

LA SENSACIÓN DE FALTA DE CONTROL EN LA ANOREXIA NERVIOSA: ESTUDIO DE UN CASO

Rocío Regueiro Salgado

Centro de Psicología Bertrand Russel, Madrid (España)

Resumen

Frente a las teorías que tratan de explicar los trastornos de la conducta alimentaria atendiendo fundamentalmente a su componente de miedo a engordar o a sus componentes obsesivos, cada vez más autores coinciden en que la complejidad de este trastorno requiere modelos específicos para su completa comprensión y destaca la sensación de falta de control como elemento clave en el origen y mantenimiento del mismo. A través del estudio detallado de un caso de anorexia nerviosa de tipo purgativo queremos apoyar esta última aproximación al estudio de los trastornos de la conducta alimentaria. La adecuada identificación de los supuestos básicos disfuncionales que conforman el núcleo duro del trastorno, así como la identificación de la función que cumplen el control de la comida y el peso a la hora de restituir la sensación de falta de control e identidad sobre el paciente se ponen de manifiesto en el estudio de este caso, alertándonos de su importancia a la hora de evaluar e intervenir sobre casos de estas características.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, sensación de falta de control.*

Abstract

In contrast with theories that try to explain eating disorders mainly resorting to the fear getting fat or to their obsessive components, more and more authors agree that the complexity of this disorder requires specific models in order to fully understand it. These authors indicate the feeling of lack of control as a key element in the origin and maintenance of eating disorders. Using a detailed case study of a purging type of anorexia nervosa, we intend to provide support for this latter approach to the study of eating disorders. The adequate identification of the basic dysfunctional assumptions that comprise the central core of the disorder, as well as the identification of the role of food and weight control when recovering

the feeling of [lack of] control and the patient's identity are presented in this case study. We underscore the importance of both factors in the assessment and intervention in cases with these characteristics.

KEY WORDS: *Eating disorders, anorexia nervosa, loss of control.*

Introducción

El caso que se aborda en este artículo es el de una paciente con anorexia nerviosa de tipo purgativo. Este trastorno se caracteriza por un miedo intenso a engordar que empuja a los pacientes a mantener comportamientos altamente desadaptativos y peligrosos, como la inanición, los vómitos autoinducidos o el consumo de laxantes, diuréticos o enemas, con el fin de controlar el peso.

Diferentes teorías tratan de explicar este fenómeno, que afecta cada vez a una mayor parte de la población, sobre todo de países desarrollados. Algunas lo han hecho conceptualizando el trastorno como una fobia a engordar (Hallsten, 1965), otras lo han relacionado con los trastornos de corte obsesivo compulsivo (Rothenberg, 1986; Rothenberg, 1990; Formea y Burns, 1995; Aragona y Vella, 1998) y otras con problemas de tipo adictivo (Woods y Brief, 1988; Krahn, 1991; Davis y Claridge, 1998). Desde nuestro punto de vista se trata de un trastorno extremadamente complejo, que, a pesar de compartir características con las fobias, los trastornos obsesivos compulsivos o las adicciones, conlleva otra serie de fenómenos que sobrepasan la fenomenología propia de estos trastornos y que, a nuestro entender, requiere modelos explicativos específicos que permitan dar cuenta de las complicadas dinámicas que dan lugar a su origen y mantenimiento.

Actualmente son los modelos de diátesis-estrés y biopsicosociales los más aceptados a la hora de explicar estos trastornos (Polivy y Herman, 2002). Desde la teoría cognitiva —y basándose en el modelo de Beck para la depresión (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979)— Garner y Bermis (Garner y Bermis, 1982) desarrollan una teoría cognitiva para explicar la anorexia nerviosa a partir de la cual han derivado, a su vez, otras teorías y estrategias de intervención. Según estos autores existirían algunos factores como la introversión, el perfeccionismo, la excesiva sensibilidad, el aislamiento o la presión por satisfacer las expectativas de otros que generarían en las personas sentimientos de abandono, impotencia, desamparo y depresión. En esta situación la persona percibiría, incitada por la sociedad y en ocasiones por la propia familia, que perder peso aliviaría de algún modo este malestar, por lo que podría comenzar una dieta. Al perder los primeros kilos se produciría un aumento de la sensación de control y de la satisfacción que explicaría el miedo a volver a engordar, perdiendo así esta fuente de bienestar y autocontrol. A partir de este momento aparecerían una serie de alteraciones en el pensamiento, el comportamiento y la fisiología de los pacientes que funcionarían como factores de mantenimiento del trastorno. Basándose en este planteamiento, surgen numerosos trabajos que vienen a ampliar y completar la teoría formulada por estos autores. En muchos de ellos se destaca de forma especial la sensación de falta de control como elemento clave en el origen y mantenimiento del trastorno. Tal es el caso de Polivy y

Herman (2002) quienes consideran determinante para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) el hecho de que la persona se aferre al control de la figura y el peso como respuesta a sus problemas de identidad y control. Plantean que los pacientes ven la meta de tener un cuerpo perfecto como un proyecto vital que les permite dar a su existencia el significado, la coherencia y la estabilidad emocional que no tienen. A través del control de la comida, es posible recuperar la sensación de control no percibida en otras áreas de sus vidas. El aparentemente sencillo objetivo de controlar la comida y el peso hace sus vidas más simples, seguras y eficaces. Planteamientos similares acerca del papel de la sensación de falta de control en el origen y mantenimiento de los TCA los encontramos en otros autores de gran relevancia en el estudio de estos trastornos como Duker y Slade (1995) o Fairburn, Cooper, Doll y Welch (1999).

