiar tiene la necesidad imperiosa de hablar del tema, debe dirigirse al especialista.
- f) Es recomendable que el familiar se muestre dispuesto a dar apoyo cuando la persona lo necesite, pero éste debe establecer claramente los límites entre lo que puede y lo que no puede hacer (González, 2002; AABA, 1999). Sin embargo, una vez que sea revisada la condición física inicialmente, y la oportunidad de un mayor entendimiento y un tratamiento puesto en marcha, entonces la recuperación actual es responsabilidad de la paciente (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999). No permitir manipulaciones
- g) Se necesita que el familiar hable con sinceridad, sin miedos. La persona más asustada es la enferma y en nada le ayuda que esté aunada a sus temores a los que ella experimenta, es decir, se los transmitiría.
- h) El familiar no debe descuidar otras áreas de su vida, sus propias necesidades; este tipo de enfermedades consume tiempo y energías. Entre más oculte sus sentimientos, es más probable que termine expresándolos en un momento inapropiado, cuando esté especialmente enojado o frustrado. Debido a esto, la familia debe buscar ayuda para ellos mismos, que puede ser terapia individual, la misma terapia familiar y/o un grupo de ayuda para familiares, es importante que el familiar busque un espacio donde hablar acerca de lo que está experimentando (González, 2002; AABA, 1999), si fuera necesario, remitir a los padres a tratamiento psicológico o psiquiátrico (Castro, 1999). Si es posible, se sugiere que turne los cuidados con otras amistades o parientes. Es muy común para la familia que se sientan abrumados por estas situaciones, y llegar a frustrarse, deprimirse o dejarse llevar por la ansiedad debido a su preocupación por la paciente. Hay que recordar que los trastornos de la alimentación no solo afectan al que lo padece, tienen un impacto profundo en cada persona que la quiere (González, 2002; AABA, 1999)
- i) Una vez iniciado el tratamiento, no se tienen que esperar resultados inmediatos ni cambios de actitud instantáneos. Habrá momentos muy difíciles y demandantes, avances y retrocesos. La recuperación es un proceso largo. Debido a que los trastornos de la alimentación son problemas que están profundamente enraizados, no existe una "cura rápida", y una recuperación completa toma mucho tiempo y trabajo duro. Se debe brindar el apoyo y la motivación a lo largo de todo el proceso; así como tener esperanzas realistas (González, 2002; AABA, 1999). No existe un "remedio mágico". El tratamiento exige esfuerzo, disciplina y autocontrol, aunque la ayuda del terapeuta también va a serle valiosa (Martínez-Fornes, 1994)

Asimismo, es importante que la familia, sobre todo con pacientes bulímicas, colabore con ella en la planeación de sus actividades y tiempo libre, ya que, como se ha señalado, las situaciones inesperadas o de aburrimiento favorecen el atracón (Martínez-Fornes, 1994)

Por otra parte, de acuerdo con González (1999) si el terapeuta solo trata a ese miembro de la familia, de alguna manera trata el síntoma pero no aborda el verdadero problema. Esto significaría que la solución del problema nunca remitiría. Otra cosa es cuando todos los miembros de la familia abordan el tema desde la aceptación del grado de implicación de cada cual. Esto es, comprender el estilo de ser padres y ser hijos; intentar entender como la dinámica familiar posibilita mucho de los trastornos que aparecen en sus miembros

La familia no debe buscar la culpabilidad, pero eso no quiere decir que no admita su implicación; una implicación quizá inconsciente y bien intencionada. Se tienen que tomar decisiones y no dejar el tema en un periodo largo de latencia como esperando a que se solucione por sí mismo

El objetivo más importante de la terapia familiar es armonizar las tendencias diversas de la familia, e integrar y resolver los conflictos que puedan surgir entre los diferentes miembros de la familia

Cualquier desentendimiento del problema puede ser perjudicial y causa de una regresión de síntomas, además de que permite estar vigilante ante los puntos de inflexión o de recaídas. Colaboración no significa intromisión en la vida de la otra persona. Siempre se debe mantener la cautela y el respeto. Los miembros de la familia deben aprender en cualquier caso de tensión el valor de la convivencia. Se tiene que controlar el descontrol y la angustia, las "subidas de tono" y los malos modales. Se debe intentar establecer un orden nuevo de coherencia y armonía en la familia

No es conveniente negar, tener miedo al enfrentamiento del trastorno alimentario. Sin embargo, es recomendable evitar hacer de la comida el mono tema sobre el que gira la vida de la familia; de hecho, se debe evitar hablar del peso, de cantidades y tipo de comida en el que debe consistir la ingesta diaria e

insistir en el desarrollo de determinados hábitos alimentarios que se creen positivos (Ochoa citada en González, 1999).

Así, la terapia familiar trata de solucionar el conflicto del entorno de la persona anoréxica (González, 1999). Después de todo, si la enferma se recupera, se resuelve el dolor de una persona; si mejora una familia entera, se genera un potencial de cosas positivas para muchas otras personas (Buckroyd, 1998). Dicha terapia familiar es necesaria por que si se recupera la paciente y vuelve a ese ambiente familiar que la enfermó y que también está enfermo, ésta vuelve a la patología.

Una vez iniciada la terapia familiar González (2002, pp. 181-188) hace las siguientes recomendaciones a los familiares para su trato y manejo:

1. *Expresar inquietudes y sentimientos con toda honestidad (claramente).* Esto es, no adivinar ni atribuir pensamientos o sentimientos que la paciente no ha expresado; o sea, limitarse a describir lo que generan situaciones muy concretas. Por ejemplo, "No me diriges la palabra desde ayer, y eso me duele", señala de forma sucinta la causa de un problema y lo que éste provoca. Es conveniente evitar generalizaciones, como "Nunca nos diriges la palabra y por eso todos estamos destrozados", pues confunden a la enferma, nutren culpas y no ayudan a que el familiar defina sus propios sentimientos. Se tiene que permitir que ella se exprese, es posible que permanezca callada pero el cuerpo también habla. Pensar la respuesta antes que el otro termine de hablar, impide escuchar; dar por sentado que se sabe de antemano lo que su interlocutor piensa, siente o está a punto de decir imposibilita la comunicación; es necesario permanecer atento al lenguaje verbal y corporal, y respetar sus silencios.

Es necesario que se escuche lo que tiene que decir, así lo haya oído antes. Al igual que los niños pequeños, se tiende a repetir una frase o una pregunta cuando se intenta convencerse a uno mismo o cuando no se ha obtenido una respuesta que esclarezca la duda. En climas de tensión se olvida la expresión de cariño, es en estos momentos cuando más se requieren las demostraciones de afecto. Sin embargo, con frecuencia quienes se encuentran en estos procesos rechazan la cercanía física. De especial importancia es que la paciente comprenda que ella, por sus valores es el objeto de cariño y que éste no se le manifiesta solo porque este enferma. Es decir, es necesario que el familiar le muestre que la quiere por ser ella misma, no por su enfermedad (González, 2002). Además, las horas de comida no deben convertirse en un campo de batalla. Las emociones, como el enojo y la frustración, necesitan ser expresadas, pero no en las horas de comida (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999).

2. *Evitar relacionarse a través de la comida.* A veces se toca el tema de manera tangencial, con comentarios acerca de su figura y su apariencia. La paciente interpreta este tipo de actitudes como un insulto a su inteligencia y sensibilidad, pues sabe demasiado bien cual es el propósito de esas insinuaciones –aunque se trate de halagos– y es probable que su reacción sea igual o más fuerte que un choque abierto. Es necesario evitar abordar el tema directa o indirectamente. Es ella quien debe enfrentar su problema y, con la ayuda del terapeuta, solucionarlo a medida que entre en contacto con las raíces reales de sus temores, además, conforme a eso va ir construyendo su imagen. Nadie más puede hacerlo por ella (González, 2002). Asimismo, las discusiones acerca de la alimentación o el peso pueden alentar a la paciente a utilizar el trastorno como arma para manipular a otros. Es necesario desenfocarse del tema de la comida. Así como evitar comprar alimentos solamente para complacer a la persona, e imponer reglas acerca de la comida solo cuando sea necesario para la paciente o el bienestar y seguridad de la familia. Es cierto, como se ha insistido, la comunicación es importante, es conveniente tomarse tiempo para hablar pero no siempre de comida (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999).
3. *Definir responsabilidades.* La persona anoréxica o bulímica no está invalida, por ende, a menos que la debilidad se lo impida, se deben reorganizar las tareas de la casa, de manera que la enferma también contribuya. Por otra parte, existen ciertas obligaciones que le corresponden solo a ella y ella es quien debe llevarlas a cabo, por ejemplo, mantener limpio el baño si es que utiliza métodos purgativos (González, 2002) o exigirle que vomite únicamente en un recipiente especial, de cuya limpieza esmerada también debe ocuparse la paciente (Martínez-Formés, 1994). De esta manera además de responsabilizarla de sus actos, el hecho de que ella asuma estas tareas contribuye a reducir los efectos

de su enfermedad en el entorno; de lo contrario, aumentan los resentimientos en los demás que, en momentos de cansancio, bien pueden expresarse con recriminaciones y críticas. Es conveniente también preservar los hábitos de alimentación de la familia. Si en el hogar se consumen algunos postres o golosinas, eliminarlos de la despensa por temor a que la paciente se entregue a un atracón equivale a desacreditar, de antemano su capacidad para asumir responsabilidades en lo concerniente a la comida, sin mencionar el sacrificio del resto de la familia, de nuevo, es inútil provocar protestas y roces. [Además de que le generaría un deseo mayor por algo que busca y no encuentra; se volvería más "prohibido lo prohibido"] Por su parte, Martínez-Fornés (1994) no está de acuerdo con lo anterior y recomienda evitar comprar comida tentadora en grandes cantidades por ahorro o comodidad, incluso, cerrar el refrigerador con llave, si es preciso*. Así como ayudarle a restringir los atracones a un solo alimento (galletas integrales, por ejemplo) (Martínez-Fornés, 1994). La paciente anoréxica o bulímica debe aprender que el resto del mundo puede continuar comiendo o haciendo ejercicio sin problemas. Aislar al enfermo en una burbuja es invalidarlo y socavar la oportunidad de cotejar sus conductas con los demás. Sin embargo, si la persona se siente incómoda al comer en público o al asistir a actividades sociales donde se ofrezcan alimentos, no se le debe obligar; aquí como en cualquier otro caso, la socialización debe ser un espacio dedicado al esparcimiento, no fuente de malestar.

4. *Alentar la independencia* Sobreproteger a la paciente y amortiguar los efectos de sus actos le impide medir las consecuencias; se necesita permitir que, poco a poco, tome decisiones en las distintas áreas de su vida. En estrecha relación con el desarrollo de independencia está la actitud de respeto hacia la paciente. Interrogar a sus amistades, escuchar sus conversaciones o leer su correspondencia, son atentados contra la vida privada. En este caso, además, la transgresión encierra el mensaje de la persona está incapacitada para tener un espacio propio y que su identidad por la cual lucha es propiedad de todos (Gonzalez, 2002). No se debe andar monitoreando la conducta de la persona, incluso si lo pide (Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999). Por su parte, Martínez-Fornés (1994) sugiere que la familia contribuya en la medida de lo posible a que la paciente cultive nuevas amistades, amistades "equilibradas"
5. *Respetar su terapia* Lo que la paciente expresa durante las sesiones se maneja con estricta confidencialidad y a sabiendas de que es su percepción de lo que ha vivido. Para internarse en las causas y lograr la curación, el especialista necesita establecer una alianza con el paciente; la intervención de un tercero desestabiliza dicha alianza y provoca desconfianza en la paciente. Asimismo, no es conveniente intentar sondear a la persona para averiguar el contenido de las sesiones; al contrario, si esta proporciona información voluntariamente, es necesario escuchar sin juzgar ni tomar partido. La relación paciente-terapeuta es entre dos, no contribuyen las intervenciones de terceros así sean estas tangenciales (Gonzalez, 2002). Sin embargo, es conveniente que el familiar esté al tanto de avances o retrocesos, aquí la transparencia es el mejor recurso se sugiere hablar con la paciente y expresar con claridad su deseo de comunicarse con el terapeuta. Así se trata de averiguar qué es lo que se ha cumplido. En ocasiones, según se requiera, el terapeuta mismo solicitará hablar con el familiar para aconsejar pautas de manejo, estas se deben seguir al pie de la letra. Si la persona parece que no está respondiendo a la terapia, se debe tratar de tener un sentido de lo que puede estar yendo mal. Con frecuencia la angustia que genera una enfermedad grave impulsa a los padres a "atacarla" por todos los flancos y con todas las terapias a la mano. Sin embargo, conviene recordar que este tipo de procesos exigen paciencia, los frutos no son inmediatos, también exigen lealtad. Si se ha depositado confianza en un especialista o en un equipo de expertos, buscar más opiniones es boicotear el proceso. Lo anterior no significa que los apoyos adicionales sean contraindicados, pero es necesario consultar al especialista sobre la pertinencia del uso de cualquier otro recurso terapéutico adicional a los ya empleados. Cabe señalar que la mayoría de los métodos alternativos sirven únicamente de apoyo. Algunas veces toma tiempo a la persona en sentirse cómoda dentro de un ambiente terapéutico, pero si

* Personalmente, estoy más de acuerdo con Gonzalez debido a las razones que la autora explica, la familia debe ayudar a la paciente a formarse un sentido de responsabilidad y la recomendación de Martínez-Fornés sería como desacreditarla, haciéndola sentir que no puede manejar esa responsabilidad y mucho menos tenerla. El mundo exterior está lleno de alimentos "prohibidos" y tentadores, desde el hogar es necesario que ella aprenda a tomar poco a poco el control de su conducta alimentaria

hay un conflicto de personalidad mayor o algún problema con el terapeuta de debe buscar otro (González, 2002; AABA, 1999).

6. *Prepararse para el cambio.* Conforme la paciente se recupere, dará muestras de transformaciones, lo cual no significa que volverá a ser la misma de antes. Ha pasado por una serie de experiencias dolorosas; es posible que haya descubierto que el perfeccionismo y la sumisión contribuyeron a su padecimiento y luchará contra esas inclinaciones; por ende, se mostrará más segura de sí y menos dispuesta a seguir órdenes sin cuestionarlas. Es necesario, entonces, respetar estos cambios para facilitar el desarrollo cabal de su personalidad. Entre los cambios más frecuentes está la capacidad de la persona para manifestar su ira y sus resentimientos. Esto se debe a que la paciente está aprendiendo a solucionar conflictos con otros métodos distintos a la inanición o a la purga.

Es de llamar la atención las recomendaciones que se hacen dentro de un reconocido periódico en un artículo donde una persona pide ayuda sobre cómo tratar a una anoréxica. El mencionado artículo dice lo siguiente:

Pregunta: "Quisiera que me orientaran. Actualmente salgo con una chica que recientemente tuvo problemas de anorexia, y a veces no sé como debo de tratarla, sobre todo cuando se trata de salir a comer o cenar. No creo que deba tratarla como niña cuando se resiste a comer, pero me preocupa que pueda recaer o tener alguna secuela por su padecimiento. Ante ello, realmente no sé qué hacer. ..."

Respuesta: "... Nadie puede hacerse responsable de ella; si quiere autodestruirse dejando de comer, lo va lograr. ... ¿Qué trato social es conveniente? Me parece que aquel donde exista una auténtica comunicación, sin fingimientos ni sobreprotecciones.

Pero te has preguntado ¿qué es lo que te atrae de una persona que se autodestruye? ¿Tienes alguna necesidad de redimir o salvar gente?" (Leroux, 2002)

Pareciera que esta última frase me parece una forma muy agresiva de contestarle a una persona que quizá realmente quiera ayudar a su pareja. Entonces, según Leroux (2002), ¿qué es se supone que deben hacer las parejas de las anoréxicas? Acaso, preguntarse por qué las quieren ayudar.

Como se ha dicho, "la familia anoréxica" es un sistema que tiene ciertos patrones que resultan ser disfuncionales. Minuchin (citado en López, 1995) ha desarrollado un modelo estructural de organización familiar para aclarar la manera en que la familia logra los objetivos de mantener la integridad como una unidad, promover el desarrollo individual y la negociación del afecto, la intimidad y el respeto mutuo.

Los conceptos más relevantes de este modelo son:

Jerarquía, subsistemas y fronteras.

La Jerarquía dentro de una familia provee de un liderazgo, dirección y es una reflexión de las diferentes habilidades y responsabilidades de los miembros de la familia.

Para Minuchin (citado en López, 1995) la familia se encuentra organizada por pequeños subsistemas con un funcionamiento y un papel.

Los padres tienen una dificultad en colaborar debido a problemas conyugales no resueltos y falta de confianza mutua, por consiguiente existen posiciones opuestas.

No existen jerarquía ni liderazgo que podrían ayudar a la solución de conflictos; las fronteras afectivas entre los subsistemas familiares están ausentes, mientras que la frontera que divide a la familia del mundo exterior es muy restrictiva.

Por último, todo el sistema familiar falla en alcanzar sus metas. Lo anterior explica el fenómeno familiar que mantiene y refuerza el síndrome de la anorexia nerviosa.

El tratamiento se encuentra enfocado a cambiar el comportamiento de todos los miembros de la familia y no solo el del paciente. El terapeuta utiliza calor y sensibilidad para establecer relaciones cercanas con cada miembro de la familia, induciendo un cambio por medio de un soporte, ternura y humor.

El terapeuta debe ser flexible, reconociendo sus propios errores y modificando el tratamiento cuando éste es demasiado amenazante para la familia.

Los tratamientos exitosos requieren que todos los miembros de la familia participen. La terapia familiar posee los siguientes objetivos:

Establecer una relación terapéutica con todos los miembros.

Formular una evaluación de la familia y del paciente.

Establecer un contrato para el tratamiento con la familia que se base en los problemas del paciente anoréxico.

El contrato debe ser concreto, específico y centrado en el problema. El terapeuta sugiere a la familia de que la paciente debe aumentar de $\frac{1}{2}$ Kg a 1 Kg por semana y si falla habrá una consecuencia conductual como la restricción de actividades.

El terapeuta explica al paciente que ganará libertad de actividad y autonomía si aumenta de peso. El terapeuta debe identificar las situaciones de estrés que provocan que el paciente baje de peso. Al final del tratamiento el terapeuta debe reunirse regularmente con toda la familia para verificar los resultados.

La terminación del tratamiento puede ocurrir en tiempos diferentes para los distintos subsistemas familiares (Minuchin citado en López, 1995). En este aspecto del contrato González (1999) sugiere que sea la paciente misma la que lo escriba junto con la familia una vez que ella esté convencida que desea cambiar su comportamiento alimentario. Con firmas incluidas de compromiso. En el contrato debe aparecer cuánto debe comer, cuándo y qué comer –de forma general-. También debe aparecer el sistema de puntos a obtener por hacer las cosas y el cambio de esos puntos por algo que atraiga y valga el esfuerzo. Asimismo, recomienda que la paciente procure nombrar a una persona para el control del comportamiento de comer. Es decir, para que juzgue con ella misma si el compromiso se cumple o no, que sea la persona que además firma el contrato. Cada día se tiene que valorar lo que en el contrato se establece, y evaluar según la escala de puntos. Por ejemplo: si la persona come con normalidad (10 puntos); si no llega del todo pero come casi bien (8 puntos); si intenta pero no es muy positivo (3 puntos); si no come (-3 puntos).

Se debe establecer una lista de cosas que se pueden obtener con los puntos al cabo de una semana o un mes: un viaje (100 puntos), un vestido que le guste (70 puntos), un libro (15 puntos). Todos estos procedimientos se consultan con el terapeuta, para que de su visto bueno y participe en el control del procedimiento (González, 1999).

Las fases del tratamiento familiar según Minuchin (citado en González, 1999, p. 118) se resumen así:

- a) Entrenamiento para definir los problemas y conflictos, y planificación de la resolución de los mismos mediante pautas, con evaluación de los resultados
- b) Potenciar la comunicación entre sus miembros (acción e interrelación) para que cada miembro sea más autónomo e independiente y sepa expresar sus emociones
- c) Entrenar para mejorar el autoconcepto y la autoestima, y se ejerza así un control sobre el trastorno alimentario

La escuela de Minuchin trata de entrenar al grupo familiar en las habilidades sociales

Sobre todo cuando se trata de pacientes bulímicos los terapeutas pueden verse a sí mismos provocados repetidamente en aceptar la "maldad" que el paciente está tratando de expulsar. También podrán sentirse "vomitados" cuando el paciente les devuelve en repetidas ocasiones todos sus esfuerzos terapéuticos. La recapitulación del patrón familiar en el tratamiento del hospital o en la psicoterapia individual ayuda al clínico a entender el papel del paciente dentro del sistema familiar. Debido a que la bulimia es constantemente parte de un equilibrio homeostático en la familia, la terapia familiar o intervención familiar en asociación con la terapia individual es frecuentemente necesaria. Si se ignora el sistema familiar, el terapeuta corre el riesgo de que la mejora del paciente será terriblemente amenazante para otros miembros de la familia. Las reacciones defensivas a esta amenaza pueden incluir un deterioro insidioso del tratamiento del paciente bulímico o el surgimiento de una disfunción seria en otro miembro de la familia. La necesidad de la familia de la enfermedad del paciente debe ser respetada y los padres se deben sentir "sujetados" y validados para que ellos no saboteen el tratamiento (Humphrey y Stern citados en Gabbard, 1994).

Por último, González (2002) en su obra se dirige a las jóvenes anoréxicas haciéndoles ciertas recomendaciones para ayudarlas a recuperarse (ver anexo 1).

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Conformación del grupo

La terapia de grupo es particularmente útil en los trastornos de la alimentación. Para lograr grupos efectivos, se necesita llevar a cabo una cuidadosa selección de los miembros que los van a conformar. Para los pacientes que muestran un alto nivel de negación (deben tener conciencia de enfermedad), alta

somatización, baja motivación y poca capacidad de socialización, no se recomienda una terapia grupal (Yalom, 1975), así como para aquellos poseen un grado extremo de inanición, aquellos que se encuentran todavía en una etapa de negación de la enfermedad o pacientes que presenten brotes psicóticos o conductas psicopáticas. El grupo de pacientes hospitalizados debe continuar con otros manejos terapéuticos (López, 1995).

Así también, se debe tomar en cuenta que algunos pacientes utilizan al grupo como un medio de resolución de crisis y que cuando pasa la emergencia, dejan el grupo (Grotjan citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b). Existen ocasiones en que los pacientes que ya no presentan el síntoma creen que por ello la terapia debe terminar, y no se dan el tiempo para resolver otros conflictos subyacentes al mismo.

Yalom, en 1966 (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b, p. 54) estableció nueve factores que pueden asociarse a que los pacientes dejen la terapia grupal:

1. Factores externos
2. Diferencias grupales
3. Problemas de intimidad
4. Miedo a la intimidad
5. Inhabilidad para compartir al terapeuta
6. Complicaciones con la terapia individual concurrente
7. Provocadores tempranos
8. Inadecuada orientación a la terapia
9. Complicaciones consecuentes de formación de subgrupos

Como los pacientes que padecen trastornos de la alimentación son expertas en racionalizaciones, los factores externos son frecuentemente dados para no acudir a las sesiones. Casi siempre estas racionalizaciones están asociadas a problemas más profundos, como podrían ser el miedo a confiar en otros, la falta de habilidad para compartir sus dificultades, rigidez, excesiva conciencia de sí mismos, falta de asertividad y una ambivalencia marcada al rededor del tratamiento. Esto obviamente se da no sólo ante el grupo sino en otras áreas de su vida, pues existe una dificultad marcada de poder decir que "no" (falta de asertividad), y de este modo, se dan todo tipo de excusas para no asistir, así como eventos "incancelables" que frecuentemente coinciden con el horario de la terapia de grupo.

Con respecto a las diferencias grupales, es muy interesante la dinámica que se da en grupos mixtos, en donde existen personas que padecen anorexia, otras que padecen bulimia y algunas que padezcan bulimia sin purga. Dentro de esta gama, las personas del grupo se dan cuenta de que todas, aunque con características externas e internas diferentes, presentan estructuras de pensamiento muy similares alrededor de la comida, la imagen corporal, el peso y la figura corporal, etc. Esto es particularmente importante pues les brinda una imagen real, da "actualización" de sus deseos. Por ejemplo, para aquellas personas con problemas de obesidad cuyo mayor anhelo sería padecer anorexia, el ser confrontadas con personas que la padecen y al observar su sufrimiento y relación que existe entre el peso bajo y la felicidad. Lo mismo sucede con los pacientes bulímicos que poseen pensamientos rígidos alrededor del paradigma peso bajo-felicidad.

Otro de los factores comunes en la terapia grupal es la comparación y la competencia continua entre los miembros del grupo. En este proceso, a veces aparentemente positivo, el síntoma y otras conductas se superan para poder demostrarle a los otros que esto sí es posible, y llegar a ser "las primeras" del grupo en lograrlo. Sin embargo, no hay que dejarse llevar por esto, no se debe seguir en esta línea, debido a que esta circunstancia representa problemas potenciales: por un lado, se pierde el objetivo terapéutico real y por lo mismo existe peligro de que, la persona deje el grupo, ya no sienta presión externa y entonces vuelva al síntoma.

Por otro lado, se observa también que en algunas ocasiones la paciente no puede dejar el síntoma por mucho tiempo, y al sentir esto como un fracaso, decide entonces no asistir al grupo, pues esto lo experimenta como ponerla en evidencia ante las demás. Es en este momento cuando la persona pone todo tipo de excusas para no asistir al grupo, o inclusive decide no regresar, a veces utilizando racionalizaciones para explicarse a sí misma por qué el grupo "no sirvió" (Yalom citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b).

Los pacientes que padecen trastornos de la alimentación comúnmente presentan problemas con la intimidad, demostrando aislamiento por la inhabilidad de identificar sus sentimientos y comunicarlos a otros, y así mismo, debido a un temor constante a darse a conocer a otros, relacionados con una baja

autoestima. Existe un "miedo a ser descubierta" dentro de los trastornos de la alimentación que algunas veces es tan intenso que termina por convencer al paciente de abandonar el grupo. Lo mismo sucede con el miedo a no cumplir con las expectativas de todo el grupo, cuando se dan episodios de falta de control o cuando no se cumple con tareas asignadas, etc. Esto otra vez es, obviamente, un problema de un autoconcepto pobre en el cual las pacientes sienten que van a ser juzgadas y rechazadas por sus conductas y perfeccionismo que les exige siempre estar "en control", motivadas por un deseo extremo de ser aceptadas y complacer a los demás.

En Estados Unidos a finales de los 70 los pacientes con anorexia o bulimia eran tratados como cualquier otro paciente psiquiátrico, esto es, se hospitalizaban en una unidad psiquiátrica o, si el trastorno no era muy severo, se recomendaba terapia de corte psicoanalítico, en donde tanto los pacientes como los terapeutas se sentían más cómodos si no hablaban directamente los problemas alimentarios, sino de los "subyacentes". De esta manera, la conducta alimentaria no cambiaba con la terapia individual. Rápidamente, los médicos se dieron cuenta en Estados Unidos de la poca efectividad de estos métodos y aun cuando la hospitalización en algunos casos, se observaban resultados positivos, el síntoma volvía a aparecer en cuanto los pacientes regresaban a su ambiente familiar. De este modo, los métodos de tratamiento cambiaron hacia un tratamiento más directo hacia la conducta alimenticia, se crearon grupos homogéneos, un tratamiento especializado por un equipo de profesionales: médicos, nutriólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, etc. (Holtz y Tena-Suck 1995b)

De acuerdo con Holtz y Tena-Suck (1995b) en México, son pocos los lugares y los profesionales especializados en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, por lo que muchos siguen tratamientos de tipo psicoanalítico, que si bien pueden solucionar conflictos, rara vez resuelven el síntoma, o se inclinan por tratamientos altamente conductistas. En ciertos casos, se les pide a los pacientes que asistan a terapias de grupo muy heterogéneas, donde existen todo tipo de personas con distintos tipos de patologías, haciendo sentir a las pacientes con trastornos de la alimentación como si fueran menos comprendidas y aún más vulnerables a seguir con el estigma de ser consideradas como "locas", un temor algunas veces subliminalmente confirmado por el grupo y por los terapeutas. Siendo esto aún más marcado cuando se decide internar a la paciente en una unidad psiquiátrica (Holtz y Tena-Suck 1995b). Afortunadamente, esto ya está empezando a cambiar y ya existen lugares en los que se brinda el tratamiento multidisciplinario.

Debido a esto, en opinión de Holtz y Tena-Suck (1995b) se necesita hacer hincapié en la necesidad de un grupo más especializado, donde las pacientes manejen el mismo lenguaje, y se sientan acompañadas en lo que antes pensaban era una "locura" personal. Esto, aparte, resulta de gran utilidad ya que ayuda a reducir el marcado narcisismo que existe en la mayoría de este tipo de pacientes, reduciendo de esta manera la omnipotencia, la sensación de sentirse "únicas en el mundo" debido a su enfermedad y con ello buscar salir de un juego que ya no les funciona.

Sin embargo, los mismos autores señalan que en su experiencia se demuestra que la diversidad dentro del grupo, no resulta ser tan inapropiada y puede ser muy constructiva y productiva al momento de analizar e interpretar las diferencias y los sentimientos. Podría ser algo artificial el crear grupos cuasi homogéneos (tal como lo propone Hall citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b), pues la idea es que el grupo sea representativo de la enorme sociedad en donde se vive diariamente. Si lo que se pretende es que las personas obtengan creencias y conductas más adaptativas, es necesario ejercitar las mismas dentro de un grupo en donde sea posible observar la respuesta de estas distintos puntos de vista.

A diferencia de otras terapias de grupo, en los trastornos de la alimentación resulta sumamente importante hablar sobre el síntoma. Según Holtz y Tena-Suck (1995b), la orientación que más les ha funcionado es la cognitivo-conductual de Garner, combinado con un modelo psicodinámico, sobre todo una vez que el síntoma logra estar bajo control. De este modo, el problema con la comida debe ser tratado directamente en la terapia. En muchos grupos se prefiere no hablar de la comida, aunque ésta siga siendo un problema importante. Y se ha observado que es al revés, que el síntoma se encuentra bajo control si se habla acerca del mismo, debido a que en grupos de terapia en los que se intenta ignorar el síntoma aunque éste siga presente, los resultados en cuanto al control del mismo son casi nulos.

También, es relevante señalar que la terapia con orientación psicoanalítica, psicodinámica o de cualquier tipo no funcionan mientras que el síntoma continúa activo, por lo que el paciente entonces se dedica, algunas ocasiones en complicidad con el terapeuta, a minimizar la importancia de la enfermedad, a negarla

o inclusive a verla como algo "superficial" que "desaparecerá solo" mientras no se mencione en la terapia. Entonces, el paciente con trastornos de la alimentación recibe interpretaciones que pueden ser excelente alimento psíquico, pero que generalmente no le es posible digerir. Por lo tanto las interpretaciones, los *insights* y la terapia misma son constantemente vomitadas, laxadas, negadas, puestas a un rígido ayuno o dieta y enterradas bajo enormes cantidades de alimento (Holtz y Tena-Suck, 1995b). En pocas palabras: pierden efectividad. El proceso resulta mucho más beneficioso cuando el paciente ya tiene cierto control sobre el síntoma, por que de esta forma ahora si puede digerir el alimento psíquico que junto con el terapeuta, se permite cocinar.

Es común que a los pacientes con trastornos de la alimentación les guste ayudar a otros (a veces con el costo de no ayudarse a si mismas) y que se vean beneficiadas con observar cómo al mejorar ellas, pueden ayudar a otras pacientes del grupo a mejorar. Esto alimenta su autoestima y refuerza lo positivo de "estar bien" y de la salud versus la enfermedad, lo cual representa un dilema constante en este tipo de pacientes. Dicho dilema resulta difícil debido a que algunas veces la enfermedad es reforzada por la sociedad, generalmente de forma inadvertida. Por medio de comentarios de elogio al peso bajo de la paciente, o bien, a su pérdida de peso y la salud de pronto parecería verse sancionada por un sector de la sociedad, en donde comentarios sobre "el engordar" se toman como un insulto. El grupo puede funcionar como confrotador de las creencias equivocadas alrededor del peso y la figura y servir como un reforzador de conductas sanas. Para este fin es muy importante cuidar la selección de los integrantes del grupo.

La motivación para la terapia contribuye de forma obvia para un tratamiento exitoso, mas ésta es sorprendentemente pasada por alto en casos de donde los pacientes son forzados por la familia, la escuela o el trabajo a recibir ayuda terapéutica.

Los pacientes que se muestran egosintónicos con su síntoma, que no expresan ningún deseo de mejorar no deben ingresar a una terapia de grupo.

En dichas circunstancias es recomendable una terapia individual estructurada hasta que el síntoma comience a ser egodistónico y el paciente se encuentre más preparado y deseoso del cambio. Es en este momento que ya puede ingresar a terapia grupal. Holtz y Tena-Suck (1995b) han observado que en grupos pequeños, los integrantes recalcitrantes pueden afectar los objetivos del grupo, confrontar innecesariamente el logro de las metas y actuar como boicoteadores del grupo, buscando alianzas dentro del mismo y participando en ocasiones como un líder "negativo", al no llevar a cabo las tareas asignadas, no participar activamente en el grupo, al faltar a las sesiones sin aviso o al irse mas temprano de las mismas, etc.

Estos autores refieren que han observado que los grupos en los cuales se incluyen tanto miembros femeninos como masculinos no funcionan de la misma forma y de hecho tienden a ser aun más difíciles de llevar al mismo tiempo que inhuben en algunas ocasiones la participacion de sus miembros. No obstante, la co-terapia por un terapeuta masculino y una terapeuta femenina con grupos de adultos ha probado resultar altamente beneficiosa para sus integrantes. Sucede lo opuesto en grupos de mujeres adolescentes tempranas, en donde la presencia de un varon inhuba su participacion en el grupo y provoca una gran ansiedad en sus integrantes.

Por lo general, las adolescentes muestran mas resistencias al tratamiento, además de que en numerosos casos asisten al mismo por insistencia de los mismos familiares. Con mucha frecuencia el síntoma es egosintónico, y de hecho experimentan el trastorno de la alimentación como una solución viable para sus problemas y como una excelente forma de lograr algunos de sus objetivos, como ser más populares en la escuela y más atractivas. Desgraciadamente, esto es reforzado, muchas veces por ignorancia de lo que realmente esta sucediendo, por sus compañeros y familiares. Resulta sumamente difícil poder extinguir una conducta tan ligada al apoyo de los compañeros y tan valorada generalmente por la sociedad que refuerza la delgadez, sin importar la manera en que se llegue a ella.

El grupo comienza con una "ronda" en donde cada integrante del mismo habla sobre como se siente, qué ha sucedido a lo largo de la semana, etc. Aunque generalmente se prepara el material para el grupo, de forma que exista un tema que se discute y posteriormente se les brinda material de lectura sobre el mismo, tareas específicas, etc., en varias ocasiones los integrantes del grupo van llevando el tema de la sesión durante la ronda, por lo que algunas veces Holtz y Tena-Suck (1995b) prefieren trabajar el tema emergente del grupo y dejar el tema preparado para la siguiente sesión.

Los integrantes del grupo comúnmente reportan que les gustaria interactuar fuera del mismo. Desde del tratamiento se promueve el intercambio de telefonos de forma tal que entre los miembros les sea posible

llamarse, sobre todo cuando necesitan apoyo. Si se ven fuera del contexto del grupo, se les sugiere que se vean todos los integrantes del grupo, para evitar los subgrupos y que en dichas reuniones no se habla nada referente al grupo en sí. El tamaño del grupo es de gran relevancia. Desde el punto de vista de Holtz y Tena-Suck (1995b) el grupo funciona mejor cuando éste es pequeño, siendo de seis miembros el número óptimo, debido a que favorece la integración entre estos y son posibles de esta forma las dinámicas en pares. Así también, los autores han observado que los grupos cerrados, en los cuales después de las primeras semanas no se permite la entrada a nuevos integrantes, funcionan mucho mejor que los grupos abiertos, debido a que los grupos cerrados favorecen el apoyo mutuo de los integrantes del mismo, así como el desarrollo de la confianza, la intimidad y la sensación de estabilidad. Solamente en situaciones en las cuales dos o tres integrantes abandonan el grupo, se analiza junto con los integrantes restantes la posibilidad de incluir a integrantes nuevos.

En opinión de Garner y Garfinkel (1988) la psicoterapia de grupo en pacientes con trastornos de la alimentación presenta algunos obstáculos con respecto a la incapacidad que tienen estos pacientes en sus relaciones interpersonales, su baja autoestima y la hipersensibilidad a la crítica imaginaria o real por parte de otros miembros del grupo, lo que genera una gran movilización de ansiedad.

Así como también, su tendencia a la intelectualización las hace más inaccesibles al terapeuta; donde pueden expresarse frases como

"Los otros en el grupo son diferentes a mí".

"El grupo parece no ayudar en nada".

"Yo siempre me siento peor después de la experiencia con el grupo", etc.

Entonces esto no desencadena respuestas en cuanto al subir de peso rápidamente.

Para el terapeuta no es fácil ser cálido y abierto y responder a cada miembro del grupo, ya que mientras éste se centra en un integrante en particular los otros van a experimentar competencia por ganar la atención del terapeuta.

Por esta razón, se insiste en que es necesario llevar a cabo una selección cuidadosa de los pacientes.

Hall (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b, p. 55) y Yalom (1975, p. 126) señalan que, los pacientes que padecen anorexia nerviosa los cuales realmente pueden beneficiarse con sesiones de terapia de grupo son:

- Aquellas que no se encuentran gravemente enfermas, que estén subiendo de peso o relativamente estables.
- Aquellas que se encuentran altamente motivadas.
- Aquellas que se han beneficiado psicológicamente con otros tratamientos.
- Aquellas que no se encuentran completamente aisladas o que no tienden a apartarse.
- Aquellas en las que la negación o la intelectualización no son predominantes y que muestran cierta capacidad para tener conciencia psicológica (capacidad de introyección), habilidad para revelar sus sentimientos y sensibilidad hacia otros.
- Aquellas en las que otro tipo de tratamiento no es recomendable o en donde la combinación de otros tratamientos es práctica.

Además, algunos datos sugieren que aquellos que se ven beneficiados con la psicoterapia de grupo no deben tener trastornos de personalidad asociados (Maher citado en Gabbard, 1994).

Características del terapeuta

De acuerdo con López (1995), el terapeuta debe tener experiencia tanto en psicoterapia individual como de grupo. Debe ser maduro y libre de conflicto con sus propias conductas alimentarias, de su peso y su figura. Debe estar abierto a otros modelos diferentes al modelo tradicional interpretativo.

El estilo del terapeuta debe facilitar la expresión individual y la interacción interpersonal, al mismo tiempo que estimule un sentido de autonomía y de efectividad en el paciente.

Proceso en grupo

La efectividad de la terapia de grupo la ha demostrado Yalom (1975, p. 110), quien observó que los pacientes al contrario de las relaciones experimentadas en sus familias, en el grupo sus sentimientos son reconocidos y aceptados por otros, experimentando cercanía y apoyo emocional.

Dentro de las formas de terapia en grupo se encuentran:

1. Grupos de pacientes hospitalizados.
2. Grupos de pacientes no hospitalizados.

3. Grupos mixtos de pacientes no hospitalizados.
4. Grupos de padres y esposos.
5. Grupos de autoayuda.

Las experiencias reportadas de los resultados en los grupos 1 y 2, por Bruch, Hall, Hedblom, Leichner y Harper (citados en López, 1995) después de un año de terapia, es que los pacientes se encontraban menos nerviosos, habían logrado una mayor aceptación hacia los otros y hacia sí mismos.

En el grupo 3 se observó que los pacientes que habían estado en el hospital y habían salido de éste logrando estabilizar su peso, estaban altamente motivados para beneficiarse de una terapia de grupo con pacientes no hospitalizados y que no eran anoréxicos.

El grupo 4 descrito por Garner y Garfinkel (citados en López, 1995) resulta muy útil cuando la terapia familiar no es posible, debido a que permite a los padres y esposos expresar su descontento y frustración provocados por los trastornos de la alimentación de sus familiares.

Por último, los grupos de autoayuda resultan de mucha utilidad para el paciente que no busca ayuda profesional, o bien, para el que ha tenido dificultades en otros tratamientos.

Estos grupos generalmente son coordinados por voluntarios y la mayoría ofrece encuentros semanales con dos líderes: un consultor profesional y un anoréxico recuperado.

Los grupos de autoayuda como "Comedores Compulsivos Anónimos" (CCA), basándose en la ideología y métodos de "Alcohólicos Anónimos", del cual han derivado muchos programas de recuperación para adicciones, incluida la comida, utilizan asimismo el programa de los "doce pasos" (Gabbard, 1994; Ladish, 1993) también pueden apoyar a este subgrupo de pacientes sin tratamiento más allá (Gabbard, 1994). Estos programas se basan en admitir que el problema de la persona ha hecho su vida ingobernable y ante su propia impotencia decide someter su curación a un "poder superior", que para cada persona significa un concepto diferente, pero que al fin y al cabo es la fuerza espiritual de cada uno. Es una búsqueda de paz y armonía interior a través de los "doce pasos". En la búsqueda del amor y la aceptación incondicional hacia sí mismo que le hace concederse la libertad de elegir, desprendiéndose de conducta compulsiva (Aizpuru, 1995a y Aizpuru, 1995b; Ladish, 1993).

Orientación Terapéutica y técnicas utilizadas en la Psicoterapia de Grupo

Respecto a la orientación terapéutica que se aplica en este tipo de grupos, se puede decir que:

- La terapia psicodinámica, así como la terapia orientada al *insight*, muestran la manera en que los conflictos inconscientes influyen en la formación de síntomas. Dichas terapias han producido, de acuerdo con Bruch (citada en Holtz y Tena-Suck, 1995b), distintos resultados. Es verdad que algunos sujetos experimentan una angustia menor con esta clase de terapias, y a la vez se dan cuenta de problemas subconscientes y de la dinámica mental y familiar; pero estas terapias generalmente son lentas en producir una reducción del síntoma.
- Los avances en el estudio de la neuropsiquiatría y en la psicofarmacología han dado como resultado nuevos antidepresivos, tales como la fluoxetina (nombre comercial: Prozac), inhibidora de la absorción de serotonina, que han demostrado ser efectivos en el manejo de algunas conductas en los trastornos de la alimentación, sobre todo cuando se utilizan como complemento de la psicoterapia individual y/o grupal (ver farmacoterapia más adelante).
- Por ejemplo, la terapia grupal cognitivo-conductual muestra ser modalidad efectiva en el manejo sintomático de los trastornos de la alimentación (Romano et al citados en Holtz y Tena-Suck, 1995b).
- Como se ha visto, la terapia cognitivo-conductual señala que los conocimientos y las creencias influyen en el comportamiento de una forma predecible, y que los disparadores tanto externos como internos, pueden provocar consecuencias conductuales por medio de la activación de grupos cognitivos. De esta manera, al cambiar las creencias negativas se transformará también el resultado conductual. En la población con trastornos de la alimentación, los pensamientos sobrevalorados acerca del peso, la comida y la dieta, y especialmente la idealización de la delgadez, llevan a la perpetuación de respuestas tanto comprometedoras como de medidas heroicas dietéticas y además de abuso de sustancias que creen que serán efectivas en lograr la pérdida de peso. El apareamiento de estas

creencias con las conductas afecta significativamente la autoestima, y posteriormente puede llevar a un deterioro del estado psicológico de la persona (Romano et al citados en Holtz y Tena-Suck, 1995b).

- La aplicación de la terapia cognitivo-conductual a la patología de los trastornos de la alimentación ha evolucionado tras la comprensión del paradigma mencionado con anterioridad, y se ha comprobado que es efectiva en alcanzar a reducir el síntoma y al mejoramiento del estado médico y psicológico de la persona (Garner et al, Mitchell et al citados en Holtz y Tena-Suck, 1995b).