La conceptualización del caso que vamos a presentar se realizó a partir de estos planteamientos, donde la sensación de falta de control juega un papel principal en la explicación del trastorno. Pensamos que la elegancia con que estos modelos aprehenden toda la problemática presente en la paciente junto con los excelentes resultados obtenidos del tratamiento que se derivó de los mismos aporta apoyo a su valor teórico-práctico.

Presentación del caso

Sujeto

M. es una chica de 22 años que acude a terapia en mayo de 2001 obligada por su padre a causa de un problema de anorexia nerviosa. En el momento de acudir a consulta su índice de masa corporal (IMC) es de 15 (39 kilos, 1,63 m), lo que indica un nivel de peso muy bajo. Hace 30 días fue dada de alta en un centro hospitalario donde ingresó con un peso similar al actual y del que salió tras recuperar cuatro kilos, que en el tiempo transcurrido desde que recibió el alta hospitalaria ha vuelto a perder.

Evaluación

Entrevista

Se llevaron a cabo una serie de entrevistas no estructuradas con la paciente, su madre, su padre y la actual esposa del mismo. En las entrevistas se recogió información acerca de la historia, contexto y conflictividad familiar de la paciente. Sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años, quedándose bajo el cuidado de su madre. Desde su separación la relación entre ambos ha sido muy conflictiva y llena de reproches y críticas, la mayor parte de ellas relacionadas con la forma de cuidar y educar a M. La madre de M. sufre depresión desde unos tres años antes

de que esta acuda a consulta, para la que recibe tratamiento psicológico y psiquiátrico. Es una persona exigente, crítica y con un extremado autocontrol emocional. La relación de M. con ella es muy conflictiva. La gran necesidad de aprobación que la paciente tiene hacia ella, unido su estilo crítico, exigente y frío, hace que continuamente se produzcan situaciones de conflicto, en las que generalmente la paciente acaba adoptando un comportamiento oposicionista y en ocasiones provocador, que hace que la relación este cada vez más deteriorada. La pareja de su madre, a la que tanto la paciente como su propia madre definen como una persona agresiva, rígida, crítica y exigente, tampoco mantiene una buena relación con la paciente, siendo continuas las peleas entre ellos y entre la propia la pareja, llegando incluso en ocasiones a la agresión física. Esta situación en casa hace que la paciente tome la decisión de irse a vivir con su padre diez meses antes de comenzar la terapia. La relación con su padre es excelente; la paciente le define como una persona «comprensiva, cariñosa, permisiva y de fácil comunicación». La relación tanto con él como con su pareja y la hija de ambos siempre ha sido buena. Considera a ambos sus confidentes y recurre a ellos cuando necesita apoyo. A pesar de ello, la paciente dice no sentirse cómoda viviendo en su casa, ya que «no se siente parte de la familia» y considera que viene a romper la armonía que ellos habían logrado.

Con respecto a sus relaciones de pareja, M. mantiene su primera relación estable tres años antes de acudir a consulta. La relación se prolonga aproximadamente un año durante el cual la paciente dice sentirse a gusto, apoyada, comprendida y querida. Durante esta relación, y a pesar de haber utilizado métodos anticonceptivos, sufre un embarazo no deseado que oculta a su familia y que decide interrumpir. El tiempo transcurrido desde que la paciente sospecha su embarazo hasta el momento de interrumpirlo, es vivido de forma muy aversiva, y aunque su pareja la apoya dice sentirse muy sola, agobiada y asustada, sentimientos ante los que suele adoptar una actitud de negación, tratando de distraerse o no pensar, mientras continúa dando los pasos necesarios para interrumpir la gestación. Tras este episodio la paciente decide «hacer como si no hubiese pasado», así que pone fin a su relación a fin de no tener contacto con nada que le recuerde o que se encuentre asociado a dicho episodio. Coincidiendo con la ruptura la paciente experimenta un aumento en su preocupación acerca de la comida y el peso. Tras esta relación la paciente mantiene relaciones esporádicas, no llegando en ningún caso a estabilizarlas o formalizarlas.

Con respecto a sus relaciones sociales cuenta con una adecuada red de apoyo. De entre su grupo de amigos tres son considerados por ella como muy íntimos, y en general dice sentirse muy arropada por ellos. No tiene dificultades para conocer gente, para mantener sus relaciones sociales, ni para intimar.

En relación a su trayectoria académica, la paciente ha obtenido siempre excelentes resultados, a pesar de lo cual, un año antes de acudir a consulta abandona sus estudios universitarios por no considerarse capaz de continuar.

Con respecto a la historia del problema, pudimos saber que en los dos años que lleva con el trastorno, M. ha sido ingresada en dos ocasiones. La primera de ellas tras un intento suicida en el que ingirió una gran cantidad de medicación

psiquiátrica. Según la paciente el motivo para querer acabar con su vida fue que «estaba harta», «no quería seguir sufriendo y haciendo sufrir a los demás». El segundo ingreso se produjo un mes y medio antes de acudir a consulta y fue ocasionado por su bajo peso. Actualmente tiene una ingesta muy restringida, permaneciendo prácticamente en ayunas todo el día; hace ejercicio compulsivo, aunque últimamente éste ha disminuido porque considera no tener fuerzas «ni para eso»; y utiliza laxantes y diuréticos un par de veces al mes. La frecuencia de atracones, seguidos siempre de vómitos, es de uno al mes como mucho. Atribuye la causa del problema a su egoísmo y falta de consideración hacia sus padres, teoría que ha escuchado en boca de algunos profesionales a los que acude con anterioridad y se siente muy desesperanzada ante la posibilidad de superarlo, lo que contribuye a mantener una actitud pasiva hacia el trastorno y una baja motivación por el cambio. Algunas de las manifestaciones al respecto son: «Estoy harta de esto pero no puedo hacer nada»; «Me gustaría salir, pero no puedo», «Lo mejor sería que me muriera».

En vista de que dos de los mejores predictores del riesgo de suicidio estaban presentes en la paciente-un elevado nivel de desesperanza y la existencia de un intento previo (Minkoff, 1973; Linehan, 1981; Beck, Brown y Steer, 1989)-realizamos una evaluación en profundidad del mismo. Para hacerlo llevamos a cabo un análisis funcional pormenorizado del intento previo a fin de identificar antecedentes situacionales o emocionales que pudiesen desencadenar otro intento y características del mismo como el nivel de letalidad y planificación; además, realizamos una evaluación detallada de la existencia de ideaciones suicidas en el momento actual, encontrando que si bien existía un deseo de «acabar con esta pesadilla» no aparecía ideación suicida de ningún tipo. En el intento anterior el antecedente fue una fuerte sensación de impotencia y no existió planificación, respondiendo más bien a un impulso por acabar con la situación.

También a través de la entrevista y confrontando la información obtenida por boca de la paciente con la opinión de su madre, su padre y la mujer del mismo pudimos observar un perfil cognitivo dicotómico, perfeccionista, autocrítico, con una elevada necesidad de control y un estilo de afrontamiento pasivo. Así mismo, observamos un estilo atribucional interno, estable y global para los fallos y un estilo asertivo oscilante entre la manipulación y la agresividad.

Autoinformes

Para evaluar el nivel de depresión de la paciente se empleó la adaptación de Vázquez y Sanz (1991) del «Inventario de depresión de Beck» (BDI) (Beck, Kovacs, y Weissman, 1979), encontrando una puntuación de 31 que se corresponde a un nivel de depresión severa. Así mismo, y tras apreciar en la entrevista unas fuertes expectativas negativas con respecto a la posibilidad de cambio y al futuro se le administró la «Escala de desesperanza» (ED; Beck, Schuyler y Herman, 1974), obteniendo en este caso una puntuación de 7, un punto por encima de la puntuación a partir de la cual se recomienda una valoración detallada del riesgo y dos por debajo del punto de corte.

Para evaluar el nivel de ansiedad empleamos el «Inventario de ansiedad estado-rasgo» (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), situándose la paciente en el centil 99 en ambas escalas.

También administramos un cuestionario general de actitudes disfuncionales a fin de obtener un perfil de los factores de vulnerabilidad cognitivos de la paciente, que confirmase o refutase nuestras impresiones durante la entrevista, empleando para tal fin la adaptación al español de Sanz y Vázquez (1993) de la «Escala de actitudes disfuncionales» de Weissman y Beck (1978). Los resultados que obtuvimos, 81, 46, 37 y 164 para los factores de logro, dependencia, actitud autónoma y total respectivamente, arrojan valores muy altos en todos los factores así como en la puntuación total, lo que indica un nivel elevado de disfuncionalidad en sus esquemas. Cabe señalar que el factor «actitud autónoma» debe ser interpretado en sentido contrario, de modo que una alta puntuación indica una actitud poco autónoma. Las puntuaciones de la paciente en todos los factores son superiores a las medias encontradas en muestras de sujetos depresivos y, como puede observarse en la figura 1, muy superiores a las encontradas en grupos de control formados por sujetos no depresivos (Sanz y Vázquez, 1993).

Por último y con relación al trastorno de alimentación administramos la versión reducida del «Test de actitudes alimentarias» (EAT-26) desarrollada por Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982). Este test evalúa de forma rápida aspectos actitudinales y comportamentales característicos de los trastornos de alimentación y ha demostrado ser sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. La paciente obtuvo valores extremadamente altos, 39, 10, 18 y 67 para las escalas de dieta, bulimia, control oral y total respectivamente, siendo 20 la puntuación de corte para población española (Perpiñá, 1996) y situándose la paciente según estos mismos baremos en el centil 97.

Así mismo administramos el «Inventario de trastornos de la conducta alimentaria» (EDI; Garner, Olmsted, y Polivy, 1983) en el que obtuvimos los resultados que aparecen en la tabla 1 y que, como se observa, arrojan valores muy elevados. En todos los casos, salvo en la escala de miedo a madurar, los resultados obtenidos por la paciente superan las medias obtenidas por Cervera y Quintanilla (1995) en una muestra de 50 pacientes, el 96% de ellas mujeres, con una media de edad de 19,17 años, estudiantes en su mayor parte, con un nivel socio-económico medio-alto.

Por último, a fin de evaluar el nivel de insatisfacción con la imagen corporal administramos el «Cuestionario de la silueta corporal» (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Este cuestionario evalúa el miedo a ganar peso, la incomodidad o ansiedad con respecto al propio cuerpo y la evitación de situaciones en las que la imagen corporal tiene mucha relevancia. La paciente obtuvo una puntuación de 88 en este cuestionario, siendo su puntuación de corte 105. Este resultado aparentemente bajo no lo parece tanto si tenemos en cuenta que indica un grado de insatisfacción grande y un temor elevado a engordar en una persona con un IMC de 15.

Tabla 1

Puntuaciones obtenidas por la paciente en las escalas del EDI y valores medios de dichas escalas en una muestra de pacientes con anorexia nerviosa (AN)

| <i>Factor</i> | <i>Puntuación paciente</i> | <i>Medias en pacientes con AN</i> |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Tendencia a adelgazar | 18 | 7,20 |
| Bulimia | 5 | 3,28 |
| Insatisfacción corporal | 15 | 8,20 |
| Ineficacia | 16 | 9,34 |
| Perfeccionismo | 16 | 4,82 |
| Desconfianza interpersonal | 6 | 5,26 |
| Conciencia interoceptiva | 23 | 8,12 |
| Miedo a madurar | 7 | 7,38 |

Hipótesis de origen y mantenimiento del trastorno

Siguiendo el procedimiento habitual que empleamos a la hora de trabajar en un caso, a partir de los datos recogidos en la evaluación planteamos una hipótesis de origen y mantenimiento del trastorno, de la cual derivamos los objetivos de intervención. Para hacerlo nos basamos en el modelo para la anorexia de Slade (Slade, 1984) y en el de Beck (Beck, 1967) para la depresión, que individualizamos con el fin de adaptarlos a las características personales de la paciente.