También se promueven las técnicas de automonitoreo de Broskind-Lodhal y White (1978) y Fairburn (1981) (citados en Holtz y Tena-Suck, 1995b). Dichas técnicas son utilizadas para aumentar la conciencia sobre las conductas bulímicas en particular y los patrones alimenticios en general.

Como se explicó, existe un gran énfasis en la necesidad de analizar los antecedentes conductuales del comportamiento bulímico (Fairburn citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b). El objetivo de este análisis es incluir los factores sociales, emocionales, cognitivos y fisiológicos que se relacionan con el desarrollo de los trastornos de la alimentación.

Un acercamiento directivo se utiliza para cambiar las conductas alimentarias. Es importante reiterar que también en la terapia grupal se lleva a cabo un análisis de alimentos que desencadenan patrones de alimentación en grandes cantidades, el significado de los alimentos, patrones de alimentación, tiempos, lugares, etc. Lo cual incluye el evitar situaciones de alto riesgo, y la utilización de conductas alternativas.

Además, los pacientes aprenden a manipular las consecuencias de sus conductas para, así, reforzar hábitos alimenticios adaptativos.

Otros métodos de terapia muestran ser muy efectivos en el tratamiento, así como lo son los métodos conductuales, métodos de terapias expresivas, terapia a través del arte (v.g. musicoterapia), a la utilización de relajación, etc.

Resulta de gran relevancia cuidar los aspectos clínicos que van a apoyar un tratamiento más efectivo y un resultado favorable.

De acuerdo con Holtz y Tena-Suck (1995b), dentro del grupo se hace énfasis sobre la importancia de hacer las tres comidas del día y dos o tres colaciones en el día, debido a que esto reduce en gran medida la necesidad de consumir grandes cantidades de comida y aparte se ha comprobado que este plan alimentario planeado reduce la cantidad de calorías consumidas en el día, en vez de aumentarlas.

Dentro del grupo también se habla del mejoramiento de otras áreas, como el manejo de las emociones, el manejo de tensiones, y un entrenamiento para obtener la capacidad de poder solucionar problemas, asertividad* y el mejoramiento de la autoestima. Así también, se elabora un análisis de las creencias que poseen los integrantes del grupo y se confrontan aquellas creencias que no son adaptativas, tales como las creencias erróneas acerca de la comida, del peso y la figura corporal, de la imagen corporal y el autoconcepto.

Otra técnica útil para el grupo es el uso del teléfono, es recomendable que se elabore un directorio telefónico de todas las integrantes del grupo para casos de emergencia, por ejemplo, cuando se experimenta ansiedad, tristeza, etc. y la persona tiene el impulso de darse un atracón, la llamada puede frenarlo. Ladish (1993) señala que una llamada a tiempo puede hacer la diferencia. Merece la pena hablar un momento con alguien que entiende el problema ya que también está pasando por eso, es conveniente que la paciente se comunique con un miembro del grupo cuando más lo necesita.

Como lo describe Hall (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b), ocasionalmente, la paciente puede ayudar a apoyar a otros integrantes del grupo y a veces al terapeuta, por lo general por culpa, sin embargo, eventualmente abandonará el grupo o aumentará su síntoma, frustrada por el fracaso de no haber logrado la satisfacción de sus necesidades emocionales, mismas que se hacen cada vez más conscientes en la terapia.

* Ejemplos de asertividad pueden ser: preguntar algo en clase sin temor, decir "no" cuando en verdad no se puede o no se quiere hacer algo (esto es, aprender a decir que "no"), pedir ayuda, decirle a una persona que se siente enojada, molesta, o decepcionada de ella (externar sentimientos), expresar orgullo ante un halago, etc.

Dichas dificultades enormes con la intimidad, con compartir al terapeuta, y el temor al "contagio emocional" -todos estos asociados con la incapacidad de reconocer y manejar emociones negativas, junto con la extrema sensibilidad a los sentimientos de otros- son los retos más grandes de la terapia. En este sentido lo más recomendable es que la paciente se quede en el grupo, analizar sus resistencias con ayuda del mismo y éste le apoye en lograr el cambio. Si no se lleva a cabo esto, se cae por lo tanto en el mismo mecanismo que la paciente utiliza en su entorno: se va de las situaciones que ya no le gustan, o bien intenta irse de estas por medio del síntoma, con frecuencia posee pensamientos alrededor del suicidio, para abandonar una situación que siente que ya no puede manejar y, en casos extremos, lo intenta.

Abandonar el grupo es más sencillo que abandonar la vida, pero si logra quedarse en el grupo, a pesar de lo difícil que pudiera resultar a veces, a la vez aprende a manejar situaciones de diferentes formas, logra cambiar y adaptarse de maneras creativas, es más probable que pueda realizar esto mismo en situaciones externas.

Hall (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b) señala dado que muchas características asociadas a un mal pronóstico para la terapia de grupo son comunes en las pacientes con anorexia nerviosa, no es de asombrarse que pocos terapeutas de grupo hayan seleccionado trabajar con este tipo de pacientes, tanto en grupos mixtos como en grupos sólo con pacientes anoréxicos.

Según la experiencia de Holtz y Tena-Suck (1995b) es que si bien es un trabajo complicado y en el cual el manejo debe ser cuidadoso, los resultados han sido muy positivos, sobre todo en grupos donde la selección de los miembros se realiza con base en los criterios mencionados con anterioridad.

Se ha visto que los grupos de pacientes adultas funcionan mucho mejor que los grupos de adolescentes, en donde las características saboteadoras se ven aumentadas. Debido a ello, el manejo de grupos adultos es más psicodinámico, mientras que con adolescentes se opta por un manejo más directivo, sin dejar de ser psicodinámico. Los autores recomiendan integrar medidas de cambio representativas tanto de los estados internos como de las manifestaciones conductuales o externas dentro de la evaluación del proceso terapéutico.

Dentro de los factores que se deben tomar en cuenta para lograr resultados positivos se pueden señalar los siguientes: la confianza por parte del paciente y la competencia del terapeuta, una relación colaborativa donde el paciente y el terapeuta contribuyan con ciertas habilidades y actitudes al proceso; el ambiente terapéutico en sí mismo genera una expectativa de alivio, el comunicar los afectos y las experiencias en el proceso, la habilidad para la autoobservación y sobre todo un deseo verdadero de cambio (Holtz y Tena-Suck, 1995b).

Hablar con otras personas (generalmente siempre son mujeres, como ya se sabe) que también buscan superarse, y que comparten el problema de autoimagen, de sentirse obesa, de querer adelgazar, de bulimia, etc., ayuda a la paciente a minimizarlo (en el sentido de hacerlo menos terrible), a sentirse "arropada" y a buscar nuevos caminos hacia la recuperación. Es recomendable que la persona se "destape" un poco, para que todos los miembros del grupo se puedan encontrar entre ellas y caminar juntas. Compartir sus experiencias y decir, entre otras cosas, como han afrontado determinados problemas, sirviendo de apoyo a otras personas como ellas, a la vez toman de estas ideas y formas de actuar aspectos que las pueden ayudar a superar su problema. Hablar de su experiencia les puede hacer ver su problema desde otro punto de vista. Les puede ayudar a desdramatizarlo. Dentro del grupo, muchas veces las pacientes logran reírse de sus peores momentos personales cuando lo han hablado entre varias personas que tienen distorsiones de autoimagen y problemas con la comida (Ladish, 1993).

TRATAMIENTO PSICODINÁMICO Y PSICOANÁLISIS

Norman (1994) señala que aunque el psicoanálisis no ha sido eficaz en general para tratar la anorexia, a menudo tienen éxito las técnicas psicoterapéuticas orientadas de manera psicodinámica que brindan apoyo a la paciente y se centran sobre aspectos respecto a la lucha por la autonomía y el control personal. Así, la psicoterapia basada en el modelo psicodinámico se orienta a los antecedentes de la enfermedad, que tienen como principio un trastorno del desarrollo.

Hay que insistir en que los especialistas que tratan pacientes que padecen anorexia nerviosa deben estar conscientes de que las metas del tratamiento no deben estar enfocadas estrechamente en que el paciente suba de peso (Boris et al citados en Gabbard, 1994). Una aproximación de "dos senderos", es propuesta por Garner et al (citados en Gabbard, 1994), la cual incluye un primer paso que es la recuperación de la alimentación para el aumento de peso. Una vez que se ha logrado este paso, una segunda etapa de

intervención psicoterapéutica puede comenzar. Los pacientes anoréxicos muestran una mejora mayor cuando se les provee de una mezcla de terapia familiar y terapia psicodinámica individual que cuando simplemente se maneja con medidas educativas diseñadas para el control del peso (Hall y Crisp citados en Gabbard, 1994).

La psicoterapia de larga duración, individual, expresiva y de apoyo es la clave del tratamiento. A menos que el subyacente desorden del paciente en su *self* y las distorsiones asociadas de las relaciones del objeto interno estén dañadas, el paciente seguirá un curso de retroceso e internamientos hospitalarios recurrentes (Bruch citada en Gabbard, 1994). Como se mencionó anteriormente, para aquellos pacientes que viven en su casa, la terapia familiar puede ser un adjunto valioso a la terapia individual.

Una psicoterapia psicodinámica modificada puede estar indicada para mejorar los trastornos psicológicos subyacentes, aunque para aliviar los síntomas puede ser necesario otro tipo de abordaje (Aizpuru, 1998), como el cognitivo-conductual.

Los trastornos psicológicos subyacentes incluyen depresión, baja autoestima, escasa capacidad para advertir y regular las emociones y un sentido alterado de la "potencialidad" y de la identidad. Se ha sugerido que las alteraciones psicológicas más importantes son las dificultades para "procesar" la experiencia subjetiva y el sentimiento alterado del *self*. Los pacientes con trastornos alimentarios por lo general se ocupan poco de su vida emocional o bien los "abruma" sus emociones. Lo más notable de estos trastornos, como la fijación de conservarse delgada y la insatisfacción corporal, puede estar más influenciado por la cultura que por la psicopatología básica.

La psicoterapia psicodinámica no se recomienda en la impulsividad, los intentos suicidas y las condiciones comórbidas, como la depresión severa, el abuso de sustancias y el trastorno de la personalidad borderline. Entre los factores favorables se encuentran la sensibilidad psicológica y la motivación para el auto esclarecimiento (Aizpuru, 1998).

En cuanto a la terapia psicoanalítica Caparros y Sanfeliú (1997) señalan que en ésta "prevalece lo asociativo, el libre fluir de un proceso primario. Esto significa que el variado cuadro sintomático de una anorexia debe ser descentrado cuanto antes. Los síntomas han de centrarse en su lugar satélite, el que les corresponda. Es este tipo de cura el material sexual y agresivo tarda en surgir. Las primeras pesquisas en este sentido topan con silencios, vacíos, intensas represiones y déficit.

Para estos autores el sexo del terapeuta hay que tenerlo en cuenta, ya que existe una función muy clara entre anorexia y maternidad, y en el inicio del proceso de ayuda puede beneficiar que sea una analista la que trabaje la *alianza terapéutica inicial*. Las sesiones que se recomiendan son tres a la semana.

Sin embargo, en cuanto a la conveniencia del psicoanálisis en el tratamiento de la anorexia Freud (1905) dice "no se acudirá al psicoanálisis cuando se trate de la rápida supresión de fenómenos amenazadores; por ejemplo en una *anorexia histerica*" (citado en Heiker y Miller, 1994). Esto hace pensar que debido a la urgencia en el tratamiento de los síntomas somáticos en la anorexia, el psicoanálisis, por su duración, no es recomendable.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La exploración de la propia historia puede liberar viejos hábitos y viejas maneras de pensar que son inútiles en el presente. La psicoterapia tiene como objetivo fundamental aumentar la autonomía propia y responsabilidad (Buckroyd, 1998). Las sesiones sirven para tener un tiempo de aprendizaje y de reparación de la personalidad, así como para llevar luego la esencia de esas sesiones a la vida real y ordinaria (Gonzalez, 1999). Así, la paciente debe aprender a aceptar sus fortalezas, sus debilidades, y fallas, como parte de un balance que lleva a una existencia normal feliz (Anorexia Bulimia Nervosa Association, ABNA, 1999).

En este espacio de la psicoterapia es donde la paciente comprenderá que su trastorno de la alimentación no solo era una manera de sobrellevar la situación (el factor desencadenante), sino la mejor manera en ese momento. La persona necesitaba entonces un trastorno alimentario. El hecho de que quiera liberarse ahora de él sugiere que ya no lo necesita en la misma medida. Se tiene que comenzar a buscar el porqué de la necesidad de llegar a un trastorno de la alimentación con el fin de ayudarla a tener más conciencia, en el presente de lo que ha tenido que pasar, y de cuánto tiene que cuidarse ahora para no necesitar otro trastorno alimentario en el futuro (Buckroyd, 1998).

Gonzalez (1999) comparte este aspecto de que es necesario analizar en algún momento las causas reales por las que no se come o por las que se comenzó a dejar de comer. Buckroyd (1998) sugiere que se piense cuándo

los trastornos alimentarios empezaron realmente a ser un problema para la paciente. Muchas personas con trastornos de la alimentación pueden rastrear dificultades con la comida hasta muy atrás, pero existe con frecuencia un momento que puede ser señalado con mayor o menor precisión, cuando se empezó obviamente. Para una anoréxica, será probablemente la primera pérdida de peso importante, para una bulímica el principio de una serie de atracones y vómitos, aunque quizá ya hacia eso de vez en cuando. Una vez que se haya identificado ese momento, que puede abarcar varios meses, se invita a la paciente a que piense qué otra cosa estaba pasando en su vida más o menos en esa época o un poco antes. Buckroyd (1998) recomienda que si no se le ocurre nada inmediatamente a la paciente, que piense en las diferentes áreas de su vida, a saber: la familia, las relaciones, los amigos y la vida social, la escuela/universidad, el trabajo (yo propondría también la salud), y qué estaba pasando en cada una de ellas.

Es probable que pueda identificar algún acontecimiento importante en su vida que le haya causado mucha emoción (buena o mala), y que de algún modo le haya producido cierto cambio trascendental. Utilizando el apoyo del "coach" se puede averiguar más sobre ese acontecimiento. Por ejemplo, si hubo algún acontecimiento importante en la familia, ¿cómo afectó a otras personas y cómo puede eso haberle afectado? Se sugiere que se piensen como fuentes de ayuda en miembros no tan directos de la familia (tíos, primos), vecinos, maestros, vecinos o amigos de la familia y sobre todo en el terapeuta. Se necesita usar su apoyo para hablar de ese acontecimiento todo lo posible. Después de todo, es probable que la paciente nunca haya expresado a nadie los sentimientos que tenía entonces, y que todavía estén encerrados dentro de ella. Es necesario hacerle saber a la paciente que se tiene que permitir llorar y estar enojada, triste y defraudada, expresar cualquier otro sentimiento (Buckroyd, 1998).

Se debe hacer hincapié en tratar de, verdaderamente, permitirse compartir esos sentimientos con alguien. La persona tendrá la tentación de hacerlo todo sola, pero se le tiene que recordar que eso es lo que ya ha hecho y la ha superado. Esta vez ella se tiene que proveer de la empatía, la atención y la comprensión que no ha tenido antes. Es esperable que se encuentre más de un sentimiento. Que se encuentren sentimientos opuestos y contradictorios. Son con frecuencia esas sensaciones las que frenan tanto a la hora de expresar lo que se siente, sobre todo si está avergonzada de alguno de estos sentimientos. Después de expresarlos ante el terapeuta ya no parecen tan terribles ni vergonzosos (Buckroyd, 1998) (esto es a manera de catarsis).

Según Buckroyd (1998) es aconsejable reunir todo lo que se le ocurra para acercarse a ese acontecimiento traumático: fotografías, diarios, los recuerdos de otras personas. Es necesario que este se dibuje, se pinte, se actúe, se baile, se escriba sobre el. Darle la importancia y la atención que jamás recibió por parte de la persona y de los demás. Así, se le expresa a la paciente que debe haber sido importante si para afrontarlo tuvo que recurrir a un trastorno de la alimentación. Igualmente se le invita a que piense en lo que hace ahora como una mejor manera de tratar los acontecimientos y las situaciones que todo mundo encuentra en la vida (Buckroyd, 1998), es decir, confrontar, enfrentar el evento traumático. Es un trabajo emocional necesario como una serie de lecciones para que aprenda a saber lo que siente. Al hacer eso la paciente aprenderá mucho sobre sí misma, y quizá el hecho de tratar activa y directamente con algo que fue tan importante para ella la produzca un alivio considerable.

Es probable que la persona no haya identificado un acontecimiento o circunstancia específica que activaron su trastorno en cuyo caso las siguientes opciones pueden ayudarle a ver con qué tensiones acumuladas ha tenido que enfrentarse, y porque ha necesitado usar incorrectamente la comida para sobrellevar la situación. Se le sugiere que lo haga cuando esté dispuesta a hacerlo. Asimismo, que recurra al terapeuta para hacerlo hablar del tema de la forma más nupiciosa posible. La meta es encontrar los sentimientos y expresarlos. Para eso se necesita un oyente y un compañero, el terapeuta, de manera que no vuelva a sentir sola el trauma una y otra vez (Buckroyd, 1998).

Buckroyd (1998) propone que la tarea sea que cree su autobiografía, usando sus recuerdos y la ayuda de quien esté dispuesto a brindársela. En este rubro también entran las terapias artísticas donde la expresión no verbal de los sentimientos ayuda a crear un puente hacia la capacidad de expresarlos más libremente y en palabras. Las bellas artes, el teatro, la música y la danza se incluyen ahora con frecuencia en programas profesionales de recuperación. Estas serían las que anteriormente se mencionaron como terapias alternativas o de apoyo, en las cuales se incluyen también la fitoterapia (tratamiento por medio de plantas medicinales), la homeopatía y las flores de Bach (Gómez, 1996), así como la equinoterapia (terapia con caballos) llevada a cabo en México en la clínica Avalon.

Según Buckroyd (1998) para una anoréxica o bulímica muy des acostumbrada a nombrar o a identificar sentimientos, estos otros modos de expresión pueden ser muy útiles:

1. *Un diario.* Escribir una autobiografía haciendo capítulos para diferentes edades y describiendo lo que pasó en esa época. Hay que recordar que el propósito de esto es encontrar los sentimientos relacionados con lo que pasó, para que pueda la paciente a su vez plantearse hablar de cada episodio con el terapeuta y aprovechar esa oportunidad para expresar los sentimientos. Aquí no se refiere precisamente al nacimiento del hermano menor ni de una mudanza, sino de lo que haya *sentido* ante esos hechos. Por eso se tuvieron que esconder, incluso de ella misma, y es muy importante que no lo vuelva a hacer de nuevo. Las fotografías pueden servir muy bien para ilustrar ese diario; también se puede dibujar o pintar algo. Esta manera de crear una autobiografía suele satisfacer a las personas que les gusta escribir.

Ladish (1993) propone una pequeña variante de esta técnica que es poner en una hoja en blanco ideas, miedos pensamientos, sentimientos, etc.

2. *Dibujo y pintura.* (Terapia de arte). Se puede adoptar la forma de una serie de "fotos instantáneas". También es posible incluir palabras y fotografías o cualquier otra cosa que a la paciente le parezca útil. Aquí se necesitará pasar mucho más tiempo con el terapeuta, para compartir y explorar lo que se ha hecho y para "traducir" el idioma de la pintura (puede ser sobre tela o madera) a palabras. Eso no es para beneficio del terapeuta, sino para el de la paciente. Es necesaria la experiencia de compartir su vida y sus sentimientos con alguna otra persona, para que descubra que no tiene que manejarlos ella sola. Igualmente dentro de este rubro es posible mencionar otras técnicas como los collages, el moldeado (sobre todo de figura humana), restauración (con el objetivo de reparar el daño que se ha sufrido tanto físico como psicológico) (Fundación Mujer Trastornos Alimentarios Docencia Investigación Prevención, FUMTADIP, 2002; Buckroyd, 1998).
3. *Música y o baile* (Musicoterapia). Se sugiere a la paciente que piense en la música y el baile como en un puente que puede unir los sentimientos que nunca ha compartido con las palabras mediante las cuales puede permitir que la conozcan, y así conocerse mejor (Buckroyd, 1998). Así como también se pueden incluir narraciones y el teatro (FUMTADIP, 2002).

Asimismo, Buckroyd (1998) recomienda que la paciente comparta con su familia lo que ha estado haciendo para crear su biografía. Es recomendable escoger primero los detalles que parecen mas fáciles de compartir, y quien podrá y estará dispuesto a escucharla y a contarle a su vez cómo vio en su momento las cosas.

Por su lado, Ladish (1993) propone la utilización de una grabadora. Al expresar en voz alta pensamientos, sentimientos, se comprenden mucho mejor y al final es la paciente la que al hablar llega a conclusiones y soluciones a sus "problemas". La autora sugiere marcarse media hora o una hora al día para que la dedique a estar sola en su habitación, expresando sus sentimientos e ideas, todo decirse a la grabadora (en realidad a sí misma). A algunas personas les funciona mejor que escribir un diario porque se obligan a oír sus palabras, a escuchar aquello que a veces les da miedo solo pensar, y que cuando lo escuchan salir de sus labios, no tienen mas remedio que admitírselo a ellas mismas. Además, es de gran utilidad que cuando se sientan deprimidas, angustiadas o enojadas saquen la grabadora y se digan lo que están sintiendo en ese momento, y contarse las formas que tienen de afrontar esos sentimientos de malestar, para luego seguirlos, claro.

Ladish (1993) comenta que existen otros métodos para sacar la agresividad, la rabia o el enojo que sienta la paciente en un determinado momento, de forma que no se haga daño. Por ejemplo golpear con guantes un saco de entrenamiento o hundir la cara en una almohada y gñtar.

Asimismo, la paciente se debe "dar permiso" para aceptar que siente tristeza, frustración, cansancio, enojo, ansiedad, y dejar que "asi sea". La persona puede sentir enojo o tristeza sin necesidad de sentirse culpable.

Por otra parte, es necesario que la paciente se ponga en contacto con lo que significaba la comida para ella misma cuando estaba creciendo. Que piense en como se comía en su familia y que se haga las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuánto dinero, tiempo y esfuerzo se empleaban en la comida y en su preparación? Había tensión y dificultad en esas áreas?
- b) ¿Quién era el que más se encargaba de la preparación de la comida? ¿Qué sentimientos tenía esa persona al respecto?

- c) ¿Cómo eran las comidas? ¿Eran momentos de placer, relajación, goce, tensión, discusión, agresión?
- d) ¿Cómo se mostraba la dinámica familiar en el momento de comer? Las personas ¿desempeñaban sus papeles habituales?
- e) Se utilizaba la comida como amenaza, arma o castigo? ¿Se le usaba como un consuelo, soborno o premio?
- f) ¿Había reglas sobre el acceso a los alimentos entre las comidas? ¿Cuales eran esas reglas? ¿Tenían sentido en la circunstancia familiar del momento? ¿Se usaban para otros propósitos emocionales?

Así, las repuestas encontradas son compartidas y comparadas con el terapeuta. Dedicando algún tiempo a pensar en cómo le afecta ahora esa manera de comer en su familia. Es sorprendente descubrir que la paciente está repitiendo pautas y actitudes que aprendió entonces. Está buscando las raíces de su actitud actual ante la comida (Buckroyd, 1998, p. 111).

De acuerdo con Buckroyd (1998) el sentido que se tiene de uno mismo en la niñez es el sentido del propio cuerpo. Es muy importante que la persona se plantee cómo llegó a la actual situación de desagrado y no aceptación de su cuerpo. ¿Cuál es el origen de todas esas actitudes negativas?. La autora sugiere que se hagan las siguientes preguntas como forma de pensar sobre ese tema:

1. ¿Cuál crees que fue la actitud de tu madre/familia hacia tu cuerpo cuando tenías las siguientes edades:
 - 0-5 años
 - 5-10 años
 - 11-15 años

A consecuencia de eso, ¿qué crees que aprendiste sobre ti misma y sobre tu cuerpo?

2. ¿Cómo te enteraste de la pubertad y de la menstruación? ¿Qué sentimientos te producían?
3. ¿Cuándo crees que tuviste conciencia por primera vez de tu cuerpo y de tu aspecto? ¿Qué sentimientos asocias con ese recuerdo?
4. En cuanto a tu aspecto, ¿cómo te has sentido frente a tus iguales?
5. ¿Qué importancia crees que ha tenido en ti la exigencia cultural de estar delgada? ¿Cuándo tuviste conciencia de eso?

Todo esto obviamente se tiene que hablar con el terapeuta.

Cabe mencionar que es muy importante que se busque ayuda estrictamente profesional, ya que para la persona la dificultad subyacente ha sido no contar con suficiente apoyo en el pasado. Es muy importante que no repita el trauma original intentando resolverlo todo otra vez sola. Aunque tal vez no esté en condiciones de pedir ayuda por su cuenta, y alguien, normalmente la familia, se encarga de buscarla (Buckroyd, 1998, p. 112).

Una de las actitudes que la paciente deberá vencer –y a veces comparten los familiares– es la tendencia a depositar toda la responsabilidad en el terapeuta, como si este pudiera hacer milagros. Temores, angustias y la tentación de refugiarse en conductas patológicas conocidas son fantasmas que aparecen a lo largo de todo el proceso. Este es una especie de búsqueda perseverante de los fragmentos de la identidad, pues la persona –en su intento por crearse una identidad y defenderse del mundo externo que experimenta como una amenaza– se ha dividido así, escindido, es como llega a las puertas del especialista. Con estos fragmentos comenzará el proceso terapéutico, entre tanto también estará trabajando en la modificación de conductas alimentarias y en la solución de problemas médicos y nutricionales, de ahí que la terapia lejos de ser un camino sin obstáculos, como se dijo, presentará altos y retrocesos. Sus características serán diferentes en cada paciente, y dependerán del grado de compromiso por salir adelante y del nivel de daños que la enfermedad haya alcanzado (Gonzalez, 2002).

La psicoterapia individual expresiva y de apoyo casi siempre toma varios años de esmerado trabajo debido a las grandes resistencias que posee el paciente anoréxico. De acuerdo con Gabbard (1994) cuatro principios guías de técnica son útiles:

1. *Evitar los intentos excesivos en tratar de cambiar la conducta alimentaria.*

Como Boris (citado en Gabbard, 1994) observó, "lo que nosotros conocemos como sus síntomas ellos lo llaman su salvación". El paciente ve a la anorexia nerviosa como una solución a un problema interno. Los psicoterapeutas que inmediatamente lo definen como una dificultad que debe ser eliminada reduce sus oportunidades de formar una alianza terapéutica viable. La conducta asociada a la anorexia nerviosa provoca demandas y expectativas de cambio por parte de los padres del paciente. A través de la identificación proyectiva, el terapeuta parece experimentar una presión poderosa para identificarse con los objetos internos proyectados del paciente que están asociados con los padres. En vez de actuar sobre esa

presión y convertirse en una figura paterna, el terapeuta debe tratar de entender el mundo interno del paciente. Una forma de esta reinterpretación es la ecuación de comer y hablar. Justo como el paciente provoca a sus padres rehusándose a comer, intentará provocar al terapeuta rehusándose a hablar (Mintz citado en Gabbard, 1994). Al comienzo de la terapia, puede ser, de esta manera, de gran ayuda aclarar que la meta principal del tratamiento es comprender el desorden emocional subyacente del paciente en vez del problema de no comer (Bruch; Chessick citados en Gabbard, 1994). Aunque Boris (citado en Gabbard, 1994) sugirió una completa evitación de un enfoque psicoterapéutico en el comer, Bruch (citada en Gabbard, 1994) explica que la psicoterapia no es posible a menos que el paciente pese al rededor de 47 kg. Ella explica a sus pacientes que su capacidad de pensar y comunicarse mejorará si ellas pueden llevar su peso por lo menos a ese nivel.

2. Evitar las interpretaciones tempranas en la terapia.

Las interpretaciones de deseos inconscientes o miedos serán experimentados por el paciente anoréxico como una repetición de su historia de vida. *Alguien más* le está diciendo lo que realmente siente, mientras que su experiencia consciente es minimizada e invalidada. Así entonces, la tarea del terapeuta deberá ser validar y empatizar con la experiencia interna del paciente (Bruch; Chessick citados en Gabbard, 1994). El terapeuta debe tomar un interés activo en lo que el paciente piensa y siente, transmutiendo el mensaje de que el paciente es una persona autónoma encargada de sus propias ideas acerca de la enfermedad. De gran importancia es ayudar al paciente a definir sus propios estados emocionales. Las acciones y decisiones embestidas de estos sentimientos deben ser legitimadas y respetadas. El terapeuta puede ayudar al paciente a explorar varias opciones pero debe abstenerse de decirle qué hacer (Chessick citado en Gabbard, 1994).

Esta aproximación empática, ego-estructurante, y que además apoya, en las fases tempranas de la terapia facilitarán la introyección del terapeuta como un objeto bueno. Bruch (citada en Gabbard, 1994) sugirió que se enfatizara lo positivo y se conceptualice la terapia como una experiencia en la cual los pacientes descubrirán sus cualidades. Ella reconoció que su aproximación tiene muchas similitudes con la aproximación psicológica del *self* de Kohut (citado en Gabbard, 1994). Chessick compartió esta opinión de que este vistazo dentro del conflicto inconsciente es poco indicado para el beneficio del paciente. Aunque es un poco más optimista acerca de la utilización de interpretaciones, Boris (citado en Gabbard, 1994) recomienda interpretaciones de contención hasta que la paciente se encuentre a si misma. Hasta entonces, el apoyó el hablar "al aire" en vez de hacerlo directamente al paciente, con esto se proporciona alguna distancia en la relación y se respetan sus límites. Dichas interpretaciones deben ser entregadas como hipótesis, como si se hablara con un colega imaginario en vez de hacer un pronunciamiento definitivo directamente al paciente.

3. Monitorear cuidadosamente la contratransferencia.

Los pacientes anoréxicos comúnmente creen que sus padres quieren que aumenten de peso para que así otra gente no los vea como fracasados (Powers citado en Gabbard, 1994). El terapeuta parece llegar a estar ansioso sobre aspectos similares. Los terapeutas que trabajan dentro de un marco de trabajo de un equipo de tratamiento comprensivo, en particular, pueden empezar a sentir que otros están juzgando negativamente su trabajo si los padres fallan en el aumento de peso.

Este aspecto de contratransferencia puede llevar al terapeuta a caer en la trampa de identificarse con los padres del paciente. La situación ideal para la psicoterapia individual es que otro tratante monitoree el aumento de peso, dejando al terapeuta libre para explorar los aspectos psicológicos subyacentes del paciente. Cuando la hospitalización es requerida para el control de peso, el psiquiatra que recibe a la paciente puede manejar la ingesta alimenticia mientras que el psicoterapeuta continúa con el trabajo psicológico en el hospital. En estas condiciones, el psicoterapeuta puede trabajar productivamente con el equipo.

4. Examinar las distorsiones cognitivas.

Las malas interpretaciones sobre el tamaño del cuerpo y las creencias cognitivas ilógicas deben ser exploradas con el paciente sin juzgar (Powers citado en Gabbard, 1994). De esta manera, el terapeuta sirve como un yo auxiliar para ayudar al paciente a agudizar sus poderes de observación y su pensamiento crítico (Chessick citado en Gabbard, 1994). Claramente el terapeuta debe asumir un papel educativo con estos pacientes, ayudándolos a comprender los efectos de la inanición en la cognición. No obstante, el terapeuta debe buscar educar mientras que no hace demandas

para un cambio. Alternativamente, el terapeuta puede explorar simplemente las consecuencias de las elecciones de los pacientes.

Estas guías técnicas no deben ser tomadas como "recetas de cocina" para la psicoterapia de los pacientes anoréxicos. Los terapeutas deben ser flexibles, persistentes y estables con la faz del paciente en su tendencia a "soportar" el proceso terapéutico hasta que ella pueda ser dejada en paz otra vez. Las distorsiones de la imagen corporal, las cuales casi siempre alcanzan proporciones alucinatorias, pueden ser refractarias a los esfuerzos educativos y terapéuticos. Los terapeutas deben ser cautelosos con la desesperación contratransferencial y con la frustración que los puede llevar a un intento de forzar al paciente a "ver las cosas como realmente son." (Gabbard, 1994).

Buckroyd (1998) hace hincapié en que es importante señalarle a la paciente que en una buena relación terapéutica, llegará a confiar y a apoyarse en el terapeuta; así se sentirá segura y se abrirá más que nunca. Si hace años que tiene un trastorno alimentario, habrá muchas cosas que procesar y afrontar. Hay que recordar que los trastornos de la alimentación detienen el desarrollo emocional, así que a medida que la persona se vaya recuperando tendrá que "irse poniendo al día" en ese sentido. La autora enfatiza que cualquier terapia sólo es tan buena como la relación con el terapeuta.

Finalmente, los clínicos que tratan a los pacientes anoréxicos deben de confrontar la mortalidad de la enfermedad. Los resultados de estudios a largo plazo sugieren que aproximadamente el 14% de los pacientes que padecen de anorexia nervosa morirán por suicidio o por complicaciones de la enfermedad (Hsu citado en Gabbard, 1994). Existe una razón, sin embargo, para ser optimistas: 75% de los pacientes muestran una mejoría significativa cuando son evaluados 4 años después del comienzo de la enfermedad.

Por otra parte, es necesario "estimular" la parte reflexiva del paciente mediante una serie de recomendaciones para éstos, las cuales merece la pena mencionar (López, 1999, p. 4).

Para los enfermos iniciales:

1. Comerarlo enseguida con la familia. Cuanto más tiempo lo oculte más difícil será que lo venza.
2. Buscar ayuda de un buen profesional psicólogo.
3. Buscar metas más humanas y altruistas que la propia complacencia en la imagen corporal.
4. Hacer ejercicio físico, siempre en grupo, nunca en solitario.
5. Cultivar el conocimiento humano a través de la lectura y la música.
6. Olvidarse de falsos arquetipos. No existen.

Para enfermos avanzados:

1. Tanto como sufre la paciente, lo hacen los que lo rodean y la quieren.
2. Entender que muchas veces ellos no la entienden.
3. No querer para ella misma lo que no desea para los que ama.
4. Ser consciente de que muchos investigadores están intentando conocer esa fuerza interna que no puede controlar y que pronto llegará la luz.
5. Luchar porque su enfermedad no lo dañe demasiado (López, 1999, p. 4).
6. Luchar porque su enfermedad no dañe a demasiados. Ser activista.

Por su parte, Rellet (1999) señala que la recuperación es un proceso que con frecuencia parece insostenible. Sin embargo, la tortura de la anorexia es igualmente insostenible. La diferencia es esta: luchar en la recuperación da gratificaciones, el descubrimiento de uno mismo, paz y satisfacción. La anorexia sólo ofrece aprisionamiento y muerte -del corazón, del alma y de uno mismo. Existe un increíble sentido de paz y libertad esperando a aquellos que valientemente sobrellevan las pruebas de la recuperación.

En cuanto a la bulimia nervosa, el principio más importante en la intervención es la individualización del plan de tratamiento. Los trastornos psiquiátricos concurrentes, como la depresión, los trastornos de personalidad, y el abuso de drogas deben ser tomados en cuenta como parte de la comprensión y planeación del tratamiento. Los programas de tratamiento de "línea de ensamblaje" (Yager citado en Gabbard, 1994) que se dedican a tratar a todos los pacientes bulímicos parecidos solamente ayudarán a una parte de ellos debido a la falta en reconocer y apreciar la heterogeneidad inherente de la población bulímica. Al rededor de un tercio de todos los pacientes bulímicos representa un subgrupo relativamente sano que responderá

bien a una aproximación de tiempo limitado involucrando una breve terapia cognitivo-conductual y a un programa psicoeducativo (Johnson y Connors; Johnson et al citados en Gabbard, 1994).

No obstante, si los pacientes bulímicos tratados con terapia cognitivo-conductual y antidepresivos tienen un seguimiento de más de dos años, el 16%-50% todavía son diagnosticados con bulimia nerviosa, y el 9%-37% están plagados episodios ocasionales de comer compulsivo y purgas (Hsu citado en Gabbard, 1994).

Aunque las aproximaciones psicodinámicas pueden no ser indicadas o necesarias para todos los pacientes, éstas aún pueden beneficiar a la mayoría. Entre los que no responden, estos son dos tercios, pueden tener un trastorno de personalidad límite (Johnson et al citados en Gabbard, 1994), mientras que otros pueden tener otros trastornos de personalidad o una depresión significativa. Estos pacientes usualmente requieren psicoterapia de largo plazo, de apoyo y expresiva y casi siempre necesitan intervención psicofarmacológica también. Muchos pacientes, si no es que todos, francamente también precisan un tratamiento conductual para sus síntomas bulímicos (Yager citado en Gabbard, 1994). Enfocarse en el comportamiento manifiesto mientras se descuida su mundo interno puede recapitular la experiencia del paciente de crecer con unos padres quienes están más preocupados por la superficie que por la sustancia. Yager (citado en Gabbard, 1994) ha sugerido que el 50% de los pacientes bulímicos están insatisfechos con las técnicas de modificación de la conducta. Algunos pacientes pueden experimentar la tarea de escribir un diario sobre sus hábitos alimenticios como degradante, porque ellos pueden ver sus problemas alimenticios como sintomáticos de trastornos más fundamentales. El tratamiento que no encaje con los intereses del paciente y su sistema de creencias está condenado al fracaso (Yager citado en Gabbard, 1994).

Además, las aproximaciones conductistas efectivas, o con trastornos sexuales o con trastornos de la alimentación, requieren una alianza terapéutica sólida. Johnson et al (citado en Gabbard, 1994) encontraron que el manejo sintomático de la bulimia, al igual que en la anorexia, desde una perspectiva cognitivo-conductual depende de una fuerte alianza terapéutica y el análisis de transferencia facilita el desarrollo y mantenimiento de tal alianza. En su modelo, un terapeuta realiza ambas tareas (p. ej., reforzar el control del síntoma y el análisis de transferencia que interfiere con las técnicas de seguimiento de las conductuales).

La bulimia nerviosa puede amenazar la vida. Los pacientes han sabido que las alteraciones del balance electrolítico son suficientes para precipitar un ataque cardíaco. El monitoreo químico de la sangre debe ser entonces una parte del manejo de consulta externa de estos pacientes, con la hospitalización como una estrategia de refuerzo. Como muchos pacientes bulímicos sufren de trastornos límite de personalidad o trastornos afectivos mayores, la hospitalización puede ser requerida en la fase de un intento de suicidio o una automutilación severa. El tratamiento del hospital debe seguir un plan de manejo individualizado comprensivo, además de un control del síntoma a través de cerrar los baños, y las demás técnicas ya mencionadas como la implementación de un horario normal de comida, proporcionarle asistencia psicoeducativa de un dietista (o nutriólogo), y el alentar el que se lleve un diario. La hospitalización casi siempre proporciona al terapeuta una oportunidad de una mejor comprensión de las relaciones objetales internas del paciente, de este modo, se facilita una comprensión diagnóstica más sofisticada y una planeación del tratamiento más precisa (Gabbard, 1994).

La terapia psicodinámica de grupo puede ser también un tratamiento adjunto útil. En la creciente literatura empírica (Harper-Guiffre et al., Liedtke et al., Mitchell et al. citados en Gabbard, 1994) el consenso ha sido que la psicoterapia de grupo reduce efectivamente los síntomas bulímicos en un promedio del 70%. No obstante, estas cifras parecen infladas por que la mayoría de los estudios excluían de sus cálculos a los que desertaban. Las cifras de deserciones tendieron a ser altas aunque la mayoría de los grupos habían excluido a pacientes con trastornos de personalidad límite y con otras patologías severas del carácter. Los datos de seguimiento a largo plazo faltaron. Los terapeutas de grupo parecen estar de acuerdo, así como los terapeutas individuales, en que una remisión estable requiere tanto *insight* como un control del síntoma.

En resumen, la indicación de una aproximación psicodinámica para la bulimia nerviosa es una falta de respuesta a los métodos psicoeducativos y los cognitivo-conductuales de tiempo limitado. Como con la anorexia nerviosa, la terapia individual de naturaleza expresiva y de apoyo es la piedra angular del tratamiento. Garfinkel y Goldbloom (citados en Gabbard, 1994) recientemente revisaron la literatura de investigación sobre la terapia de la bulimia nerviosa y encontraron que, aunque muchas aproximaciones terapéuticas son efectivas, a la evidencia convincente le falta apoyar la especificidad de alguna modalidad

terapéutica. Las intervenciones de familia en la forma de apoyo, educativas, y posiblemente la terapia familiar generalmente son también necesarias para validar la terapia individual. Alguna forma de control del síntoma es requerida en conjunto con otras aproximaciones. La hospitalización breve, los grupos de autoayuda como los CCA, la psicoterapia de grupo pueden todas ayudar en el control del síntoma. Algunos psicoterapeutas individuales también consideran el control del síntoma como parte del proceso del tratamiento. Un grupo sustancial de pacientes bulímicos con patologías severas de carácter asociadas, tendencias suicidas, y propensiones a irregularidades electrolíticas que amenazan la vida requerirán una psicoterapia en el contexto de la hospitalización a largo plazo. Estos pacientes desafían los esfuerzos más diligentes de los tratantes de estructurar su vida. Parecen doblegarse en una dirección autodestructiva que puede ser en verdad fatal sin tratamiento hospitalario extenso.

Por otra parte, también como terapia de apoyo, es recomendable, sobre todo para pacientes que manejan altos niveles de ansiedad, tanto anoréxicos como bulímicos, la relajación. La relación ambigua de las personas con trastornos alimentarios con la comida y con ellas mismas les produce ansiedad. Es vital aprender a relajarse, para que puedan darse tiempo a respirar hondo (técnicas de respiración) y pensarlo dos veces antes de dejarse llevar por la compulsión hacia la comida, o por un odio irrefrenable hacia su cuerpo (Ladish, 1993).

Como se mencionó en un principio, existen muchos tipos de "terapias" (terapias de apoyo o coadyuvantes), tales como la acupuntura, los cristales, la medicina alternativa (naturista), hasta las flores de Bach, pero, una vez más, cabe volver a hacer hincapié en que éstas sólo pueden servir como un complemento del tratamiento multidisciplinario que se ha venido exponiendo. Ladish (1993) dice que lo importante en todas estas terapias de apoyo es encontrar un "alimento" espiritual que llene a la persona.

También es recomendable que la persona empiece a tratarse bien, a concentrarse (esto es, pintarse el cabello, cortárselo, arreglarse las uñas, darse un baño de burbujas, darse un masaje, ponerse una mascarilla). Es bien sabido que esto levanta el ánimo, aunque sea un poco. Pero se tiene que hacer. Cuando la paciente está en conflicto consigo misma y con su imagen, tiene que esforzarse en tratarse bien, como ella misma lo haría con otra persona que estuviera en su lugar (Ladish, 1993).

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: FARMACOTERAPIA, INTERNAMIENTO Y CONSULTA EXTERNA

Las personas con trastornos de la alimentación severos pueden tener desconfianza de los médicos, a quienes ven como si estuvieran interesados solamente en realimentarlos o para hacerlos que pierdan su deseo llegar a engordar. El médico debe alentar unos hábitos alimentarios normales y un peso normal sin hacer esto el único enfoque del tratamiento o un campo de batalla. El médico debe también enfatizar que se quedará con el paciente hasta en los tiempos difíciles y que se enfocará en tantos otros aspectos como sea requerido. La meta no es el control de los pacientes anoréxicos sino el alivio del sufrimiento. Es de gran ayuda el tener una actitud firme pero sin juzgar y reinterpretar el bajo peso corporal de los pacientes, el cual ven como un signo de su control y que actualmente representa la pérdida de este (Garfinkel, 1995).

Como se ha explorado, igualmente en el hospital, tempranamente existe un gran valor en la educación. Los pacientes se benefician aprendiendo sobre la regulación del peso corporal y los efectos de la inanición. Las concepciones erróneas dietéticas se pueden aclarar. Es importante revisar los efectos del vómito y los laxantes en las funciones corporales. El médico debe tener una franca discusión con el paciente sobre qué tan fácilmente la gente puede ser manipulada por los fenómenos culturales. También es importante discutir aspectos como la autoestima y como una persona puede relacionar el valor de sí misma completamente a la talla y peso del cuerpo y al hacer esto está forzándose a sí misma a ser algo que no es natural para ella.

Dadas las implicaciones psicológicas y médicas complejas de la anorexia nerviosa, se recomienda un plan de tratamiento comprensivo, incluyendo hospitalización cuando sea necesario junto con terapia individual y familiar. Las aproximaciones conductuales, interpersonales y cognitivas y en algunos casos los medicamentos deben ser considerados (Gabbard, 1994; Garfinkel, 1995).

Internamiento: Tratamiento Hospitalario

Tanto en los casos de anorexia nerviosa como en los casos de bulimia nerviosa la hospitalización es una alternativa que se debe tener en cuenta si se cree necesario un control exhaustivo de la ingesta, del balance

energético, del ejercicio físico, de las conductas purgativas, y se contempla la implementación de nuevos hábitos alimentarios (Ochoa citada en González, 1999).

La hospitalización puede también ser un adjunto beneficioso a la psicoterapia individual. Aunque ninguna indicación para pacientes internados está acordada universalmente, una pérdida del 30% del peso corporal normal es una buena regla de manejo para usarse y así determinar si el tratamiento de hospitalización del paciente es necesario (Garner y Garfinkel citados en Garfinkel, 1995). Es decir, el ingreso hospitalario está indicado cuando la pérdida de peso pone en peligro la vida de la paciente, cuando no puede controlarse ésta por tratamiento ambulatorio, o cuando existe riesgo de autólisis, de suicidio (González, 1999).

De acuerdo con González (2002, pp. 193 y 194) varios son los indicadores que señalan cuándo es necesario el internamiento, a saber:

1. Desmayos, entumecimiento o parálisis de extremidades, o extrema debilidad. Estos síntomas revelan un desequilibrio en los niveles electrolíticos (sobre todo de sodio y potasio), que pueden provocar infartos
2. Sangre en la orina, las heces fecales o el vómito. Aunque a veces es productos de hemorroides o problemas menores, pero puede deberse a que existen úlceras gástricas o esofágicas.
3. Peso excesivamente bajo -a criterio del médico-, o empeoramiento de los hábitos alimentarios.
4. A veces, los pacientes mismos piden ser hospitalizados al sentir que solo bajo la vigilancia de otra persona frenarán sus conductas autodestructivas, o bien, debido a que se ha vuelto insostenible la dinámica familiar que están viviendo.
5. Las crisis ocasionadas por la dependencia al alcohol o a las drogas adictivas, como las anfetaminas* que se ingieren para bajar de peso (Aizpuru, 1995b) sobre todo en pacientes bulímicas, también pueden precipitar hospitalizaciones
6. Intentos suicidas. O bien, cuando la paciente presenta conductas autolesivas, provocándose heridas físicas (quemaduras de cigarro, cortadas o laceraciones, por haber comido o aumentado de peso, o por cualquier otra circunstancia)

Aproximadamente el 80% de todos los pacientes anoréxicos suben de peso con el tratamiento hospitalario (Hsu citado en Gabbard, 1994) que brinda el equipo del hospital el cual puede crear un ambiente específico. Este equipo del hospital debe ser cauteloso de los esfuerzos inconscientes del paciente de volver a representar la lucha familiar en el ambiente hospitalario. Se debe convenir en un interés en ayudar al paciente a recuperar su peso sin llegar a estar excesivamente preocupados por de ello y sin hacer demandas similares a las que hacen los padres del paciente (Gabbard, 1994).

Dentro del hospital se le explica a la paciente que alguien la pesará participando activamente para ayudarla a cambiar sus hábitos de alimentación. Eso puede ser con frecuencia un gran alivio. Otra persona se está responsabilizando, al menos en parte de que la alimenten adecuadamente. La tarea de sí misma, de atender sus necesidades sola ha resultado ser demasiado para ella, y ahora alguien más la ayudará. Este aspecto del cuidado de la paciente hospitalizada es a menudo un gran alivio para las familias, que están desesperadas y asustadas por la enfermedad (Buckroyd, 1998).

La paciente puede ser ayudada a enfrentar el miedo de perder el control elaborando el plan alimentario ya mencionado de comidas frecuentes pero pequeñas con un miembro del equipo de nutrición quien está dispuesto a discutir la ansiedad del paciente relacionada con la alimentación. Los aumentos de peso deben ser reportados al paciente con reforzadores positivos concomitantes. Cualquier vómito o purga subrepticia debe ser confrontado y controlado con medidas estructurales tales como cerrar la puerta del baño. Los miembros del equipo de tratamiento pueden necesitar reasegurarle al paciente que ellos no permitirán que

* Las anfetaminas eran prescritas durante los años 30-60 para tratar la depresión y para promover la reducción de peso a largo plazo. Sus efectos psicológicos son: ansiedad, alucinaciones, paranoia, condición esquizofrénica, agotamiento (la persona duerme más de lo usual), depresión prolongada (incluso por semanas o meses) (Aizpuru, 1995b), alucinaciones prologadas (durante y mucho tiempo después que la droga ha sido metabolizada (Hafen y Soulier citados en Aizpuru, 1995b). Las anfetaminas producen una baja de peso que no se mantiene, los pacientes desarrollan tolerancia, causan euforia, lo que puede propiciar su abuso (Aizpuru, 1995b).

suba mucho de peso, de esta manera ayudan al paciente a desarrollar un sentido de confianza en ellos (Gabbard, 1994).

Si la terapia individual y la familiar estaban siendo conducidas antes del internamiento, éstas deben continuar durante la hospitalización. Si la hospitalización del paciente es su primer contacto de tratamiento, de cualquier modo, estas terapias adjuntas deben ser implementadas como parte del tratamiento hospitalario. Son de gran ayuda los medicamentos antidepresivos con los pacientes que cumplen con los criterios de depresión mayor. (Las formas leves de depresión mejoran con el aumento de peso). Las hospitalizaciones breves son raramente curativas, así como los programas de tratamiento que demandan un promedio normal de peso y que entonces ignoran la intensa ansiedad despertada por dicha demanda (Bruch citada en Gabbard, 1994). Al menos el 50% de los pacientes quienes controlan exitosamente su anorexia nerviosa con tratamiento hospitalario recaen en menos de un año (Hsu citado en Gabbard, 1994). Para el 20% que no responde a la hospitalización breve, la hospitalización más larga es recomendada.

No obstante, la mayoría de los pacientes de acuerdo con Garfinkel (1995) se pueden tratar completamente en consulta externa. Una minoría puede requerir un internamiento en el hospital por diferentes razones. Este autor coincide con González (2002) en los criterios para que el paciente necesite internamiento en cuanto a que ha perdido una proporción sustancial de peso (casi siempre 30 por ciento o más) y no ha sido capaz de subir de peso durante el tratamiento en consulta externa. A veces el internamiento hospitalario y la observación son necesarias para confirmar el diagnóstico. Las crisis metabólicas o suicidas pueden requerir también un internamiento de emergencia.

Es de gran utilidad encontrarse con la perspectiva del paciente y su familia con el fin de que las metas y expectativas sean claras, éstas deben ser convenidas desde el comienzo. Garfinkel (1995) confirma lo anteriormente dicho en el aspecto de que una sola técnica de tratamiento no es superior, una aproximación combinada multidisciplinaria incluyendo técnicas conductistas, familiares, interpretativas, y farmacológicas generalmente es utilizada. Al establecer un objetivo de peso es importante tener en cuenta el peso premórbido de la paciente cuando las menstruaciones estaban presentes y cuando el hacer dieta no era importante. Para el paciente más joven al cual su dieta y control de peso precedieron un peso óptimo, el 90 por ciento de su peso promedio para su edad y estatura se puede calcular de las tablas estándar. Si se permite al paciente negociar un objetivo de peso más bajo, esto puede perpetuar la enfermedad manteniendo al paciente debajo de un peso fóbico. Los pacientes pueden ser pesados tres veces a la semana y ser informados sobre ese peso. Las contingencias conductuales pueden ser provistas para el aumento de peso (Garfinkel, 1995).

En los casos más extremos de anorexia y anorexia bulímica es utilizada la alimentación vía sonda nasogástrica (tubo que entra por la nariz y baja por la garganta hasta el estómago) o alimentación endovenosa, esto es, nutrición parenteral total. Sin embargo, a causa de los peligros de la alimentación intravenosa, en la mayor parte de los programas se utilizan protocolos de modificación de la conducta que se basan en los principios del condicionamiento operante (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Buckroyd, 1998; Norman, 1994). Le sigue una combinación de dieta líquida y algo de alimento sólido y después una dieta que generalmente ronda las 3,000 calorías diarias, o sea, una hiperalimentación, esto permitirá a la paciente aumentar de peso a razón de un kilo por semana. Algunos médicos consideran que esto es demasiado rápido, y actúan sobre la base de aumentar más o menos 225-450 gramos por semana (Buckroyd, 1998). En opinión de Garfinkel (1995) para lograr un aumento de peso promedio de uno a dos kg. por semana una ingesta calórica diaria puede empezar con 1,500 calorías e ir la incrementando en bloques de 300 como sea necesario. Quizá se requiera proporcionar una supervisión del equipo de nutrición durante y después de las comidas en el sentido de mantener los baños cerrados o bajo vigilancia. Cuando una persona no es capaz de terminarse un alimento tal como le fue servido, le puede ser ofrecido un suplemento líquido alto en calorías en el tratamiento (Garfinkel, 1995). Los clínicos deben estar advertidos también de que la recuperación de peso muy rápida puede causar una dilatación gástrica peligrosa, o precipitar una insuficiencia cardíaca congestiva (Norman, 1994).

Es tan fácil convertirse en anoréxica o bulímica al 100%, que la persona ve la ayuda que se le ofrece como un esfuerzo por destruir algo muy precioso y necesario. Si la paciente siente esto entonces surgirán las resistencias. En un hospital existen dos métodos para intentar vencer esas resistencias a comer de manera normal. El primero consiste, como se mencionó, en vigilar atentamente a la paciente para asegurarse de

que no se deshaga de la comida que se supone ha de ingerir, y que no continúe con el patrón de conducta de los vómitos y el abuso de laxantes. Esto normalmente significa que una persona se queda con la paciente mientras come y durante por lo menos una hora después, y que incluso la acompaña al baño. El segundo método es instituir un sistema de premios para que aumente de peso y/o deje de purgarse o vomitar, lo que sería un sistema de economía simbólico. Normalmente significa que la vida de la paciente en el hospital está organizada de tal manera que debe ganarse privilegios tales como el permiso para levantarse de la cama e ir al baño, vestirse, salir del cuarto, llamar por teléfono, etc. (Buckroyd, 1998).

En el ambiente hospitalario la psicoterapia individual implica elementos de apoyo, cognitivos, e interpretativos, que pueden variar en el grado dependiendo de las fuerzas yóicas, las capacidades auto-reflejantes, el interés en el trabajo psicoterapéutico de cada persona, y los requerimientos de ese momento en particular. El reconocimiento y la expresión apropiada del afecto, junto con el desarrollo de un sentido de valor distinto del control de peso, son temas comunes. Puede hacer una diferencia sustancial un contacto temprano con la familia para alistar su apoyo y para reasegurarles que ellos no tienen la culpa de la enfermedad. Una aproximación sistémica es generalmente utilizada con la familia, tratando con aspectos de separación y autonomía (Garfinkel, 1995). En algunas instituciones además de informar sobre el curso del tratamiento se dan pláticas a la familia para apoyar el proceso (González, 1999).

En algunos hospitales de día, anoréxicas y bulímicas acuden a los llamados "almuerzos asistidos" en comedores terapéuticos para rehabilitarse a comer.

Generalmente las bulímicas no son hospitalizadas, sólo si existe un estado físico grave, riesgo suicida, aislamiento social extremo, familia intolerante, inestable y muy conflictiva, severos desequilibrios hidroiónicos o fallo en el tratamiento ambulatorio. Los objetivos de un ingreso son: la resolución de los riesgos, el aislamiento de los medios "patógenos" sociofamiliares, uso de psicofármacos, la corrección de la conducta alimentaria y las percepciones alteradas e ideales truncados (Fernández, Trejo y Delgado, 1999).

Así, el tratamiento de la bulimia nerviosa consiste en varias intervenciones, incluyendo psicoterapia individual con una aproximación cognitivo-conductual, terapia de grupo, terapia familiar, y farmacoterapia. Debido a la co-morbilidad de trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, y trastornos de personalidad con la bulimia nerviosa, el clínico debe tomar en cuenta esos trastornos adicionales en el plan de tratamiento (Garfinkel, 1995).

Para los pacientes bulímicos que no son capaces de detener la peligrosa secuencia de la dieta y las purgas, el internamiento en el hospital puede ser necesario para romper el ciclo. Para las bulímicas que su peso no está a tal nivel de emaciación existen méritos para limitar el internamiento a un intervalo de tiempo preestablecido, por ejemplo, de 4 a 6 semanas. En ese tiempo se inicia una agenda que puede ser negociada durante un patrón normal de alimentación, sin vomitar y sin hacer mal uso de purgantes. Esta puede ser seguida por una exposición del paciente a los alimentos "que provocan atracones" bajo condiciones supervisadas.

Recientemente, los programas de hospital de día que utilizan esos principios dentro de un ambiente de terapia de grupo se ha comprobado que son de utilidad para muchos pacientes quienes previamente necesitaron internamiento (Garfinkel, 1995).

FARMACOTERAPIA

Aunque se han tratado y estudiado una variedad de medicamentos en el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa, su valor es limitado. En la anorexia nerviosa la ansiedad es prominente, especialmente cuando los pacientes están confrontando sus temores de un tamaño corporal normal (perturbaciones de percepción y de imagen corporal), que pueden ser como manifestaciones de psicosis. Mientras que se ha utilizado la clorpromacina (Thorazine) u otros medicamentos antipsicóticos en esas circunstancias, los efectos secundarios de estos medicamentos imposibilitan su uso general. Sin embargo, no está claro si los beneficios de estos medicamentos se deben a sus efectos antipsicóticos o a sus efectos sedantes (Garfinkel, 1995; Norman, 1994). Para el paciente anoréxico hospitalizado que continúa estando extremadamente ansioso a pesar de la atención alimentaria de apoyo y los ejercicios de relajación, puede ser útil una dosis pequeña de una benzodiacepina de acción corta [lorazepam (Ativan), 0.25 a 0.5 mg] una hora antes de las comidas por varias semanas. Así, las benzodiacepinas pueden sustituir a la clorpromacina (Ravotril) para evitar sus efectos secundarios. No obstante, los pacientes dentro del grupo bulímico, quienes tienen una propensión alta a los problemas de adicción, no deben recibir tranquilizantes menores. Para disminuir la

hiperactividad se utilizan neurolépticos (fenotiazinas y otros) (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Garfinkel, 1995).

Una variedad de otros medicamentos han sido estudiados en la anorexia nerviosa. Las pruebas con los antidepresivos, clopramina (Anafranil) y amitriptilina (Elavil), no muestran ninguna ventaja sobre los placebos. La utilización de los antidepresivos en la anorexia nerviosa está limitado generalmente a pacientes que padecen un síndrome depresivo que persiste aún después de la recuperación del peso (Garfinkel, 1995; Norman, 1994). Asimismo, Fernández, Trejo y Delgado (1999) y Castro (1999) advierten que los antidepresivos no son muy útiles, puesto que los síntomas depresivos se alivian cuando mejora el estado de inanición. Esta opinión es compartida por Fassino, Abbate, Amiato, Leombruni, Garzaro y Rovera (2002) en el sentido de que el porcentaje de pacientes que responde a la farmacoterapia a corto plazo y la psicoterapia es bajo todavía. Salvo para la ansiedad o insomnio que puedan presentar o para la psicopatología que con frecuencia se asocia con ellos como el trastorno obsesivo-compulsivo o depresivo, ya que mejoran algunos rasgos propios de estos pacientes, como la rigidez, el perfeccionismo o la inhibición conductual (Castro, 1999). El uso de estimulantes del apetito o antianorexígenos, como la ciproheptadina, algunas veces ha sido recomendado, a pesar del hecho de que los pacientes anoréxicos poseen un buen apetito pero también un terror a perder el control (Garfinkel, 1995; Norman, 1994; Fernández, Trejo y Delgado, 1999), además, este medicamento es un antagonista de la serotonina, y ha probado ser útil en el tratamiento de un subgrupo de pacientes anoréxicos con síntomas especialmente graves y con antecedentes de trauma en el nacimiento (Norman, 1994). Sin embargo, Vandereycken y Meerman (1984) y Andersen (1995) recomiendan restablecer un estado nutricional adecuado y, posteriormente administrar antidepresivos solo en aquellos casos en los que la paciente cumple con todos los criterios para ser diagnosticado el trastorno depresivo.

Debido a que se ha demostrado una demora en el vaciamiento gástrico el cual sucede en las personas con inanición y por las quejas subjetivas de inflamación en los pacientes anoréxicos, han sido probados agentes estimulantes de la motilidad gástrica. Mejoras con domperidona y cisaprida en pacientes con vaciamiento gástrico lento documentado han sido reportadas como anécdotas o en estudios sutiles controlados. Hace falta establecer si es que esos medicamentos pueden proporcionar un beneficio en el largo proceso de la recuperación del peso (Garfinkel, 1995). También para disminuir la dispepsia y la sensación de plenitud posprandial la metoclopramida ayuda (Fernández, Trejo y Delgado, 1999). De este modo, mientras los tratamientos farmacológicos pueden ofrecer un beneficio adjunto en algunos pacientes anoréxicos, su papel es modesto (Garfinkel, 1995).

Por otro lado, existe un valor mayor en la farmacoterapia para la bulimia nerviosa. Una serie de evaluaciones controladas han reportado los beneficios de una variedad de medicamentos antidepresivos. La desipramina (Nopramin), imipramina (Tofranil), trazodona (Desirel), fluoxetina (Prozac) todas han demostrado que producen una reducción de los atracones y los vómitos. Las dosis involucradas son generalmente las utilizadas en la depresión, no obstante un control experimental grande de fluoxetina reveló una superioridad del régimen de 60 mg sobre la dosis estándar de 20mg. Los inhibidores de la monoaminoxidasa isocarboxácido (Marplan) y la fenelcina (Nardil) también han mostrado ser útiles en estudios controlados. No obstante, esos estudios han estado asociados con altos índices de deserciones, y se debe ser cauto en la selección de los pacientes quienes pueden evitar las interacciones múltiples con las drogas. Actualmente, no hay evidencia de mejores respuestas con ningún antidepresivo, así que la elección de éste está basada en minimizar los efectos secundarios anticolinérgicos y antihistamínicos. La respuesta a los medicamentos no se puede predecir si está basada en la severidad de la depresión o en la historia familiar de depresión, así que los pacientes bulímicos que no demuestran un mejoramiento inicial a la psicoterapia merecen una prueba de un antidepresivo (Garfinkel, 1995). De esta forma, se puede decir que los fármacos que han demostrado tener éxito significativo son los antidepresivos, incluyendo tricíclicos, los inhibidores de la MAO e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina o la fluoxamina, los cuales son los más utilizados, estos muestran su eficacia sobre todo para reducir la frecuencia de los atracones y vómitos autoinducidos, y esta reducción se acompaña de una mejoría de otros síntomas como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Norman, 1994; Mitchel y DeZwaan, 1993). La fluoxetina además es bien aceptada por los pacientes ya que puede dar lugar a una ligera disminución de peso a diferencia de los demás antidepresivos así como un mayor nivel de seguridad en caso de intoxicación medicamentosa (Fernández, Trejo y Delgado, 1999).

No obstante, otros rasgos centrales del trastorno, como la dieta extrema y la sobrevaloración del peso y la figura corporal, parecen poco afectados por el tratamiento con antidepresivos y, consecuentemente el problema no se resuelve del todo. Quizá debido a esto se observa un alto índice de recaídas a largo plazo, en los pacientes tratados únicamente con antidepresivos.

La utilización de los anticonvulsivos fenitoin (Dilantin) y carbamecepina (Tegretol) ha estado basada en anomalías electroencefalográficas significativas en pacientes bulímicos y también en el reconocimiento de los efectos significativos de los anticonvulsivos en el humor. Las evidencias de actividad de ataques en pacientes bulímicos es mínima (Garfinkel, 1995).

Así, a diferencia de la anorexia, en la bulimia, parece que sí existe cierta utilidad de los antidepresivos en el tratamiento (Hoffman y Halmi, 1993; Hersovici y Bay, 1990; Toro y Vilardell, 1987).

Cabe señalar que en cuanto al abuso de fluoxetina en la bulimia nerviosa por parte de una paciente, sólo ha existido un caso registrado en la literatura (Padin, Diaz, Vega y Chinchilla, 1995).

PSICOTERAPIA EN CONSULTA EXTERNA Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

Ya se ha dicho que la finalidad inicial del tratamiento es contrarrestar los efectos de la inanición al promover el aumento de peso y restablecer el equilibrio nutricional normal. En los casos leves esto se puede lograr con la persona bajo tratamiento en consulta externa; en los casos moderados a graves suele requerirse entonces un periodo inicial de hospitalización (Norman, 1994).

Así, muchos pacientes con anorexia nerviosa o con bulimia nerviosa no requieren un manejo en el hospital, y todos aquellos que son tratados en un ambiente hospitalario necesitan un seguimiento en consulta externa (Garfinkel, 1998). Según Buckroyd (1998) para que se haya decidido tratar a una paciente de una manera ambulatoria es porque se ha llegado a la conclusión, después de hablarlo con ella, que se puede (con frecuencia con la ayuda de la familia) encontrar una forma de vencer su resistencia a la recuperación sin ingresar al hospital. A veces a las personas con trastornos de la alimentación se les trata como pacientes diurnos de una institución para ir estimulándoles la responsabilidad propia. En algunos casos se pide la colaboración de la familia, por ejemplo, para que le suministre comidas especiales en momentos específicos. Así, que es recomendable señalarle a la paciente que entre más confíen los médicos en su capacidad de usar la parte que quiere mejorarse, más responsabilidad le darán para manejar su resistencia.

El tratamiento en consulta externa implica tres componentes: 1) un monitoreo de la alimentación y el peso; 2) el monitoreo de índices bioquímicos apropiados (los pacientes pueden necesitar un monitoreo de potasio cuando la hipokalemia ha sido un problema, para algunos, los suplementos de potasio son necesarios), y 3) la psicoterapia continua, tanto para la persona y casi siempre para los miembros de la familia. La terapia familiar es especialmente importante para los adolescentes anoréxicos y bulímicos. En la actualidad, la psicoterapia generalmente incluye componentes cognitivos, conductuales, y psicodinámicos. Los tratamientos experimentales controlados que han sido conducidos hasta la fecha muestran que los pacientes manifiestan mejoras con los tres métodos psicoterapéuticos, al menos a corto plazo (un año). El mantenimiento del cambio sobre el largo plazo requiere un estudio cuidadoso. La práctica actual sugiere que es valioso el combinar elementos de las tres (Garfinkel, 1995).

Desde el punto de vista de Gonzalez (2002) el plan de tratamiento en consulta externa también suele iniciarse con objetivos muy concretos para lograr un aumento discreto de peso y una reducción en los ciclos de atracones y purgas, si este es el caso. Igualmente, con el fin de no recrudecer el miedo que la paciente experimenta ante la posibilidad de engordar, el aumento en la ingesta es gradual, con un incremento de 200 calorías cada dos o tres días durante varias semanas. En términos generales, las pacientes anoréxicas requieren una dieta diaria de 3,400 calorías para comenzar la recuperación de peso.

Por su parte, Fernandez, Trejo y Delgado (1999) están de acuerdo en que hay que restablecer la correcta y completa nutrición pero esto debe hacerse de forma paulatina ya que puede haber complicaciones físicas o psicológicas y para evitarlas se utilizan dietas alternativas que comienzan con una dieta líquida clara, que contiene unas 1200 calorías, que provee principalmente líquidos para equilibrar las pérdidas urinarias. Contiene 0% de grasa. Le sigue una dieta líquida completa aumentando el número de calorías y nutrientes, contiene de 60 a 90 gr. de grasa. Posteriormente, se comienza con una dieta blanda de unas 2000 calorías con 75 gr de grasa. Cuando se considere oportuno se empezará la dieta normalizada.

Cabe advertir que, no obstante el aumento de peso o la desaparición del ciclo atracón-purga, es posible que la paciente siga presentando cuadros de ansiedad y/o depresión y que aún perciba su cuerpo de manera distorsionada (González, 2002).

Como se dijo, el enfoque cognoscitivo es la exploración y discusión de las ideas de la paciente sobre la comida, el peso, la figura y la talla. La idea es mostrarle, en un nivel racional, de sentido común, que sus ideas sobre esos temas son equivocadas. Por otra parte, hay que recordar que los mejores programas psicoterapéuticos de recuperación incluirán todos los aspectos de la historia emocional, la expresión de los sentimientos y el desarrollo personal. Esos tres elementos van de la mano y deben coincidir entre sí; por ejemplo, un programa de aumento de peso debe ser lento y por etapas para permitir el desarrollo, mientras se va avanzando, se irán encontrando maneras alternativas de ser (Buckroyd, 1998).

Garfinkel (1995, p. 1370) propone que la alimentación y el peso pueden ser tratadas de la siguiente forma:

1. Los pacientes deben ser alentados a deshacerse de sus básculas y ser pesados regularmente por sus médicos
2. Cuando las ganancias de peso son alentadas, los aumentos modestos de 0.5 Kg por semana son razonables.
3. La persona debe continuar ingiriendo tres comidas al día de valor calórico moderado, aún si se da atracones. Un atracón de un día no debe ser seguido de restricción en la ingesta, debido a que eso perpetúa el patrón
4. Los pacientes casi siempre se benefician de llevar el mencionado diario de ingesta alimenticia en un periodo del tratamiento. Incluyendo un record de lo que se ha comido, la hora y el lugar cuando los atracones ocurren, y los sentimientos y eventos asociados con éstos.
5. El ejercicio físico debe estar limitado (30 minutos al día); si se vuelve compulsivo, al paciente no se le permite ningún tipo de ejercicio
6. El paciente debe saber que si su peso cae por debajo de su meta de rango, el tratamiento se alterará (eso puede implicar un mayor enfoque en la nutrición dentro el tratamiento, además de añadir suplementos líquidos, y actividades restrictivas)

De acuerdo con Garfinkel (1995, p. 1371) el tratamiento psicológico tiene un número de componentes:

1. Un papel educativo como el descrito anteriormente.
2. Un enfoque en los elementos cognitivos para reducir la tendencia a hacer dieta, para ayudar en la solución de problemas y en la reestructuración cognitiva
3. Una reinterpretación de las distorsiones del paciente con relación a su cuerpo. Eso implica que la persona tenga que aprender a confiar en como la ven otros y a sentir su cuerpo como una fuente confort y placer
4. La expresión afectiva: la psicoterapia debe implicar que la persona aprenda a reconocer diferentes estados de sentimientos y responder apropiadamente
5. La autoestima ha estado atada al peso y a una apariencia. La persona debe reconocer gradualmente que la autoestima puede ser construida por factores fuera de esos
6. Identificar y dirigirse a problemas interpersonales mayores asociados con la enfermedad.
7. La terapia familiar es de gran ayuda. En un estudio controlado de anorexia nerviosa en Inglaterra se encontró que era más valiosa que la terapia individual como un modo dominante de tratamiento para el paciente más joven y menos enfermo crónicamente. La terapia individual fue superior para pacientes mayores. Los beneficios duraron en más de cinco años de seguimiento
8. Las terapias de grupo son generalmente de utilidad, especialmente para la bulimia nerviosa. El grupo puede tomar formas diferentes incluyendo la orientación psicodinámica, la conductual, la feminista, o la de autoayuda. Las comparaciones apropiadas de los tratamientos junto con las psicoterapias individuales no se han terminado aun, así que para la mayoría de los pacientes representan anexos de una psicoterapia individual

Para poder decir que la paciente está siguiendo una evolución positiva después de las primeras etapas de tratamiento, es importante lograr que siga una vida normal con un progreso adecuado en las etapas de la adolescencia (si este es el caso) con buena integración social, adquisición de otros intereses y objetivos en su vida diferentes a los relacionados con su peso. Asimismo, es necesario que la paciente precise cada vez menos control por parte del terapeuta y que aumente su responsabilidad hacia el propio cuerpo (Castro, 1999).

Entonces, de acuerdo con Castro (1999, p. 4) para considerar que la paciente cumple con los criterios de alta del trastorno alimentario necesita:

- Permanecer por lo menos un año manteniendo el peso y su menstruación.
- No seguir "dependiendo" del terapeuta.
- Normalizar sus conductas alimentarias.
- Lograr una integración social adecuada con jóvenes de su edad.
- Mejorar claramente su autoestima y autoimagen.
- Plantear metas en su vida propias de la edad.

En cuanto a la bulimia nervosa el tratamiento en consulta externa es básicamente el mismo que en la anorexia: sesiones de psicoterapia individual, se desarrolla una terapéutica cognitivo-conductual en donde se dan consejos nutricionales y que trata de cuestionar las ideas irracionales y distorsionadas respecto a la comida y la figura corporal, y de determinar las causas de los episodios bulímicos para intentar corregirlos; utilizando el mencionado registro en el que la paciente indica los alimentos consumidos y su pensamiento en el momento de la ingestión (Fernández, Trejo y Delgado, 1999).

INTENCIÓN PARADÓJICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA CRÓNICA

Esta técnica suele implementarse en los pacientes con anorexia crónica que no han logrado elevar o mantener su peso en un periodo de 4 a 8 años con otros tratamientos (López, 1995, p. 47).

Lieberman (1982) hace uso de esta técnica con 8 pacientes anoréxicos (6 mujeres, 2 varones) hospitalizados, que no habían alcanzado a mantener su peso durante un proceso terapéutico individual y familiar anterior, con un promedio de por lo menos 5 años de duración, síntomas de amenorrea de 6 meses en las mujeres y pérdida de la potencia sexual en los hombres, con una actitud mental de fobia a subir de peso y una conducta dirigida a perderlo, negarse a comer, uso excesivo de laxantes, el hacer ejercicio de manera exagerada (citado en López, 1995).

Estos pacientes son vistos de 1 a 6 sesiones por semana. No fueron confrontados, y basándose en esta técnica, fueron sugestionados

- Ellos nunca se curarían
- Debían de permanecer en su enfermedad ya que el aumentar de peso los haría sentirse totalmente infelices
- Que con su delgadez habían ganado la admiración de todos.
- Que su vomito bulímico, y el abuso de anfetaminas, eran el precio que tenían que pagar por querer ser diferentes

Al grupo se le dio un seguimiento de un periodo de cuatro años, a algunos de ellos a través de entrevistas personales y a otros por medio de una serie de cuestionarios

Los resultados que se obtuvieron fueron que la mitad de los pacientes lograron un peso normal (15% promedio), un paciente tuvo peso bajo (debajo del 75% promedio); ninguno se encontró todo el tiempo bajo cuidado psiquiátrico, excepto uno, los demás entraron a una fase de estabilidad relativa

Se cree que las técnicas que estimulan al paciente a que coma y aumente de peso le provocan mayor ansiedad y resistencia, mientras que la intención paradójica destruye lo que se tiene preestablecido en ese contexto

No es recomendable este tratamiento en pacientes que no han pasado por uno u otros tratamientos anteriores, debe emplearse con precaución

LA PSICOLOGÍA DEL SELF APLICADA AL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

De acuerdo con esta forma de pensamiento la génesis del trastorno, como se explico anteriormente, radica en los problemas de separación-individuación. Los pacientes manifiestan fallas narcisistas, de grandiosidad y exhibicionismo. Para el anoréxico, el cuerpo es la expresión de su grandiosidad infantil, su cuerpo debe ser perfecto y tenerlo totalmente bajo control

El cuerpo del anoréxico y el dramático cuadro de síntomas que presenta son los únicos elementos que tiene a su disposición para llamar la atención de los demás

Se encuentra el paciente buscando esa confirmación del self, el espejo que le fue negado de pequeño. El anoréxico intenta negar la necesidad de *objetos del self*, al no comer, se siente fuerte y superior a los demás:

Esta es la defensa en contra de sus sentimientos de debilidad y de insuficiencia relacionada con su verdadera carencia de *objetos del self* (López, 1995).

Los autores han encontrado fallas en la conciencia emocional, en la regulación afectiva y en el sentido del *self*. Esta terapia se basa en la psicología del *self*, de Kohut, y destaca aspectos de la identificación, la articulación y la articulación de la experiencia subjetiva en un contexto relacional. El *self* es la organización de esta experiencia subjetiva y la estructura psicológica central y debe ser el dato psicoanalítico primario (Aizpuru, 1998).

El terapeuta debe ser flexible dependiendo del tipo de organización psíquica que presente (Gedo y Goldberg citados en López, 1995). El terapeuta tiene que funcionar como un yo auxiliar activo, empático, espejador de las necesidades del paciente, como un regulador de tensiones. No solo debe tranquilizar al paciente sino que también va a anticiparse a su angustia (en las horas de la comida, cuando el paciente experimenta mayor ansiedad), enseñarle a cómo controlarla; lo que el paciente necesita es atención, ya que pasa por alto y devalúa sus propias necesidades y valores. En este tipo de terapia lo más importante es la empatía, la transferencia del paciente y la experiencia del terapeuta (Aizpuru, 1998).

El terapeuta debe permitir la idealización, debido a que es mediante una transferencia idealizante como dirigirá al paciente a que coma (Sansone y Seufert citados en López, 1995). Con respecto a dicha transferencia, Kohut señaló que la idealización no es una defensa hostil en contra de los sentimientos competitivos, sino que más bien puede reflejar una meta no alcanzada en el desarrollo (Aizpuru, 1998).

Si el terapeuta favorece este proceso y espeja la grandiosidad del paciente, éste se encontrará en camino de la resolución del problema.

Una tarea importante de la terapia es ayudar al paciente a delinear sus propios sentimientos, objetivos y sus ambiciones. En muchos se incrementa la conciencia de su propia experiencia ni percatarse de su propia experiencia, que había sido anulada por sus padres y que relaciona con sentimientos profundos de furia o decepción.

La preocupación por el peso y la figura está asociada con la disminución de otros intereses y limita la capacidad del *self* para reflexionar. Su propósito de no comer y la preocupación por el peso las protegen de la experiencia emocional. En este tipo de terapia se facilita la emergencia del mundo subjetivo del paciente, lo cual ocurre progresivamente cuando el terapeuta se mantiene interesado.

En la fase temprana del tratamiento, la comunicación no verbal es muy importante: la expresión corporal, la postura y la manera de vestir. Posteriormente, son importantes la autoridad, los cuidados y los sentimientos positivos del terapeuta. La preocupación somática puede considerarse como un recurso defensivo.

Las diferencias que haga el terapeuta, relacionadas con el género, pueden afectar la transferencia, la contratransferencia y el curso del tratamiento. Algunas terapeutas han experimentado sentimientos de inconformidad, irritación o de intrusión causadas por pacientes hipervigilantes.

Cuando la terapia es exitosa, los aspectos interpersonales y psicológicos empiezan a alcanzar una proporción mayor en la experiencia subjetiva del paciente, por lo que la disminución de la preocupación somática debe distinguirse del aumento del interés en otros aspectos del mundo emocional y del desarrollo de nuevas capacidades del paciente.

Debido a lo anterior, se concluye que a las mujeres con trastornos alimentarios se les dificulta identificar, tolerar e integrar la experiencia emocional por carecer de cohesión del *self*. En las primeras fases del tratamiento, la comunicación no verbal es particularmente importante y las preocupaciones somáticas del paciente pueden ser las experiencias más auténticas. Estas disminuyen a medida que el paciente identifica sus estados emocionales. La psicoterapia psicodinámica se enfoca a que se entienda y se organice la experiencia emocional junto con el paciente, más que a tratar de ocultarla o reprimirla (Aizpuru, 1998).

Efectividad de los diferentes tratamientos

Como se ha observado, en la actualidad, el tratamiento utilizado para los trastornos alimentarios se sustenta básicamente en teorías psicodinámicas, conductuales y cognitivas.

Hsu (1986) recopiló las opiniones de distintos autores y llegó a la conclusión de que dichos procedimientos por sí solos son ineficaces en el tratamiento de la anorexia nervosa. Otros autores que concuerdan con esta afirmación son por ejemplo, Hersovici y Bay (1990), Toro y Vilardell (1987) y Vandereycken y Meerman (1984). Las principales críticas que hacen dichos autores están sustentadas en argumentos parecidos a los que hacen en el enfoque psicoanalítico: la excesiva generalización de sus postulados, la escasa contrastabilidad de los mismos, el hecho de basar la psicoterapia en la percepción actual que tiene el paciente de su pasado, y el hecho de que el tratamiento de los trastornos alimentarios requiere un enfoque directivo que no es compatible con el enfoque psicodinámico clásico.

En cuanto a la terapia familiar parece haber bastante acuerdo respecto a lo siguiente: en pacientes jóvenes se hace necesaria la participación activa de la familia en la intervención terapéutica como manera de reorganizar el sistema de contingencias del medio y las pautas de interacción entre los diferentes miembros de la familia. En pacientes mayores (adultos) parece resultar más eficaz orientar el tratamiento haciendo que éstos organicen su vida progresivamente más autónoma e independiente del medio familiar (González, 2002; González, 1999).

En una revisión de los últimos 10 años de anorexia y bulimia en niños y adolescentes, Steiner y Lock (citados en Caballero, 1998), encontraron en un estudio donde se motivó a varias familias para que se encargaran de la alimentación del paciente, y se comparó con un grupo de pacientes a los que se les dio terapia individual en la que se ponía especial atención en el apoyo, la educación, y la resolución de problemas. Al año, los resultados obtenidos en los pacientes más jóvenes que recibieron terapia familiar fueron decididamente superiores, al igual los que los pacientes mayores que recibieron terapia individual que recibieron terapia individual, y estos resultados siguen siendo exitosos cinco años después del tratamiento.

En esta misma línea ha sido recientemente probada de manera empírica la efectividad del tratamiento multidisciplinario en adultos con anorexia. Dare, Eisler, Russell, Treasure y Dodge (2001) trabajaron con 84 pacientes y al azar los asignaron a 4 tratamientos: tres psicoterapias específicas -a) un año de psicoterapia psicoanalítica focal, b) 7 meses de terapia analítica-cognitiva (TAC), terapia familiar de 1 año- y d) contacto menor, tratamiento de "rutina" de 1 año (control). Los resultados arrojados fueron que en un 1 año había una mejoría sintomática en el grupo entero de pacientes. Sin embargo, esta mejoría fue modesta, puesto que hubo varios pacientes que estaban significativamente malnutridos en el seguimiento. La psicoterapia psicoanalítica y la terapia familiar fue significativamente superior al tratamiento control. La TAC mostro beneficios. Por lo tanto, se llegó a la conclusión que las terapias psicoanalítica y familiar muestran un valor específico en el tratamiento ambulatorio de pacientes adultos con anorexia.

Kaplan (2002) confirma lo anteriormente señalado en el sentido de que la evidencia para la eficacia de estas intervenciones, a excepción de la terapia familiar para los pacientes más jóvenes con una duración más corta de la enfermedad sigue siendo cuestionable. Las nuevas aproximaciones incluyen una terapia de la mejoría motivacional y psicoterapias orientadas a la prevención y las recaídas. Por ello, existe la necesidad de investigación adicional en esta área, especialmente en la prevención de recaídas.

La efectividad relativa del tratamiento multimodal se vio reflejada en el estudio llevado a cabo por Fassino, et al. (2002) donde se examinó a 40 pacientes con anorexia restrictiva y después de 180 días con pruebas psicométricas e instrumentos de evaluación clínica. Se dividió entonces a las pacientes en dos grupos: las que mostraban mejoría clínica notable y las que no habían mejorado aun. Una búsqueda de novedad más baja y niveles más altos de ascetismo y temores a la madurez caracterizaban al segundo grupo. El trastorno psicopatológico de este grupo parecía estar más relacionado con sus rasgos temperamentales, mientras que el grupo que mejoró parecía estar más influido por su carácter. Los autores concluyen que estos datos proponen centrarse en la farmacoterapia y la psicoterapia, incluso en lo familiar, con una progresión relacionada más estrictamente con el nivel de funcionamiento actual de la personalidad y el trastorno psicopatológico de cada paciente.

Con respecto al tratamiento conductual Agras y Werne (1978) encontraron que el reforzamiento positivo y negativo, la retroalimentación informativa y la incorporación progresiva de dietas de mayor contenido calórico, eran los procedimientos más eficaces para regular la ingesta calórica y el peso en la anorexia.

Confirmando lo que ha sido señalado en lo que respecta a la farmacoterapia, Yates (1990) dice que no se ha encontrado ningún medicamento efectivo para todos los pacientes anoréxicos. Además propone que este tipo de terapia debe utilizarse en combinación con otras formas de psicoterapia, pero nunca de manera aislada. En este sentido, Hoffman y Halmi (1993) señalan que hasta el momento actual ningún medicamento, por sí solo, se ha mostrado útil en la ganancia y mantenimiento de peso, siendo, actualmente, la terapia cognitivo-conductual el principal elemento en el tratamiento de la anorexia. No obstante, estos autores señalan que la farmacoterapia puede ser útil en el tratamiento de la psicopatología asociada a dicho trastorno (ansiedad y/o depresión principalmente).

En una investigación sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) contra los conductuales clásicos (TC) en 24 pacientes con anorexia nerviosa. Encontraron que había diferencias significativas en algunas de las medidas que se analizaron y sugirieron la TCC como el tratamiento de

elección en la anorexia. Sin embargo, es necesario enfatizar la necesidad llevar a cabo más estudios controlados al respecto y con seguimientos más a largo plazo (Channon, De Silva, Hemsley y Perkins, 1989).

En lo referente a la bulimia, a pesar de diferencias sutiles, el tipo de enfoques beneficiosos para su tratamiento serían la terapia cognitivo-conductual y otras psicoterapias, medicamentos antidepresivos y tratamiento combinado (psicoterapia asociada con un antidepresivo) (Hay y Bacalichuck, 2001).

Flament y cols. (citados en Caballero, 1998) también sugieren que los enfoque terapéuticos cognitivo-conductuales son muy útiles. Se encontró que su efectividad depende de las características familiares y somáticas los pacientes: que su familia sea menos dominante, que el paciente no pese mucho y que no use ni laxantes ni diuréticos.

Se ha señalado ya que muchos autores han propuesto la terapia cognitivo-conductual como el enfoque terapéutico que ha logrado hasta ahora mejores resultados en el tratamiento de la bulimia nervosa. Lo que no está claro es si la combinación de la terapia cognitivo-conductual más la prevención de respuesta (atracones) produce mejores resultados que sólo la terapia cognitivo-conductual, ya que los resultados vistos son contradictorios. Así, mientras que ciertos investigadores encuentran que la combinación de ambas técnicas es más eficaz (Leitenberg y Rosen, 1988; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmstead, 1987; Johnson, Corrigan y Mayo, 1987; Rosen, 1987), otros investigadores (Wilson, Eldredge, Smith y Niles, 1991; Agras, Schneider, Arnow, Raeburn y Telch (1989a, 1989b) señalan que la terapia cognitivo-conductual es eficaz por sí sola para reducir los síntomas bulímicos y que la prevención de respuesta sólo debe utilizarse de forma limitada y con precaución.

Como se mencionó, este tipo de intervención (TCC) es actualmente el tratamiento de elección. No obstante su efectividad es limitada, debido a que solo deja totalmente libres de síntomas al 50% de los pacientes tratados, aunque también produce mejoras significativas en la mayoría de los demás (Wilson, 1996).