En primer lugar, identificamos los factores de vulnerabilidad social, familiar y personal que resumimos en el cuadro 1.

Encontramos una serie de factores culturales típicos de la sociedad occidental, en los que valores como la imagen, el éxito y la competitividad resultan centrales de cara a obtener el reconocimiento social. Esto debe unirse a la idea de que adelgazar, ser bella o tener un cuerpo escultural es fácil. Este tipo de mensaje, enviado habitualmente desde algunos medios de comunicación que tratan de promocionar productos de belleza o adelgazamiento y repetido por colectivos como modelos o actrices, infravaloran el esfuerzo que supone tener un cuerpo escultural, contribuyendo a generar la idea de que si no poseemos tal aspecto se debe a nuestra falta de voluntad, de interés en nosotros mismos, de forma que se acaba por asociar un pequeño sobrepeso a una serie de características de personalidad muy negativas (p.ej., vagancia, dejadez, descontrol)

A nivel familiar encontramos un entorno rígido, exigente, perfeccionista, crítico y de una expresividad emocional fría, sobre todo por parte de su madre, que contribuye a generar en la paciente este mismo estilo, transmitido mediante modelado, a través de mensajes directamente dirigidos a la hija, o a través de las contingencias que recibe en función de su comportamiento. Dicho estilo contribuye también a

desarrollar en ella una autoimagen negativa. En este mismo sentido, las continuas peleas entre sus padres a causa de su educación además de contribuir al desarrollo de esta imagen negativa de sí misma, van despertando la idea de que es un estorbo, y el único modo de dejar de serlo es ser fuerte y autosuficiente, no mostrar debilidades ni pedir ayuda de ningún tipo, de esta forma no será motivo de discusión para nadie. En nuestra opinión, como veremos después, ésta es el supuesto básico nuclear de la paciente, y apelando casi exclusivamente a él, es posible explicar prácticamente todo su comportamiento patológico.

Con relación a sus factores de vulnerabilidad personales, encontramos en ella unas actitudes extremadamente perfeccionistas, autoexigentes, autocríticas e hiperrresponsables. Las elevadas expectativas de logro que siente depositadas sobre ella, unidas a unas expectativas negativas de autoeficacia, le generan una sensación de falta de control, de ansiedad continua al percibirse permanentemente a punto de fallar a sus seres queridos. Por su parte existe un uso elevadísimo de la autocrítica como forma de regular el comportamiento, unido a un déficit de autorrefuerzo. Posiblemente el entorno deportivo de competición en el que se movió la paciente en su infancia cuando practicaba gimnasia deportiva haya contribuido a desarrollar este estilo cognitivo. Así mismo, y como adelantábamos antes, existe una gran necesidad de control, situacional, comportamental y emocional que en ocasiones se consigue mediante estrategias de afrontamiento evitadoras-negadoras, sobre todo en lo que al plano emocional se refiere. «Ser fuerte es no tener sentimientos, y para no dar problemas es preciso ser fuerte» esta idea podría resumir la filosofía de vida de nuestra paciente.

El estilo cognitivo que acabamos de describir, perfeccionista, exigente, autocrítico e hipercontrolado, unido a un entorno familiar crítico y conflictivo, da lugar a una pobre autoimagen, a un alto nivel de insatisfacción con la vida y con uno mismo y a una fuerte sensación de falta de control. Esta sensación de falta de control obedece a un fallo en la obtención del elevado nivel de control situacional y emocional que se exige la paciente más que a una falta de control real.

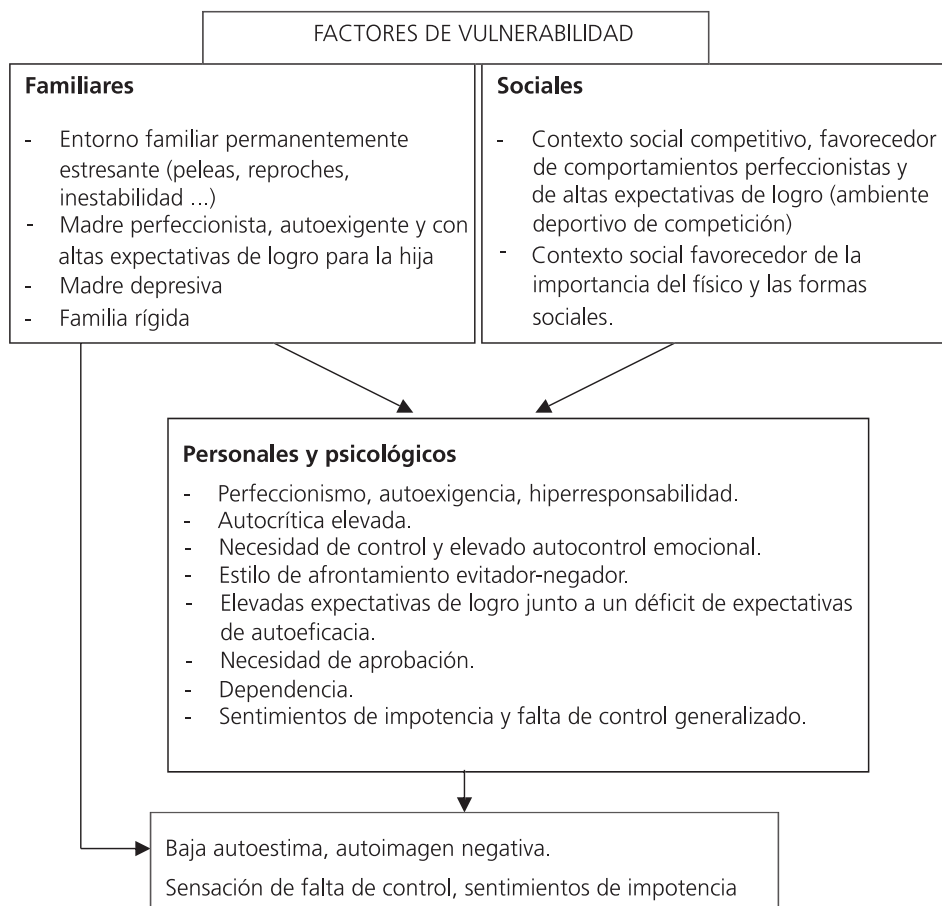
En esta posición de vulnerabilidad psicológica ocurre una situación que actúa como suceso precipitante del TCA, el embarazo no deseado y la posterior ruptura con su pareja. Esta experiencia, de por sí estresante y aversiva, se acentúa si tenemos en cuenta las condiciones en las que ocurre. La paciente había tomado precauciones para evitar un futuro embarazo, por lo que «no debería» haber ocurrido, y sin embargo ocurrió, esto genera una intensa sensación de falta de control, que viene a intensificar la que previamente existía.

En esta situación la paciente casualmente comienza una dieta con el objetivo de perder algo de peso. El éxito en el seguimiento de la misma, así como en la consecución de su objetivo de perder peso, le devuelve cierta sensación de control y de satisfacción consigo misma, tanto en lo que respecta a la consecución de sus metas como con su propio cuerpo. Así, la sensación de control percibida sobre la ingesta viene a compensar la sensación de falta de control percibida sobre el resto de su vida, de modo que el control de la comida y el peso se convierten en una forma aparentemente sencilla de recuperar satisfacción y control, manteniendo por refuerzo positivo la conducta restrictiva. Al mismo tiempo surge un intenso

miedo a perder este control y por tanto la satisfacción con uno mismo, por lo que la conducta hasta ahora mantenida por refuerzo positivo comienza a mantenerse también por refuerzo negativo. Nos parece interesante señalar que es la sensación de control sobre la ingesta la que resulta reforzada y no tanto la ingesta de alimentos poco calóricos o en pequeñas cantidades. Ejemplo de ello es la existencia de alimentos prohibidos más bajos en calorías que otros permitidos pero que dan sensación de control por ser teóricamente dietéticos, o la intolerancia a la sensación de estómago lleno, asociada a un descontrol en la ingesta, aunque se deba a un consumo de alimentos muy bajos en calorías. Una de las consecuen-

Cuadro 1

Factores de vulnerabilidad familiares, sociales y psicológicos de la paciente



cias de esta especie de «adicción al control» es que la restricción ha de ser cada vez mayor para seguir produciendo la misma sensación de control. Al aumentar la exigencia de la restricción, la presión biológica y psicológica por comer llega a ser insoportable por lo que en determinados momentos se violan las restricciones, produciéndose un intenso miedo a engordar, un incremento en el nivel de ansiedad y una fuerte autocrítica, ya que la paciente percibe que pierde también el control de lo único que había logrado controlar. Esta violación aumenta además el miedo a engordar, al disminuir las expectativas de autoeficacia en el control de la ingesta. Por su parte, la inanición produce una serie de efectos que vienen a mantener el problema, como el aumento en la obsesividad y la rigidez cognitiva que dificultan el cambio y exacerban los factores de vulnerabilidad del estilo cognitivo de la paciente, la labilidad en el estado de ánimo y el incremento de la ansiedad, el aislamiento o la dificultad de concentración que produce un menor rendimiento académico.

Esta situación ocasiona, así mismo, un aumento en la conflictividad de las relaciones familiares, tanto de la paciente con su madre como entre su madre y su padre, lo que, a su vez, refuerza su autoesquema negativo y disminuye su satisfacción.

Por otro lado, no debemos olvidar que la paciente entiende el problema y sus consecuencias como una muestra más de su falta de valor y debilidad y justifica la idea de que su vida sólo es un problema para todos, interpretación esta que refuerzan algunos de los profesionales a los que previamente acudió.

Por último, los fracasos anteriores a la hora de encontrar solución al problema, unidos a la interpretación depresogénica de la situación, explican la existencia de desapezanza y sentimientos de indefensión que aumentan la pasividad ante el problema contribuyendo así a su mantenimiento.

El cuadro 2 representa gráficamente la hipótesis de mantenimiento que acabamos de plantear.