A los que no responden con esta terapia, se deben aplicar otras técnicas también de utilidad en el tratamiento de la bulimia: antidepresivos, terapia conductual con exposición a los atracones y prevención de respuesta de las purgas), psicoterapia interpersonal, terapia de grupo, una combinación de varias de ellas o, en ciertos casos, hospitalización temporal. El problema es que los que no responden a la terapia de Fairburn, tampoco suelen responder a otros tratamientos (Wilson, 1996).

Así, pese a que la TCC es el tratamiento más utilizado deben prescribirse antidepresivos cuando se presenta sintomatología depresiva concomitante, sobre todo cuando ésta es anterior al inicio de la bulimia nervosa (Wilfrey y Cohen, 1997).

Contrario a lo dicho respecto a la anorexia nervosa, la farmacoterapia sí es de utilidad en el tratamiento de la bulimia nervosa. Respecto a esto, algunos antidepresivos, el carbonato de litio, diferentes anticonvulsivos, antagonistas de los opiáceos y otros fármacos que promueven la actividad serotoninérgica han sido utilizados con éxito en pacientes bulímicos (Hoffman y Halimi, 1993).

Por su parte, Agras, Rossiter, Arnow, Telch, Raeburn, Schneider, Bruce, Perl y Koran (1992) compararon la eficacia de la farmacoterapia (medicamentos antidepresivos), la terapia cognitivo-conductual y la combinación de ambos tipos de tratamientos. Concluyeron que tanto la terapia cognitivo-conductual de forma aislada como la combinación de ambas técnicas (siendo aplicado el medicamento antidepresivo durante 24 semanas) son más que el tratamiento farmacológico por sí solo cuando éste es administrado durante 16 semanas. Parece ser que la clave del éxito se encuentra en combinar el antidepresivo y la terapia cognitivo-conductual durante 24 semanas para asegurar resultados más sólidos y prevenir posibles recaídas en los pacientes.

En lo que respecta a la eficacia de la terapia grupal (grupos para padres de anoréxicas y/o bulímicas), el grupo parece ofrecer un marco de seguridad para que los padres se descarguen, para aumentar la autoestima, efectividad y esperanza en los padres, así como para que obtengan una guía y consejos tanto de otros padres como del terapeuta. No obstante, el grupo de padres no ofrece una solución a este tipo de problemas, aunque puede considerarse como un componente útil (coadyuvante) si se añade al tratamiento (Lewis y Mac Guire, 1985).

Es importante reiterar que los pacientes que siguen teniendo la distorsión cognitiva cuando terminan el tratamiento recaen (aunque sus hábitos alimentarios hayan cambiado), y los que ya no presentan esa distorsión no recaen aunque al terminar el tratamiento tengan alteraciones en sus patrones alimentarios.

EJEMPLO DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Aranda y Turón (1998) proporcionan un excelente ejemplo de cómo se deben tratar los trastornos de la alimentación de acuerdo con el modelo cognitivo-conductual, los datos a investigar para la elaboración de la historia clínica, describiendo el análisis funcional del trastorno alimentario y haciendo especial énfasis en la restauración cognitiva y resolución de problemas. En este apartado se verán aplicadas algunas técnicas que se explicaron anteriormente.

Datos demográficos y clínicos: nombre, sexo, edad, escolaridad, grado de motivación (qué tanto desea recuperarse).

Exploración psicopatológica inicial y sintomatología actual (evolución de la enfermedad): peso al momento de la consulta, desde cuándo sufre el trastorno, método(s) utilizado(s) para bajar de peso, cuánto peso logró perder, presencia de episodios bulímicos (según sea el caso), peso premórbido, presencia de amenorrea, tratamientos anteriores.

Diagnóstico (DSM-IV)

Entonces se verifica si la paciente reúne los criterios para una hospitalización.

Análisis funcional

Durante las primeras sesiones se recaba información para la realización del análisis funcional del trastorno, es decir, para la determinación de sus factores desencadenantes y mantenedores, así como para determinar las consecuencias en el área intra e interpersonal a corto (microanálisis) y largo plazo (macroanálisis) (Fernández y cols.; Fernández citados en Aranda y Turón, 1998).

a) Factores desencadenantes. Como se vio en el capítulo II, entre otros pueden ser, frecuentes críticas sobre el aspecto físico, problemas de autoestima y déficits comunicativos y sociales. Se verifican los desencadenantes de los episodios bulímicos (si es que los hay), estos pueden ser factores biológicos (p. ej., la sensación de hambre, y situaciones de estrés intrapersonal (p. ej., los sentimientos de ira y enojo tras las comidas, confrontación con la báscula y el peso corporal, contemplación de su propia figura corporal, etc.) e interpersonal (p. ej., sentimientos de agresión ante discusiones con la familia, en la escuela con compañeras, etc.).

b) Factores mantenedores. Un ejemplo aplicado en un caso puede ser: "Según la paciente, la madre se encontraba también con sobrepeso y realizaba dietas, preocupada por su propio peso, apoyo desde un principio la restricción alimentaria de la paciente. El padre reforzaba con elogios y de forma inconsciente esta actitud ("ahora te vas a poner más guapa y atractiva"). Asimismo, déficits comunicacionales y asertivos (dificultades para iniciar una conversación y expresar deseos o ideas propias) actuaron como factores mantenedores intrapersonales del trastorno" (Aranda y Turón, 1998 p. 229).

c) Funcionalidad intrapersonal. Lo siguiente únicamente es un ejemplo, hay que recordar que obviamente en cada persona puede suceder de distinta forma. "A corto plazo, fueron apareciendo sentimientos positivos de autoestima y autocontrol, como consecuencia de la conducta alimentaria de la paciente y de su correspondiente bajo peso. Sin embargo, a largo plazo, consecuencias negativas del trastorno (anorexia), como la insatisfacción consigo misma, actuaron como factor disonante: su deseo por ser feliz y la realidad se contraponían. Esta incongruencia era vista por la paciente como consecuencia negativa del trastorno, y por lo tanto sirvió como factor motivador de cambio" (Aranda y Turón, 1998 p. 229).

d) Funcionalidad interpersonal. Turón y Aranda (1998) continúan con el caso: "Al inicio del trastorno alimentario, la mayor atención de la familia y de los amigos, que mostraban admiración ante la pérdida del sobrepeso en la paciente, reforzaba su conducta alimentaria. La sintomatología bulímica sirvió como estrategia para disminuir los sentimientos de ira y agresión ante situaciones interpersonales no placenteras. A su vez, a corto plazo, las consecuencias negativas del atracón eran compensadas satisfactoriamente a través del vómito" (p. 229).

e) Desarrollo psicosocial. Lugar de nacimiento, con quién vivía, estrato socioeconómico, dificultades al nacer, peso al nacer, edad de menarquia, relaciones de pareja (actual y anteriores), rendimiento escolar.

f) Personalidad premórbida. Introversión o extroversión, amistades superficiales, profundas, comunicación de sentimientos, rebeldía, pasividad, sumisión, agresión, impulsividad, timidez, inseguridad, etc.

Tratamiento

A lo largo de tres meses, la paciente del caso fue tratada bajo internamiento hospitalario, siguiendo un programa operante de modificación de conducta y cognitivo. El programa conductual hospitalario, se basó

principalmente en un tratamiento conductual con aplicación contingente de reforzamientos positivos y negativos.

En primer lugar, se realizó un contrato conductual con la paciente, en el que se acordaron toda una serie de objetivos o metas conductuales respecto a la alimentación y el peso, que fueron contingentes a recompensas, en caso de ser logradas, o a consecuencias negativas en caso de no serlo. La paciente se mostró de acuerdo con estas medidas (hay que recordar que ésta es una condición previa para iniciar un tratamiento).

Una serie de recompensas y/o refuerzos positivos fueron asociados a la adquisición de un determinado peso corporal:

1. Participación en laborterapia (terapia ocupacional) con otros pacientes al alcanzar un peso de 43 Kg (La paciente pesaba al momento de la consulta 39.2kg, midiendo 1.62m).
2. Salir a la cancha de deporte con otros pacientes al llegar a los 44 Kg
3. Recibir visitas de familiares y/o amigos con 45.5 Kg
4. Salida de fin de semana con 47 Kg
5. Ser dada de alta con un peso 48 Kg

Asimismo se llevaron a cabo tareas de exposición a alimentos y prevención del vómito y/o episodios bulímicos por parte del equipo de enfermería. Igualmente, se realizaron sesiones semanales psicoeducativas y de aconsejamiento familiar por parte del terapeuta (p.231).

Modelo cognitivo-conductual

Por lo que concierne al tratamiento cognitivo, se llevaron a cabo sobre todo técnicas de reestructuración cognitiva (Beck; Ellis; Garner y Bemis, Garner y cols. citados en Aranda y Turón, 1998), que se centraron en las cogniciones irracionales en torno a las siguientes áreas: a) alimentación y peso, b) imagen y figura corporal, y c) autoestima baja.

Como en todo procedimiento cognitivo, las pautas seguidas fueron las siguientes:

1. Definición y delimitación de los objetivos por parte de la paciente para conseguir que ésta comenzara a implicarse desde un inicio y redujera sus resistencias al tratamiento.
2. Conceptualización y objetivación: explicación del modelo cognitivo y de la relevancia que en general tienen las cogniciones sobre las emociones y, en último término, sobre el comportamiento.
3. Establecimiento de asociaciones entre situaciones-pensamientos-emociones y observación del tipo de cogniciones irracionales que presentaba a través de un autotregistro (Fernández; Jorquera citados en Aranda y Turón, 1995).
4. Modificación de pensamientos irracionales y establecimiento de cogniciones racionales positivas alternativas.
5. Tareas o ejercicios entre sesiones (realizadas en la Institución a través de interacciones con otros pacientes o con sus familiares en casa).
6. Determinación de factores de riesgo y prevención de recaídas (pp. 231 y 232).

Es necesario recordar que los pensamientos irracionales que aparecen comúnmente en pacientes con trastornos de la alimentación son pensamientos polarizados, sobregeneralizados y con visión catastrófica, entre otros.

Con el riesgo de repetir, vale la pena volver a revisar la manera de modificar estas cogniciones erróneas. De acuerdo con Wilson y cols. (1997), Garner y Bemis (1985) y Garner y cols. (1997) (citados en Aranda y Turón, 1998), una forma de trabajar con estos pensamientos es, una vez que la paciente ha establecido el grado de creencia (de 0 a 100), discutir que evidencias posea para creerlos y qué argumentos adicionales hablan a favor o en contra de que ocurriera lo que la paciente temía (*reducción del catastrofismo o sobregeneralización*); la paciente también debe intentar cuantificar en qué porcentaje ocurría en realidad lo que afirmaba ("nadie me quiere", "no sirvo para nada", "mi cuerpo está todo gordo y no me gusta ninguna parte de él") y en qué porcentaje no (*despolarización de pensamientos*). Asimismo, se sugería a la paciente que intentara observar qué ocurría en su entorno y que contrastase sus aseveraciones con la realidad ("mi cuerpo es diferente al de las demás, está más desproporcionado, todos notan que he aumentado 1kg de peso"), preguntando a las personas de su entorno más cercano (*técnica de reducción de pensamientos personalizados*).

Con la aplicación de estas técnicas cognitivas es de vital importancia utilizar además técnicas conductuales y de confrontación; es decir, ante pensamientos irracionales automáticos como por ejemplo, "tras esta comida seguro que he aumentado 3 Kg de peso, lo noto", "nadie me quiere" y "estoy más gorda que los

demás". son fundamentales las técnicas conductuales de confrontación, como ir a la báscula después de las comidas, hacer que pregunte a sus amigas o a otras personas su opinión y exponerse a alimentos altamente calóricos; hay que encontrar argumentos reales y racionales con qué contrastar estas ideas irracionales, pues, en definitiva, lo que se intenta con estos procedimientos es lograr que la paciente alcance un nivel de autocritica adecuado, se libere de miedos y entienda que ella misma puede controlar su conducta de una forma más efectiva y adecuada. En ningún caso, la aplicación de estas técnicas es un intento por demostrar a la paciente que está totalmente equivocada y sus pensamientos son erróneos y que nosotros, los "expertos", sabemos qué pensamientos son los correctos, equivocación que suelen cometer muchas veces terapeutas poco experimentados (Aranda y Turón, 1998).

Junto a la discusión de cogniciones irracionales es de gran importancia, además de llegar a una crítica real de ellas, sustituirlas por cogniciones racionales alternativas positivas. La tabla 7 presenta los pensamientos racionales alternativos de la paciente del caso descrito.

Tabla 7. Pensamientos racionales alternativos de una paciente durante el tratamiento

1. "No es verdad que suba mas de peso que las demás personas, comiendo la misma cantidad"
2. "Estos pensamientos no me ayudan a conseguir mis objetivos"
3. "Mi cuerpo no esta tan mal como pienso a veces"
4. "Algunos comentarios que anugos me han hecho sobre mi físico me han hecho pensar que no soy tan fea, o por lo menos la gente no ve tan fea como pienso"
5. "Hay muchas partes en mi cuerpo que estan delgadas, como por ejemplo mis brazos, manos y hombros"
6. "Así como estoy ahora, tan delgada, no soy feliz, quiero cambiar"

Aranda y Turón, 1998 p. 255

Asimismo, fueron empleadas paralelamente técnicas conductuales de entrenamiento asertivo (Aranda y Turón, 1998), esto es, decir las cosas tal como las siente, no caer en la sumisión (pasividad) ni en la agresión, por ejemplo, ante un comentario como "No me gusta cómo se te ve esa ropa", una manera asertiva de contestar sería "Pienso que cada quién tenemos diferentes estilos y quizá éste no te agrade pero a mi sí, yo me siento muy bien y agusto

Evaluación psicométrica

Como se mencionó en el capítulo II, en la exploración inicial se utiliza adicionalmente, para medir rasgos de personalidad, pruebas psicométricas clásicas como el 16PF y EPI. Para la estimación de los hábitos alimentarios y cuando se sospecha una psicopatología secundaria se utilizan las pruebas correspondientes: *Eating Attitudes Test* (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979), cuando dicha patología advacente existe por ejemplo, depresión, una escala de este tipo es recomendable como el *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck y cols., 1961) (Turón y Aranda, 1998).

Resultados

Tras el tratamiento, generalmente la paciente mejora notablemente tanto su peso y hábitos alimentarios como su nivel de adaptación social. El peso de la paciente es un indicador importante de eficacia terapéutica en la anorexia nerviosa, se tiene que mantener en niveles normales por lo menos al año de seguimiento. El número de episodios bulímicos se reduce.

En el caso que se ha estado describiendo, la autocritica por parte de la paciente de los pensamientos automáticos irracionales, tanto respecto a su figura y a su alimentación como respecto a sí misma, fueron primordiales. Ello condujo a una mejora de los hábitos alimentarios y de su propia autoestima.

Aproximadamente un año después del término del tratamiento, la paciente comentaba que, a pesar de estar a disgusto con su silueta (reacción observada también en mujeres de la población general, Fernández y Probst citados en Turón y Aranda, 1998), podía aceptar su imagen tal como era. La relación familiar también mejora así como las relaciones sociales. Incluso, los logros alcanzados logran mantenerse durante dos años.

Es así como técnicas que permitan aumentar la capacidad de autocritica y romper el círculo vicioso en el que los pacientes se encuentran inmersos, como es el caso de la terapia cognitivo-conductual, se muestran altamente eficaces en el tratamiento de los trastornos de la alimentación (Turón y Aranda, 1998).

PREVENCIÓN

De acuerdo con lo visto, se deriva la necesidad de trabajar en programas de prevención en distintos aspectos: detectar precozmente los trastornos, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye una alimentación equilibrada, trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo, fomentar en la sociedad una imagen femenina más cercana a lo que realmente es un cuerpo de mujer, etc. (Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, Kraemer, Blair-Greiner y Strachowski, 1996; Fairburn y Beglin, 1990; Agras y Kirkley, 1986; Strober, 1986).

Es necesaria una instrucción, enseñar y educar desde la infancia, en la familia y en las escuelas, acerca de los efectos dañinos de una regulación del peso que no es sana; una intervención con programas de regulación del peso a través de una buena nutrición, de hábitos alimentarios sanos, así como una rutina de ejercicio, una actividad física adecuada a sus facultades. Se necesita desarrollar también herramientas de enfrentamiento para resistir las diferentes influencias socioculturales que están ligadas a las actuales obsesiones populares sobre la delgadez y la dieta (Anorexia Nervosa, 1999; INAM: Instituto Nacional Autónomo de Madrid, 1999).

Es recomendable ayudarles con comprensión y confianza a conocer su propia realidad biológica y psicológica, sus capacidades y limitaciones infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de manera que puedan sentirse agusto consigo mismos y se acepten como realmente son. Fomentar la autonomía y criterios capaces de evitar que los mensajes excesivos de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, se convierta en una meta a conseguir y en un modelo que se olvida de los valores integrales de la persona. Es conveniente realizar las comidas en familia, de ser posible nunca a solas, aprovechándolas para una buena comunicación y contacto. Evitar imponerles metas académicas, deportivas, o estéticas inalcanzables, ya que ello les puede producir una disminución de su autoestima. Lo ideal sería agruparse en asociaciones de familiares con personas afectadas para intentar mejorar la atención a estos problemas, y sensibilizar a la sociedad sobre este tipo de enfermedades con el fin de que éstas realicen acciones reivindicativas para obtener una mejor asistencia médica y psicológica denunciando a los medios de comunicación por la utilización de mensajes negativos (INAM, 1999).

Esto se debe aplicar entonces desde el aula, además de consejos sobre buena nutrición como defenderse del culto al cuerpo, los inconvenientes de ser "perfecta", como mejorar la autoestima. Es preciso por lo tanto reorientar desde la escuela las ideas erróneas sobre la percepción de un cuerpo saludable que no tiene porque ser excesivamente delgado. Es fundamental ofrecer modelos humanos no estereotipados y favorecer positivamente las diferencias estableciendo medidas de acción positiva para compensar posibles situaciones de menosprecio en el ámbito escolar. Es preciso que los programas que se desarrollen para esta prevención contengan mensajes positivos y no excesivamente dramáticos (INAM, 1999).

Finalmente, en el anexo 2 se incluye un directorio de las instituciones que brindan atención a los trastornos de la alimentación.

CAPITULO V

CASOS ILUSTRATIVOS Y TESTIMONIOS SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSA

Enseguida se presentan casos sobre los trastornos alimentarios que se han venido abordando con el fin de mostrar y ejemplificar lo que se ha venido exponiendo a lo largo de los capítulos anteriores (v.g. evaluación, curso, procedimientos terapéuticos, etc.), así como los testimonios donde se ve reflejado el sufrimiento de algunos pacientes relatando ellos mismos su experiencia al padecer la enfermedad.

Anorexia Nervosa

Peggy

Cuando Peggy fue evaluada por primera vez para su admisión en un programa de internamiento para pacientes con trastornos de la alimentación, era una mujer de 20 años que tenía dificultad para mantener su cuerpo de aproximadamente 1.50m con un peso de solo 35 kilos aproximadamente. Ella había empezado a perder peso cuatro años antes, inicialmente para bajar tres kilos no deseados. Alentada por los cumplidos hacia su silueta corporal ella continuó bajando 4 kilos más. En los últimos dos años ella siguió bajando de peso, aumentó su actividad física hasta que su peso llegó cerca de los 32 kilos, y dejó de menstruar. Fue ingresada a una unidad médica, tratada por una enfermedad de úlcera péptica, fue dada de alta solo para ser ingresada meses después a la unidad psiquiátrica de un hospital general. Durante ocho semanas de hospitalización, su peso aumentó de 42 a 50 kg. A ella le fue muy bien hasta que entró a la Universidad donde, con mayores demandas académicas y sociales, empezó a hacer dieta hasta que pesó solamente 35 kg. Sus hábitos alimentarios estaban ritualizados. Cortaba la comida en pedazos pequeños, los movía alrededor del plato y, comía muy despacio. Se resistía a comer alimentos con alto contenido de grasa y carbohidratos. Estaba conflictuada por los cambios en su cuerpo y llegó a estar extremadamente ansiosa en la medida que su cuerpo se desarrollaba. Fue forzada a abandonar la escuela y a aceptar otra hospitalización.

A Peggy se le motivó a cumplir con el tratamiento, pero sus temores a aumentar de peso y de convertirse en obesa afectaron su progreso. Se esperaba que aumentara un mínimo de un kilo por cada semana, y estaba confinada al descanso en cama si fracasaba en aumentar el peso suficiente. En psicoterapia Peggy fue guiada a discutir sus sentimientos y a verse en el espejo. Le fue asignada al principio la tarea de mirar una parte de su cuerpo por un mínimo de 10 segundos, y el tiempo fue aumentado progresivamente hasta que pudiera ver su cuerpo completo sin ninguna ansiedad.

Sus menstruaciones regresaron con un peso de 46 kg. Después de 7 meses de terapia individual y familiar, ella fue dada de alta con un peso de 50 kg. Peggy regresó a la universidad, trabajó medio tiempo, y vivió con sus padres.

Discusión Como es común en el caso de la anorexia nerviosa (DSM-IV), los signos y síntomas característicos dejan poca duda para un diagnóstico correcto. Peggy tiene todas las características importantes incluyendo el rechazo a mantener su peso corporal por encima del peso normal mínimo para su edad y altura, un miedo intenso a subir de peso o de volverse gorda, aun estando en un peso bajo; un conflicto en la forma en la cual su silueta corporal es vivida (ansiedad cuando ven su cuerpo); y amenorrea. Debido a que su método para bajar de peso nunca incluyó las purgas (vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos) o los atracones (consumo de grandes cantidades de comida con un sentimiento de pérdida de control), el subtipo es especificado como restrictivo.

Peggy exhibió un comportamiento ritualista con respecto a la comida (como el cortar su comida en pedazos muy pequeños y moviéndola alrededor de su plato antes de comerla), una característica comúnmente observada en pacientes con anorexia nerviosa. Aunque su comportamiento alimenticio compulsivo podría sugerir un posible diagnóstico adicional de un trastorno obsesivo-compulsivo, un diagnóstico aparte no es dado porque el comportamiento compulsivo está contado para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Durante el curso de la anorexia nerviosa, Peggy experimentó depresión y ataques de pánico. No hay suficiente información para hacer un diagnóstico definitivo de un trastorno del humor o de ansiedad. No obstante, la ocurrencia de comorbilidad de estos trastornos es común en pacientes con anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es un trastorno serio que casi siempre amenaza la vida. Como se ilustra en este caso, con un tratamiento especializado un buen resultado es posible.

Seguimiento En los siguientes 10 años Peggy se graduó de la Universidad con una especialidad en nutrición y fue seleccionada para hacer un internado en una gran corporación. Sobresalió en su trabajo, recibiendo varios asensos. Se casó, pero la relación se deterioró hasta que su marido llegó a abusar físicamente de ella. Se mudó, obtuvo una orden de la corte de protección, y eventualmente se divorció. En la correspondencia más reciente se informó que había regresado a hacer un posgrado (con todos los gastos pagados y un salario completo), un nuevo romance y éxito en un maratón (tercer lugar en una carrera de 26 millas). Ha mantenido un peso de alrededor de 58 kilos y menstrúa normalmente. Buscó ayuda para separar cuestiones relacionadas con su matrimonio deshecho y de su alejamiento de su hermana, que desde entonces fue resuelto. Peggy describe su vida como llena y satisfactoria. (Garfinkel, 1995).

La señorita AA

La señorita AA era una estudiante de universidad de 19 años de edad con una mezcla de síntomas anoréxicos y bulímicos. Fue hospitalizada después de "despedir" a su psicoterapeuta y haber perdido el control completamente de sus atracones y sus purgas. Sus padres, muy exasperados con su comportamiento, la llevaron al hospital porque se sintieron hartos de hacer que ella comiera apropiadamente. Durante la primera semana de hospitalización, la señorita AA informó a su doctora del hospital que planeaba mantenerse apartada y distante porque no se quería sentir unida a un doctor otra vez sólo para ser decepcionada. Comidas regulares y reuniones de grupo fueron implementadas inmediatamente, pero la paciente se rehusó a ir a las comidas o a asistir al grupo. Insistía en que era capaz de hacer dieta solo comiendo cuando y lo que ella quisiera. Le señaló a su doctor que su peso estaba manteniéndose constante, así que no había necesidad de preocuparse.

El equipo de nutrición llegó a irritarse cada vez más con la señorita AA por su absoluta falta de cooperación. Lo más necia y resistente que la paciente se volvía, más insistía el equipo en seguir la estructura del programa del hospital. En una junta del equipo, la doctora del hospital observó que la paciente había logrado igualar su situación familiar ahí. Afirmando que ella debe tener el control sobre su dieta, provocaba que otros intentaran tomar el control de su alimentación. Podía sentirse entonces como víctima de las fuerzas controladoras alrededor de sí, justamente como cuando se sentía víctima de sus padres.

La doctora de la señorita AA se reunió con ella y le señaló a la señorita AA que estaba intentando provocar con el equipo del hospital una recreación de su situación familiar. Le pidió a la paciente que desacreditara lo que podía ganar con esa recreación. La señorita AA respondió indicando a su doctora que no estaba interesada en hablar. Tres días después, le dijo a su doctora que había estado acumulando medicamentos y objetos filosos en un cajón cerrado en su cuarto de hospital así que ella podía intentar suicidarse. Dijo que decidió decirselo a su doctora porque realmente no quería morir. También indicó que le era terriblemente difícil expresar sus sentimientos a su doctora porque creía que se iba a volver incontrolablemente dependiente y podría perder cualquier sentido de sí misma. Ella estaba cierta que la dependencia de su doctora la podría llevar a ser explotada y maltratada de acuerdo con las necesidades de la doctora en vez de sus propias necesidades de tratamiento.

Esta información ayudó al personal del hospital a entender la resistencia a la estructura del tratamiento de la señorita AA. Rehusándose a cooperar, esta paciente estaba intentando establecer un sentido de auto-independencia de las demandas y expectativas de otros. La cooperación con el equipo nutrición y la colaboración con su doctora del hospital llevaban el riesgo de que ella llegara a ser una mera extensión de otros, como lo había sido en su familia. Una vez que esta ansiedad subyacente emergió, los miembros del equipo la permitieron a la señorita AA tener más una opinión en su programa de alimentación. Con un miembro del equipo de nutrición, podía colaborar y entonces seguir un programa que fuera aceptable para ambos.

Justo cuando la señorita AA parecía estar mejorando, su doctora del hospital recibió una llamada en su casa en la mañana de Navidad cuando su familia estaba abriendo los regalos. Una enfermera del hospital estaba llamando para informarle que la señorita AA había metido de contrabando y luego tomado un gran número de laxantes y había estado teniendo diarrea toda la mañana. La enfermera estaba preocupada por que la señorita AA pudiera requerir tratamiento médico de emergencia, así que la doctora de la señorita AA se sintió obligada a ir al hospital a ver a la paciente. Dos días después, cuando la señorita AA estuvo estable, su doctora la confrontó acerca de la hostilidad transferencial implicada en su purga, entonces sugirió que tal

vez la señorita AA haya deseado echar a perder su mañana de Navidad. Aunque la paciente negó sutilmente cualquier posibilidad, la doctora tuvo que suprimir su intenso enojo hacia la señorita AA por el tiempo de su actuación. Ello gradualmente advirtió a la doctora que el acto de purgarse había permitido a la paciente expulsar su propia agresión. Como resultado, no pudo referirse a la interpretación de la doctora de su acto como hostil. El enojo de la doctora sugirió una identificación proyectiva, no obstante, con la doctora sirviendo como un contenedor del enojo proyectado del paciente (Gabbard, 1994).

El caso de "L"

L, una joven preparatoriana de 17 años inició una dieta para mejorar su apariencia. Aunque su familia la animó inicialmente, los padres se alarmaron cuando su peso descendió precipitadamente y se puso caquéctica. Estaba obsesionada con la comida y el ejercicio, evitaba a sus amigos y por primera vez sus excelentes calificaciones se convirtieron en apenas aprobatorias o incluso reprobatorias. Los padres informaron que la personalidad de su hija había cambiado de dulce y dócil a discutiadora y terca. Aunque todos le decían que estaba demasiado delgada, se veía a sí misma como grotescamente obesa. Resentía la presión de la familia para que subiera de peso y los percibía como manipuladores y controladores. Quería continuar con la dieta e informó que todo lo que le preocupaba era que tenía frío todo el tiempo, sueño difícil y que no podía concentrarse bien ("Me siento entre brumas"), tampoco podía mantenerse quieta.

A pesar de sus protestas, pareció aliviada cuando la hospitalizaron en una unidad psiquiátrica. Se puso en ejecución un protocolo de modificación conductual y comenzó a comer normalmente. Su personalidad de base volvió en la medida que se alcanzaba su peso ideal.

En la psicoterapia individual reveló que estaba aterrorizada por graduarse de la preparatoria y dejar su hogar para asistir a la universidad. Sabía que sentía incapacidad para cuidarse por sí misma y no tenía confianza en que podía hacer amigos o tener éxito académicamente lejos de su casa. También parecía preocupada de que sus padres, quienes parecían estar peleando todo el tiempo, se separaran cuando ella se fuera. Se sentía impotente y sin control sobre su vida, siendo la dieta lo único con lo que se sentía competente.

Aunque aprensiva al principio, la paciente pareció responder sumamente bien a la terapia familiar. Estaba complacida por que sus padres habían decidido resolver sus problemas maritales e informó que por primera vez en años le pudo gustar su propia imagen.

La terapia individual y familiar continuó por un año después de haberla dado de alta, tiempo durante el cual la paciente pudo mantener un peso normal. Eligió permanecer en terapia durante su primer año en la universidad y sigue prosperando (Norman, 1994).

La escuálida estudiante de ballet

Rose es una estudiante de ballet de 19 años, extremadamente delgada, que acude ante la insistencia de sus padres, a realizar una consulta sobre su comportamiento alimentario. La paciente y su familia refieren que Rose hace mucho tiempo que está interesada en la danza. Empezó a ir a clases a los 5 años, a los 8 sus profesores manifestaron que poseía un talento impresionante y, desde los 14 años ha formado parte de la Compañía Nacional de Ballet. La paciente ha sufrido claras dificultades con la comida desde los 15 años cuando, por razones que es incapaz de explicar, empezó a inducirse el vómito después de lo que ella consideraba una sobreingesta. El vómito fue precedido por varios años de una dieta persistente que comenzó por recomendación de una profesora de ballet. Durante los últimos 3 años, los atracones se han producido cada noche, seguidos rítmicamente por la inducción del vómito. Los atracones consisten en docenas de pastelitos de arroz o, más esporádicamente, de medio litro de helado. Rose consume este tipo de comida después que sus padres se han ido a dormir. Hace tiempo sus padres sospechan que su hija tiene problemas con la comida, pero ella lo ha negado sistemáticamente hasta un mes antes de la presente consulta.

Rose alcanzó la estatura máxima de 1.73m a los 15 años. Su peso máximo, alcanzado a los 16 años, ha sido de 48 kilos, con el que ella se describe como "gorda". En los últimos 3 años, su peso se ha mantenido razonablemente estable en los 40-41.5 kg. Hace ejercicio regularmente como parte de su rutina y dice que no usa laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar como métodos de controlar el peso. Con excepción de los atracones, evita las comidas con alto contenido en grasas y de dulces. Desde los 15 años ha seguido una dieta estrictamente vegetariana, y no come carne, huevos ni queso. Durante los últimos 3-4 años se ha sentido incómoda comiendo delante de otras personas, lo que la obliga a realizar grandes desplazamientos para evitar tales situaciones. Esta circunstancia limita significativamente su vida social. Rose tuvo 2

periodos menstruales espontáneos a los 16 años, cuando su peso era de unos 48 kilos, pero desde entonces no ha tenido la menstruación.

Tras acabar sus estudios en la preparatoria, Rose se incorporó de tiempo completo a la compañía de ballet. Las clases y los ensayos ocupan unas 4 horas al día, y la mayor parte del tiempo restante lo emplea en leer. Encuentra especialmente interesantes las novelas históricas.

Los padres de Rose la describen como una estudiante responsable y capaz, aunque están preocupados por su aislamiento social. Tiene pocas amigas íntimas y nunca ha salido con chicos ni tiene experiencia sexual alguna.

Durante la entrevista, la paciente se muestra azorada, algo reticente a describir su conducta alimentaria y escoge sus palabras cuidadosamente. Afirma que está algo preocupada por sentirse incapaz de controlar sus ingestas excesivas, pero no cree que tenga ningún otro problema en particular. Su apariencia es de seriedad y cierta inexpresividad, pero no parece deprimida. No se observan pruebas de un trastorno formal del pensamiento.

Diagnóstico:

Anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo. Trastorno de la personalidad por evitación. Amenorrea. (Estudio de casos del DSM-IV, 1994).

Testimonio de Maite

Maite acude a consulta en diciembre. La acompañan sus padres y sus hermanos mayores.

Maite tiene 14 años y estudia el primer año del bachillerato en un colegio privado concertado. Aparece arreglada, cuidadosamente peinada, con varias pulseras y collares elegidos con gusto y sin extravagancia. Disimula su palidez con un toque de maquillaje. Está muy delgada y su desnutrición es evidente. Sus ojos se ven enormes, hundidos y tristes, salvo cuando estalla en cólera con sus padres. Sus manos las cubre con gruesos guantes de lana y no se los quita, aunque la sala está templada. Pequeñas arrugas marcan su comisura labial y sus labios están partidos.

Al salir a buscarlos el médico, Maite estaba de pie, cabizbaja, a cierta distancia de su familia. Todos parecen nerviosos y preocupados.

Sus padres son de mediana edad. El padre es empleado de banco y la madre ama de casa. Viven desahogadamente y sus hijos mayores estudian en la universidad. La madre inicia la historia, aunque es interrumpida constantemente por la chica, sentada entre sus padres. "No sabemos qué le pasa doctor, nunca ha dado problemas hasta ahora. Siempre se ha criado fuerte y sana. Su desarrollo fue normal, comía de todo sin protestar." Maite interrumpe: "Es lo único que te preocupa, tenerme hecha una foca." Protesta la madre, el padre intenta hacer callar a la hija. "Era una chica alegre y sociable, tenía un montón de amigas, no parábamos de llevarla a cumpleaños. En el colegio nunca hemos tenido quejas, más bien lo contrario, era muy buena alumna y responsable. Últimamente, desde que está así como la ve, estudia más, por las noches y fines de semana, ya no sale y si llaman sus amigas no quiere contestar el teléfono. La veo que se le van las fuerzas, pero ella lo niega y se enfurece si se lo digo." "Mentira, mentira, todas mis amigas estudian más que yo", salta Maite desdenosa y agresiva. "Es una niña fantástica", continúa la madre mirándola con una sonrisa como queriendo congratarse, era tan dispuesta y docil, incluso ahora.

Las tareas de la casa se le dan tan bien, que casi se encarga ella de todo. Ahora, pese a lo que se esfuerza con sus estudios hace de todo, especialmente cocinar", sonríe por primera vez la madre. "Hace postres y tartas maravillosas que luego no prueba. Hemos engordado todos gracias a ella."

"No era una chica gordita, estaba rellenita, era una preciosidad." "Seguro eso te parecía a ti, estaba hecha una vaca", interrumpe Maite casi gritando, mientras se le llenan los ojos de lágrimas. Una vez más el padre se aproxima a Maite para intentar calmarla, aparece solícito y cariñoso, aunque no consigue del todo su objetivo. Continúa la madre: "Tuvo la regla a los doce años sin problemas y la perdió este verano. [...] Después de Semana Santa se puso a hacer un régimen por su cuenta, se quitó el pan y los dulces, ya que era muy golosa. Nos dijo que quería llevar una ropa más ajustada como sus amigas. Nos pareció una chiquillada, pero, como tiene tanta fuerza de voluntad, consiguió bajar dos o tres kilos. Hasta entonces todos nos reímos mucho, especialmente sus hermanos mayores. Las vacaciones las pasó muy bien, pero a finales de agosto había bajado algo más y comenzó con manías con la comida. Le quitaba la grasa a la carne, dejó de aderezar la ensalada, no tomaba bebidas refrescantes. Ella negaba que continuara a dieta, pero ya comía solo frutas y verduras." "Mentira", grita una vez más la chica y se enganchaban en una violenta discusión sobre comida. La chica niega todo y manifiesta que está harta de que la vigilen y la miren todos cuando come. Se vuelve al padre diciendo: "Incluso tú me pegaste en la cara esa vez cuando

ésta (señala a la madre) se enojó por que había tirado el filete al retrete." El padre se siente molesto con la situación, no se defiende, más bien se disculpa.

Comenzó a dar largos paseos y por la noche la sorprendieron haciendo flexiones con la cara enrojecida. Inició el bachillerato en un colegio nuevo cerca de su casa donde asistían algunas de sus amigas. Antes de ir ya dijo que lo dejaría de hacer y que era muy difícil, según alguien le había comentado y, además era mixto, lo que no le gustaba. Inició el primer año de bachillerato sin especial interés, pero con progresivo agobio: la observaban cada día más irritable y a veces, muy triste.

La situación se hace insostenible en casa, aparecen descalificaciones y discusiones entre los padres que antes eran poco frecuentes, los hermanos intervienen tratando de no tomar parte. Todo empieza a girar alrededor de la chica. Cuando consultaban a su médico, éste les habla de un posible diagnóstico de anorexia nerviosa. Al final, es enviada a la unidad psiquiátrica de trastornos de la alimentación.

La madre continúa informando: "Puede pasarse tres días con una manzana, apenas duerme, está helada, grita por cualquier cosa, no cree que se pueda morir, es otra. Pesa 28 kilos y antes estaba en 48 para 1,57m de estatura []". Cuando se ha llegado a esta situación, Maite no come, las discusiones son cada vez más frecuentes. Maite está convencida de estar en una casa de locos: "A mí no me pasa nada, sino que vivo en una casa de locos". llora, grita con un tono acusador y amenaza con marcharse.

Cuando Maite se queda con el médico, parece un poco más tranquila pero a la defensiva. Cuando se le pregunta si sufre mucho, ella asiente: "Mis padres se han empeñado en traerme como si estuviera loca y los que están mal son ellos. Tú no sabes lo que pasa en mi casa". Es la primera vez que utiliza el tú. "El otro día casi le pega mi padre a esa, menos mal que mi hermano los separó". Luego se calla. Se le pregunta si ha llegado a dudar del cariño de ellos. "Esa me odia y mi padre se pone de parte de ella". Cuando se le pregunta si la han llevado obligada a la consulta, asiente, aunque se niega a la pregunta de si la han forzado físicamente a ir. "He venido por ellos y para que me dejen en paz".

Cambiando de tema, se le pregunta si lleva mucho tiempo enferma. Maite vacila un momento y responde que ya lo ha dicho su madre, desde el verano. No, no sabe qué pasó. En definitiva, habla, pero no hay una causa concreta: el colegio, las amigas, que le daban por su lado. Maite responde con mucha dificultad, no cree tener una historia que contar y no la cuenta. Aún está muy recelosa, aunque no agresiva. Pasará mucho tiempo hasta que pueda contar su historia (Morande, 1999).

Enojo Anoréxico

¿Porqué alimentar un cuerpo que no desea vivir?

Kate, ahora de 23 años puede mirar hacia atrás su experiencia de anorexia con una nueva introspección y racionalizar todo lo que le pasó durante los dolorosos 7 años que sufrió la enfermedad. Esto la ha ayudado inmensamente ya que la anorexia puede parecer una enfermedad, especialmente para aquellos que se están recuperando. Por medio de terapia y de su propia reflexión Kate ha podido integrar exactamente lo que estaba ocurriendo en la época de su enfermedad. Habla mucho de que la anorexia fue su mecanismo para lidiar con el mundo, algo que necesitaba para vivir, pero con la cual casi murió. Durante su enfermedad no podía ver la ironía de la situación. Sin embargo, ahora las condiciones son diferentes. Kate cuenta su historia.

La anorexia casi me mató, y también me salvó la vida. Para la mayoría de las personas esta declaración parece no tener sentido pero no es tan contradictoria como podría parecer al principio. Si bien, el padecimiento me causó una enfermedad extrema, no podría haberme enfrentado a la vida sin ella. La anorexia era mi mecanismo para enfrentarme a lo que me rodeaba. Sin ella me hubiese rendido hace muchos años. Con toda seguridad, ya no estaría aquí. Gracias a Dios no fue así y ahora tengo mucho por qué vivir.

Mi anorexia comenzó a los 15 años. Un año antes de esto la vida para mí había sido de completa miseria y depresión severa. Odiaba la escuela y la presión de los exámenes venideros y discutía a menudo con mis padres. Pero más que nada, me odiaba a mí misma. Estaba convencida de que todo mundo me odiaba. Ahora me doy cuenta de que mi estado de ánimo casi se acercaba a la paranoia. Debido a que me desagradaba tanto yo misma, parecía absolutamente imposible que le agradara a alguien. Llegué a convencerme de que el mundo estaba en contra mía, que hablaban de mí a mis espaldas y que nadie quería ser mi amigo. Era, también, una perfeccionista. Quería ser la mejor, en todo y en el momento. Me molestaba demasiado que me tomara tiempo aprender cosas y, por tanto, en la escuela cada vez me sentía más frustrada. Quería saber todo y quería saberlo *ahora*. En casa también percibía presión. Mis padres,

como es natural, querían que me desempeñara bien. Cada vez más mis calificaciones bajaban un poco, me sentía extremadamente culpable y sentía que les había fallado terriblemente. Me odiaba a mí misma por eso.

Bailaba mucho y durante años lo disfruté. Pero no era la mejor, así que decidí que no era lo suficientemente buena, había fallado de nuevo, era inútil y patética, y era fea. Al deprimirme más, empecé a escudriñar más mi cuerpo en el espejo. No me gustaba lo que veía. Me convencí de que estaba más gorda que todas las demás y comencé a reducir mi ingestión de alimentos.

Llegué al punto donde realmente nada me importaba y dejé de comer por completo. ¿Porqué alimentar un cuerpo que no quiere vivir? Para mí la comida era vida y sencillamente no quería estar viva. Mi intención desde el principio fue dejarme morir de hambre y estaba absolutamente segura de que eso era lo que haría con exactitud. No se trataba de si me moría, sino de cuándo. En ese entonces, una vez que tomé la decisión de morir, me calmé un poco, sabía que me llevaría tiempo y tenía que ser paciente. Sabía que el sufrimiento terminaría algún día y estaba preparada para esperar. Abandoné el baile. No es de sorprender que me haya debilitado demasiado en una sola clase, ya no digamos en veinte. Asimismo, dejé mis clases y me salí de la escuela. Para todos era obvio que algo andaba muy mal en mí, pero nadie sabía exactamente qué. Era evidente que estaba bajo un estrés extremo y que mi personalidad había cambiado, que me había vuelto más introvertida y retraída, pero nadie sabía la razón. Yo misma no estaba segura de los motivos. Todo lo que sabía era que de repente el mundo se había vuelto un lugar horrible para vivir.

Sin embargo, de improvisto, un día observé que mi estado de ánimo había mejorado considerablemente. Ya no me sentía tan deprimida como de costumbre y de hecho, la vida ya no parecía tan mala como antes. El hecho de dejarme morir de hambre parecía la respuesta de todo -la vida se había vuelto mucho más fácil desde que había dejado de comer-. Deseaba haber pensado en ello con anterioridad. Honestamente, considero, en retrospectiva, que esta mejora en mi estado de ánimo se debía parcialmente al hecho de que pensaba que iba a morir, y que mi vida en la Tierra pronto terminaría. Sin embargo, ahora también sospecho, gracias al conocimiento que he adquirido, que me encontraba en la "euforia del ayuno". La vida era hermosa, flotaba sin una sola inquietud en el mundo.

Antes, era tanto lo que me preocupaba, que la lista era interminable, lo mismo que la ansiedad, pero milagrosamente todo se había desvanecido y ahora todo lo que ocupaba mis pensamientos era la comida. El alimento rápidamente se convirtió en el principal centro de mi vida. Era como si nada más importara.

Muchas personas me preguntaban cómo el morir de hambre podía ser la respuesta a mis problemas y, en cierto modo, ingenuamente, en esa época, contestaba con el siguiente ejemplo. Si imaginamos, hablando hipotéticamente, que una persona se preocupa por la comida el 20 por ciento de su día, entonces el 80 por ciento restante la pasa pensando y preocupándose por otras cosas. En cambio, una persona que se esté muriendo de hambre pensará en una cosa que su cuerpo necesita desesperadamente y eso es el alimento. Por tanto, su preocupación aumenta en, digamos, 30 por ciento. Cuanto más baja de peso y cuanto más severo sea su estado por falta de comida, tanto más nivel de preocupación por la comida, hasta que, a la larga, en un estado de debilidad extrema, el nivel es cercano a 90-100 por ciento. Esto no deja tiempo, energía o espacio suficiente a la mente para pensar en nada más y así desaparecen los problemas del mundo. El alimento los ha empujado hacia fuera. Simple. Claro. Fácil.

Después de un tiempo, mi madre insistió en que viese a un doctor y yo accedí a hacerlo. Sé que incluso entonces había una parte de mí que quería ayuda y quería solucionar mi vida. Pude haberme rehusado terminantemente a acudir a la cita, pero no lo hice. Mi madre fue conmigo a ver al doctor sabiendo que no era probable que le dijese todo si iba sola. Mi madre le explicó al médico que había observado que no había estado comiendo adecuadamente. Siguió una breve charla y sus palabras de consejo fueron: "Da un paseo alrededor del jardín". No podía creerlo. Estaba absolutamente furiosa y me sentí insultada en lo más hondo. Me sentí como una completa impostora y que, después de todo, no estaba enferma. Yo sabía que si algo había mal, pero como podía conseguir que otras personas me creyeran si un doctor había determinado que todo estaba bien? Estaba indignada y más determinada que nunca a dejarme morir de hambre. Había decidido que esa era la última vez que trataría de buscar ayuda. Ahora, todavía me enoja el pensar en esa cita. Estoy consciente de que en esa etapa no estaba tan lejos de la anorexia como para que no se me hubiese podido ayudar. De hecho, creo con toda convicción, que es en las primeras etapas de la enfermedad cuando más se puede ayudar al afectado. Cuando los patrones de comportamiento se vuelven más arraigados es más difícil cambiarlos, especialmente cuando la pérdida de peso distorsiona el proceso del pensamiento y es aún más complejo racionalizar en la propia mente la necesidad de buscar ayuda.

Para el momento en que mi condición se tornó seriamente, y al fin se me concertó una cita con un psiquiatra, ya era demasiado tarde. Estaba demasiado enferma mentalmente y ya no quería ayuda. Me encontraba completamente embebida en mi anorexia y la enfermedad me dominaba completamente. Me sentía con un control completo y no quería que me lo arrebataran. Mi personalidad también había cambiado. En retrospectiva, es evidente que la Kate amable, educada y amistosa había desaparecido. En su lugar estaba una anoréxica mentirosa, deshonesto y manipuladora.

Continué sin comer y mi peso disminuyó rápidamente. En ese punto, las cosas empezaron a verse más brillantes: elegí una nueva escuela y materias diferentes. Después de un año, empecé a sentirme aburrida y con la necesidad de algún estímulo académico. Cuando ingresé a mi nueva escuela pesaba 42 kilogramos. En ese entonces pensaba que nadie sabía de mi enfermedad. Años después descubrí que todos lo habían sabido. Muchos habían oído que una chica anoréxica ingresaría a la escuela, y otros se habían dado cuenta de que tenía un problema en cuanto me vieron. Aparentemente, era obvio, pero no para mí.

Sentía que la vida transcurría tranquilamente, aunque mi familia y amigos cercanos pensaban de modo diferente. Estaba encerrada en mi propio mundo y mientras no comiera y perdiera peso constantemente, era feliz. En realidad, no estaba en contacto con el mundo exterior en un grado significativo. Al recordar esa etapa me doy cuenta de que convertí en una persona muy egoísta. Pensaba muy poca atención a la gente que me rodeaba y a la cual estaba afectando, es decir, mis amigos y mi familia, las personas a quienes amaba tanto. El día que esos seres amenazaron la seguridad de mi mundo anoréxico, con mis pensamientos anoréxicos y mis amigos anoréxicos, fue el día en que se convirtieron en el enemigo. Para mí, ellos no entendían. Ese era mi mundo, mi vida, mi enfermedad. ¿No podían ver que la necesitaba? ¿Porqué trataban de quitármela? Al intentar incitarme a comer amenazaban mi existencia y ponían mi vida en peligro. Necesitaba la anorexia para vivir. Pensaba que si tenía la enfermedad, me moriría. Yo estaba convencida de que mis ideas eran las correctas. Pesaba 38 kilogramos y media 1.64m, y aun así, estaba segura de que estaba gorda, nadie me podía haber convencido de lo contrario. Ahora me doy cuenta de lo distorsionado que estaba mi pensamiento, pero no había forma de que pudiese entenderlo en esa época -estaba demasiado enferma, y muy concentrada en la enfermedad misma-. En lo que a mí se refería tenía mucho que ganar con ella para pensar siquiera en lo que otras personas me decían -y no dignos pensar en renunciar al padecimiento-

Mis amigos y mi familia eran el enemigo, pero los profesionales eran quienes tenían las armas. Tenían el poder de internarme en un hospital, pero estaba decidida a no permitir que eso sucediera. Prácticamente se me arrastró a ver consejeros, psicólogos y más psiquiatras. Todo se convirtió en un juego para mí, aunque no me estaba divirtiendo en lo absoluto, todo estaba empezando a volverse una larga pesadilla. La depresión había vuelto con más fuerza. Ahora era mucho peor que antes. Tenía mucho frío y estaba permanentemente cansada, lo cual empeoraba la situación. Me ponía capas y capas de ropa incluso en el calor del verano. Para mí, era como un largo invierno persistente, no solo frío sino también desolado y miserable. En las noches, no podía dormir y eso me dejaba malhumorada e irritable. Constantemente era grosera con las personas y muy agresiva. Estaba enojada, con la vida, con todo.

Los médicos agravaban mi condición. Su constante amenaza de hospitalización me volvió bastante astuta, ya que tenía que fingir que mi peso era más alto de lo que en realidad era. Bebía botella de agua antes de que me pesara y escondía pesas en mis bolsillos. Durante un tiempo eso funcionó hasta la mañana en que se dieron cuenta de mi ardid. Dormí hasta más tarde y cuando mi madre me pesó, pesaba 32 kilogramos. Por la tarde ya me encontraba internada en una Unidad para Adolescentes. Al principio la odiaba, con la gente tratando de hacerme comer todo el tiempo, pero después acostumbré e hice algunas amistades. Había muchas otras anoréxicas para unirse a mi mundo y lo hicieron. Competíamos una con otra en la mesa del comedor, pero el resto del tiempo éramos las mejores amigas y nos coludíamos en el comportamiento mutuo. Una de nosotras montaba guardia mientras las otras salían a trotar. Nos escondíamos la comida y nos apoyábamos mutuamente si alguien mentía al personal. Era un comportamiento realmente patético para alguien a quien, cuando se le dio de alta tenía 19 años y solo pasaba cinco kilogramos más.

Después siguieron muchos ingresos más a hospitales, lo cual no era sorprendente puesto que yo no tenía la menor intención de mejorar y, por tanto, era inevitable que mientras viviera en el mundo exterior no comiera y seguiría adelgazando. La estancia en el hospital llegó a ser como la anorexia misma -una existencia segura y protegida-, y parte de las comidas y la resultante ganancia de peso, la disfrutaba. No

creo que ya estuviese tan desesperada en mi deseo de morir, sólo quería permanecer viviendo en ese mundo.

Pasaron algunos años hasta que las cosas empezaron a cambiar. Encontré una consejera, la cual realmente me llegó a agradar y se ganó mi respeto. Ella vivía en el "mundo exterior" y yo me relacioné con ella de manera emocional. Eso significaba que estaba empezando a tomar contacto con la realidad. Mi consejera quería genuinamente que mejorara y de eso podía darme cuenta perfectamente. Al principio, quería mejorar por ella, y después comprendí que debía hacerlo también por mi misma. Con frecuencia ponía a prueba el interés de mi consejera bajando de peso para ver su reacción. Siempre observé en ella preocupación para empezar y después enojo y desesperación. Estuvo conmigo durante mis siguientes ingresos al hospital. Como resultado de eso, "pasó" la prueba y tomé la decisión consciente de mejorar.

No fue tan fácil como yo pensaba. Tuve que aprender una nueva forma de vivir. La vida como un adulto de peso normal y saludable era algo que nunca antes había experimentado y no estaba segura de que quería hacerlo. La hazaña de subir de peso me obsesionaba y con frecuencia me hacía sentir extremadamente desesperada, en ocasiones al punto de rendirme, pero algo me mantenía adelante, alguna suerte de "fuerza de vida" como la llamaba mi consejera. Aunque todavía seguía ahí la fuerza de muerte, ésta ya estaba peleando una batalla perdida. Pronto llegué a la etapa en donde me sentía en un "punto ciego" -no estaba seriamente enferma con anorexia, pero tampoco estaba completamente bien-. En realidad, no estaba en ninguna parte y no es sorprendente que me sintiera como si no pudiese relacionarme con nadie y no encajar en ninguna parte. Ese era el punto en el que tenía que decidir cuál camino seguir -de regreso a la seguridad de la anorexia o seguir por la senda de la recuperación hacia lo desconocido, en donde lo único seguro era que no tenía la enfermedad para ayudarme a lidiar con las situaciones diarias, porque estaba sola-. Pero la realidad era que no estaba sola, había llegado a comprender que había personas cerca de mí, mi familia y mi consejera. Había perdido muchos de mis amigos, ya que los había descuidado durante el curso de mi enfermedad, sin embargo, al mejorar mi condición, recuperé algunos de ellos.

Solo cuando había subido trece kilogramos de peso empecé a darme cuenta de lo que me había costado la anorexia, mis amigos para empezar. Tuve suerte en recuperarlos. En esa etapa me di cuenta también de como había afectado mi enfermedad a las personas que me rodeaban, en particular los seres cercanos que tuvieron que vivir con mi agonía día a día. Mi familia prácticamente se había desbaratado por la enfermedad. Mi hermana más pequeña solo conocio en su infancia un ambiente enfermo, mala salud, discusiones y tensión extrema. A la edad de cuatro años, se le presentó un tartamudeo debido a que siempre estaba ansiosa.

Ahora es mucho más feliz, pero siempre estare enojada conmigo misma por descuidar la responsabilidad que tenía como hermana y miembro de una familia. A todos los traté muy mal, pero si profundizo en eso, enfermarse de nuevo. Empezare a castigarme dejando de comer. En las etapas iniciales de la enfermedad no duele físicamente pero ahora lo hace. No creo que pudiese volver a dejar de comer, no en ese grado, incluso si lo quisiera. En otra época, ese pensamiento hubiese sido intolerable, ahora pienso que es algo bueno.

Ahora he dejado atrás la anorexia y no quiero regresar a ella, nunca más, aunque en ocasiones la extraño. Echo de menos la seguridad que me daba, la seguridad de saber cómo seria cada día. Seria miserable y doloroso, pero al menos seria predecible. Entonces parecia que no había mucho de qué preocuparse, sólo comida y peso, nada más. Ahora tengo sentimientos de nuevo y el mundo es un lugar real. Eso no siempre es fácil de enfrentar. Ahora tengo 23 años, pero emocionalmente me siento como si tuviese 15, la edad que tenía cuando se me presentó la anorexia. Parece como si me hubiera quedado atorada en esa edad, pero estoy consciente de que estoy madurando muy lentamente. Empecé donde me quede, no es fácil cuando la gente espera que sea mucho mayor de lo que realmente soy. Puedo presentar el frente profesional y lo hago bien, no obstante ese no es mi yo real, mi yo real todavía se esta desarrollando. Aún sufro los efectos físicos secundarios -en ocasiones articulaciones de rodilla adoloridas, cansancio extremo, ritmo cardíaco irregular-, pero es algo con lo que tengo que vivir, al menos estoy viva. Mis puntos de vista sobre la enfermedad han cambiado considerablemente. En un tiempo pensaba que había tomado la decisión consciente de dejar de comer un día determinado. Ahora me doy cuenta de que ese no fue el caso. En mí, la enfermedad se desarrolló gradualmente durante un largo periodo. La determinación de dejar de comer no fue algo que sucedio de un día para otro, ni siquiera fue algo que hubiese decidido hacer. Solo sucedió.

La enfermedad progresó porque sentia que ganaba algo con ella, ahora me doy cuenta de lo mucho que perdí. Perdí siete años de mi vida que nunca recuperaré y eso es triste. A la vez, era extremadamente

egoísta. Ahora puedo apreciar todo el dolor y la angustia que les causé a otras personas. Mis recuerdos de la enfermedad son horribles y es probable que nunca desaparezcan, pero lo que harán será recordarme porque nunca más debo recaer

Sufri una enfermedad; no me estaba "portando mal" o "actuando", como dirían algunas personas. Ese pensamiento reduce el odio a uno mismo en cierto grado. Es posible que sea incorrecto echarle la culpa a mi comportamiento al hecho de que estaba enferma, pero ayuda a explicarlo en alguna forma. La anorexia me volvió una persona antipática, deshonesta, engañadora. Este no era mi yo real. Cuando estaba anoréxica, pensaba que tenía el control de mi vida, pero en realidad no tenía control de nada. La enfermedad me controlaba. Gradualmente me estaba destruyendo y ni siquiera me daba cuenta. Aun así, era un mecanismo muy efectivo para lidiar con el mundo y todavía digo que salvó mi vida, aunque casi me mató también. Espero que este testimonio tenga más sentido ahora (Shelley, 2000)

La Niña Anoréxica

Carla sólo tiene 12 años de edad. La anorexia se le presentó a los nueve años. Obviamente, a esa edad es difícil para la persona examinar los factores psicológicos que se encuentran detrás de su problema alimentario, pero Carla, al igual que la mayoría de las anoréxicas, tiene una inteligencia superior al promedio y se expresa con mucha elocuencia. Asimismo, parece que la enfermedad la obligó a madurar rápidamente. Ha experimentado el lado más oscuro de la vida y ha perdido la inocencia de la infancia. Carla expone su historia muy bien. La historia de Carla es un ejemplo del trauma que padecen los hijos cuando escuchan a sus padres peleando constantemente y temen que se desbarate su familia. La enfermedad de Carla le dio a sus padres algo en común, algo en lo que ambos podrían concentrarse en lugar de los problemas que estaban experimentando en su matrimonio. Carla parecía estar muy consciente de ellos y su anorexia sirvió para un propósito útil, hasta el punto en que llegó a estar demasiado enferma.

No me gusta comer. De hecho, no creo que me guste la comida --en realidad, no estoy segura-. Muchas personas me preguntan por que no me gusta comer y esa es mi respuesta. He visto a muchos profesionales. Siempre me dicen que mi caso es más complicado que el solo hecho de no gustarme la comida, pero yo no creo que sea así. No a todos les gusta la comida y yo soy una de esas personas.

Recuerdo claramente el día que deje de comer. Fue poco después de que cumplí nueve años. Mis padres y yo fuimos al cine y después a cenar en un restaurante. Fue una velada agradable hasta que llegó la comida. Mi madre mencionó algo acerca de mi escuela, ellos habían estado hablando mucho de la escuela secundaria a la que asistía. Eso debe haber alterado a mi papá porque empezaron a discutir. Papá quería pagar para que fuese a una escuela privada, pero mi mamá dijo que podía obtener excelente educación donde estaba y que, de todos modos, no podíamos permitirnos ese gasto. Nunca me preguntaron lo que yo pensaba al respecto y era algo por lo que discutían mucho. Yo no quería mudarme a una escuela diferente. Quería ir a la misma escuela como todas mis amigas. Sin embargo, no me atrevía a opinar, ni quería que me gritaran a mí también.

Esa noche en el restaurante estaba preocupada por su discusión y no quise comer. Ya no sentía apetito, así que deje la comida. Mi papá estaba inquieto y mi mamá estaba un poco enojada al principio, pero yo dije que me dolía el estómago y solo después de eso ella se preocupó. Comí unos cuantos pedazos pequeños de pollo, deje el resto del platillo. Mis padres siguieron preguntandome si estaba bien. Se pasaron el resto de la noche discutiendo mi salud, puesto que ambos estaban preocupados. Me dio gusto que ya no estuviesen peleando.

Cuando desperté al día siguiente, recuerdo que me sentía con mucha hambre, no podía esperar por el desayuno. Podía oír a mis padres abajo discutiendo. Oí que mi papá decía que se iba a ir por un tiempo. Dijo que ya no toleraba seguir en la casa. Me inquietó mucho. No quería que se fuera. Me uní a ellos para desayunar y esperaba descubrir cual era el problema. Cuando empezaron a discutir de nuevo, era acerca del dinero, mi papá dijo que mamá estaba gastando demasiado y que debía conseguirse un empleo en el que ganara algún dinero, en vez de gastar el dinero de mi papá todo el tiempo. De repente me sentí enferma y deje de comer. En eso mis padres empezaron a darse cuenta de que yo estaba ahí y por primera vez, esa mañana, dejaron de pelear. Recuerdo que me sentía marcada y que mi mamá dijo que no podía quedarme en casa y no ir a la escuela. Mi papá vino a la casa a la hora del almuerzo para saber cómo me sentía. Por lo general, no lo hacía y fue muy agradable verlo. En cuanto dejaba de comer, mis padres me prestaban más atención y pasaban menos tiempo discutiendo. Yo me sentía más feliz porque ya no estaban enojados uno con el otro todo el tiempo, pero me preocupaba que si comía, dejaran de cuidarme y empezaran a discutir de nuevo. Desde que empezaron a preocuparse por mí habían dejado de pelear. Por tanto, parecía que mi

tarea era mantenerlos juntos. Mi papá dijo que estaba preocupado por mí. Le pregunté si se iba a ir de casa. Me respondió que tenía algunos problemas con mamá pero que se quedaría mientras yo estuviese mal. Me sentí mal. Al principio tenía mucho apetito pero después de un rato me sentía enferma y muy, muy cansada. Mis padres me cuidaban muy bien y ya no discutían. Yo estaba muy complacida.

Mi profesora en la escuela con frecuencia me preguntaba si estaba bien. No siempre comía mi almuerzo. Tenía que verme pálida para que mis padres supieran que estaba enferma. Mis manos a menudo estaban muy frías y se veían amarillas. Esto también preocupaba a mi profesora. Mis amigas empezaron a comentar que me veía muy delgada. Con frecuencia me cuidaban y me protegían. Eso me gustaba. Me gustaba ser la persona más pequeña en la clase. Me hacían sentir importante.

En Navidad estaba muy contenta porque mis padres no habían discutido mucho durante seis meses completos. Ese era el resultado de mi enfermedad. Me había preocupado de que mi papá se fuese para Navidad, pero aún vivía con nosotros. Me sentí mucho más feliz, pero aún me inquietaba que si me ponía bien empezaran de nuevo las discusiones y las peleas. Asimismo me preocupaba porque me estaba sintiendo peor que de costumbre. No podía estar de pie mucho tiempo y por la noche no podía dormir. Tenía muchos moretones en las piernas y, al sentarme, me dolían los huesos de las caderas.

Mi tía se quedó con nosotros durante una semana, justo antes de que yo tuviese que volver a la escuela. Es la hermana de mamá, pero vivía en Escocia, por lo que no la habíamos visto por muchos meses. Ella no visitaba Londres con frecuencia. Anteriormente me gustaban sus visitas porque siempre compraba regalos. Ese año trajo muchos chocolates y dulces y yo lloré cuando me los dio porque sabía que no podía comérmelos. Ya no solo se trataba de quisiera permanecer enferma; se debía a que me sentía enferma incluso después del bocado mas pequeño de alimento. Yo acostumbraba comer con gran apetito pero ahora la vista de un plato me alteraba demasiado.

La tía Janet es enfermera. Le dijo a mi mamá que tenía un serio problema. Una mañana las oí hablando. Ellas no me oyeron mientras me deslizaba por las escaleras. Ahora sé que ella le dijo a mamá que tenía anorexia, pero en ese tiempo no entendí la palabra correctamente y no sabía de qué estaba hablando. El doctor nos lo explicó a mamá y a mí cuando fuimos a verlo después de varios días. Dijo que tenía un trastorno de la alimentación y que si continuaba bajando de peso tendría que internarme en un hospital. Nunca antes había estado en un hospital y la idea me asustó, pero cuando el doctor me pesó pesaba 32 kilogramos exactamente y sabía que en el momento en que comiera y subiera de peso, todo el mundo pensaría que estaba mejorando. No quería que eso sucediera porque las cosas volverían a ser como habían sido antes. Estaba determinada a no pasar de los 32 kilogramos y, a adelgazar más.

Mi tía es una mujer grande y robusta. Siempre comía mucho cuando nos visitaba. Mamá también se preocupaba por su talla. Creo que le inquietaba que llegase a estar robusta como la tía Janet, así que siempre estaba a dieta. En nuestro refrigerador hay un cartelón que dice "Un momento en los labios, toda una vida en las caderas". Lo veo cada vez que voy a la cocina. Siempre me recuerda que no debo comer. Mamá también tiene una gráfica que le dieron en su club para adelgazar. Si tiene una buena semana y adelgaza, entonces coloca una estrella dorada en la gráfica. Yo tengo mi propia gráfica en mi habitación, aunque no dejo que mis padres la vean. Si no como nada en todo el día, me doy una estrella dorada.

Justo antes de que cumpliera 10 años, mis padres contrataron a una niñera llamada Susan para que me cuidara, debido a que ellos salían todo el día a trabajar. Por tanto, no se me permitió ir a la escuela hasta que estuviera mejor. Susan no me agradaba y, en realidad, no hablaba mucho conmigo. Sólo parecía darse cuenta de que yo estaba ahí durante las horas de la comida, pero yo no quería que comiéramos juntas porque quería alejarme de ella. Así que le dije que quería comer sola en mi habitación. Me respondió que estaba bien, siempre y cuando comiera todo lo que había en la bandeja. Desde luego que no lo hacía porque escondía todo en el guardarropa. A veces me comía una fruta. Sabía que eso no me engordaría porque eso lo leí en los libros de dieta de mamá, había muchos en su habitación. Ahí también estaba su báscula y me pesaba antes y después de comer o beber algo para verificar que no había subido de peso. Asimismo, me pesaba al inicio de cada día mientras Susan preparaba el desayuno. Poco después de que llegara a la casa, yo pesaba 32 kilogramos. Tres semanas más tarde ya pesaba 29 kilogramos.

Nunca olvidaré la mañana antes de mi cumpleaños cuando desperté al oír a mis padres discutiendo de nuevo. No habían peleado durante mucho tiempo y lloré en mi cama al oírlos. Después me di cuenta de que estaban discutiendo acerca de mí. Apparently, mamá había hablado con el doctor, quien había dicho

que era probable que yo necesitara internarme en el hospital. Papá estaba enojado con ella por no tener tiempo libre del trabajo para cuidarme. Después dijo que yo había dejado de comer para estar a dieta igual que ella, lo que había hecho durante los últimos años, y que todo era su culpa. En ese momento, me levanté y bajé a verlos. Cesaron de discutir cuando entré a la cocina, pero yo todavía estaba inquieta porque se veían enojados. Dije que quería algo para desayunar. Nunca desayunaba y pude ver que les complacía que quisiera comer algo. Se veían más felices y no parecía que fuesen a discutir de nuevo.

Mamá me preparó un pan tostado con mantequilla y jalea, pero yo sabía por sus libros de dieta que la mantequilla contiene mucha grasa. No quería comerla porque no quería engordar. No quería verme como la tía Janet, quien debe haberse visto muy mal porque mamá había pasado años tratando de no verse igual. Los dos pedazos de pan se veían muy grandes. Sabía que me sentiría enferma después de comerlos. Los veía en el plato pero nada podía lograr que llevara mi mano al plato y tomarlos. Me solté llorando y después me desmayé.

Cuando desperté estaba en el hospital y tenía una sonda en la nariz. Mis padres estaban ahí y se vieron complacidos cuando les saludé. No sabía donde estaba, pero pronto me di cuenta cuando vi las enfermeras a mi alrededor. Una de ellas me preguntó como me sentía. Le dije que me sentía cansada. Y también que me dolía la cabeza. En ese momento, llegó un doctor quien me dijo que iba pasar algún tiempo en el hospital. Por lo pronto, estaba en la Unidad de Accidentes y Emergencias, pero me iban a trasladar a la sala de niños. Le pregunté porqué y dijo que necesitaba empezar a comer y a recuperar peso para que estuviese sana de nuevo. Me dijo que tenía anorexia y reconocí la palabra por la conversación que tuvo tía Janet con mamá.

Le dije al doctor que no quería comer. No quería ponerme grande y gorda como la tía Janet. Dije que así estaba bien. El doctor me dijo que pesaba 29.5 kilos y que estaba muy enferma. Me dijo que me había desmayado en casa. Entonces me asusté y les grité a mis padres que me llevaran a casa, pero no quisieron. Dijeron que tenía que quedarme, ya que ahí me cuidarían. Prometí comer si me llevaban a casa, pero aún así dijeron que no. El doctor les dijo entonces que se fueran y lo hicieron. Lo odio en ese momento.

Me llevaron a una sala donde se encontraban 11 niños más. Algunos de ellos estaban jugando y otros estaban en cama, dormidos. Me presentaron con algunas de las enfermeras pero no pude recordar sus nombres y me sentía demasiado cansada para mirarles el rostro. Me sentía enferma y me preguntaba si iba morir. No quería que sucediera eso. El doctor dijo que se me alimentaría con una sonda hasta que yo pudiese comer por mi misma y engordar. Llore y lloré. Quería estar con mi familia. No quería quedarme en el hospital. Le dije al doctor que tenía que estar en casa. Necesitaba saber si mis padres estaban bien. Tenía que saber que no estaban discutiendo y que papá no se había ido de la casa. Se me dijo que podían visitarme con tanta frecuencia como quisieran, eso era lo mejor que podía hacer el doctor. La sonda en la nariz me hacía sentir muy incómoda. Me rozaba la parte posterior de la garganta, pero que decidí que, por lo menos, mientras estuviese no tendría que comer.

Permanecí en el hospital durante muchos meses. Tuve que pasar aquí mi décimo cumpleaños. Por medio de una sonda, se me alimentó durante los dos primeros meses con un líquido que se veía horrible, pero después empecé a comer y no fue tan inquietante como había esperado. Mamá y papá vinieron a visitarme y parecían bastante alegres por lo que no me preocupé demasiado. Me gustaba el hospital, las enfermeras eran agradables e hice muchas amistades. Algunos niños no se quedaron mucho tiempo, pero había otra niña como yo, a quien también se alimentaba con una sonda, pero cuando yo empecé a comer ella también lo hizo. Creo que tenía el mismo problema que yo: estaba muy delgada y se veía fea. Los huesos sobresalían de su pijama.

Fue bueno llegar a casa a fines del verano y visitar el hospital solo una vez por semana. Me empecé a aburrir de estar encerrada todo el tiempo cuando estaba tan agradable el exterior. Fuimos a New Forest a tomar unas vacaciones y aprendí a montar a caballo. Solo se me permitía hacer ejercicio por breves períodos cada día, pero lo anhelaba tanto que valía la pena la espera. Empezaba a sentirme más fuerte: comía pequeñas raciones y el alimento ya no parecía ocupar tanto mis pensamientos.

Cuando llegamos a Londres al final de las vacaciones, mis padres me dijeron que tenían una buena noticia. Me dijeron que tendría un hermanito o hermanita en Navidad. Estaban muy felices por eso y yo también lo estuve. Pense que sería muy agradable tener un bebé pequeño a quien cuidar. Pensé que algo así evitaría que mi papá se fuese de la casa.

Eso fue hace dos años. El bebé Thomas tiene ahora un año y medio y ya no es tan bebé. Yo lo quiero mucho. Siempre ha sido un bebé muy hermoso. Lo quiero porque él hizo que mamá y papá dejaran de

discutir. Lo intenté con gran intensidad pero después de un tiempo empezaron a discutir acerca de mí y yo no quería que eso sucediera. Estoy contenta ahora que me puse mejor y que puedo comer. Yo puedo cuidar a Thomas para que mamá y papá puedan dedicarse el uno al otro (Shelley, 2000).

El Infierno Anoréxico

"Espero que pueda encontrar la fortaleza para empezar, al fin, a conocerme a mí misma antes de que la anorexia me destruya completamente"

Joanne, en la actualidad, está desesperadamente enferma. Su peso es menor a 25 kilos aunque ella no quiere estar de esa forma. Ha podido proporcionar un corto relato de su larga lucha. Éste demuestra lo peligrosa y destructiva que puede ser la anorexia, también es un mensaje para que se busque ayuda tan pronto como sea posible y se haga todo lo que se pueda para combatir la enfermedad.

No sólo se pierde peso, sino también a los amigos, el empleo y posiblemente también la vida.

La confianza en mí misma, de convertirme en la persona que yo quería ser y no la que los demás querían que fuese, ha sido la causa subyacente de mis treinta años de infierno anoréxico.

Fui una niña muy insegura y desesperadamente dependiente de mi madre. No sólo me volví tímida, sino también temerosa de los hombres. Atribuyo esto al hecho de que mi padre nunca estaba en casa para hablar o estar con él, siempre parecía estar trabajando, dejando que mi madre se ocupara de criar a la familia. Esa situación parecía que provocaba que mi madre fuese sobreprotectora con mi hermana, mi hermano, y especialmente conmigo, por ser la menor. Yo trataba de que todo fuera "positivo" para mi madre siendo "buena". Así que adopté el papel de miembro de la familia que siempre estaba callada, sin expresar quejas, y que nunca decía "no" a nada ni a nadie, por lo que a la hora de la comida, comía todo lo que se me daba y si se me ofrecía más, lo aceptaba tuviese apetito o no.

Sentía, asimismo, que tenía que ser perfeccionista en todo lo que hiciera para que mi padre estuviese orgulloso de mí y me tomara en cuenta. (Se que mis padres me querían, ya fuese que tuviera éxito o no.) Me ponía nerviosa cuando trataba de hacer algo nuevo porque temía que me saliese mal. Por tanto, la comida se convirtió en mi consuelo. Pensaba que complacía a los demás si nunca rehusaba lo que me ofrecían. Cuando estaba comiendo, sentía que podía desvanecerme en un segundo plano, y así no verme envuelta en las presiones que me rodeaban.

Para cuando tenía 10 años de edad, me había vuelto tan nerviosa con el mundo exterior que tenía miedo de ir a la escuela. Esto era ocasionado principalmente al tener un profesor hombre, y el hecho de que mi peso causara que se me ridiculizara en esa época. No estaba gorda, sólo rolliza. En la actualidad, el problema sería diagnosticado como "fobia a la escuela", pero hace 30 años se desaprobaba y nunca se hablaba sobre razones psicológicas. A fin de que tuviese la confianza para asistir a la escuela, se me internó en una unidad psiquiátrica infantil con el propósito de que adelgazara. Un día se me dio un libro para "contar las calorías", y que pudiese sumar mi consumo diario. El pan y las papas eran tabú, y aunque en ocasiones se me daban como una prueba para ver si podía rehusarlas y, siempre lo hacía.

Si un día comía una manzana y adelgazaba más esa semana que la anterior, recibía una serie de alabanzas. No se mencionaba el hecho de que el cuerpo necesita una cierta cantidad de calorías diarias para sobrevivir, para mantener el cuerpo a flote. Ahora, mi mente simplemente no puede aceptar una cantidad de alimento y calorías, que un organismo sano necesita. Desde ese día puedo decir honestamente que me volví anoréxica, y que el conteo de calorías y las fobias hacia los alimentos se convirtieron en mi vida. Nadie me mencionó nunca la anorexia. De hecho, no fue sino hasta que cumplí 20 años cuando se me diagnosticó, durante la segunda vez que se me internó en el hospital para "engordarme". Ahora tengo 40 años y el infierno continúa.

La anorexia ha arruinado completamente mi vida. Nunca he tenido un empleo formal porque nunca he estado lo suficientemente bien, y mi sueño de estudiar enfermería ha sido inalcanzable porque no puedo, incluso ahora, concentrarme en el estudio debido a que la falta de alimento afecta mi pensamiento. Tengo miedo de sentarme muy cerca de la gente y de hacer amistades en caso de que lleguen a la hora de la comida, o quieran que salga todo un día con ellas. No tengo más ropa que la que uso todos los días. Incluso las tallas para niños son demasiado grandes. No he tenido amistades, pero ahora las anhelo. El hecho de ser tratada por enfermeros me ha ayudado a superar mi miedo hacia los hombres.

Sin embargo, pienso que mi anorexia es muy diferente a otros ejemplos típicos de "libros de texto" y realmente prefiero llamarla fobia a los alimentos. Puedo ver lo desmejorada que estoy y lloro de frustración.

porque me siento incapaz de hacer algo al respecto. En la actualidad, peso entre 23 y 24 kilogramos, y sin embargo, veo la comida siempre como calorías, así, la parte lógica de mi mente no puede dominar a la parte ilógica. Anhele verme con una figura femenina, tener amigos, una casa propia y una relación, en otras palabras, una vida.

En la región donde vivo no hay una unidad especializada en trastornos de la alimentación o de atención de las fobias a la comida. Fue hasta hace 4 años, a partir de una desesperación absoluta, cuando estaba sosteniendo un puñado de tabletas con el deseo de que todo terminara, cuando una voz en mi cabeza decidió que quería vivir. Hablé por teléfono con todas las personas y todos los lugares que se me ocurrieron, incluyendo todos los hospitales que estuvieran fuera de nuestra región. Finalmente fui aceptada en una unidad para trastornos de la alimentación, la cual estaba a 80 kilómetros de distancia. Desafortunadamente en esa época mi peso era menor a los 22 kilos y se me ubicó en una sección bajo la Ley de Salud Mental. Se me alimentó con sonda y sólo se me permitía estar dos días sin ella. Así me ha ocurrido varias veces desde entonces.

En esta unidad en particular a todos se les trataba como individuos. Estoy plenamente de acuerdo en que así debe ser. Se respetan las necesidades, tanto dietéticas como mentales, así como el aumento de peso con el cual el paciente se sentirá cómodo. Sin embargo, considero que la razón principal por la cual soy lo que soy se debe a que se me dejó deteriorar demasiado tiempo. Creo que si hubiese recibido tratamiento hace años ya hubiera superado la anorexia. Pero por lo menos estoy consciente de su causa aunque tengo mucho más cuestionamientos que me planteo con frecuencia, como ¿quién soy?, ¿qué es normal?, ¿qué está bien?, ¿cómo se convierte la comida en algo que necesitas para vivir y no la vida misma? Si tan sólo lo supiera. Estoy segura de que encontraré las respuestas una vez que haya madurado como la persona que debo ser y no como la que nunca se ha podido desarrollar. Cada ser humano tiene su propio carácter, personalidad, gustos y desagrados por la comida. ¿Qué importa si no podemos alcanzar diez de cada diez todo el tiempo? Ahora se me ha ofrecido una psicoterapia intensiva en un hospital que está más cerca de casa pero aún así, fuera de nuestra región. Sin embargo, los viajes son demasiado por el momento. Mi estado físico es causa de preocupación y, hasta que mejore mi peso, comenzará la terapia. Estoy demasiado concentrada en la comida, mi capacidad para el pensamiento complejo ha disminuido seriamente. Espero que pueda encontrar la fortaleza para empezar, por lo menos, a conocerme a mi misma antes de que la anorexia me destruya completamente.

"Joanne fue hospitalizada un mes después de escribir este relato. Está logrando un lento progreso."
(Shelley, 2000)

Anorexia: una perspectiva masculina

"Me había convertido en una enciclopedia andante de conocimiento nutricional y de entrenamiento, pero lo estaba usando para destruirme a mí mismo."

Simón proporciona un relato minucioso del sufrimiento anoréxico desde una perspectiva masculina. Ya que Simón ha podido usar sus experiencias, y ha calificado como consejero centrado en la persona, tiene una considerable introspección de las causas de sus problemas. Proporciona un interesante mensaje para los editores de revistas y muestra que no son solo las mujeres las que se sienten presionadas por los medios para hacerse de una figura perfecta. El mensaje de Simón a los enfermos que luchan por mejorarse sería el de que es posible vencer a la anorexia, y él es la prueba de eso. Los anoréxicos poseen un considerable empuje y autodisciplina. Eso es capaz de destruirlos, pero también puede ser su salvación, como lo descubrió Simón. Recurrió al empuje y autodisciplina que habían provocado su trastorno de la alimentación y los canalizó hacia la recuperación. Todos somos capaces de hacer lo mismo. Simón ahora trabaja como voluntario para la Eating Disorders Association.

Es muy difícil saber donde empezar, ya que un trastorno de la alimentación se complica con el tiempo. Creo que el desarrollo de mi trastorno se inició alrededor de 1976 cuando estaba en un colegio de entrenamiento para ser profesor. Desde la edad de 15 años me había entrenado regularmente con pesas y desarrollé unos músculos considerables, junto con una poca de autoconfianza. En esa época no tenía muchos amigos y me mantenía lejos de fiestas y bebidas, prefiriendo entrenar en casa.

Siempre había sufrido de baja autoestima y carencia de confianza en mí mismo, debido principalmente a que era muy "rechencho" cuando adolescente, y no me sentía atractivo para las chicas. El levantamiento de pesas me hizo sentir mejor acerca de mí mismo y adelgacé un poco. Sin embargo, durante ese año observé que muchos de los entrenadores se veían muy diferentes a mí, tenían mucho más tono muscular. Yo no

tenía esa definición y, por tanto, empecé a analizar mi dieta. En ese mismo tiempo se exhibían películas con actores musculosos y en forma. Ellos me hicieron pensar que tenían la clase de cuerpo que yo quería. Puedo recordar claramente el día que empecé mi "dieta". Fue un viernes a mediados de septiembre y había ingresado otra vez a la escuela por un nuevo curso. La cafetería había cerrado y me dirigí a una taberna en el pueblo. Ordené una ensalada de queso con huevo. Ése se convirtió en el Día Uno. En ese tiempo, tenía una idea a grandes rasgos acerca de las dietas. Había aprendido mucho leyendo revistas. Parecían aconsejar que se debían comer muchas proteínas. Sin embargo, ahí es donde empezaron algunos de mis problemas con los alimentos. Reduje los carbohidratos creyendo que engordaban. Los artículos acerca de la alimentación en ese entonces (mediados de los años setenta) recomendaban disminuir los alimentos con almidón y recurrir a los platillos hechos a base de proteínas para lograr una pérdida de peso. Al principio me sentí estupendamente y tenía una gran sensación de logro. Podía ver claramente los cambios que estaban sucediendo en mi figura. Los músculos del estómago, cuando los tensaba, por primera vez sobresalían y estaba emocionado.

Después de eso, toda mi vida se concentró totalmente en el entrenamiento y en vigilar mi dieta. Entrenaba en el club de canotaje en Hereford donde tenía amplio acceso a las pesas. Aumenté mi entrenamiento a seis días a la semana, como lo aconsejaban las revistas. Durante el otoño y el invierno de 1976, mi peso bajó de 76 a 60.5 kilogramos con una estatura de 1.70 m, constitución mediana. Todos mis músculos sobresalían prominentemente cuando los flexionaba y todos mis amigos de la escuela me lanzaban miradas de admiración. Desde el exterior me veía bien y eso fue reforzado por otros, así como mis propias percepciones de cómo debía verse un buen cuerpo. Sin embargo, dentro de mi cabeza se estaban efectuando cambios mucho más importantes.

Me fui poniendo cada vez más tenso y ansioso acerca de la posibilidad de perder lo que había logrado. Esta ansiedad sólo disminuía aumentando mi programa de entrenamiento y reduciendo aún más mi consumo de alimentos, en particular, los carbohidratos. Muy pronto los únicos almidones que tomaba estaban en ensaladas y en el poco pan que comía. Ahora estaba entrenando siete días a la semana. Si me saltaba un día, me sentía nervioso y deprimido. Me sentaba en las conferencias pellizcándome a mí mismo para sentir el exceso de grasa. Estaba totalmente obsesionado, excepto en lo que se refería a mi trabajo en la escuela y mis amigos. Siempre tenía un ojo en el reloj esperando ir a entrenar después de las conferencias.

En retrospectiva, puedo ver que me iba hundiendo lentamente en un abismo de depresión y desesperación. Cuanto más peso perdía tanto mejor me veía, y más sentía que necesitaba entrenar y seguir mi dieta para conservar mi figura. Día y noche vivía con la ansiedad constante de que tal vez el día menos pensado volvería a estar "rechoncho" a menos que mantuviera ese nivel de entrenamiento e ingestión de alimentos. Todas mis horas despierto las pasaba pensando en la comida y en lo que había ingerido, y si era demasiado o no lo suficiente. La cabeza me daba vueltas constantemente, preocupándome interminablemente por el alimento. Al mirar hacia atrás, me doy cuenta que estaba desarrollando lo que se conoce comúnmente como trastorno obsesivo compulsivo en el cual mi ansiedad acerca de la comida sólo cesaba cuando realizaba mi entrenamiento ritualista y la rutina de la comida. Cuando entrenaba, me sentía "a salvo" y no quería que terminaran las sesiones porque sabía que en ese momento empezaría a preocuparme de nuevo por los alimentos.

Durante 1976 y 1977, mi peso bajó pero aumentó mi musculatura. Antes de la Navidad, mi peso había disminuido a 57.5 kilogramos y me preocupaba ir a casa por tener que sobrevivir a esa época de "comilonas". Le dije a mi madre que estaba en un entrenamiento intensivo y sólo podía comer proteínas y unas cuantas verduras. Mi madre lo aceptó, ya que llevaba entrenando casi seis años y, por tanto, asumí que yo sabía lo que hacía. Descubrí una gran sensación de logro al poder rechazar todos los platillos "engordantes" que se me ofrecían. Me dio una euforia tremenda. Ese júbilo convirtió todos los periodos de hambre en algo que valía la pena. Mi peso continuó bajando. Ahora me doy cuenta que mi cuerpo se estaba comiendo a sí mismo y que, de hecho, la energía requerida para mi entrenamiento provenía de mis músculos pero, en realidad, estaba perdiendo músculo! Y a la vez estaba perdiendo fuerza gradualmente. Había observado que ya no podía entrenar con tanta intensidad como antes.

Sobreviví a Navidad pidiéndole prestadas unas pesas a un amigo. Sentí que se desvanecía toda mi ansiedad cuando fui a su casa a recogerlas. Fue un gran alivio tenerlas. Era como si las necesitara para encontrarme a la vida, sin ellas me comportaba totalmente retraído y antisocial. Sin embargo, observé que estaba siendo más autocrítico. Si tenía un "mal" día lo percibía como fuera de toda proporción, como si no mereciera ser

feliz y mi destino fuese sufrir. Me sentía culpable si experimentaba cualquier sensación de felicidad, sin importar lo insignificante que fuese. Mis pensamientos se volvieron extremadamente negativos. Todo lo que cruzaba por mi mente eran los kilogramos que tenía que adelgazar. Era una pesadilla. Odiaba mi vida y mi cuerpo, pero no veía la salida a esa situación. La vida siguió igual durante muchos años hasta que finalmente decidí que tenía que derrotar a esta enfermedad incapacitante.

Estaba consciente de que necesitaba cambiar mi vida. Me había convertido en una enciclopedia andante de conocimiento nutricional y de entrenamiento, pero lo estaba usando para destruirme. Nadie más sabía lo que me estaba pasando. Todas las personas cercanas suponían que sabía lo que estaba haciendo, así que me correspondía arreglar la situación. Mis comidas se habían vuelto más extravagantes y no podía dormir por el hambre. Asimismo, me había vuelto paranoide. Estaba justo en el borde del abismo. El verano de 1977 fue una etapa muy importante en mi vida. Fue el final de mi segundo año en la universidad y estaba entrenando dos horas diarias. Comía solo, ya que pensaba que el personal de la cafetería agregaría algo engordante en mi comida. No tenía amigos, solo conocidos. Nunca tomaba parte en una reunión social. Estaba demasiado cansado y además, tenía que tomar mis alimentos a horas fijas; si salía, podía alterar esa rutina.