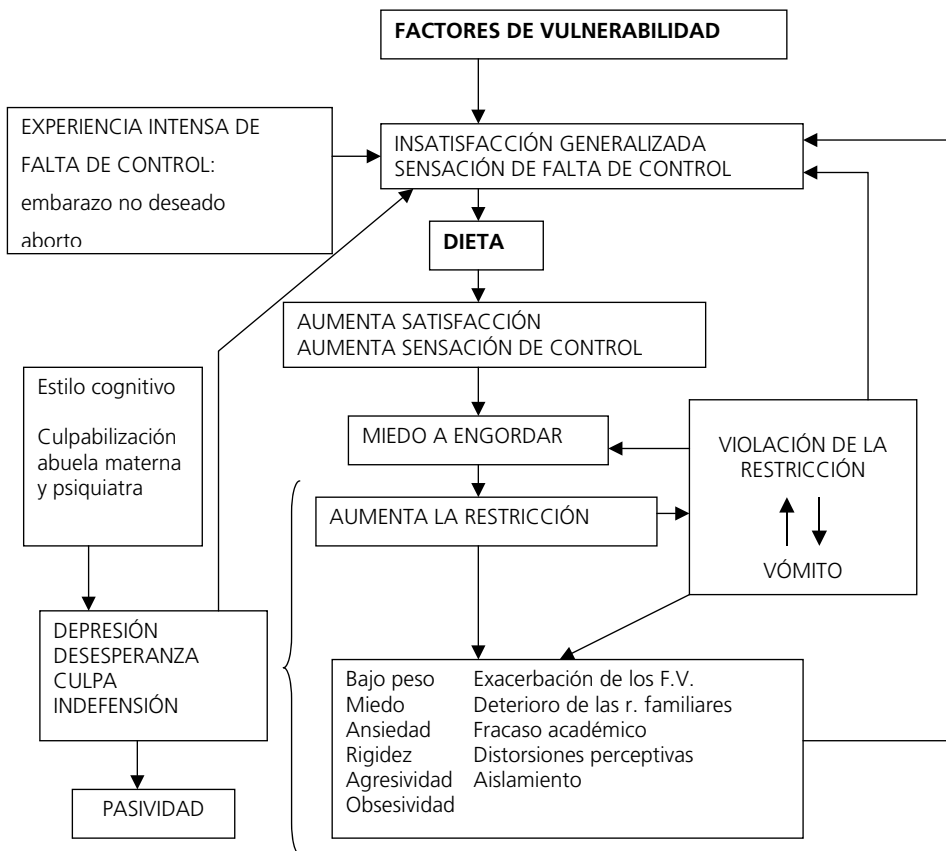
Mapa cognitivo

A partir de los registros de la paciente y mediante técnicas como la flecha descendente (Burns, 1990) o el descubrimiento guiado (Beck *et al.*, 1979) fuimos elaborando su mapa cognitivo, que se muestra en el cuadro 3.

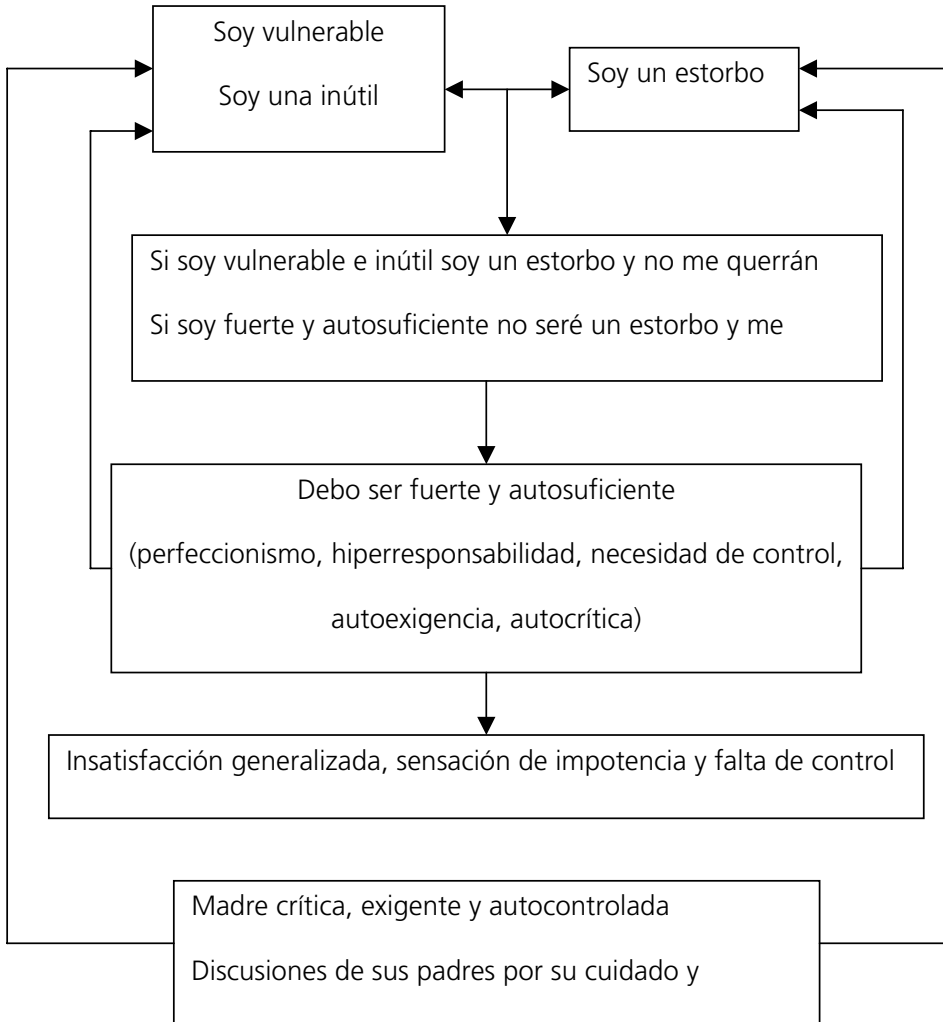
Como muestra la tabla, existen tres ideas nucleares que formarían parte del autoesquema de la paciente, «soy una inútil», «soy vulnerable» y «soy un estorbo». Estas tres ideas centrales pueden haberse aprendido a una edad temprana y estar relacionadas con las continuas discusiones de los padres de la paciente que tenían como centro de desacuerdo temas relacionados con ella. Esto, unido a las críticas de su madre —modelo de autoexigencia y autocontrol—, y a los continuos mensajes de ésta acerca de la necesidad de «ser fuerte» y «no mostrar debilidades», pueden haber contribuido a generar en la paciente un nexo de conexión entre ambos sucesos. «Discuten por mi culpa, luego soy un estorbo», «mi madre me critica, luego soy una inútil y no sé controlar mis emociones», «luego si dejara de ser una inútil y fuese fuerte dejaría de ser un estorbo». Esta