El viaje de estudio de Geografía por parte de la Universidad a Austria fue lo que demostró ser una coyuntura para mí. Empecé el viaje con veinte compañeros. Para ello, había preparado mi comida, pero una vez que llegamos al hotel, el alimento que se me daba estaba fuera de mi control. Comía pedacitos, unos cuantos bocados cuando mucho, pero descubrí que cada vez tenía más hambre. Un día, caminando por las montañas, casi me desvanecí por el agotamiento. Todos mis colegas habían pensado que estaba en muy buena forma, no se habían dado cuenta de que no era así y que algo andaba mal. Sin embargo, todos ellos fueron muy amables y me dieron a comer algunos chocolates. Eso no sólo ayudó a revivirme, sino que disparó una reacción en mí, empecé a anhelar azúcar. Durante la noche, corrí a la panadería local y compré algunos pasteles; me los comí todos de una sentada, pero después me sentí muy mal y muy culpable. Los siguientes días repetí estos excesos, y muy pronto me encontré consumiendo principalmente comida chatarra. No podía dejar de comer y soñar con pasteles, chocolate y pan. Había perdido la capacidad para regular mi apetito y no sabía cuándo era suficiente. Era atemorizante.

Cuando regrese a casa, decidí que tenía que ocuparme de mi vida y traté de volver a mi dieta. Lo logré, pero solo hasta el fin de semana, cuando salía y me excedía nuevamente comiendo alimentos chatarra. Llegaba el lunes y regresaba al buen camino, y así se repitió este círculo, durante varios años.

Una vez que dejé la universidad como profesor titulado empecé a trabajar en un instituto de segunda enseñanza y viví temporalmente con unos amigos. Mi vida seguía controlada por la comida. Mi peso estaba un poco más alto que antes, pero aun así me veía muy delgado. Ya no podía mirarme en el espejo; no podía tolerarlo. Mi estómago era la peor área, no se veía como yo quería. A duras penas soportaba mi vida, pero no converse con nadie acerca de mi problema por temor a que pensaran que estaba demente. En aquellos días, muy pocas personas comprendían los trastornos de la alimentación.

Mi recuperación fue un proceso muy largo y lento que duró varios años. Básicamente me curé yo mismo debido a un incidente que ocurrió durante uno de los viajes de la escuela que yo dirigí. Había estado particularmente deprimido en ese entonces y de pronto me di cuenta de que los niños que yo llevaba estaban sentados riéndose y bromeando sin ninguna preocupación en el mundo. Me quedé observándolos y me pregunté cuánto tiempo había pasado desde que yo me había reído así la última vez. De repente, me di cuenta de que había desperdiciado 10 años de mi vida y de que nunca podría recuperarlos. En ese momento decidí recurrir a la autodisciplina que conocía para ponerme mejor. Había estado encausando esta disciplina en la dieta y el entrenamiento. Decidí utilizarla positivamente y buscar mi mejoría.

Lo primero que hice fue eliminar la "prioridad" de la comida y el entrenamiento para que no fuese el mayor interés y enfoque de mi vida. Empecé a comer a diferentes horas, pero al principio lo encontré demasiado traumático, así que solo cambie una comida y gradualmente, lo extendí a las otras dos. Se presentaron muchas recaídas y cada día era una batalla psicológica contra mi rigidez y ritualización obsesiva de cada área de mi vida. Tenía que romper ese control poco a poco. Al principio, eso me hizo sentir atemorizado y desamparado emocionalmente. Estaba expuesto a la vida por primera vez en diez años y no estaba mentalizado para ello. Estaba convencido de que algo terrible me iba a suceder. El hecho de que no ocurriera no ayudaba, seguía esperando. En ocasiones se volvía muy agobiante y me iba a casa y me encerraba ahí, huyendo del mundo. Necesitaba un descanso, necesitaba estar solo y hacer mis propias

cosas. Todavía me preocupaba terriblemente la comida, pero me preocupaba más que la tienda local se quedara sin los alimentos que necesitaba, o que se cambiara el valor calórico sin que yo me diera cuenta. Mi recuperación fue un caso claro de dos pasos hacia adelante y uno hacia atrás durante muchos años, pero yo estaba logrando cierto progreso. Lentamente estaba descartando mi comportamiento ritualista. El hecho de que no ocurriera nada traumático disminuyó mi ansiedad considerablemente.

Una actividad que me ayudó bastante durante mi recuperación fue el tocar la guitarra. Escribí muchas canciones y me convertí en un experto guitarrista. Empecé a observar que las personas admiraban algunas cosas acerca de mí. Espero que así siempre haya sido, ya que anteriormente había estado tan envuelto en las cuestiones de mi alimento y peso que no lo había notado.

Nunca pensé en buscar ayuda profesional para resolver mi trastorno de la alimentación. En retrospectiva, creo que la razón fue que en los años setenta y principios de los ochenta no se contaba con el mismo conocimiento que hay ahora. Asimismo, me sentía avergonzado de sufrir lo que pensaba que era una enfermedad "tonta". Si se me hubiese preguntado abiertamente al respecto, creo que hubiese negado que tenía un problema por temor a ser catalogado como un enfermo.

Creo que mi recuperación tomó tanto tiempo porque era mucho lo que pedía al renunciar a mi trastorno de la alimentación, como mi mundo "seguro" de comida y peso, la euforia que sentía al poder rehusarme a ingerir el alimento y la sensación de poder que todo esto me daba. Sin embargo, me he recuperado y creo que la razón es una especie de fuerza interna que estaba tratando de volverme a cierto nivel de normalidad, amada al hecho de que estaba en mis veinte años, sin amigos y con una estructura mental que era dependiente de mi estilo de vida ritualista. Recuerdo también, que cuando estaba enfermo tenía que hacer todo de un cierto modo. La vida se volvió impráctica y creo que de alguna forma eso ayudó a que cambiara mi situación. Sencillamente no podía seguir viviendo así. Me gustaría pensar que el impulso y la autodisciplina que había encontrado para agravar mi trastorno de la alimentación, ahora se encausaba para mi recuperación.

A fines de los años setenta, era importante mantenerse fuerte y esbelto (como lo es hoy en día), y más aún en ese tiempo, porque era lo que estaba en boga. Actualmente, los hombres se interesan cada vez más en su imagen y apariencia. El resultado ha sido un gran incremento de la anorexia masculina.

En la actualidad, me considero completamente recuperado. Sin embargo, la anorexia ha dejado su huella: soy muy conocedor en cuanto a los alimentos y el ejercicio. Soy entrenador personal titulado e instructor en buena salud. La gran diferencia es que, si bien la dieta y el ejercicio siguen predominando en mi vida, sólo ocupan parte de ella, pero no toda. Disfruto la comida y el entrenamiento, pero ahora realizan mi vida en vez de obstaculizarla.

He pensado mucho en la razón por la cual desarrollé una obsesión por la comida y el peso, y he llegado a la conclusión de que, para empezar, soy obsesivo-compulsivo por naturaleza. Tengo tendencia a obsesionarme por las cosas. Cuando estaba aprendiendo a conducir, me interesé mucho en los automóviles, e intervine fanáticamente en su reparación. Empecé a mostrar una actitud posesiva poco sana hacia los autos, la cual más tarde extendí hacia los alimentos. Ahora tengo muchos intereses, pero estoy consciente de que no debo "volcarme" en ninguno de ellos. Además, creo que la dieta que empecé a los 18 años actuó como disparador de una serie completa de sentimientos, ansiedades e inaptitudes que sentía acerca de mí mismo. Estos sentimientos eran, considero, una reacción hacia mis padres. Ambos creían en el concepto de un "hogar feliz" donde nadie hablaba, excepto sobre temas superficiales. Crecí pensando que en casa no se permitía hablar de nada que no fuese bueno. Recuerdo, también, que no se permitía ayudar a mi padre en ciertas actividades en la casa ya que probablemente lo haría mal. Crecí temiendo que las cosas salieran mal. Esto desde luego inhibió mi desarrollo social, porque mientras crecía, se me decía que no hiciera esto o aquello.

Hoy día carezco de confianza en ciertas áreas de mi vida, en particular las que se refieren a las relaciones íntimas donde aún encuentro muy difícil expresar algunas emociones, como el enojo. En casa, nunca se me permitió expresar esta emoción y por tanto, la reprimí y más tarde la expresé como un ataque a mí mismo en la forma de un trastorno de la alimentación. Mi recuperación llevó mucho tiempo debido a que en primer lugar el trastorno me daba una sensación de control sobre mi vida. Fue difícil renunciar a ello. Necesitaba algo para reemplazarla, para llenar el vacío. Me era muy penoso aceptar que yo era importante como persona. Mientras luchaba por encontrar y desarrollar nuevos intereses y alternar con la gente que no había visto en años, descubrí gradualmente que podía aceptar a la persona que veía en el espejo.

Creo que mi trastorno de la alimentación fue un accidente que esperaba que ocurriera. En cierto grado, culpo a las imágenes que muestran cómo debe verse un cuerpo masculino, por complicar mi problema, ya que las revistas de entrenamiento bombardean con figuras musculosas y consejos dietéticos poco profesionales. Aunque reconozco que para mí la comida fue un medio para ocultar todas mis incapacidades, y que si éste no hubiese sido el pretexto, habría sido alguna otra cosa. Al mirar hacia atrás lamento amargamente el esfuerzo y el tiempo que desperdicié por mi trastorno obsesivo/compulsivo. Si hubiese invertido ese esfuerzo en otras cosas habría alcanzado logros más importantes.

Ahora vivo la vida plenamente. Soy un consejero titulado "centrado en la persona" y, por tanto, he podido darle un buen uso a mis experiencias. Trabajo como consejero voluntario para la Eating Disorders Association. Desafortunadamente, parece que estoy aconsejando a más hombres anoréxicos que nunca antes. Espero ofrecerles el apoyo especializado que debía haber pedido para mí mismo. Asimismo espero lograr que todos los afectados se den cuenta de que el alimento no es el problema, sólo es un síntoma de otras situaciones más serias. Esas situaciones son las que debemos enfrentar con más eficacia antes de poder alcanzar una recuperación plena. Sí, es difícil pero, como lo he demostrado, es posible (Shelley, 2000).

La "hija problema"

"Reduciendo el tamaño de mi cuerpo esperaba que ya no se me viera como un objeto sexual el cual podía usarse y abusar de él"

El principal tema de la dramática historia de Helen es el abuso sexual. Es un punto importante que, con frecuencia, se vincula con la anorexia nerviosa: las experiencias de Helen proporcionan un ejemplo de una anoréxica que ha adelgazado con el único fin de deshacerse de sus características femeninas y, perder así, todos los aspectos de su sexualidad. Cualquier forma de abuso infantil, y el trauma resultante que sufre la víctima, es un área compleja de la psiquiatría, que puede ser muy difícil de tratar. A las víctimas les es difícil admitirlo y aún más difícil explicar con detalle los horrores por los que han pasado. Helen enfrentó también ese problema. Es claro, lo mucho que ella ha padecido como resultado de los ataques de su padre, y el sufrimiento no ha empezado ni terminado con la anorexia. Hay mucho más en el sufrimiento que ha pasado.

Creo que mis problemas empezaron el día en que nací. Mi padre quería un varón y quedó muy desilusionado con mi nacimiento. Mi padre odia a las mujeres y puedo entender plenamente la razón. Cuando tenía el tres años de edad su madre estuvo muy enferma. Tanto a él como a sus doce hermanos se les envió a vivir con otros miembros de la familia. Mi padre vivió en casa de una pareja de tíos. Cuando su madre recuperó la salud, naturalmente quiso a sus hijos de regreso. Sin embargo, los tíos no estuvieron de acuerdo y se rehusaron a devolver a mi padre. Era una pareja adinerada y creían que podían darle una mejor educación. Por tanto, mi padre permaneció con ellos y su madre les enviaba una cantidad fija de dinero cada semana.

Cada vez que su madre trataba de visitarlo, a mi padre se le encerraba en el ático hasta que ella se retiraba. La pareja se negó a permitir que mi padre viese a su madre, junto con el resto de su gran familia. Se le dio todo lo mejor que podía comprar el dinero y asistió a las mejores escuelas. Pero estaba privado de una persona esencial, su madre. Como resultado de esto, creció como un hombre resentido con un odio a las mujeres, a su madre por abandonarlo, y a su tía por tratar de sustituirlo cuando él debió haber estado con su familia verdadera. Ese enojo lo desahogo intensamente en mí. Aún cuando sé que su infancia fue dura, lo odio por lo que me ha hecho. Ha arruinado completamente mi vida.

Considero obvio que las acciones de mi padre hayan influido con un grado importante en mi anorexia. Es muy difícil decirlo, pero básicamente mi padre abusó sexualmente de mí. Como él, ahora deseo que nunca hubiese sido mujer. Deseo esto por el resto de mi vida. Si no hubiera sido mujer nunca hubiera sufrido el horrendo abuso que empecé a los tres años de edad. Por lo menos, es mi primer recuerdo de ese abuso. Ahora tengo 27 años. Me pegaba también, pero eso no era lo peor, ya que los daños físicos cicatrizan con el tiempo, mientras que los mentales, perduran por siempre.

Desarrollé anorexia a la edad de trece años, aunque creo que he tenido problemas con la alimentación toda mi vida. Cuando uno se enferma por primera vez no se sabe realmente qué es lo que está pasando o porque está pasando. En retrospectiva, ahora estoy segura de que, en cierto grado, estaba tratando de deshacerme

de mis características femeninas. Al reducir el tamaño de mi cuerpo, esperaba no ser vista como un objeto sexual el cual podía usarse y abusar de él. La pérdida de peso hacía verme más asexual, más masculina. Mi peso bajó tanto que fui internada en un hospital. Me diagnosticaron anorexia nerviosa. En el hospital, empecé a engordar y pronto alcancé el peso que quería que tuviera. Sin embargo, recaí después de haber sido dada de alta pero porque no fue adecuado el cuidado posterior que me proporcionaron. A pesar de que era tratada por un psiquiatra de manera regular, me era muy difícil hablar. Para mí era más sencillo escribir las cosas, pero ahora me doy cuenta de que había detalles que necesitaba expresar, como lo del abuso en particular, sólo para oírme a mí misma decirlos. Ahora deseo que se me hubiese presionado más para que hablara; era tanto lo que necesitaba exponer. Recientemente, he hecho mucho exámenes de conciencia. He estado tratando de descifrar por qué me enfermé y por qué estoy sufriendo todavía.

No creo que el hospital tuviera los recursos para proporcionarme la terapia externa que necesitaba tan desesperadamente. En lo que a ellos les concernía, había alcanzado el peso requerido y eso era todo, el final de la historia, excepto para mí. Mis padres tenían los medios para pagar esa ayuda pero no estaban preparados para hacerlo. Tomaron mi trastorno de la alimentación como un problema menor. Se rehusaron a reconocer mi depresión. En cambio, gastaban su dinero en libros de texto para mi educación, eso empeoraba mi situación. Los alumnos de la escuela se burlaban de mí y me llamaban "esnob". La buena posición de mis padres me señalaba y era blanco fácil de los bravucones. Era una escuela muy ruda, así que había muchos de ellos. Con frecuencia se me amenazaba con cuchillos si no les daba dinero. Me arrancaban las ropas y me robaban los libros. La vida en la escuela llegó a ser casi tan mala como la vida en casa.

El hecho de convertirme en anoréxica, enfocarme en la comida y en el peso era una forma de escapar del trauma de mi vida. Parecía ser la solución a una serie de problemas y me daba un sentido de control. Parecía que yo misma no podía solucionar ni mis problemas, pero lo que pesaba y lo que comía quedaba bajo mi esfera de dominio. Asimismo, me daba una sensación de logro y satisfacción. Odiaba tanto la vida en la escuela como la vida en casa. Sin embargo, adelgazar me proporcionaba cierto placer.

La estancia en el hospital era difícil pero encontraba un gran alivio al estar lejos de mi padre. Él era la principal causa de mis problemas y me encontraba muy desesperada por escaparme de él. Nadie sabía que estaba abusando de mí porque yo no se lo había dicho a nadie, pues no tenía valor para contarlo. Odiaba también todas las discusiones que tenían lugar en casa entre mis padres. Siempre estaban amenazándose mutuamente con el divorcio, pero nunca lo llevaron a cabo. Cuando mi padre se quedó de repente sin trabajo, las discusiones y los gritos se extendían durante todo el día, ya que él estaba permanentemente en casa. Una vez mi madre le lanzó un cuchillo. Mi padre tuvo que ir al hospital para que le dieran algunas puntadas en la cabeza por la herida. Era terrible. Un día, mi madre se fue de casa pero volvió después de unos cuantos días. Las discusiones continuaron igual que antes.

Ocasionalmente, mi padre me dejaba en paz y, en realidad, me decía cosas agradables, me compraba regalos. Sin embargo, esto no duraba mucho tiempo, de hecho estoy convencida de que me compraba cosas para extorsionarme emocionalmente y así conseguir lo que quería de mí. Odiaba tanto la situación que un día tomé una sobredosis y me desmayé un poco más tarde en la escuela, me llevaron al hospital. No me había causado daño, me dieron de alta al día siguiente. Mis padres no entendían porque había tomado la sobredosis y sólo me dijeron que era una persona terrible y que los había decepcionado. Durante mi estancia en el hospital había visto a un psiquiatra, pero me fue completamente imposible contestar a sus preguntas. Ya bastante fracasada me sentía en lo que concernía a mi familia, así que no dije nada. Entonces se supuso que estaba tratando de llamar la atención. Mis padres me llevaron a casa y me regañaron de nuevo. Después mi padre me pegó. Me sentía completamente inútil, rechazada, sin el amor de nadie, mi vida estaba completamente fuera de control, entonces dejé de comer. Absolutamente nadie se dio cuenta. Pronto establecí una rutina diaria. Mis padres se estaban llevando un poco mejor, lo cual ayudó. Estaban ocupados con su negocio de menudeo y, por tanto, no tenían tiempo para prestar atención a algo o a alguien que no fuera ellos mismos. Todos los días iba a la escuela, regresaba a casa y preparaba la cena, después hacía la tarea y luego servía la cena. Cuando todos habían terminado de cenar, lavaba los platos y después hacía más labores domésticas. Nadie se dio cuenta que nunca me sentaba a comer.

Adelgacé 6 kilogramos, 12 kilogramos... y así continué. Las ropas me colgaban ya que se me habían vuelto demasiado grandes para mí. Sin embargo, nadie lo notó hasta el día que me desmayé de nuevo en la escuela. Fue difícil convencer a los demás de que no había tomado otra sobredosis. Querían enviar por una

ambulancia pero yo insistí en que estaba bien. Después de ese día continué viviendo cada día como zombie. Tenía tan poca energía que poco podía hacer. Seguí así durante seis semanas más, hasta que me desmayé de nuevo. Uno de mis profesores, a quien llamaré el señor Jones, era asistente médico, me levantó del piso y más tarde me dijo que inmediatamente supo lo mal que estaba mi caso. Pesaba tan poco.

Me senté y lloré en su oficina mientras él trataba de convencerme de que necesitaba ayuda médica. Le conté acerca de las bravuconadas que tenía que soportar en la escuela pero no le dije nada del trauma de mi vida familiar. El señor Jones hizo un trato conmigo. Yo accedí a empezar a comer otra vez y a ver a un psiquiatra, él en cambio, estuvo de acuerdo en no decirles nada a mis padres. Sin embargo, incluso en esa etapa era astuta. Había accedido a ver a un psiquiatra pero no a *hablar* con él.

Empecé a comer otra vez y me sentaba con el señor Jones durante el almuerzo para que fuera testigo de que comía. Nunca se me ocurrió provocarme el vómito. No parecía importante en esa etapa. Había encontrado a un amigo, alguien que quería conocerme, y me sentí un poco más feliz. No obstante, mis sesiones con el psiquiatra terminaron muy pronto. Me dijo que no tenía caso que lo viera si no estaba preparada para hablar. El señor Jones se puso estupidamente al respecto, a pesar de nuestro trato original. Empecé a hablar con él y lentamente fui depositando mi confianza en él. Le conté acerca de las constantes discusiones de mis padres, pero no le dije nada acerca del abuso.

El señor Jones alejó a los bravucones de mí. Llegué a ser conocida como una de las consentidas del profesor, así como una esnob, pero no me importaba. La vida continuó y las cosas fueron un poco más fáciles, gracias a Dios, pero a la edad de 15 años, mi padre me embarazó. Me puse en un estado tal por todo lo que había sucedido que me corte las venas de las muñecas. Tuve que ver a otro psiquiatra. Poco después, perdí al bebé.

Después de eso, mi vida siguió rápidamente cuesta abajo. Odiaba la escuela y odiaba todo, ya había tenido suficiente de la vida que los demás querían que viviera. Me sentía como una esclava en casa, haciendo las labores domésticas, cocinando y todo lo demás, aparte de soportar a mi padre quien me violaba continuamente.

Empecé a dejar de asistir a la escuela. Ya había pasado el punto en el cual me importaba. No sabía hacia donde se dirigía mi vida, o incluso qué estaba haciendo la mitad del tiempo. La escuela avisó a mis padres respecto a mi ausencia, lo cual resultó en varios sermones y que mi padre me pegara. Volví a la escuela pero no tenía ningún interés en mis estudios. Inevitablemente mis calificaciones cayeron de manera drástica, pero aun así la escuela me era indiferente. Mis estados de ánimo fluctuaban de forma constante. Ya no quería vivir. Sentía que no había vida para mí. Tomé otra sobredosis pero me salvé de nuevo. Seguíó la rutina acostumbrada de ver a los psiquiatras, aunque esta vez fue diferente. El psiquiatra que me vio dijo que no le importaba si hablaba o no y me animó a escribir mis sentimientos en un papel.

Escribí una cantidad de cosas y realmente me ayudó, pero todavía no tenía el valor para mencionar lo del abuso. De hecho, el abuso había empeorado. Ya no solo era mi padre quien se interesaba por mi cuerpo, mi hermano también empezó a buscarme. Él me violó varias veces, no podía luchar contra él para quitármelo de encima, pues era mucho más fuerte que yo. Era evidente que habían fallado mis intentos por deslucarme de mis características femeninas.

Odiaba a mi padre, odiaba a mi hermano, pero más que todo me odiaba a mí misma. No es de sorprender que reprobé mis materias. Mis padres se disgustaron. De nuevo había decepcionado a la familia. Mi padre me dijo que yo era un desperdicio de espacio y que no podía entender la razón por la que había reprobado. Dijo que ni mi hermano ni mi hermana habían causado tantos problemas como yo. Desde entonces, hacia la referencia a mí como "la hija problema".

Me mudé a una nueva escuela para volver a presentar mis exámenes, pero fue extremadamente difícil. Era un colegio muy estricto dirigido por sacerdotes. Me costaba mucho trabajo establecer nuevas amistades. Los demás alumnos parecían muy diferentes de los que yo estaba acostumbrada a tratar y como consecuencia, permanentemente estaba en guardia. En realidad, no había razón para estarlo, pero me era imposible relajarme. Para empeorar la situación, no podía ver a mi psiquiatra. El colegio estaba en un área diferente y, por tanto, demasiado lejos. Me sentía abandonada, sola y muy deprimida.

Para llegar al colegio tenía que recorrer una gran distancia en tren y de pronto me di cuenta de que estaba usando el alimento en forma diferente, esta vez usé la comida como consuelo. Comía grandes cantidades de alimento, lleno de azúcar y grasa, con muy poca atención en mi figura. Hasta que día visité a mi abuela y se dio cuenta de que había engordado mucho. Con voz conmovida y sorprendida me mencionó lo *gorda*

que estaba. Me pesé y encontré que pesaba 63 kilogramos. Estaba horrorizada y me sentí absolutamente desagradable. De inmediato seguí una dieta sin grasa y sin azúcar. Hacía también ejercicio en mi tiempo libre. Incluso cuando se suponía que debía estar estudiando, hacía ejercicio. Reduje mi peso de manera sencilla y me puse más delgada. Pero aún así seguí con la dieta y el ejercicio. Con el tiempo, empecé a tomar posesión de mi vida.

Una de las chicas a quien yo consideraba mi amiga murió de repente. Había viajado al extranjero y se había infectado con algo. Fue completamente inesperado. Me sentí en un completo estado de conmoción; no podía hacerme a la idea de su muerte. No podía manejar mi aflicción. Sentía que ella no debió haber sido quien muriese, sino yo. Yo sí merecía morirme, pero ella no. Me culpé a mí misma por su muerte. Hablé con uno de los sacerdotes pero no tuvo la capacidad para entenderme. Me sentí desolada por completo. Nunca he podido sobreponerme a su muerte.

Decidí que quería morirme. Escribí una larga carta de suicidio y la dejé donde se pudiese encontrar después de mi muerte. Enseguida fui a la iglesia a rogar para que se me perdonara por lo que estaba a punto de hacer, pero el director me encontró antes de que llevara a cabo mi propósito. Se llamó a la consejera de la escuela. Hablé con ella. Mis palabras estaban llenas de un intenso dolor y enojo. Por primera vez hablé acerca del abuso. Después me sentí muy mal. La consejera no podía calmarme; lo único que quería era estar sola, así que salí y me fui a casa. Mientras tanto, la consejera llamó a mis padres y les dijo todo lo que había contado en confidencia. No podía creerlo. Cuando mi madre llegó a casa, me pegó. Más tarde, cuando estaba sola llegó mi padre y dijo que no importaba lo que yo dijera ni a quien se lo dijese, ya que él siempre lo negaría. Después me pegó.

Aprobé las materias de la escuela y seguí los estudios para el siguiente nivel. Me uní a la pandilla de la escuela y me hice adicta a las drogas y el alcohol. Cuando mis padres se enteraron me obligaron a trabajar con ellos en una de sus tiendas. Tenía que pasar mucho tiempo con ellos y me sentía miserable. El mundo se hizo pedazos a mi alrededor cuando descubrí que estaba nuevamente embarazada.

Cuanto más abultada me ponía, tanto más quería conservar al bebé pero tenía miedo de decirles a mis padres que estaba embarazada. Traté de ocultar mi vientre bajo ropas sueltas. No sabía cómo reaccionarían ante la noticia. Tenía cuatro meses y medio de embarazo cuando mi padre llegó a casa completamente ebrio. Entró a la casa gritando obscenidades. Empezó a pegarle a mi madre. Instintivamente intenté ayudarla pero entonces él se volvió hacia mí. Perdí el equilibrio y caí por las escaleras. Sentí un gran dolor y empecé a sangrar. Más tarde, por la noche, tuve los dolores de parto.

Le dije a mi madre lo que estaba pasando y ella me ayudó a tener al bebé. El bebé era una pequeña niña. Era hermosa y perfecta en todos los sentidos, excepto que no se movía. Mi pequeña bebé estaba muerta. Mi madre la tomó y se la llevó y nunca volví a verla. Estaba tan desesperada y enojada de que una vida tan preciosa se hubiese destruido solo por un golpe más. La vida de la bebé nunca se pudo celebrar. Ni siquiera se reconoció que había nacido. No tuvo un certificado de nacimiento, ni funeral, ni un entierro adecuado, ni tumba siquiera. Hasta la fecha, no se me permite hablar de ella.

La vida en casa continuó como era normal. Con el tiempo, estuve lo bastante bien para conseguir empleo y me convertí en radióloga. Hasta ese momento, no me di cuenta de lo presionada que estaría. Todo el tiempo estaba trabajando con personas muy enfermas y no era fácil lidiar con eso. A la vez, tenía presión de la administración del hospital para mejorar los porcentajes de rendimiento. No podía hacerle frente a la tensión y lentamente empecé a sufrir un colapso bajo el estrés. Deje de comer.

Con frecuencia, sentía el apremio por comer pero después hacerlo, vomitaba. Cuanto más peso perdía tanto más me deprimía, hasta que llegué al punto en que pensé que la muerte era la única salida. Tomé una sobredosis y terminé de nuevo en el hospital. Las enfermeras fueron muy amables, parecían comprender la presión bajo la cual había estado y lo difícil que era.

Mi contrato en el hospital no se renovó, debido probablemente a mi depresión, por lo que me cambié a otro hospital. Sin embargo, terminé con los mismos problemas, ya que, desde luego, estaba realizando la misma línea de trabajo y obviamente no era la adecuada para mí. Continuó el ciclo de hambre y sobredosis. Conoci a otro psiquiatra. Esta vez sí pude hablar. Me agradaba su persona. Él me hizo sentir cómoda. Incluso le conté sobre el abuso sexual con tanto detalle como pude. Era difícil, sin embargo con él ahí sentía que estaba llegando a alguna parte. Lentamente, empecé de nuevo a comer.

La situación se veía mejor de lo que se había visto durante largo tiempo, pero un día, mi psiquiatra repentinamente me avisó que tenía que ausentarse. Ya no podría verme más. Me quedé desolada. Adelgacé

y terminé en el hospital. Mientras estuve ahí me sentí muy deprimida pero de todos modos me dieron de alta y eso fue un alivio para mí. Enseguida empecé a comer en exceso. Estaba sola y deprimida y una vez más comí para consolarme. No podía librarme de toda la comida vomitando, y fue entonces cuando escuché acerca de los lavantes y empecé a abusar de ellos con la esperanza de que así reduciría mi peso.

Después de un tiempo, se me diagnosticó como bulímica. Inevitablemente siguieron varias consultas médicas y más psiquiatras. Regresé con un psiquiatra que había visto previamente, él parecía interesarse en mi caso y me ayudó verlo. Realmente nunca fui capaz de hablarle de mis problemas pero sí pude escribirle largas cartas y él estuvo de acuerdo con ese arreglo.

La vida continuó muy semejante desde entonces. Le escribo a mi psiquiatra todos los días y es un salvavidas que realmente necesito. Todavía me deprimó extremadamente. No veo la luz al final del túnel. Me desprecio a mí misma, así como a la forma en que he dejado que la comida arruine mi vida. Me gustaría que cambiaran las cosas, pero si el pasado reciente es indicativo, no creo que cambien. No obstante, mientras haya vida hay esperanza, o por lo menos, eso es lo que dicen (Shelley, 2000).

Mi vida en un capítulo

"Tu mente tiene un control completo sobre todo tu cuerpo; han desaparecido tus poderes de razonamiento; la lógica y el sentido común son inexistentes"

El caso de Callum proporciona un claro mensaje a los editores de revistas acerca de la responsabilidad que tienen por el contenido de sus publicaciones, y la importancia de analizar ese contenido en términos del daño que pueden causar tanto a los individuos anoréxicos como a los que están en riesgo de afectarse. Entre estas personas no sólo se encuentran adolescentes o mujeres, sino también personas adultas y varones. Callum considera que los medios pasan por alto estas últimas categorías. Los editores tienen el poder para producir cambios. Tal vez la historia de Callum y las historias de otros pacientes destacarán las razones por las cuales deben hacerlo.

Para mí, la anorexia fue como estar atrapado en una prisión donde se encarela al prisionero en un profundo foso y solo puede ver la luz del día en lo alto, pero no tiene forma de alcanzarla. Me en túnel sin salida y con un tren que venía hacia mí. Ahora me considero recuperado pero todavía vivo con la anorexia hasta cierto grado. Creo que nunca desaparecerá, solo se trata de aprender a lidiar con ella. Me volví anoréxico alrededor de los 21 años de edad. Ahora tengo 37 años.

Esta pregunta se me ha planteado muchas veces por tantos y diferentes psiquiatras, psicólogos y terapeutas: "¿Que piensa que causó su enfermedad?", "¿Cual fue el disparador?" Mi respuesta siempre ha sido: "Me gustaría saberlo". "Fue el temor de crecer y tener que dejar los años fáciles, despreocupados y felices de la juventud para enfrentar ahora las responsabilidades de un adulto maduro". Tal vez me estaba rebelando frente a algo, aun cuando no veo como el casi morirme de hambre salvaría a las ballenas o daría un autogobierno a Escocia. "Había hecho algo malo por lo que Dios me estaba castigando". No lo sé, no puedo pensar en una explicación lógica o razonable por la cual quise torturar mi mente y mi cuerpo durante tantos años, al grado en que la muerte hubiese sido un alivio bienvenido.

El padecimiento de la anorexia me convirtió en una persona muy egoísta, desconsiderada y de miras estrechas. Todo se trataba de "yo, yo, yo". Me había vuelto muy susceptible y nunca pensé dos veces en los seres que me rodeaban, particularmente los más cercanos, lo cual en mi caso era mi familia. "Como deben haberse sentido, mi madre y mi padre, al ver a su hijo en esa forma, que vergüenza y angustia mental debo haberles causado". No solo era yo quien estaba sufriendo mi enfermedad.

En un principio, cuando me enferme, mis amigos hicieron los comentarios iniciales obligatorios acerca de que no me veía bien, pero muy pronto se ocuparon de otra cosa. Sin embargo, en retrospectiva, no puedo culparlos, porque nadie quiere realmente como amigo a un individuo introvertido, de mal humor, y poco amistoso como yo. Había pasado por una transformación real de Mr. Jekyll y Dr. Hyde. Sin embargo, estaba convencido de que no los necesitaba, y nunca los había necesitado. Yo podía lidiar con eso bastante bien por mi propia cuenta, no había ningún problema.

Para mí, uno de los peores aspectos de la anorexia, el cual todavía me causa pena, es la forma en que trataba a mi familia, como las mentiras que les decía para evitar la ingestión de alimentos y todo lo engañoso e hiriente que fui en mi determinado afán por adelgazar, como que los pájaros en el jardín eran los mejor alimentados de Edimburgo, así como los ratones en mi armario. Todas mis energías estaban canalizadas hacia ese único objetivo, perder peso, y en esa resolución era incansable. Todo el día me estaba

subiendo a la báscula del baño y cualquier aumento de peso, en la mínima fracción de unos cuantos gramos, era un desastre importante así como la señal para un renovado ataque de dieta y ejercicio.

No creo que alguna vez pueda perdonarme por la forma en que actuaba; incluso ahora me enoja conmigo mismo por haber permitido que la anorexia me dominara y arruinara mi vida. Tengo la sensación de que mis hermanos nunca me han perdonado realmente por haberlos obligado a comer cuando no querían, yo siempre preparaba grandes platillos para ellos y me sentaba a la mesa, los observaba mientras comían, obteniendo cierta clase de placer perverso al hacerlo, al ver su "sufrimiento", su falta de fuerza de voluntad. No los culpo en absoluto si incluso ahora guardan un profundo resentimiento hacia mí, y espero que me perdonen.

La anorexia es una condición difícil para que la acepten los que no están afectados, particularmente en un hombre. Pero pienso que la mayor disculpa que debo, está reservada para mis padres, especialmente para mi madre quien estuvo conmigo en las buenas y en las malas, literalmente. Creo que fue la única que tuvo una idea real, no obstante indefinida, del infierno por el que estaba pasando. Más que ninguna otra persona, ella me ayudó a superar la anorexia, incluso mejor que cualesquiera de los profesionales que vi.

Consulté muchos "especialistas" durante mis años de enfermedad pero no puedo decir que alguno de ellos me hay ayudado realmente. Todo fue psiquiatría de libros de texto, se me planteaban las preguntas convencionales a las cuales respondía como se requería, todo era siempre un poco de pérdida de tiempo, porque yo sabía que solo estaba diciendo lo que querían oír a fin de quitarme de encima. Algo que todavía recuerdo de mis sesiones es el tiempo que duraban, sólo una hora, las sesiones nunca se pasaban de tiempo y cualquier cosa que quisiera decir, después de terminada la hora, tendría que esperar hasta la siguiente sesión.

La anorexia es una enfermedad individual y única, y sólo se puede curar realmente dentro de uno mismo. Supongo que se podría decir que todos los pacientes tienen la cura en sus propias manos. De acuerdo, ellos (cuando digo "ellos", me estoy refiriendo a los especialistas y sirve para subrayar el tipo de actitud de "yo contra el mundo" que tenía en ese tiempo) pueden ponerlo a uno en una intensa dieta para subir de peso y amenazarlo con la hospitalización y medicamentos, así como tratar de analizarlo y encontrar la raíz del problema. No me pongo a denigrar las aptitudes y experiencias de estas personas, pero todo lo que realmente hicieron por mí fue proporcionarme un oído amistoso y comprensivo. Si bien eso ayudó lentamente, con mi pensamiento deformado empecé a formularme la pregunta "¿Con qué derecho vienen a decirme que debo engordar o que debo hacer otra cosa?" Me enojé con ellos. Nunca era mi culpa, nada era una falla mía.

Asimismo, me volví deshonesto y taimado a fin de seguirles la corriente en sus juegos. Me colocaba pesas en los tobillos cuando llegaba la hora de pesarme o usaba ropas extras a fin de alcanzar mi "objetivo" para la semana. Y no hablemos de las mentiras que me obligaron a decir, es indudable que los anoréxicos no carecen de imaginación.

Asistía a las sesiones sabiendo que estaríamos hablando de lo de la última vez. Era como un gran juego de ajedrez, ataque y contraataque, pero siempre terminaba en tablas por que así era como yo lo quería. No quería cambiar, estaba muy feliz con la situación, no había nada mal en mí, aparte de que yo siempre creía ser un gándulón, gordo y pasado de peso. Permanecía adelgazando entonces, a la larga, todo se arreglaría, eso era lo que pensaba. En cierto modo pensaba que no comiendo y adelgazando, podría evitar enfrentarme a la realidad y desaparecerían todos mis problemas todos mis problemas. Ya no era un ser humano con pensamiento o funcionamiento racional.

Es sorprendente, ahora mirar mis fotografías, después de bajar mi peso de 70 kilos a un peso "excelente" de 47 kilos, "como podía verme gordo todavía." Es como mirarse en uno de esos espejos en una feria que distorsionan la imagen por completo. Excepto que con la anorexia no puedes alejarte simplemente de ellos. Lo que vea en el espejo, o pensaba que vea, era totalmente diferente a como me vea en realidad, no era más que piel y huesos. "¿Que es lo que nubla la visión de uno mismo, a tal grado, que no puede verse lo que se ha hecho con el propio cuerpo?" La mente tiene un control completo sobre todo el cuerpo, desaparecen los poderes de razonamiento, la lógica y el sentido común también son inexistentes.

Muchas cosas resultaron de mi anorexia, algunas buenas (aunque eran muy "escasas" en realidad), la mayoría no tan buenas. La anorexia indudablemente lo enfoca a uno, se convierte uno en una persona que realiza su potencial, casi a punto de la manía. Una vez que se te mete una idea en la mente tienes que alcanzar ese objetivo, los anoréxicos son muy porfiados. Yo caminaba, corría o hacía ejercicio durante

horas sólo para perder esas calorías y librame de toda la grasa, pero nunca desaparecían como lo prometían como lo prometían esas revistas de dietas. Entonces, para atacar el problema, tenía que comer aún menos y hacer más ejercicio, así, aunque estuviese físicamente agotado, al menos estaba en forma.

El producto más importante de mi anorexia, y probablemente el punto decisivo para mí, sucedió cuando ingresé a la universidad y obtuve mi licenciatura, esta era para mí, la luz al final del túnel que al fin había aparecido y sentía al alcance. Estaba comprometido a hacerlo bien. Me negaba a fallar en algo. La falta de alimento era el castigo por el fracaso. Mis estudios me dieron algo en que podía encausar todos mis pensamientos y energía. Me sentía feliz estudiando durante horas, era el estudiante perfecto. Mi licenciatura todavía me proporciona una gran satisfacción porque demuestra que no soy un ser humano totalmente inútil, ahora, me gustaría probarme esto a mí mismo con más frecuencia. Tendré que obtener otro título.

El alimento ya no es el conflicto que una vez fue, aun cuando todavía tengo baja autoestima, los problemas que causaron mi enfermedad siguen ahí. En cuanto a si estoy curado, la pregunta es: ¿los anoréxicos recuperados, como los alcohólicos rehabilitados, están completamente curados? Para el alcohólico sólo se necesita una copa para que pierda todo lo que había ganado. Lo mismo se aplica a nosotros. Sólo se necesita un comentario acerca de que estás engordando o saltarte una comida de vez en cuando y antes de que lo sepas estás de regreso al inicio, y empieza de nuevo la angustia de la recuperación. La anorexia siempre está pendiente sobre tu cabeza. Incluso hoy día, admito que no estoy totalmente curado de la anorexia, pero si la tengo bajo un control razonable. La comida todavía representa parte importante en mi vida pero no la controla o domina completamente. Con toda tranquilidad puedo comer chocolate o ponerle leche a mi café sin sentirme abrumado por la culpabilidad. Ya no tengo que verificar el valor calórico de todo cuanto como y, gracias a Dios, ya no consumo grandes cantidades de laxantes. He ubicado mi dieta en un nivel aceptable, no ingiero tres comidas al día, pero disfruto cuando como. Mi programa de entrenamiento me permite sentir que he hecho el suficiente ejercicio para perder un número aceptable de calorías y quemar esos kilogramos extra que de alguna forma aparecen en mi cuerpo de la noche a la mañana, si bien, ahora me ejercito por el goce que me proporciona.

Ahora estoy en condiciones de aceptar que tuve, y supongo que aún tengo (pero en un grado mucho menor), un trastorno de la alimentación. Pero acaso no tenemos todos cierta clase de problema con la alimentación? La comida es un factor influyente, integral y controlador de nuestra vida, te gobierna ya sea que lo sepas o no conscientemente. La mayoría de la gente verá que su día normal gira alrededor del alimento en cierta forma. Cuando tienes apetito, las punzadas del hambre superan todo lo demás, y solo puedes volver a pensar con serenidad una vez que has satisfecho esa hambre con comida. Cuando se ignora esta necesidad básica humana no puedes proseguir para satisfacer tus otras necesidades.

Los alimentos se comen en horas regulares del día. Las revistas nos dicen, "No comas tal y tal alimento porque es malo para ti" o "sigue este régimen de dieta, si quieres vivir más años". La publicidad en la televisión está llena de personas hermosas que son un modelo al que puedes aspirar a parecerse si bebes cierta agua mineral o usas algún tipo de shampoo. Independientemente de que lo niegues, todo el mundo se ve influido en diverso grado por lo que leen en los medios impresos o ven en la televisión. Como debemos conducir nuestra vida, como debemos pensar, como debemos vernos, todos estos factores nos manipulan cada vez más, supuestamente en beneficio de nuestro propio interés. En la actualidad, la propaganda y la presión de los medios, considero, deben verse como un factor que contribuya a la anorexia.

En lo que se refiere a la anorexia en hombres, los medios la pasan por alto, junto con las pacientes mujeres de más edad. Creo esto es otro ejemplo de la falta de percepción que se incluye en los reportajes de los medios. Proporcionan una impresión completamente falsa (de que la anorexia sólo la sufren las mujeres adolescentes), y están muy equivocados. Tal vez estoy siendo demasiado cínico, pero creo que estoy justificado, ya que los hombres también padecemos anorexia, sin embargo, debido a que todos los libros y revistas parecen ignorar este hecho por completo, los hombres creemos que estamos solos en nuestro sufrimiento. Nos movemos penosamente bajo la impresión de que somos fenómenos (para el hombre promedio, de pelo en pecho, el hecho de admitir que tiene un padecimiento que es "sólo femenino", no es de hombres definitivamente), por tanto, tienes que reprimirlo y fingir, ante ti mismo y el resto del mundo, que no existe ningún problema.

Ya no se puede aducir que no hay revistas dirigidas al mercado masculino ya que en los años recientes han aparecido varias, sin embargo esas publicaciones rara vez abordan el tema de la anorexia masculina. Los modelos en la publicidad o en las páginas de modas, como sus contrapartes femeninas siempre son esbeltos,

volvemos a esta representación problemática de que la gente hermosa y exitosa siempre es súper delgada y bien formada. El individuo promedio y las personas de más de 30 años no entran en la jugada.