regla acerca de cómo ha de ser su comportamiento justifica el perfeccionismo, la autoexigencia y el elevado autocontrol emocional de la paciente, ya que constituirían el modo de mejorar su autoconcepto, recibir cariño y dejar de ser un estorbo. Sin embargo, fracasa al intentar conseguir esos elevados criterios de evaluación y las metas poco realistas en relación a su ejecución o a su control emocional, reforzándose así sus supuestos nucleares y generando una sensación de falta de control e insatisfacción generalizada. En esta situación, y como veíamos anteriormente, una experiencia de descontrol situacional precipita la aparición del trastorno, que a su vez es interpretado en términos de inutilidad, debilidad y prueba de que sólo da problemas.

Cuadro 2
Hipótesis de mantenimiento del problema



Cuadro 3
Mapa cognitivo del sujeto



Tratamiento

Planteamiento general del tratamiento

Una vez realizada la evaluación y teniendo como guías la hipótesis de mantenimiento y el mapa cognitivo que acabamos de presentar, comenzamos el tratamiento que tuvo dos líneas principales de intervención estrechamente relacio-

nadas. Por un lado trabajar los problemas específicos de la conducta alimenticia: eliminación de vómitos y atracones subjetivos, eliminación de alimentos prohibidos, instauración de hábitos alimenticios saludables, disminución del miedo a engordar, eliminación de la ansiedad frente a la comida, tolerancia a las sensaciones de estómago lleno, recuperación de las sensaciones de hambre y saciedad, modificación de actitudes negativas respecto a la comida y aumento de la satisfacción corporal; por otro lado, modificar los esquemas cognitivos desadaptativos que constituyen un factor de vulnerabilidad y favorecen la recaída: perfeccionismo, autoexigencia, hiperresponsabilidad, necesidad de control y autocontrol emocional y autoesquema negativo. Esta última incluía por tanto la modificación de las ideas nucleares del mapa cognitivo.

Temporalidad de la intervención y procesos de cambio

En una primera etapa del tratamiento el objetivo principal consistió en modificar las expectativas negativas de la paciente acerca del trastorno y la terapia, así como disminuir su desesperanza, culpa y apatía ante el trastorno. Una de las primeras complicaciones en el tratamiento con pacientes de TCA es su resistencia a recibir tratamiento, numerosos factores explican esta negativa, siendo algunos de los más frecuentes el miedo a ser controlado por el terapeuta perdiendo así el control sobre sus vidas, el miedo a engordar y la dificultad a la hora de pedir ayuda. En el caso de nuestra paciente estos tres factores se unían a las experiencias negativas en tratamientos anteriores que habían contribuido a desarrollar en ella una actitud extremadamente negativa hacia la terapia y el terapeuta. Para conseguir este objetivo le presentamos el modelo explicativo del trastorno basándonos en el modelo de Slade (1984). Hicimos especial hincapié en la existencia de factores de vulnerabilidad de carácter heredado y aprendido, en la existencia de aprendizajes no explícitos y en muchos casos inconscientes que, sin embargo, actúan sobre el comportamiento desadaptativo manteniéndolo, y del carácter no voluntarista de la recuperación de estos trastornos con el fin de desculpabilizar a la paciente por su problema; otro de los objetivos de insistir en la existencia de factores de vulnerabilidad psicológica era compartir con la paciente una visión más amplia del problema, en la que el peso era un componente más del problema pero no el único. Igualmente insistimos en su malestar emocional, sus sentimientos de tristeza, culpa, ansiedad, vacío, desesperanza, vergüenza, etc., como objetivos de intervención, de esta forma pretendíamos incrementar su motivación por el cambio. Al principio de la terapia, los objetivos relacionados con el peso no suelen ser vividos por las pacientes como propios, por el contrario se perciben contrarios a su voluntad y sus deseos, por lo que aceptarlos es percibido como una pérdida de control; mejorar el estado de ánimo, disminuir los niveles de ansiedad o el nivel de obsesividad es sin embargo un objetivo que ellas mismas desean. Por otro lado, atender a estos componentes pone de manifiesto algunas de las consecuencias negativas de mantener el trastorno, lo que así mismo aumenta la motivación por el cambio.

Durante esta primera sesión, el terapeuta se mostró extremadamente empático y cálido, mostrando un interés genuino por la paciente y ofreciendo su apoyo incondicional a lo largo de todo el proceso terapéutico, apoyo necesario durante un proceso largo y difícil. Resulta especialmente interesante cómo esta actitud del terapeuta provocó un importante cambio en la actitud de la paciente, que al ver que el terapeuta respondía con comprensión ante su actitud desafiante y retadora al comienzo de la sesión fue modificándola hasta llegar a una actitud totalmente colaboradora y confiada al final de la misma. Pensamos que el cambio se debe a que esta forma de comportarse del terapeuta cuestionó muchas de las ideas que la paciente tenía sobre la terapia y los terapeutas, pasando a verla como una ayuda a su disposición y no como un elemento de control al servicio de sus padres.