Los modelos masculinos siempre tienen torsos en forma de V, músculos estremecedores y, por lo general, no se han afeitado. Y, aun cuando admitirlo significa no "estar enterado", todos aspiramos a vernos como los modelos en los anuncios de ropas o los fornidos llenos de músculos que demuestran que puede tenerse un cuerpo como el suyo trabajando en el gimnasio durante sólo 15 minutos a la semana. Por tanto, indirectamente los hombres estamos siendo conscientemente manipulados para creer que lo delgado es bonito. Lo mismo que en las revistas, sólo necesitas mirar los anuncios clasificados en la parte posterior donde encuentras anunciantes que ofrecen cambiar o resaltar cualquiera o todas las partes del cuerpo para verte mejor, entonces, ¿realmente la gente va a la liposucción? ¿Nos hemos convertido en realidad en seres tan vanidosos e ingenuos?

Pero retomemos el problema de la "imagen", un hombre no puede decir tan fácilmente "oh, a propósito, estoy a dieta", o empezar a tomar bebidas dietéticas cuando sale con los amigos. Sencillamente, no funciona así, un ejemplo fundamental de la presión de los pares en la acción cotidiana. Un corolario similar es que los hombres no lloran, eso se lo dejamos a las mujeres. En realidad, cuán distorsionada y desinformada es esta creencia. Si todos los hombres pudiesen admitir que es absolutamente válido que ellos también lloren, entonces todos, los hombres y mujeres en general, estaríamos mucho más relajados con nosotros mismos y en la imagen que reflejamos hacia los demás.

Considero que, dada la influencia que tienen las revistas en particular sobre sus lectores en tantas facetas de su vida individual, deberían adoptar la responsabilidad de enfocarse en temas más importantes, por ejemplo, la anorexia masculina, en lugar de darle vuelta a los mismos asuntos mes tras mes sobre cómo darles caba a las mujeres, o cómo recuperarse de una resaca. Los editores tienen una oportunidad excelente para cambiar todo el formato de sus revistas, sobre todo para mejorar.

Mi mensaje para ellos es que publiquen artículos y temas que sean contemporáneos, relevantes y meritorios y logran algún bien, dejen saber a sus lectores que la anorexia no es algo de lo que tengan que avergonzarse, y que hay muchos pacientes afectados. Asimismo, que animen a los hombres a olvidarse de la imagen estereotipada de que ellos siempre deben aspirar a algo mejor, que se olviden de la noción de que están fallando en cumplir con esas condiciones si no están calificando como hombres "de verdad". Es perfectamente aceptable salir e ir a un café y conversar, o empujar un carrito en el supermercado. Las reuniones sociales no tienen que girar alrededor de algunas botellas de cerveza que se han tomado. Para los editores de revistas está muy bien publicar fotografías de modelos en trajes finos y camisas de lujo, pero estas ropas siempre están más allá del presupuesto diario de la mayoría de los lectores. Concéntrate, en cambio, en los artículos de precios más razonables y cotidianos. Proporcionen mayor realismo a todo el tema.

Volviendo a mi propia experiencia con la anorexia, ¿qué legado queda después de mi sufrimiento? Físicamente, todavía estoy delgado y me es difícil consumir una comida abundante. Mi apetito nunca se ha recuperado por completo y no experimento las punzadas de hambre como tales. Asimismo, soy un comedor "solitario" porque todavía me desagrada comer en público, lo cual evito en todo lo posible.

Aún tengo que estar activo la mayor parte del tiempo y caminar a todas partes, junto con mis sesiones diarias de gimnasio. Sin embargo, un resultado adverso del insaciable deseo de hacer ejercicio y, en particular, de correr, es que mi cuerpo está ahora lleno de lesiones que se refusan tenazmente a sanar. Mi espalda, en particular, me causa mucha molestia y las articulaciones, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos me ocasionan mucho dolor. Incluso cuando me lesionaba segura entrenando a sabiendas de que al hacerlo estaba empeorando las lesiones. Las contusiones que solo hubiesen sido molestias temporales en un cuerpo sano ahora se han quedado permanentemente en mi cuerpo, incluso ahora todavía no he aprendido la lección y persisto en el entrenamiento.

Finalmente, he llegado a la conclusión de que no existen diferencias reales entre los hombres y las mujeres anoréxicos. En el transcurso de los años, he leído innumerables publicaciones y artículos los cuales, siempre se refieren a la anorexia como un trastorno de las mujeres únicamente, pero en la mayoría de los casos me puedo identificar con la paciente y su descripción de la enfermedad. He sufrido los síntomas generales descritos y puedo entender la mayoría de los síntomas individuales experimentados, incluso cuando se cree que muchos de éstos solamente los sufren las mujeres. La única diferencia real entre los dos es la apertura, o la falta de ella, en el caso masculino, que exhibe el anoréxico.

Creo que para mí, personalmente, esta falta de apertura y el temor a convertirme en un marginado me condujo a que fuese un afectado "tardío" por la anorexia: es posible que haya padecido los síntomas pero hice un buen trabajo al ocultarlos. Supongo que también tenía temor a que se burlaran de mí y fuese ridiculizado porque estaba viendo a un psiquiatra. Todas las enfermedades psiquiátricas llevan ese estigma. Se ve como una señal de debilidad, de no tener control, o una incapacidad para manejar la propia vida. Sin embargo, esa idea es equivocada porque nadie puede desplegar más control sobre su vida, o tener tanta fuerza de voluntad y, al mismo tiempo tener una mente tan estrecha en cuanto a la realidad, como el anoréxico.

En el aspecto mental, todavía estoy deprimido en exceso y tengo profundos sentimientos de abatimiento, desesperación y autodesprecio, a la vez, puedo ser extremadamente irritable. Tal vez no suene así, pero definitivamente estoy mucho mejor de lo que estaba.

Hay esperanza. Este es el mensaje que me gustaría transmitir a todos los afectados, a sus amigos y familias. El camino hacia la superación de la anorexia es muy largo y difícil, pero puede recorrerse, y cuando llegas al final te das cuenta de que valió la pena el esfuerzo. ¡Buena suerte! (Shelley, 2000)

La flacura que mata

A los 15 años, con 1.60m y en la cúspide de su obsesión por adelgazar, Gema llegó a pesar 20 kilos, el peso normal de un niño de 5 años. Apenas podía caminar, cada día dejaba en su perne puñados de cabello seco, no menstruaba, la piel se le llenó de escaras, tenía edemas en los pies y su cadavérica estampa asustaba. Pero aun en ese estado, cuando tuvo que ser internada en una clínica porque ya no podía tenerse en pie y tuvo que ser alimentada con una sonda, Gema se veía al espejo y, tocándose su escuálido cuerpo, continuaba lamentándose por esa "lonja" que aún creía ver. Para ese entonces su dieta se había reducido a pura agua y se negaba a comer. Lo suyo, un caso extremo de anorexia, comenzó como tantos otros: haciendo dieta, junto a unas amigas, para llamar la atención del más guapo de la escuela y ganar el respeto de un grupo de jóvenes excesivamente preocupadas por la estética corporal.

Actualmente, a los 21, tiene un cuerpo delgado pero al fin saludable. Ella cuenta cómo fueron esos 6 años de anorexia en los cuales, dice, no solo perdió la etapa más bonita de su juventud, sino también a quienes creía que eran sus amigas, el normal funcionamiento de sus ovarios y buena parte de masa cerebral.

"Cuando comencé a hacer dieta yo tenía 14 años y pesaba 54 kg. En 2 semanas bajé a 48, pero mis compañeras me decían: 'no se te nota, te ves igual', así es que me pique y seguí adelgazando. Entonces, cuando llegué a los 37 kilos, mis papas me internaron en una clínica."

Gema no sabía aún que tenía anorexia, le desagradó el psiquiatra que la atendió y se sometió, con aparente docilidad, a un programa destinado a hacerla subir de peso. Al cabo de 1 mes, dolida y decepcionada porque ninguna amiga se preocupó de su suerte, salió de la clínica decidida a no volver a la escuela y dispuesta quitarse de encima los kilos que su pesar le habían hecho subir. "Empecé a comer cada vez menos, hasta que llegué un momento en que tomaba una manzana, la partía en cuatro y me comía un cuarto diario. Es decir, una manzana me duraba cuatro días."

Su madre estaba desesperada. "Me daba cuenta que no estaba comiendo, pero no podía hacer nada. Ella inventaba historias: que había comido con una amiga o que mientras cocinaba se había hartado de masa de panqué. Se ocultaba detrás de vestidos anchos, no permitía que me acercara, menos que la abrazara, y pasaba todo el día encerrada en su habitación. Una vez ya no podía quitarse la ropa sola, porque no tenía fuerza. Era terrible: pasaba todo el día pendiente de que no se me muriera, que por favor viviera. Pero cómo no te das cuenta de lo que estás haciendo. ¡Mírate las piernas, mírate la cara!"

Gema dice: "Yo era consciente de que no podía hacer las mismas cosas que antes. Tenía que tocarme las piernas al subir las escaleras, pero para mí en ese momento era más importante bajar de peso que estar viva o seguir caminando. Era mi gran meta. Además sentía que no servía para nada, que todo lo hacía mal, que estaba haciendo infelices a mis papas. Al final como que te quieres matar."

A Gema lo que la salvó fue su fuerte deseo de ser madre algún día. Preocupada por el cese de sus menstruaciones -hecho que no atribuía a su flacura- pidió a su madre que la llevara con un ginecólogo. Apenas cruzó el umbral, el médico, espantado, la canalizó con un especialista en anorexia, quien rápidamente volvió a internarla. Ingresó a la clínica pesando 20 kilos.

Gema siguió rehusándose a comer. Incluso, tras ser dada de alta, debió continuar conectada a sondas de alimentación en su propia casa por casi un año. Luego, durante 4 años, se la pasó entrando y saliendo de diversas clínicas para recuperar allí el peso que perdía cuando estaba fuera del hospital. Siguió una terapia: sus padres gastaron en su enfermedad más de 100 mil dólares; su hermana cayó en las drogas, sus padres afectados con tanta crisis, enfrentaron una separación que lograron superar, y ella misma sobrevivió a tres intentos de suicidio, el último –se tomó dos frascos de tranquilizantes– tuvo el efecto de enfrentarla al límite. Desde entonces no ha vuelto a adelgazar. Eso fue hace dos años. Gema está bien, pero reconoce que todavía se siente inestable, que tiene problemas con su autoestima y que se deprime por cualquier cosa. Dejó su terapia, aunque sabe que debería continuarla, no regresó a la escuela (presentó exámenes extraordinarios) y estudia exitosamente una carrera: gastronomía, curiosamente. De sus 6 años anoréxicos dice: “Perdí mi tiempo. Siempre pienso en cuanto mejor sería mi vida si no hubiera pasado eso.” (Vonadovic, 1998).

Mentiras ingeniosas

Para Andrea su mejor aliado fue el uniforme escolar: “Desarrollé el ingenio como nunca antes y siempre tenía una mentira en la punta de la lengua. Para que no sospecharan, me llevaba la comida a la recámara y la guardaba en bolsas, que luego escondía en cajones o que tiraba por la ventana a la casa del vecino. Mi mejor apoyo fue el uniforme, como es ancho, pasé meses camuflada. Mi mamá se dio cuenta que era un saco de costillas cuando llegó el verano y me vio en traje de baño. Entonces se asustó y me llevó al doctor, pero ya habían pasado 3 meses y yo había adelgazado más de 15 kilos.”

Todo esto ocurría cuando Andrea tenía 14 años. Hoy, a los 23, piensa: “Sabía que lo que hacía éticamente incorrecto y que estaba haciendo sufrir a mi familia, pero era algo a lo que no podía renunciar. Toda mi felicidad radicaba en el hecho de estar flaca.”

En el fondo tienes una lucha interior, una parte tuya sabe que te estás haciendo daño, pero por otra, muy fuerte, está maravillada con el inmenso poder que brinda ser capaz de controlar algo tan básico como tu apetito. Hay una cosa como de omnipotencia. A mi me daba hambre, no lo voy a negar. Entonces para aplacarla, cocinaba postres para el resto de la familia. No probaba ni un bocadito, (pero oler las tartas era un placer).”

Descubierta por sus padres antes de que llegara al punto de tener que ser hospitalizada, Andrea fue sometida a una dieta médica de sobrealimentación. Su familia asumió la misión de vigilarla para que comiera, pero ella se encargó de hacérsela difícil: “Cortaba una rodaja de pepino en 4, después en 8, luego en 16 y así sucesivamente. Después pasaba los trocitos por el plato y cuando finalmente se los llevaba a la boca, los masticaba lentamente. En un plato chico de ensalada podía tardar fácilmente 3 horas.”

Tras varios meses de estira y afloja, un viaje familiar a Estados Unidos le devolvió, casi mágicamente, el apetito. Sin embargo, su primera menstruación no llegó hasta 5 años después. Recién entonces, cerca de los 18 años y por miedo a recaer, se sometió a una larga terapia. Hoy se ha especializado en traducciones de libros de cocina y gastronomía (Vonadovic, 1998).

“La dieta de la muerte”

La familia de Patricia nunca imaginó que la muerte fuera el desenlace. El problema fue descubierto de manera atípica: a los 13 años sufrió su primer desmayo. Y a partir de entonces, el calvario. Un médico, dos, tres, varios más.

Las respuestas aparecieron tarde. Después de años, los padres y la hermana de Patricia supieron que las diferencias entre ambas afectaron a la niña. La hermana mayor era desenvuelta e independiente; Patricia, tímida y vulnerable. El papa sobreprotegió a la niña, hacía todo por agradarla. En la adolescencia, Patricia notó que su cuerpo era un poco más regordete que el de su hermana. La comparación inevitable y una decepción amorosa –la única– afectaron la seguridad en sí misma.

Con el afán de ayudarla, el padre llevó a Patricia a “Jenny Craig”, una empresa que ofrece dietas bajo supervisión profesional. Ella bajó de peso y por un par de años estuvo satisfecha con los resultados. Al tiempo, quebró la compañía y la niña estableció su propio programa alimenticio. Supone su familia que entonces desarrolló la enfermedad.

Todos los días, Patricia se subía a la báscula. Luego, pesaba los gramos de sus alimentos y calculaba las calorías. Primero, rechazó los platos que cocinaba su madre y, luego se negó a sentarse con la familia a la mesa.

Alrededor de los 16 años, Patricia ya había dejado de menstruar. Se reseco su piel y se le pegó a los huesos, sobresalieron sus pómulos. Repudiaba a su hermana y su madre. Apreciaba sólo la compañía incondicional de su papá. La familia se partió en dos.

Impulsada por su hermana, Patricia acudió a terapia con un psicólogo. Lo dejó pronto, pero 2 años después, fue hospitalizada. La familia recuerda a Patricia como "conejillo de indias", internada en el hospital Santa Fe. Iban y venían los doctores, cada uno con su recomendación. Un psiquiatra recetó fármacos para controlar su ansiedad hacia la comida. El gastroenterólogo se empeñaba en que tragara un plato de pasta. Patricia despertaba gimiendo, amarrada a la cama. Hablaba sola.

Poco a poco mejoró y fue dada de alta, pero su comportamiento en casa dio cuenta de que "su mente no sanaba". Abandonó la escuela, impuso horarios estrictos para comer, se aisló y terminó inmóvil en la cama. Impotente, el padre decidió respaldar las decisiones absurdas de Patricia. Se enfrentó a su mujer y su hija mayor, convencido de que con su amor Patricia saldría adelante.

Un viernes, la hermana se presentó en el consultorio de un doctor especialista en estos trastornos. El médico la interrogó sobre el cuadro. Advirtió que su vida estaba en peligro. Urgía hospitalizarla. El padre se negó a hacerlo sin el consentimiento de Patricia. Así pasó el fin de semana. El domingo por la noche, Patricia ya no reconocía a los suyos.

Fue internada en el hospital Metropolitano pesando 34 kilos, casi sin oxígeno y sin conciencia. La gravedad de su salud obligó a Patricia a colaborar, pero su cuerpo ya no pudo (Scherer, 2002).

Miguel

Miguel, de 29 años inicia su padecimiento actual a los 8, cuando iba en segundo de primaria, al presentar un cuadro afectivo manifestado por ánimo triste, disminución de calificaciones, llanto fácil, con ideas de sentirse ridículo y humillado. *"los demás me veían diferente como retrasado"*. Este episodio se presentó después de que su madre se separó de su novio, ya que Miguel lo veía como un padre. La tristeza continuó hasta la actualidad, teniendo periodos intercalados de alegría de duración variable. Tuvo una infancia y adolescencia triste. *"mi mamá me criticaba y comparaba con mis primos que eran guercitos, a mí me decía que tenía las piernas gordas con celulitis y la panza aguada"*. A partir de ese momento a la fecha siempre tuvo el sentimiento de tristeza, ideas de minusvalía. *"pensaba que no valía nada porque me consideraba feo, gordo y una persona desagradable"*. *"quería que Dios me recogiera"*, se aislaba de los demás.

A los 23 años, se sintió muy solo y comía mucho para aliviar esa sensación, en aquel entonces *"iba a la cafetería y la comida era mi compañera en la soledad"*. Comía estos alimentos en 15-30 min, siempre planeados. *"antes de que terminara la clase yo contaba el tiempo, ya que tenía que ser exacto mi horario"*, comía 2 molletes, 2 sincronizadas, unos pinguinos y un refresco, lo cual consumía siempre. Al otro año tuvo la idea de querer bajar de peso. *"siempre fui gordito y un amigo me criticaba mi peso, él era el fortachón y yo lo admiré y quise mucho"*. Comenzó a restringir gradualmente de su alimentación carnes, carbohidratos, lácteos y grasas y además acudió a un médico, quien le prescribió una dieta. En aquel tiempo consideraba que era gordo, pesaba 78 kilos y medía 1.74m.

Un año después al salir de la Universidad inició un patrón de 4 horas de ejercicio aeróbico diario *"hacia el ejercicio en la noche a escondidas, me gustaba ver el piso lleno de sudor"*. Sacrificando horas de sueño, el ejercicio tenía que durar el tiempo que se había marcado. Al mismo tiempo inició el consumo de laxantes. *"Me agrada mucho la idea de perder peso, sentía incertidumbre con respecto a mi futuro, pero mi estado de ánimo mejoraba conforme bajaba de peso"*. Logró perder 23 kilos en el transcurso de 4 meses, comía gelatina light, verdura cocida y refresco de dieta (hasta 20 latas en un día).

Se sintió muy deprimido después de que quebró el negocio que estableció con su mejor amigo y por lo cual se tuvieron que separar. Posteriormente, comenzó con atracones, comía 3 bolsas grandes de cheetos o tres bisteces con tortillas en 2 horas. Comía aunque se sintiera satisfecho y después sentía culpa. Lo hacía cada fin de semana y después 2-3 veces a la semana. Los atracones los realizaba cuando se sentía solo. *"los domingos son días tristes y voy al cine para comer a solas, no me gusta que me vean los demás, esto es como acto de contrición y penitencia"*, se comenzó a inducir el vomito 2 veces por semana con los dedos o tomando agua con sal, además de seguir con los laxantes y/o diuréticos y el ejercicio. A veces vomitaba sin tener un atracón. *"Cuando tallan mis relaciones con los demás y cuando tengo problemas económicos me castigo, ya que debería ser lo suficientemente inteligente para prever todo"*. La madre de Miguel dice, *"se volvió muy irritable, me gritaba, decía que no entrometiera en su vida, no dejaba que entrara a su cuarto, yo compraba comida y se enojaba porque esta se desperdiciaba y empezó a aconsejarme cuales productos tenían poca grasa y no engordaban"*.

Meses después Miguel pesaba 57 kilos intentó suicidarse con una sobredosis de Valium (una caja), fue internado. *"Me sentía muy mal porque terminó mi relación con mi amigo Ramiro y porque tenía problemas económicos, y comencé a tomar Anfetaminas"*. A los 5 meses volvió a intentar suicidarse cortándose las muñecas con una navaja de rasurar *"me sentí desesperado, mis amigos ya no me querían, así que me corté las venas como forma de castigo"*. En el hospital fue obligado a comer *"me ataban y me daban a la fuerza la comida"*. Aumentó 6 kilos, cuando salió de la clínica tuvo la firme intención de seguir bajando de peso *"engañé a los médicos con tal de que me dejaran salir"*.

Más tarde acudió a la Fundación CBA, recibió psicoterapia y asesoría nutricional, logró aumentar 8 kilos en 4 meses, *acudí al gimnasio y mi cuerpo se marcó y subí de peso en músculo"*. Pero poco tiempo después fue defraudado por una persona a la cual le vendió su negocio de materias primas y tuvo que vender el coche de su madre e hipotecó su casa. Abandonó el tratamiento y volvió a dejar de comer y a darse atracones. *"comía queso, pan, palomitas en las noches a escondidas"*. Después comenzó a atesorar comida: *"compraba dulces y latas de comida en exceso, los cuales almacenaba"* *"tenía comida guardada con el fin de tener lo suficiente para cuando no hubiera que comer y al ver toda esa comida me daba gusto ya que sentía que tenía el control por no terminarmela. En las tardes me sentía triste y solo, por lo que tomaba Anfetaminas para mejorar mi ánimo"*. El consumo fue aumentando hasta tomar 14 tabletas al día. En ese entonces comía una barra de granola y una coca light de desayuno, en la comida pay helado light y café y en la cena un plato de cereal. *"Me siento feo, estoy delgado, pero me da miedo ver el espejo, veo la panza aguada, los muslos gordos, quiero bajar"*. Bajó a 50 kilos, tenía dolor de piernas, escalofrío y dolor de cabeza.

La madre dice que Miguel fue un niño bueno, de excelentes calificaciones, pero no tenía amigos, cuando se dio cuenta que él tenía anorexia se sentía desesperada y acudió a AL-ANON. *"uno se deprime, pero ya no lo ayuda, trato de comprenderlo pero es su problema"* *"me siento culpable de lo que le sucede a mi hijo, si yo hubiera actuado en otra forma"*. Miguel menciona que su madre siempre estaba a dieta y ocasionalmente llegaba tomar diuréticos, laxantes y autoinducirse el vómito para no engordar. *"Me exigía mucho en la escuela, que fuera bien portado, quería que fuera perfecto, como un robot, me controlaba siempre, ella decía que topa comprarme hasta los 15 años. Para ella era muy importante la apariencia y me exigía mucho en el físico, iba a una alberca semiolímpica y me hacía dar 100 vueltas"*.

La abuela materna desarrolló úlcera gástrica y bajó 20 kilos, teniendo una apariencia caquética. Murió finalmente de un sangrado del tubo digestivo. Esta siempre fue llenita, pero en sus últimos años de vida le interesaba mucho estar delgada y Miguel se dio cuenta que después de comer vomitaba, y le sugería a la mamá de este que tomara laxantes y diuréticos para bajar de peso, ya que así se mantenía muy delgada. *"A mi abuela, al igual que toda mi familia le interesaba mucho el aspecto físico, yo sé que toda su vida vomitó y utilizó laxantes y diuréticos, yo no creo parecerme a ella en esto, porque mi abuela no tomaba tantos laxantes como yo, lo que sí me parece es en lo hurano"*. A mi abuela no le gustaba que jugara, por lo que me encerraba todo el día en el cuarto y no me dejaba salir. No podía cantar, levantar la voz o enojarme, ya que me regañaba". La abuela siempre le dijo a Miguel que su madre no lo quería y hubiera preferido tener una niña, en lugar de un varón.

La madre solo convivía con él durante la comida, porque tenía que trabajar, y él se quedaba bajo el cuidado de la abuela. Vivió tranquilamente en cuanto a lo económico, pero nadie le brindó afecto, ya que su madre trabajaba, su abuela siempre lo regañó y el abuelo fue una figura distante. Por lo que siempre quiso tener un padre, aunque nunca se preocupó por preguntarle a su madre sobre él.

Su amigo Ramiro siempre lo cuidaba de los demás, pero en ocasiones le hacía comentarios como que estaba pasado de peso en forma de burla. *"él era deportista, se cuidaba mucho de lo que comía, por lo que criticaba mi aspecto, me contaba las calorías de todo lo que comía. Cuando yo tenía 12 años reprochaba mi aspecto, me veía gordo"*. En su época de estudiante le fue bien académicamente.

Miguel siempre se ha considerado diferente a los demás, lo cual le agrada. *"era extraño, y a pesar de tener desventajas en comparación a los demás, nunca quise ser como mis compañeros"*. No le gusta experimentar placer. *"es como si estuviera prohibido para mí, ya que es una señal de debilidad y fracaso, es como el comer, lo cual es satisfactorio, y es algo que los humanos hacen, y yo soy distinto"*. Me gustaría nunca fallar, eso me hace sentir muy triste. Siento mucho rencor y enojo en contra mía, por no ser lo que quisiera y no aceptarme, por haber caído en tantos errores, en ocasiones me siento fracasado.

Siempre he tratado de ganarme a las demás personas haciéndoles obsequios y prestándoles dinero. Lo que más me gusta obsequiar es comida. Las personas te siguen por lo que les das, pero quisiera que me estimaran por lo que soy. A mí me da ansiedad cuando como, pero trato de hacerme el fuerte, ya que no me gusta que vean que tengo debilidades, por lo que no soy expresivo con los demás”.

“Cuando siento que fracaso, me castigo a mí mismo: no como, tomo diuréticos, vomito. Siento que no merezco disfrutar de las cosas, ya que para mí las personas que disfrutan y se dan libertades son fracasados. Anteriormente cuando me sentía enojado conmigo golpeaba la pared con los puños, para lastimarme. Me da mucho miedo fallar. Me he dado cuenta que debo cambiar. Mi meta era pesar 45 kilos, cada kilo que bajaba me daba confianza en mí mismo, de tener el control. La anorexia, la cual creo que es un término peyorativo, es una mujer como la de Atracción Fatal que te seduce y la disfrutas y posteriormente sufres y ya no puedes escapar. Creo que lo bueno que me pudo dar el trastorno de la alimentación ya se ha terminado. Entre las cosas buenas de la anorexia es que me ha dado identidad. Tengo miedo de perder a mi compañera de todos estos años ya que si la abandono perderé del control. No me agrada tocar mi abdomen, lo siento grande y aguado, mis músculos son flácidos y gordos, pero haciendo ejercicio puedo pesar 60 kilos en músculo, mi meta es tener el cuerpo de Jean Claude Van Dame.

Al pesarme es la incertidumbre como cuando le dicen a una mujer embarazada si tuvo un hijo o una hija. Las personas gordas para mí representan el fracaso, es como darse muchas libertades. Aun siento miedo de subir de peso, pero yo creo que ahora no estoy delgado y me siento bien físicamente, ya que cuando llegue aquí me sentía cansado y no podía concentrarme, y como ya no estoy en ese estado creo que he mejorado mucho y no necesito subir más de peso” (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2000).

Bulimia Nervosa

Gregory

Gregory, un director de teatro de 43 años, fue evaluado en una clínica de trastornos de la alimentación de San Francisco. Aunque había bajado aproximadamente 29 kilos en los 5 meses anteriores, esto es, de 125 a 96 kilos con un marco de aproximadamente 1.70m, él aún estaba aterrado de engordar.

Gregory primero empezó a hacer dieta 5 meses después de que su esposa le dijo “gordo puerco” y ello implicó que ella pudiera considerar un divorcio. Eso lo aterronizó, hizo que empezara un estricto régimen dietético: un omelette y salvado de desayuno, de comida un café, y una ensalada y camarones o pollo de cena. Su meta original era bajar cerca de 25 kg. Cuando la dieta no resultó suficientemente rápida para bajar de peso, él empezó a meterse el dedo por la boca para inducirse el vómito después de las comidas.

Gregory ahora está “obsesionado” con la comida. Antes de ir a un restaurante, se preocupa por lo que va a ordenar. Él ha hecho un estudio de lo que come, en términos de que es lo más fácil para poder purgarse y conoce todos los baños de las áreas que frecuenta. No puede soportar sentirse lleno después de comer y se preocupa porque su estómago está “gordo”. Tres o cuatro veces a la semana no puede resistir la urgencia de “atracarse”. En esas ocasiones él siente que su alimentación está fuera de control, y devora por ejemplo tres hamburguesas, dos ordenes de papas a la francesa, medio litro de helado, y dos paquetes de galletas “Oreo”. Siempre se induce el vómito después de un atracón. Nunca ha utilizado laxantes, diuréticos, ni pastillas para bajar de peso.

Gregory también está preocupado por estar delgado. Él ha rebasado progresivamente su meta original de la dieta primero de 95 kilos, y luego de 92 kilos. Él ha comenzado a hacer ejercicio, caminando por lo menos una hora al día y, más recientemente ejercitándose con pesas varias veces al día. Él cree que las mujeres lo miran ahora diferente: cuando él estaba gordo, le echaban un vistazo casualmente, pero ahora su respuesta es “admirable”.

Gregory siempre ha estado algo pasado de peso, volcándose hacia la comida en tiempos de estrés, pero nunca se preocupó por su peso hasta que su esposa criticó su apariencia. Él no puede disfrutar más ninguna de las comidas y siente que ha perdido el control en esa área de su vida de tal manera que ya no puede dejar de hacer dieta, aunque su esposa le ha dicho que ahora está muy delgado. Por lo consiguiente, recientemente vio a su médico internista, quien no encontró ningún problema físico y lo refirió a evaluación psiquiátrica.

Discusión El trastorno de la alimentación de Gregory empezó, como es frecuente el caso, con un intento razonable de perder algo de peso. Él pronto comenzó a preocuparse por bajar de peso y continuó viendo su cuerpo "gordo" aunque otros no lo veían así. La preocupación por bajar de peso y la imagen corporal distorsionada sugieren anorexia nerviosa, pero ese diagnóstico no está hecho en la medida que Gregory no permitió que su estuviera debajo del mínimo para su talla.

Los atracones de Gregory (comer recurrente de una gran cantidad de alimento con un sentido de pérdida de control), comportamiento compensatorio recurrente para evitar subir de peso (en este caso, vómito autoinducido), y la preocupación exagerada por el peso y la figura indican bulimia nerviosa. Como es usual en el caso en la bulimia nerviosa el método predominante para evitar subir de peso es el vómito; por lo tanto, el diagnóstico adicional es calificado como tipo purgativo. Métodos menos comunes para evitar subir de peso son el mal uso de laxantes o diuréticos (también considerados como tipo purgativo), el ayuno, y ejercicio excesivo.

El caso es poco usual tanto en la bulimia nerviosa, como en la anorexia nerviosa, es mucho más común en mujeres que en hombres (Garfinkel, 1995).

"Alma"

"Alma", una mujer de 20 años solicitó tratamiento como paciente externa por su conducta glotona y de vómitos. Sus síntomas se iniciaron a los 17 años, cuando era estudiante de primer año de universidad. Aunque muy brillante y atractiva, le preocupaba gustar a los hombres. Su peso era normal para su estatura y su edad, pero decidió perder algunos kilogramos, de peso antes de la primavera para "estar preparada para la estación de los trajes de baño". Se sometió a una dieta con su compañera de cuarto, quien le sugirió vomitar después de las comidas.

"Alma" informó efectuar tres o cuatro comilonas a la semana por lo general durante la tarde y siempre cuando estaba sola. Solía sentirse deprimida y ansiosa cuando su necesidad urgente de comer en abundancia abusaba se volvía insuperable. De manera típica, abusaba del pan y los dulces. No era raro que ingiriera dos litros de helado, una bolsa de galletas y una hogaza de pan durante la comilona, que duraba de forma característica de 30 a 45 minutos. Se sentía aliviada de su depresión y su ansiedad durante las comilonas, e informó tener sensaciones de placer, tibieza, seguridad y aceptación incondicional. Terminaba las comilonas cuando le dolía el estómago, momento en el cual se inducía el vómito de manera mecánica. Después de vomitar, se sentía culpable e imitada con ella misma por ceder a sus impulsos y estar fuera de control.

Medía 1.70m de estatura. Su peso había fluctuado entre 50 y 68 kilogramos casi desde el principio de su bulimia. Aunque pesaba alrededor de 55 casi al principio del tratamiento, informó que deseaba pesar de 7 a 9 kilogramos menos. Tomaba grandes dosis de laxantes todos los días, y en ocasiones se administraba diuréticos. Había tomado anfetaminas, pero le preocupaba su creciente dependencia del alcohol. Se quejaba de gastar 60 dólares en una comilona e informó que robaba alimentos de una tienda de abarrotes.

Describió que se odiaba a sí misma como resultado de su conducta, y señaló que se había cortado superficialmente las venas en dos ocasiones por lo que se le figuraba que habían sido "intentos semisuecidos".

"Alma" decidió solicitar tratamiento después de leer un artículo sobre los peligros médicos de la bulimia. Le había dado demasiada vergüenza hablar de sus síntomas y creía que debía ser la única persona del mundo con este trastorno tan extraño. Se sorprendió al encontrar una gran frecuencia del trastorno al leer el artículo.

Ingreso a psicoterapia individual y se sumó a un grupo de apoyo para mujeres bulímicas. Sus síntomas mejoraron durante los seis primeros meses del tratamiento, y la frecuencia de sus comilonas disminuyó a una a la semana. Después de un año de tratamiento mejoró más aún y solo ocasionalmente hacía una comilona. Decidió proseguir con el tratamiento no solo para comprender mejor su trastorno de la alimentación, sino también para trabajar sobre los problemas prolongados relacionados con su baja autoestima y sus dificultades con las relaciones sociales (Norman, 1994).

Festines de medianoche

Annie es una joven alemana de 26 años. Es enfermera en un hospital y vive sola. Ella se despierta por la noche, va a la cocina y comienza a comerse todo lo que le cue en sus manos. Solo para al cabo de una o dos horas, cuando ya no encuentra nada que comer. Este comportamiento apareció en ella hace unos cinco años. Consultó entonces con un médico general que la envió al servicio de psiquiatría donde le pusieron un tratamiento antidepresivo ambulatorio ya que habían detectado un estado depresivo que la hacía comer. Los

deseos irresistibles de comer que sentía Annie eran incontrolables y siempre venían precedidos por un sentimiento de gran nerviosismo y, a continuación por un sentimiento de relajación después de haber comido, aunque esto último de acompañaba con sentimientos de pena y desesperación. El año anterior a la consulta se había producido un gran incremento en la frecuencia de los deseos irresistibles por comer, que se presentaban dos o tres veces a la semana. Siempre aparecían por la noche, a las pocas horas de haberse iniciado el sueño. Después de comer todo lo que podía encontrar, Annie se sentía abotargada, pero no tenía deseos de vomitar. Intentaba eliminar rápidamente lo que había ingerido tomando grandes cantidades de laxantes. Su peso variaba mucho pero se mantenía dentro de los límites normales ya que entre las fases de hiperfagia comía muy poco. Annie despreciaba la obesidad pero nunca había estado delgada. Sus episodios de polifagia hacían que se sintiera cada vez más deprimida y despreciativa consigo misma. Incluso había considerado la posibilidad de suicidarse tomando una sobredosis de pastillas para dormir, medicamento que le había presentado el médico de atención primaria para que durmiera de forma continuada durante la noche. Annie era capaz de realizar su trabajo de manera eficiente y solamente había dejado de asistir al hospital unos pocos días.

Antecedentes. Annie había crecido en un pueblo donde su padre era maestro. Cuando dejó el colegio estudió enfermería y había trabajado después en centros geriátricos. Annie había sido siempre muy sensible a las críticas, tenía miedo de lo que dijeran de ella y un bajo grado de autoestima. Trataba siempre de hacer las cosas bien y se sentía frustrada ante la menor crítica. Había estado enamorada varias veces pero nunca había llegado a tener novio formal ya que tenía mucho miedo a ser rechazada y a no poder mantener unas relaciones sexuales satisfactorias. Sólo tenía contados amigos íntimos, ya que tenía dificultades para mantener relaciones con otras personas. Con frecuencia, se sentía tensa y falta de confianza cuando estaba con otra persona. Evitaba ir a reuniones o fiestas porque tenía miedo de que la criticaran o la rechazaran.

Hallazgos en la exploración. Cuando se examinó a Annie, la chica parecía estar muy tranquila pero era reticente a las preguntas. Su humor era levemente depresivo y lloraba silenciosamente cuando describía sus problemas. No había signos de que existieran rasgos característicos psicóticos. Su salud parecía buena y su peso estaba dentro de los límites normales. Dijo que su peso era ligeramente superior al que tenía que tener. También dijo que tenía mucho miedo a la obesidad.

Discusión. Annie ha tenido episodios recurrentes de hiperfagia por lo menos dos veces a la semana durante, mas o menos, un año. La joven era incapaz de controlar los deseos casi compulsivos de comer, que ella padecía como deseos irresistibles nocturnos. Trataba de contrarrestar el efecto de su hiperfagia con purgantes o con periodos de ayuno, ya que tenía miedo a la obesidad. A pesar de todo, estaba en un peso normal y no creía que se encontrara obesa. Por tanto el caso cumple con los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa con la excepción de que no hay una percepción de que se tiene un peso exagerado. El diagnóstico correcto es, por consiguiente bulimia nerviosa atípica.

Su humor deprimido, su alteración del sueño y sus pensamientos suicidas (todo ello relacionado con los deseos irresistibles de comer) son síntomas depresivos, pero, en su conjunto, son insuficientes para cumplir los criterios necesarios para el diagnóstico de un episodio depresivo.

Existen pruebas de que hay un comportamiento disfuncional que implica la alteración de áreas afectivas y de las relaciones interpersonales desde que era muy joven. Esto causa una discapacidad personal con sensibilidad a las críticas, bajo grado de autoestima, dificultades para establecer relaciones íntimas y tendencia a evitar relaciones sociales por el miedo a ser criticado o rechazado. Por consiguiente, cumple los criterios para un diagnóstico secundario de trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad (OMS, Libro de Casos de la CIE-10, 1998).

Una joven que no podía dejar de comer

Tina es una mujer de 28 años, soltera, corredora de seguros, que acude a consulta por sus problemas con la alimentación. Es la tercera de cuatro hijos de un acomodado abogado del Medio Oeste y su esposa. A raíz de su familia le importaba el sobrepeso, pero se valoraba el estar fuerte, en forma y "bien proporcionado". De pequeña, Tina fue una buena estudiante, una atleta y se aficionó al patinaje artístico. Durante su adolescencia obtuvo buenos resultados en las competencias locales y fue incrementando el tiempo y la energía dedicados a entrenar. A los 15 años cuando iba a iniciar sus estudios en la preparatoria, Tina fue enviada a un internado para señoritas del Este, por que sus padres pensaron que eso incrementaría sus posibilidades de ser aceptada en un "Ivy League College". Hizo varias amigas, tuvo un buen rendimiento

académico y en general cumplió bien con los requerimientos de la nueva escuela. Siguió insistiendo en su interés por el patinaje artístico y empezó a practicar con un nuevo entrenador. Aunque era una persona que la animaba y la motivaba, en cierta ocasión comentó que Tina podría obtener mejores resultados si bajaba un poco de peso. En ese momento, Tina pesaba 51 kilos, normal para su edad, media 1.70m y su dieta era normal. El comentario de su entrenador la impactó y Tina se embarcó en un férreo programa de ejercicio y dieta. Además de su entrenamiento diario, empezó a asistir a clases de aerobics 6 días a la semana. También eliminó los postres y la carne roja de su dieta. Dado el tiempo que necesitaba para estas actividades, se distanció de las nuevas amistades que había hecho en la escuela.

Durante el primer año en el internado, Tina pasó de 51 a 40 kilos, y sus periodos menstruales, que habían sido regulares desde los 13 años, se interrumpieron. Cuando volvió a casa durante las vacaciones de verano, sus padres se preocuparon por su obvia pérdida de peso e insistieron en que viera a su pediatra, quien la envió a un psiquiatra. No está claro qué diagnóstico se efectuó y, tras unas pocas visitas, Tina se negó a continuar el tratamiento. Durante ese verano, sin embargo, sus hábitos alimenticios empezaron a cambiar. Aunque intentaba mantener la dieta que había empezado en el internado, se encontró luchando para controlar su apetito y, en varias ocasiones, llegó a comerse una caja entera de galletas y medio litro de helado después que el resto de la familia se hubiera ido a dormir. Cuando volvió a la escuela, Tina siguió llevando a cabo sobreingestas de manera intermitente y, finalmente, desarrolló un patrón de dieta entre semana y sobreingestas los fines de semana. Aunque podía seguir patinando competitivamente, era incapaz de mantener el vigoroso programa de ejercicio físico que había iniciado durante su primer año en el internado. Su peso fue incrementándose durante el resto del bachillerato hasta los 50 kilos, y se reanudó la menstruación tras 9 meses de amenorrea.

Una vez graduada, Tina entro en un competitivo "Ivy League College", en el que se diplomó en Historia, siendo buena estudiante, aunque sin llegar a destacar. Su peso siguió aumentando y llegó a alcanzar los 60 kilos en el otoño de su primer año universitario. Cuando fue a casa para Navidad, era incapaz de dejar de comer los turrónes y galletas que encontraba en su casa. Muy alterada ante la posibilidad de subir más de peso, decidió que se induciría el vómito tras cada sobreingesta. Así lo hizo, y comenzó un patrón de ingestas excesivas y vómitos varias veces a la semana, que había persistido durante los últimos 10 años. En las noches, cuando sabe que su compañera de cuarto está fuera, suele comprarse medio litro de helado y una caja de galletas de camino a casa desde el trabajo. Cuando llega a casa, durante aproximadamente una hora, se come las galletas, y otros postres que pudieran quedar en el refrigerador, mientras ve la televisión y después se induce el vómito. Tina está muy avergonzada de este "molesto hábito" y, en numerosas ocasiones, ha decidido dejarlo. No obstante, ha sido incapaz de lograrlo durante más de dos semanas seguidas. Cuando se abstiene de ingestas excesivas, intenta mantener una dieta rigurosa. Sigue evitando ingerir carne roja y postres y su peso se mantiene razonablemente estable en los 58 kg. Se ve a sí misma como "gruesa".

Tina ha conseguido un razonable éxito profesional. Desde que se graduó en la universidad, ha estado empleada en una importante compañía de seguros en la que va consiguiendo ascender entre los cargos intermedios. Comparte un piso con otra mujer a la que considera su mejor amiga, pero con la que no ha hablado de su problema alimenticio. Su preocupación por las ingestas excesivas y el peso han limitado su vida social. Es muy consciente de ambos problemas y no se muestra dispuesta a salir a cenar con algún amigo porque teme que su estricta dieta parezca incongruente con "lo gorda que es".

Diagnóstico

Bulimia nerviosa, antecedentes de anorexia nerviosa
(Estudio de Casos del DSM-IV, 1994)

El testimonio de Rosa

Rosa tiene 22 años. Es alta y de aspecto agraciado. Aparece acompañada de su madre, una mujer obesa y se aspecto cansado, que duda si debe entrar a consulta o no. Rosa toma rápidamente la palabra y decide acudir por una bulimia. Habla con confianza y facilidad, como si ya conociera al médico. "Padezco bulimia desde hace 4 años. Hice la preparatoria en Estados Unidos y ahí perdí mucho peso, ocho o diez kilos. Me tocó una casa con una mujer sola, de poco más de 30 años, que casi no me hacía caso, solo quería que le sacara al perro dos veces al día. Todo estaba lejos de donde vivíamos. Bajé de peso sin quererlo, se me quitó el hambre, creo que estuve anoréxica. Extrañaba todo. Nunca se me olvidará cuando estuve enferma lo sola que me sentía. Bárbara me preguntó qué me pasaba y si me podía ayudar en algo, pero le dije que no. Hacia

el final de mi estancia empecé a vomitar. Finalmente regresé a Madrid y si vieras la cara que puso mi madre al ver lo flaca que estaba. Decidí recuperarme antes de entrar a la universidad y empecé a comer más pero no pude parar y aquí estoy." La madre sonríe y pide intervenir: "La verdad, doctor, es que me llevé un susto, y me imaginaba algo. Rosa es muy especial, parece muy segura y comunicativa, pero no es tan fuerte, le cuesta estar sola y ya le han tomado el pelo más de una vez. Ahí donde la ve, tan alta y fachosa, capaz de comerse el mundo, es una niña. Rosa, ¿porqué no le cuentas al doctor lo de Víctor?" Rosa protesta diciéndole que aquello ya pasó y no tiene nada que ver con su bulimia. Al final, la madre lo cuenta. Rosa tenía dieciséis años, era muy buena estudiante. Empezó a salir desafortunadamente y se enamoró de un chico mayor que trabajaba en una discoteca. Empezaron a tener relaciones sexuales. A la madre todo le parecía muy precipitado. Trató de convencerla para que fuera más prudente, que tuviera cuidado, pero no hizo caso. Cuando la madre habló del "problema de Rosa" con el padre, éste no quiso hablar ni tratar el asunto con su hija. Hace dos años que están separados y no se preocupa de ellas. Se fue de casa culpando a Rosa.

Tal como creía la madre de Rosa, la cosa no salió bien. Víctor tenía otra novia. Rosa empezó a perseguirlo, a llamarlo, a llamar a la novia, se rebajó todo lo que pudo, a pesar de los consejos de su madre: por eso, cuando Rosa dijo lo de hacer la preparatoria fuera, la madre la apoyó. Antonio, su hermano menor, no estaba de acuerdo con la decisión de su madre y su hermana, decía que su hermana era una inmadura caprichosa y que no sacaría nada con mandarla. La madre dice que en los últimos días Rosa ha estado con Víctor, Rosa se enfada y la madre continúa diciendo: "Se ha hecho una mentirosa y cada vez cuesta más confiar en ella."

Se intenta que Rosa vuelva a hablar de su sintomatología. "Empecé a comer, más bien a devorar, poco después de cenar me daba hambre de nuevo, me iba al refrigerador, tomaba un yoghurt, luego más, después unas magdalenas, de una en una hasta terminar la caja. Esperaba hasta que mi madre se fuera de la sala y me iba a ver la televisión con un frasco de mermelada, solo usaba una cuchara para comérmelo, y así día tras día. Empecé a engordar y ya no me cabían los pantalones. "Horror", me dije, "estás gorda de nuevo". Lo comenté en casa, pero nadie me hizo caso. Todas las noches preparaba mi festín para cuando todos se fueran y me quedaba hasta las dos o las tres de la mañana. Al día siguiente casi no podía levantarme, con una horrible resaca, tenía que ir a la universidad. Me miraba al espejo y me veía espantosa, con la cara hinchada. Una noche decidí meterme los dedos nuevamente y vomitar. Puse la televisión más alto y abrí la llave del agua para que no me escucharan. Me costó pero logré echarlo todo. Fue un alivio."

Rosa decía que comía con la tranquilidad de que no engordaría y sin esa enorme "tripa" que sentía cuando se acostaba en la cama, tras los atracones de comida. "Creí encontrar una solución, pero no estaba tranquila, temía que cacharan", dice. El primero en darse cuenta fue un hermano, que la acusó directamente de haberle tomado una barra de chocolate que el había dejado en el refrigerador. La madre también se puso de parte del hermano, aunque Rosa lo negara. Entonces fue cuando comenzó otra etapa, la de sentirse constantemente vigilada. "Yo me sentía observada a cada paso que daba, al ir al baño, al levantarme para recoger los platos, y más aun por la noche, cuando me quedaba sola. Empecé a comer a todas horas. Por las mañanas, al irse mi madre a trabajar y mi hermano al colegio, decía que no tenía clases, y apenas se iban comía para luego echarlo. Los fines de semana los aprovechaba completos cuando ellos se iban al pueblo y yo insistía en que tenía mucho que estudiar. No era una mentira, ya que tenía exámenes, aunque al final no agarraba un libro." Hacía primero de Derecho y por primera vez le fue mal en los estudios, pues en lo único que pensaba al ponerse ante los libros era en comer.

Rosa, tras muchas discusiones con su madre, aceptó ir al médico. Le mintió a éste e insistió en lo nerviosa que estaba con los exámenes y sin capacidad para concentrarse. El médico le mandó unos análisis que nunca se hizo. Y el problema continuó igual. "Un día, haciendo las compras en el supermercado, tomé una bolsa de papas y me la comí antes de llegar a la caja. Lo hice varias veces, hasta que un día me cacharon, me revisaron la bolsa, donde llevaba unas tabletas de chocolate. Me pidieron que pagara todo y no llevaba suficiente. Fue humillante. No llevaba conmigo mi identificación y me amenazaban con llamar a la policía y a mi casa, pero yo no quería dar mi nombre ni el de mi madre. Lloré, supliqué hasta que me dejaron ir por ser la primera vez. Jure ir a casa y volver con el dinero y así lo hice. Esa noche no dormí ni me atraqué, decidí cambiar, llegué a la conclusión de que tenía que salir, estar fuera de casa todo el tiempo posible y no parar."

Rosa habla a borbotones. En más de una ocasión había que hacerla parar, repetir y continuar su relato. La madre declara que su hija agarró la costumbre de irse los fines de semana y volver entre semana sin saber

dónde estaba; volvía oliendo a alcohol, fumando sin parar y sacándole dinero. "Aún así, no sé cómo le alcanzaba", declara la madre.

"Entre semana salía temprano y no regresaba hasta por la noche. Llevaba sus apuntes y decía que iba a clase o a la biblioteca. Repitió el curso y pidió que se le cambiara a una universidad pública, ya que le agobiaba que tuviera que pagarle sus estudios. Por momentos, parecía más cercana y yo me ablandaba creyendo que recuperaría a mi hija. Por desgracia, casi siempre esas cercanías eran para pedir algo. Ya no sólo desconfiaba, sino que empecé a tenerle miedo."

"Me corriste de la casa y me mandaste con el de mi padre", la acusa Rosa. La madre parece disculparse: "Yo no podía más, un día llegó completamente borracha, alguien la trajo y la dejó en la puerta. llamé a su padre y le dije todo y lo obligué a que viniera a buscarla. Se la llevó casi a la fuerza."

Mabel, la mujer del padre, la recibió bien. Es, según cuentan al médico, una mujer madura y responsable que no tiene hijos. Curiosamente, se entiende con Rosa y mantienen largas conversaciones. Hace de intermediaria entre Rosa y el padre, que no espera nada bueno de la hija. Rosa empieza a asistir a clases de nuevo y pone un poco de orden en su vida. Continúa con sus atracones nocturnos y se enfrenta al padre cada vez que tiene una ocasión. Piensa que su padre nunca la ha querido ni la ha aceptado, y no pierde oportunidad para repetírselo. Los sucesivos amores de Rosa, así como sus juergas de fines de semana lo ponen enfermo. Sólo la presencia de Mabel evita peleas irremediables. Aún así, en una comida, en medio de una fuerte discusión, Ramón le pega. Rosa huye por la calle, el padre corre, y, arrastrándola, la lleva a casa. Apenas puede, Rosa, enfurecida huye y pone una denuncia a la policía por malos tratos. Duerme en casa de su madre y ante la insistencia de Mabel y de la madre, ahora aliadas, vuelve a casa del padre. Es Mabel y un amigo quienes han convencido a Rosa después de muchos meses de esfuerzo para que acuda al médico. Ella y el padre han llamado en los días previos a la consulta de Rosa asegurándose que se cuenta con su apoyo (Morandé, 1999).

"Con el estómago planito"

Vanessa es estudiante de secundaria, tiene 15 años, pesa 50 kilos, y mide 1.65m. Al asistir a una prueba para ingresar a la escuela de baile del Centro Nacional de las Artes, le dijeron que no era suficientemente esbelta, así que debía bajar de peso u olvidarse de estudiar allí. "¿Qué podía hacer?"

"Que quede claro, no soy ni bulímica ni anoréxica, pero sí me saqué de onda cuando me vieron y me dijeron que tenía que adelgazar. Llegue hasta tomar 20 laxantes casi diario, y en los empaques dice que deben tomarse máximo 2"

Al poco tiempo, dos amigas y un amigo de la escuela empezaron a tomar laxantes también. Aunque Vanessa afirma que no los indujo, recuerda que una tarde platicaron del tema mientras se dirigían al cine.

"Ellos me dijeron que también iban a tomarlos, nos dimos cuenta que amanecíamos con el estómago planito, y por eso nos lavábamos. En definitiva la que más se lavaba era yo, pero ellos lo hacían mucho también, yo cada 3 días más o menos, y ellos cada semana o algo así."

Al principio yo no lo vi mal, pero después tome conciencia en el asunto. La primera vez que tomé uno, fueron 10 en realidad, yo solo tenía en mente adelgazar, porque muero por entrar a esa escuela. Mis amigos están todos delgadísimos, pero como que si nos vemos gordillos, un día salió el tema de conversación del estreñimiento, y de ahí salió todo."

Aunque hubo un momento en que tenía terribles dolores de estómago, su familia no se percató de la frecuencia con la que Vanessa tomaba laxantes (García-Escamilla, 2002b).^{*}

^{*} Es curioso, paradójico e increíble que a un lado del presente artículo en la misma página se haga referencia en otro encabezado a un artículo sobre reducción de peso y talla. Aquí se confirma lo dicho. Los mensajes de los medios de comunicación son contradictorios.

CONCLUSIONES

En esta investigación documental se encontró que todos los autores revisados coinciden en que los trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia nervosas, están caracterizados básicamente por un terror casi fóbico a engordar, una distorsión de la imagen corporal, una percepción de áreas de su cuerpo más gordas, y por toda una amplia gama de comportamientos que se manifiestan con el único fin de intentar adelgazar y así, conseguir estar más a gusto consigo mismas, presencia de rituales obsesivos, baja autoestima, incapacidad para identificar sensaciones de hambre, y pensamiento extremo y supersticioso (Bruch, 1970; Fairburn y Wilson, 1993; Garner y Garfinkel, 1997; Buckroyd, 1998; Crispo, et al, 1998). Estas personas son vulnerables a la presión social, poseen una gran motivación para adelgazar, miedo a madurar, un sentido de ineffectividad, desconfianza interpersonal y perfeccionismo (Selvini Palazzoli, et al, 1999; Holtz y Tena-Suck, 1995a; Minuchin citado López, 1995; Martínez-Fornés, 1994; Gómez, 1993; Raich, 1994; Leitenbrg y Rosen, 1988). Su valor como personas, su éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal, depende de un sólo factor: el estar delgada como estilo de vida. No obstante, una vez que se ha iniciado un trastorno de este tipo y a medida que va avanzando estas personas consiguen justo lo contrario de lo que se proponían en un principio: su autoestima que ya era baja, se va deteriorando cada vez más con el paso del tiempo, crece su aislamiento social, y lo que es peor aún, lejos de conseguir ser felices cuando consiguen la tan deseada delgadez, cada vez están más solas, tristes y angustiadas. La preocupación por la comida, el temor a subir de peso y la inseguridad personal son algunas de las principales problemáticas al momento de enfrentarse a la anorexia y la bulimia nervosas.

Aunque se encontró en la revisión de la literatura que la anorexia y la bulimia nervosas no son trastornos nuevos, la investigación sobre estas patologías es relativamente reciente. Esto se ve reflejado en la evolución de los criterios diagnósticos, la falta de acuerdo para decidir qué requisitos son necesarios para diagnosticar el cuadro y el hecho de que en la mayor parte de los casos se traslapan los criterios de un trastorno con el otro. Todo ello hace que en muchas ocasiones los profesionales opten por centrarse en las conductas, tanto de patrón alimentario como en las conductas purgativas y peso del paciente, dejando en un segundo plano un diagnóstico "claro" tipo DSM-IV o CIE-10. Como consecuencia de esta confusión un buen número de personas con conductas de alto riesgo quedan sin diagnosticar y lo que es más grave, sin tratar.

No se puede hablar de etiología específica en los trastornos alimentarios puesto que es necesario tener en cuenta las tres grandes áreas del paciente, que son la biológica, la psicológica y la social y entre ellas interaccionan para dar lugar a una anorexia o bulimia por ello se dice que son trastornos complejos y multideterminados (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Hersovici y Bay, 1990). Bruch (1970) señala que frecuentemente se encuentran características como sentimientos de incapacidad, de dependencia y falta de autodirección y autonomía, así como una falta de control sobre el cuerpo y es precisamente bajando de peso como logran mantener el control, esto es lo que la autora llama *sentido de ineficacia personal*. Estas enfermedades son solo un síntoma que encubre un trastorno más profundo de personalidad, donde los factores socio culturales son decisivos para desencadenarlas (López, 1995; Buckroyd, 1998). Todo esto aunado a que el paciente procede de una familia que suele ser amalgamada, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos (Minuchin citado en López, 1995). Por otra parte, existen también posibles causas orgánicas entre las que se encuentran factores de tipo endocrínológico (Pasqualini citado en Barber et al, 1995) y a nivel de neurotransmisores como la serotonina (Button, 1993; Obeso, et al, 1999).

Como se señaló anteriormente, en el caso de los trastornos de la alimentación pueden pasar varios años desde el inicio de la enfermedad hasta que el paciente recibe tratamiento y ayuda especializada. En el caso de la anorexia nervosa, la persona no suele ir a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen evidentes ante la familia o a alguna otra persona cercana a la enferma. Generalmente, este tipo de pacientes no suelen acudir por sí solos a consulta, dado que la negación de la enfermedad es una característica propia del trastorno. Por otra parte, los pacientes con bulimia nervosa, suelen vivir con el temor y la vergüenza de ser descubiertos en uno de sus episodios de sobreingesta, que normalmente se realizan en secreto y por la noche. Por esta razón y debido a que su aspecto externo es comúnmente más normal que el de las anoréxicas, suele retrasarse la visita al especialista.

No obstante, es relativamente frecuente que estas personas acudan a otros diferentes especialistas para intentar aliviar los síntomas fisiológicos originados como consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo, van al ginecólogo debido a las irregularidades menstruales que presentan, al médico general con el fin de que le recete laxantes para el estreñimiento, al odontólogo por problemas dentales, etc. Por esta razón, resulta de especial importancia que los distintos especialistas conozcan los síntomas de la enfermedad. De esta manera se evitaría, por una parte, que los pacientes anden de especialista en especialista, y, por otra parte, se facilitaría una intervención más precoz, lo que sin duda alguna mejoraría el pronóstico de estos enfermos.

Son muchas las variables que contribuyen a la aparición de estos trastornos pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran especial relevancia. La presión hacia la delgadez ha influido hasta ahora en mayor medida sobre la mujer, pero en los últimos años esta presión se está generalizando hacia el sexo masculino. Como consecuencia de ello, los varones también se ven envueltos en el culto al cuerpo delgado y musculoso que fomentan los diferentes medios de comunicación y que son el resultado de muchas restricciones dietéticas y varias horas de gimnasio (vigorexia). Este hecho podría hacer que en los próximos años disminuyera la diferencia entre las proporciones de casos entre hombres y mujeres.

En el caso de la mujer la presión es, indudablemente, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que esta es en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influyen principalmente sobre mujeres cada vez más jóvenes. Asimismo, detrás de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las nefastas consecuencias que de esto se puedan derivar. La población es bombardeada con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en los varones.

Es alarmante como uno de los temores mayores de los jóvenes en México es subir mucho de peso, lo cual se encuentra entre las 11 preocupaciones más grandes de la actualidad. Este miedo ocupa el lugar número 8 estando por arriba perder a un ser querido, contraer SIDA, el fracaso, infidelidad de la pareja, consumo de drogas, embarazo no deseado y la muerte (Segunda Encuesta Nacional de Jóvenes, 2002). Para los jóvenes el cuerpo ya es un objeto de preocupación que refleja aspectos del exterior que no comprenden del cual se refleja en su interior. En vez de decir "me siento mal y por eso me veo mal", dicen "me veo mal y por eso me siento mal". Ahora los jóvenes poseen un nivel muy alto de preocupación por su apariencia, esto se debe, en gran medida, a que las expectativas que tienen son mucho más altas de lo que eran antes. Socialmente, el cuerpo es muy importante más que por cuestiones de salud, por cuestiones de apariencia. Ahora hacen ejercicio no para estar sanos, sino para estar delgados, incluso el cuerpo se ha convertido en objeto de rivalidad, especialmente en las mujeres. Estos trastornos se están detectando en niños cada vez más pequeños, comienzan a hablar de que les preocupa su cuerpo y no quieren estar gordos, además la palabra "gordo" tiene una connotación para ellos de algo malo, feo y oscuro, ahí se se ve cómo socialmente también la gordura se ha vuelto un icono negativo, porque lo ideal es ser delgado (Barriguete citado en Segunda Encuesta Nacional de Jóvenes, 2002).

De lo anterior se deriva la necesidad de trabajar en programas de prevención con distintos propósitos: la detección precoz de estas patologías, brindar información más adecuada sobre lo que realmente es una alimentación balanceada, trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo (dejar de "cosificarla"), fomentar en la sociedad una imagen femenina más cercana a lo que verdaderamente es un cuerpo de mujer. Toda esta educación sobre nutrición y lo anterior, es recomendable que se haga primordialmente desde el aula y en la familia, que finalmente, es la base de la sociedad. Es necesario hacer campañas de prevención de una manera tranquila, esto es, en 3 sectores: en la familia, la escuela y los medios de comunicación. Los mensajes publicitarios ya se está empezando a legislar en algunos países de Europa, pero aún falta mucho por hacer. Asimismo, es prioritario que los medios enfatizen la importancia de la personalidad a nivel interior, una personalidad bien integrada, la habilidad para preocuparse por uno mismo y por los demás, habilidades sociales y de comunicación, y una fuerte y única identidad.

Para terminar, cabe mencionar que los tratamientos existentes en la actualidad no resultan lo suficientemente eficaces, debido al alto porcentaje de pacientes que siguen un curso crónico y el también elevado porcentaje de ellos que mueren o bien por inanición (por sus consecuencias) o por suicidio. Debido a lo anterior, se concluye que todavía el campo de los trastornos de la alimentación es un campo fértil donde hace falta mucha más investigación, y sobre todo en México es requerido un mayor número de especialistas en el ramo.

El tratamiento cognitivo-conductual produce cambios inmediatos en las conductas alimentarias; sin embargo no es suficiente cuando se desean resultados a largo plazo, para una mayor efectividad es necesario un tratamiento multidisciplinario. Lo fundamental del tratamiento psicológico como una fase del tratamiento integral va dirigido no sólo al entendimiento y elaboración del conflicto original, sino a la prevención de nuevos síntomas paralelos al reprimir el referente a la alimentación. Si el conflicto no se resuelve, buscará permanentemente descargarlo en otras áreas (Barber, et al. 1995)

Independientemente de los tratamientos elegidos, psicoterapia cognitivo-conductual (Fairburn y Wilson, 1993), sistémica (Minuchin citado en López, 1995; Stierlin y Weber, 1990; Selvini Palazzoli et al. 1999), psicología del *Self* (Kohut citado en López, 1995), psicoterapia de grupo (Yalom, 1975) o psicoanalítica (Klein citada en Gabbard, 1994), lo importante es la comunicación entre los especialistas para llevar a cabo una verdadera colaboración interdisciplinaria. Es indispensable una coordinación de todas las actividades en un plan unificado de terapia donde al paciente se le provea un equilibrio físico psicológico y social apropiado, donde la aproximación terapéutica sea flexible, y las técnicas puedan ser cambiadas de acuerdo a las variaciones del estado del paciente

ANEXO I

MENSAJES PARA UNA ANORÉXICA

Considero valioso que si esta tesis también va a ser revisada por personas afectadas por los trastornos de la alimentación sería de gran ayuda aplicar a sus vidas esta serie de mensajes proporcionados por José Francisco González (1999) en su obra.

- Existe una belleza interior que si se sabe cuidar y potenciar produce más seducción y éxito que cualquier belleza corporal, sin que neguemos el cuidado del cuerpo.
- Cuida tu cuerpo, pero sin excesos que lo descontrolen, y también la mente y el espíritu. El ideal de belleza femenino puede ser el resultado, simplemente, de un gran bombardeo mental relacionado con los medios de comunicación que parte de una sociedad materialista y muy alienada: enloquecida y estresada.
- Nunca pongas en estrecha relación tu éxito profesional con las medidas de tu cuerpo, aunque tu pretensión sea llegar a ser actriz. Cuidate corporalmente de un modo moderado -sólo existen ocho supermodelos y en el mundo hay 3.000 millones de mujeres- Esos 3.000 millones de mujeres te quieren como tú eres.
- No tengas miedo a la vida y hagas cosas exageradas con tu cuerpo. Aunque tuvieses el cuerpo más bello del mundo, si en ti no cultivas la belleza interior de una autoestima positiva pasarás inadvertida para los demás, aunque te miren con ojos de deseo.
- No debes resolver tus temores y angustias a base de apoyarte en cosas como no comer, o comer mucho. Es posible que te cueste hacerlo, pero merecería la pena que desplaces tus energías mentales -incluso las negativas- hacia otra parte (cultivate como persona, haz actividades sociales de todo tipo o deporte, dedícate a nuevas cosas...).
- Guíate por lo que los demás te dicen. Y si fuera verdad que estás un poco gordita, tienes otras cosas más importantes por las que ocuparte, la gente no va por ahí fijándose si ven personas gordas o flacas.
- No te quejes de quien eres (o crees ser), no te vengues de las personas que te rodean (familiares o amigos) o utilices cualquier otra forma de "no comer" como arma arrojadiza para protestar o quejarte; eso a quien únicamente hace daño es a ti misma. Analízate bien como persona y trata de resolver tu situación de una manera madura, no con fórmulas (consciente o inconscientemente) tan peligrosas como esa, que pueden llegar a conducirte a la anorexia más atroz.
- Cuando te sientas débil ante tu propia autoestima y te invadan sentimientos de timidez o complejos de inferioridad, lo peor que puedes hacer es combatirlo evitando comer y pensando que lograrás algún tipo de éxito que solucione esos temas de esa manera. No sólo no los solucionarás sino que se te añadirán problemas nuevos. Lo mejor es perder los complejos a base de enfrentarlos de otra forma.
- Hay que admitirse tal como somos, esa es la mejor manera de que los demás nos admitan. Si no nos admitimos a nosotros mismos, será difícil que los demás nos acepten, aunque seamos tan delgados, como un palillo.
- En realidad, si tienes un trastorno alimentario, no le des muchas vueltas a tratar de encontrar culpables. Ahora sabes que esto puede producirse por una conjunción de factores, incluso de tipo biológico y hereditario. Por lo que una búsqueda de culpables es inadecuada. Simplemente tú y tu entorno deben unir fuerzas para salir adelante. El apoyo de tu familia es clave para ti y también para ellos. Animales tú misma a que te ayuden.
- No temas recaer. Lo importante es estar dispuesta siempre a empezar de nuevo con la intención de solucionarlo definitivamente en esta ocasión. Busca el apoyo de los demás, comunícale todo lo que puedas con ellos y piensa que a veces lleva tiempo salir adelante, pero que se puede lograr...

ANEXO 2
DIRECTORIO DE INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ORIENTACIÓN Y/O TRATAMIENTO
DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

- *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*
Vasco de Quiroga # 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, 14080, México, D.F.
Tels.: 5573-1200 y 5573-0611 Fax: 56551076.
Correo-e: innsz@quetzal.innsz.mx
Sitio web: www.innsz.mx

- *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Clínica de Trastornos de la conducta alimentaria*
Calz. México-Neohimilco # 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.
Tel. 5655-2811.
Sitio web: www.impcdsm.edu.mx
Coordinación de Salud Mental de la Secretaría de Salud
Tels.: 5595-8139 / 5740

- *Avalon, Centro de Tratamiento para la Mujer.*
Bosques de Reforma # 758, Col. Bosques de las Lomas, Miguel Hidalgo, 11700, México, D.F.
Tels.: 5245-8322 y 23
Paseo de Lomas Altas # 16, Col. Lomas Altas, Miguel Hidalgo, 11950, México, D.F.
Tels.: 5570-1195, 5570-1195 y 5259-8165
Correo-e: informacion@avalon.com.mx o fundacion@avalon.com.mx
Sitio web: www.avalon.com.mx

- *Eating Disorders México*
Clínica precursora en México para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos alimentarios.
Paseo de las Palmas # 751-1002, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, 11000, México, D.F.
Tels.: 5570-3052, 5570-1195, 5259-8165 y 5540-0493.
Correo-e: clinica@eatingdisorders.com.mx
Sitio web: www.eatingdisorders.com.mx

- *Clinica Juvat-Ellen West*
Creada en 1995, se especializa en prevención y tratamiento de los trastornos alimentarios.
Paseo de las Palmas # 745-805, Col. Lomas de Chapultepec, Miguel Hidalgo, 11000, México, D.F.
Tel.: 5520-5242 y 5540-0233
Correo-e: informes@juvat-ellenwest.com
Sitio web: www.juvat-ellenwest.com

- *GENS de México, S.C.*
Río San Ángel # 63-1, Col. Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, 01020, México, D.F.
Tels.: 5661-1917 y 5661-9664
Sitio web: <http://www.gensmexico.org.mx>

- *Comedores Compulsivos Anónimos*
Eugenia # 272, Col. Narvarte, Benito Juárez, 03020, México, D.F.

- *Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México*
Miguel Lauret # 15-bis, 3er. Piso, Col. Del Valle, Benito Juárez, 03100, México, D.F.
Tels.: 5559-1977 y 5575-2315
Fax: 5559-2554.
Correo-e: ericksmh@iwm.com.mx

- *Fundación Internacional CBA (Comedores Compulsivos, Bulimia y Anorexia)*
Fundada en 1993. Tratamiento gratuito a las personas que lo necesiten.
Shakespeare # 15, Piso 9, Col. Anzures, Miguel Hidalgo, México, D.F.
Tel.: 5545-2138.

Así como también:

- Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE
- Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM C.U.
- Fundación Nacional para el Estudio y Tratamiento de las Adicciones, A.C.

REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn D. (1994). *Anorexia y bulimia: Desordenes alimentarios*. España: Alianza.
- Afialo, A., Arenas, A., Brouse, M., Clastres, G., Di Carcia, A., Fryd, A., Leguil, F., Menard, H., Merlet, A., Miller, D., Miller, J., Rauard, J., Stevens, A., Strauss, M. y Wartel, R. (1989). *La envoltura del sintoma*. Buenos Aires: Manantial.
- Agras, W. (1993). Short-term psychological treatments for binge eating. En G. Fairburn y G. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Agras, W. y Kirkley, B. (1986). Bulimia: Theories of etiology. En K. Brownell y J. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York: Basic Books.
- Agras, W. y Werne, J. (1978). Behavior Therapy in anorexia nervosa: a data based approach to the question. En J. Brady y K. Brodie (Eds.), *Controversy in Psychiatry*. New York: W.B. Sanders.
- Agras, W., Rossiter, E., Arnow, B., Telch, C., Raeburn, S., Schneider, J., Bruce, B., Perl, M. y Koran, L. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W., Rossiter, E., Arnow, B., Telch, C., Bruce, B. y Koran, L. (1994). One year of psychosocial and pharmacologic treatment for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (5), 179-183.
- Agras, W., Schneider, J., Arnow, B., Raeburn, S. y Telch, C. (1989a). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 778-779.
- Agras, W., Schneider, J., Arnow, B., Raeburn, S. y Telch, C. (1989b). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Aizpuru, A. (1995a). Los trastornos de la alimentación y las adicciones: una perspectiva ecléctica. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 40-46.
- Aizpuru, A. (1995b). ¿Es ético prescribir anfetaminas para que las personas bajen de peso?. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 66.
- Aizpuru, P. (1998). La psicoterapia psicodinámica en los pacientes con trastornos de alimentación. *Información Clínica*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 9 (8), 44-45.
- ALUBA. (1999). Bulimia y anorexia <http://www.aluba.org/BULIMIA.Y.htm>
- American Anorexia Bulimia Association. AABA (1999). The American Anorexia Bulimia Association <http://www.aabanac.org/home.html>
- Andersen, A. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Anorexia Bulimia Nervosa Association. ABNA. (1999). What you need to know about anorexia nervosa and bulimia. <http://www.span.com.au/anorexia/info.html>

- Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria. (1999). Anorexia & bulimia suffers families & friends support group notes. <http://users.ncca.com/cwildes/famhelp.htm>
- Anorexia Nervosa. (1999). <http://wellweb.com/index/QANOREX.HTM>
- Anorexia y bulimia. (1999). <http://www2.adi.uam.es/snaper/cap1>
- Anorexia/bulimia progression chart. (1999). http://www.millville.org/Workshops_f/Camp_DISORDER/WHACKED/prog.htm
- Aquino, G. (1998). *Trastornos de la alimentación: detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen*. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- Aranda, F. y Turón, G. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana APA (1980). *DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana APA (1987). *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana APA (1994). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Baravalle, G. (1993). *Anorexia Teoría y clínica psicoanalítica*. México: Paidós.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., Lopez-Jensen, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 20-34.
- Barcia, D. y Ruiz, M. (1995). Anorexia (Dieta, estética, creencias). *Actas de seminario*. Santiago de Compostela: Museo Pobo Galeno.
- Barriguete, J.A. (1995). Un relato de violencia en la historia: La anorexia entre el cuerpo y el sufrimiento. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 14-19.
- Bemporad, J. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (3), 217-237.
- Berrettini, W. (1998, Enero 20). Anorexia genes: The search is on. <http://web.missouri.edu/psycmm/abnormal/msg00541.html>
- Bolio, R. (1994). *Las dietas engordan comer adelgaza*. México: Litoarte.
- Braun, D. (1995). Hábitos alimentarios adecuados: Estrategia fundamental en el manejo de desordenes alimentarios. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 60-62.
- Braun, D., Sunday, S. y Halmi, K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 859-867.
- Brewerton, T., Stellefson, E., Hibbs, N., Hodges, E. y Cochran, C. (1995). Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 413-416.

- Bruch, H. (1970). *Anorexia and obesity*. Inglaterra: International Psychiatry Clinics.
- Buckroyd, J. (1998). *Anorexia y bulimia*. México: Martínez Roca.
- Button, E. (1993). *Eating disorders. Personal construct therapy and change*. Inglaterra: Wiley.
- Caballero, A. (Agosto, 1998). Anorexia y bulimia nervosas en niños y adolescentes: una revisión de los últimos 10 años. *Información Clínica*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 9 (8). 43-44.
- Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia; Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Castro, J. (1999). *Tratamiento de la anorexia nerviosa*.
<http://www.doyma.es/copiaini/jano/articulo/1298/>
- Centro Integral para Adolescentes y Jóvenes. CIPAJ. (1999). Dificultades con la alimentación: Anorexia y bulimia <http://www.cipaj.org/document6a.htm>
- Contreras, J. (1993). *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema.
- Corcos, M., Taieb, O., Beinto-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., Flament, M. (2002). Intentos de suicidio en mujeres con bulimia nerviosa: frecuencia y características. *Psychiatric Scandinavian Acta*, 106 (5), 63-71
- Cota, M. (Mayo, 2002). Adicciones del nuevo siglo. *Universitarios*, (Sup.68), 22-23.
- Crispo, R., Figueroa E. y Guclar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- Crispo, R., Figueroa E. y Guclar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedisa.
- Channon, S., De Silva, P., Hemsley, D. y Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Behavior research and therapy*, 27 (5), 529-535.
- Chinchilla, A. (1994). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. España: Masson.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. y Dodge, L. (Marzo, 2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 178, 487-502.
- Darley, J., Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). *Psicología*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Das, A. (1990). Counselling people with addictive behavior. XIII International Round Table for the Advancement of Counseling. Changing world changing people: counseling and global health concern (1988, Calgary, Canada). *International Journal for the Advancement of Counselling*, 13 (2), 169-177.
- Davis, C., Kennedy, S., Ravelski, E. y Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development y manterance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 957-967.
- DSM-IV (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Estudio de casos*. A. Frances y R. Ross (Comps.) España: Masson.
- Duker, M. y Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado*. México: Limusa.

- Eckert, E., Halmi, K., Machi, P., Grove, W. y Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. I y II. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fairburn y Wilson, G. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. y Beglin, S. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 4, 402-408.
- Fairburn, C., Agras, W. y Wilson, G. (1992). The research of the treatments of bulimia nervosa. En G. Anderson y S. Kennedy (Eds.). *The biology of feast and famine*. New York: Academic Press.
- Fairburn, C., Kirk, J., O'Connor, L. y Cooper, M. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Fairburn, C., Marcus, M. y Wilson, G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. Fairburn y G. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., O'Connor, M., Doll, H. y Peveler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fassino, S., Abbate, G., Amianto, F., Leombruni, P., Garzaro, L. y Rovera, G. (Abril, 2002). Pacientes anorexicas sin respuesta al tratamiento despues de 6 meses de tratamiento multimodal: predictores de la evolucion. *European Psychiatry*. Edicion española 9 (3), 232-246.
- Fernández, M.C., Trejo, A. y Delgado, J.M. (1999) Resúmenes de Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. http://147.96.165/cursos/nutricion_in/Apuntes/Resumenes/ANOREXIA_BULIMIA.html
- FUMTADIP (Fundacion Mujer Trastornos Alimentarios Docencia Investigación Prevención) (2002). Terapias de arte. <http://www.fumtadip.org.ar/>
- Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, D.C.: American psychiatric Press.
- Garcia-Escamilla, D. (2002a, Mayo 4). Aumentan trastornos alimenticios en hombres. Periódico *Reforma*. Sec. Cultura (Vida!) p. 4.
- Garcia-Escamilla, D. (2002b, Junio 15). Imitan conductas bulimicas. Periódico *Reforma*. Sec. Cultura (Vida!) p. 7.
- Gardner, R. y Bokenkamp, E. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorders subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 3-15.
- Garfinkel, P. (1995). Eating disorders. En Kaplan, H. y Sadock, B. (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry II*. Vol 2. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1988). *Diagnostic and treatment in anorexia nervosa and bulimia*. Nueva York: Bruner/Mazel.

- Garner, D. y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Garner, D., Garfinkel, P., Rockert, W. y Olmstead, M. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y. y Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en la familia*. Madrid: Pirámide.
- González, J.F. (1999). *Anorexia: Ayuda para superarla*. España: Edimat.
- González, M.E. (2002). *Anorexia y bulimia. Los desórdenes del comer*. México: Norma.
- Gowers, S. y North, C. (1999). Relación entre la funcionalidad familiar y la gravedad de la anorexia nerviosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 63-66.
<http://www.siicsalud.com/dato/dato012/99712010.htm>
- Guillemot, A y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Masson.
- Guyton, A. (1992). *Tratado de fisiología médica*. España: Interamericana - McGraw-Hill.
- Hay, P. y Bacaltchuck, J. (2001). La bulimia nerviosa. *British Medical Journal*, 323, 131-138.
- Heiker, M. y Miller, C. (1994). *Anorexia-bulimia. Deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.
- Hersovici, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Hoffman, L. y Halmi, K. (1993). Psychopharmacology in the treatment of anorexia and bulimia nervosas. *Psychiatric Clinics of North America*, 16 (4), 767-778.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes Historicos de la Anorexia Nerviosa. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 5-13.
- Holtz, V. y Tena-Suck, A. (1995a). Los trastornos de la alimentación en México. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 3.
- Holtz, V. y Tena-Suck, A. (1995b). Terapia de grupo: Una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 53-59.
- Hsu, L. (1986). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 143, 573-581.
- Hsu, L. (1990a). Experimental aspects of bulimia nervosa. Implications for cognitive behavioral therapy. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
- Hsu, L. (1990b). *Eating disorders*. Nueva York: Guilford Press.

- Hudson, J., Weiss, R. y Pope, H. (1992). Eating disorders in hospitalized substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18 (1), 75-85.
- Igoín, L. (1986). *La bulimia y su infortunio*. Madrid: Akal.
- INAM. Instituto Nacional Autónomo de Madrid. (1999). La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, vigorexia, bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia. http://www.cfnavarra.es/INAM/ponencia_hun
- Instituto Nacional de Psiquiatría. (2000). Sesión Clínica del 27 de Octubre. Inédito.
- Johnson, W., Corrigan, S. y Mayo, L. (1987). Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
- Kaplan, A. (Abril, 2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (3), 387-415.
- Kaye, W. y Smith, K. (1999). Una disfunción química puede ser la causa de la bulimia. <http://healthig.com/anorexia3.html>
- Kazdin, A. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kettlewell, J., Mizes, J. y Wasylyshyn, N. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior Therapy*, 23, 657-670.
- Killen, J., Taylor, C., Hayward, C., Haydel, F., Wilson, D., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. y Strachowsky, D. (1996). Weight concerns influence the development of Eating Disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 936-940.
- Ladish, L. (1993). *Me siento gorda. Una historia de bulimia y anorexia*. Madrid: Edaf.
- Leitenberg, H. y Rosen, J. (1988). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. Londres: Sage.
- Leon, G., Fulkerson, J., Perry, C. y Early, Z. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 140-149.
- Leroux, J. (2002, Junio 15). Problema de anorexia. *Reforma*. Sec. Cultura (Vida), p. 7.
- Lewis, H. y Mac Guire, M. (1985). Review of a group for parents of anorectics. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 453-458.
- Livier, M. (Abril, 2002). Trastornos de la alimentación, casi epidemia nacional. *Todo México somos hermanos*. (Sup 78) p. 12.
- López, F. (1999, Julio 13). Nuevas Enfermedades Humanas Anorexia Nerviosa (1). <http://utopiaverde.org/foros-huelva/colectivos/enfermedades-quimicas/documentos/home.htm>
- López, P. (1995). Tratamientos y técnicas de intervención para los trastornos de la alimentación. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 47-52.

- Lucas, A. (1981). Towards the understanding of anorexia nervosa as a disease entity. *Clinical Process*, 56, 254-264.
- Mac Sween, A. (1993). *Anorexic bodies; A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. Nueva York: Routledge.
- Malson, H. (1998). *The thin woman; Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. Londres: Routledge.
- Martínez-Fornés, S. (1994). *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. España: Espasa Calpe.
- Matsunaga, H., Kaye, W., McCohana, C., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Stein, D. (1999). Psychopathological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (8), 472-477.
- Meyer, D. (1997) Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (2), 107-116.
- Mintz, L., Kashubeck, S. y Tracy, L. (1995) Relations among parental alcoholism, eating disorders and substance abuse in nonclinical college women. Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 65-70.
- Mitchell, J. y DeZwaan, J. (1993) Pharmacological treatments of binge eating. En C. Fairburn y G. Wilson (Eds.) *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, J., Raymond, N. y Specker, S. (1993) A review of the controlled trial of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 229-247.
- Mora, M. y Riech, R. (1993) Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 66.
- Morandé, G. (1999) *La anorexia. Como combatir el miedo a engordar de las adolescentes*. España: Temas de hoy.
- Norman, K. (1994) Trastornos de la alimentación. En H. Goldman (Ed.). *Psiquiatría general*. pp. 419-441. México: Manual Moderno.
- Obeso, S., Ortiz, F., Gavilán, C., Ortuño, E. y Vidal, C. (1999). Revisión de la literatura y otras consideraciones sobre la anorexia nerviosa. <http://www.medired.com/spyc/papeles/colaboraciones/colabora12.htm>
- Olza, I., Velilla, M., Garcés, E. y Andrés, M. (2000) Trastornos de la conducta alimentaria de inicio temprano (menores de 14 años). *Interpsiquis*, (1), 1-2.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1998) CIE-10, *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripción clínica y pautas para el comportamiento*. España: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1998) CIE-10, *Trastornos mentales y del comportamiento: Libro de casos de la CIE-10*. España: Panamericana.
- Padín, J., Díaz, M., Vega, M. y Chunchilla, A. (1995). Abuso de Fluoxetina en la bulimia nerviosa. *Psiquiatría Biológica*, 2 (6), 124-128.

- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Pernoll, M. (1993). *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*. México: Manual Moderno.
- Peveler, R. y Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85 (12), 1633-1638.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 395-400.
- Pirke, K. y Ploog, D. (1984). *The psychobiology of anorexia nervosa*. Berlin: Springer.
- Ploog, D. y Pirke, K. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 17, 843-859.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Raimbault, G. y Eliacheff C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rellet, S. (1999). Abandoned beliefs. Recovering from anorexia. <http://members.tripod.com/~MarciaD/index.html>
- Ronan-Woodburn, J. (1989). *Eating disorders and sexual abuse among college females*. Unpublished master's thesis. The Ohio State University.
- Rosen, J. (1987). A review of behavioral treatments for bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 464-486.
- Rosen, J., Compas, B. y Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 153-162.
- Scherer, M. (2002, Abril 28). Anorexia. *Proceso*, 1 (1330), 37-43.
- Segunda encuesta nacional de jóvenes. Gustos y disgustos. (Noviembre, 2002) *Universitarios* (Sup.), 8-24.
- Seidel, H., Ball, J., Dains, J. y Benedict, G. (1993). *Manual "Mosby" de exploración física*. España: Mosby.
- Selvini Palazzoli, M. (1999). The rituals of anorexia nervosa. <http://www.ralphmag.org/palazzoli.html>
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Shelley, R. (2000). *Anorexia. Guía para pacientes, familiares y terapeutas*. México: Trillas.
- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Shutze, G. (1983). *Anorexia mental*. España: Herder.
- Siegler, D. (1999). Anorexia nervosa and the struggle for control. *The Yale Daily News*. http://www.yale.edu/dn/paper/3_27/3_27_95story.no.GB.html

- Smith, D., Marcus, M. y Eldredge, K. (1994). Binge eating syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 635-658.
- Smith, T., Burkey, N., Nawn, J. y Reif, M. (1991). A comparison between demographic, behavioral and ego function data in borderline disorder patients. *Psychiatric Quarterly*, 62 (1), 19-33.
- Something fishy. (2000). Physical Dangers. The something fishy website on eating disorders. <http://www.something-fishy.org/dangers/dangers.php>
- Speier, A. (1986). *Silvina. Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. Llaves sistémicas para la apertura y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.
- Strober, M. (1986). Anorexia nervosa: History and psychological concepts. En K. Brownell y J. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. Nueva York: Basic Books.
- Strober, M. y Humprey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Taylor, M. y Cooper, P. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behavior Research and Therapy*, 30 (1), 53-58.
- Thackwray, D. Smith, M., Bodfish, J. y Meyers, A. (1993). A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 639-645.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel Ciencia.
- Toro, J. (1999). Diagnóstico y psicopatología de la anorexia nerviosa. JANO. <http://www.doyma.es/copiaim/revistas/jano/articulo/1298/>
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Trastornos del comer. Anorexia y bulimia nerviosa. Monografías (1999). <http://lucas.simplenet.com/trabajos/anorexia/anorexia.html>
- Tratar la autodestrucción (1999) <http://www.el-mundo.es/salud/305/23N0060.html>
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. España: Masson
- Unikel, C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet*. Tesis de Maestría. UNAM.
- Vandereyckey, W. y Meerman, R. (1984). *Anorexia nervosa: A clinician's guide to treatment*. Berlin: De Gruyter.
- Virseda, J.A. (1995). Autoimagen y alimentación, Un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 35-39.
- Vonadovic, M. (Octubre, 1998). Anorexia nerviosa. La flacura que mata. *Paula*, 1 (54), 126-132.

- White, M. (1983). *Anorexia nervosa. A transgenerational systemic perspective family process*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Wilfrey, D. y Cohen, L. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychofarmacological Bulletin*, 33 (3), 437-454.
- Wilson, G. (1996). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behavior research and therapy*, 34 (3), 1197-1212.
- Wilson, G., Eldredge, K., Smith, D. y Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behavior research and therapy*, 29, 575-583.
- Wonderlich, S. y Swift, W. (1990). Borderline versus other personality disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 629-638.
- Wonderlich, S., Stephen, A., Swift, W., Slotnick, H. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 607-616.
- Woodside, B., Sekter-Wolfson, L., Brandes, J. y Lackstrom, J. (1993). *Eating Disorders and Marriage. The couple in focus*. New York: Brunner/Mazel.
- Yalom, L. (1975) *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Yates, A. (1990). Current perspectives on the eating disorders: II. Treatment, outcome and research directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (1), 1-9.
- Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulimico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.