El siguiente objetivo que se trabajó fue preparar a la paciente para el ingreso hospitalario. Como comentamos, la situación médica de la paciente era muy delicada, por lo que sus indicadores biológicos aconsejaban el ingreso. Generalmente el ingreso es vivido por los pacientes de forma muy aversiva. Por un lado, supondrá un aumento de peso, la posibilidad de perder un curso o tener que coger la baja, pero sobre todo el ingreso supone una absoluta pérdida de control sobre su alimentación y su vida. En la mayor parte de los ingresos hospitalarios además del tratamiento médico se llevan a cabo programas de tratamiento conductual, donde se retiran a los pacientes en principio todo tipo de «privilegios» como recibir visitas, usar el móvil o ver la televisión, y le van siendo devueltos de forma contingente a un aumento de peso o a la consecución de los objetivos que los profesionales hayan fijado para la paciente en particular. Si la paciente se encuentra muy descontrolada puede llegar a ser atada a la cama, con el objetivo de que no vomite, no tire la comida o no ponga en riesgo su vida. Esta situación supone por tanto una total falta de control de la paciente sobre su vida. Por estos motivos, las paciente suelen negarse a ser ingresadas. Realizar un ingreso en contra de la voluntad de la paciente suele acarrear serios problemas en las relaciones familiares, ya de por sí deterioradas. Si además la paciente es mayor de edad, para hacerlo es necesario una incapacitación, por lo que la situación resulta aún más complicada. En el caso de nuestra paciente, a todas estas dificultades había que añadir la experiencia tan negativa que había tenido en su ingreso anterior, en el que, además de ser atada a la cama, era encerrada en su habitación con ventanas y persianas cerradas durante las dos horas siguientes a cada comida a fin de evitar que vomitase, por lo que su actitud ante el ingreso era absolutamente negativa. No obstante —y como ocurre en muchos casos—, el ingreso era necesario para salvar la vida de la paciente, así que el siguiente objetivo fue conseguir que se realizase de forma voluntaria y reducir en lo posible las emociones negativas de la paciente durante el mismo. Para conseguirlo trabajamos los siguientes objetivos específicos: generar una actitud positiva hacia el ingreso (ingreso como «necesidad» y «ayuda» no como «castigo» y «control») y el personal sanitario (no la desprecian y castigan, aunque en ocasiones puedan ser poco cuidadosos al llevar a cabo los tratamientos); disminuir la rabia hacia los padres y terapeutas que recomendaban o autorizaban el ingreso (el ingreso no lo deciden ellos, sino la

situación física y psicológica de la paciente, actitud empática «el ingreso no gusta a nadie, pero es necesario»; disminuir la sensación de falta de control sobre el ingreso (facilitar información acerca de los pasos a seguir antes del ingreso, del hospital, del tipo de tratamiento que recibirán...); e implementación de recursos de afrontamiento para las situaciones más complicadas a las que se enfrentarán durante el mismo (el momento de ingresar, comidas, noches antes de conciliar el sueño, ver cómo va aumentando el peso, etc.).

Todos estos objetivos se llevaron a cabo a lo largo de tres sesiones de entre una hora y una hora y media, tras las cuales la paciente fue ingresada durante un tiempo aproximado de tres semanas. Durante el mismo, fue muy difícil mantener contacto con ella, ya que las normas del hospital impedían que realizase llamadas o recibiera visitas, si bien nos mantuvimos informados de su estado a través del padre de la paciente. Nada más finalizar el ingreso se reanudó la terapia. En el momento de reanudarse la actitud de la paciente hacia la terapia seguía siendo positiva, su IMC estaba en torno a 18 y su estado físico era bueno. Pensamos que el mayor logro de esta primera etapa de tratamiento fue conseguir un cambio en la percepción de la paciente sobre su problema. Al dejar de identificarse con los objetivos del trastorno (pérdida de peso, control de la comida...) o verlo como algo inevitable contra lo que es imposible luchar, la paciente tomó una actitud de afrontamiento activo hacia el problema. Se produce un distanciamiento desde el que la paciente es capaz de distinguir entre sus objetivos y los del trastorno. A partir de este momento, los imperativos del trastorno pasan a considerarse miedos y no deseos, miedos que limitan su libertad y su control. De esta forma, la paciente empieza a percibir como control lo que antes consideraba descontrol y viceversa.

Nuestro primer objetivo al reanudar la terapia tras el ingreso fue mantener el peso conseguido durante el mismo, evitando así que ocurriese como en el ingreso anterior, en el que en un periodo de treinta días perdió todo el peso que había recuperado. Para ello tratamos de disminuir su ansiedad ante la comida, su miedo a engordar, su nivel de intolerancia con respecto a su cuerpo y su insatisfacción corporal, empleando para ello entrenamiento en técnicas de afrontamiento a la ansiedad y autocontrol, exposición sistemática graduada y jerarquizada, control de estímulos e identificación y discusión de pensamientos negativos.

En este momento del proceso terapéutico se produce un interesante fenómeno que vuelve a incidir sobre la importancia y la sensación de control en el problema de la paciente. Llegado este punto la paciente estaba decidida a mantener un peso y unos hábitos de alimentación normalizados. No obstante, y como ocurre en cualquier proceso terapéutico, cuando se desarrollan esquemas de pensamiento adaptativos alternativos a los desadaptativos previamente existentes, los nuevos esquemas cuentan al principio con un nivel de credibilidad menor (Bas, 1997). Por este motivo, ante una situación relevante al contenido de un esquema, será el esquema disfuncional el que previamente se active, dejando como huella pensamientos automáticos y emociones coherentes con él. Sólo después de un esfuerzo por activar, autoatender, los nuevos esquemas adaptativos su nivel de credibilidad aumentará hasta poder competir con los antiguos. Esta situación suele producir en los pacientes cierto desconcierto y en ocasiones desesperanza,

ya que durante un tiempo del proceso terapéutico a pesar de estar de acuerdo con unos planteamientos, siguen sintiéndose «como si» estuviesen de acuerdo con otros. Durante este tiempo el paciente en ocasiones se desespera o pierde la confianza en la terapia cognitiva, al pensar que si aun estando de acuerdo con nuevos planteamientos se siente mal es que su problema no tiene solución, o al menos, ésta no pasa por cambiar sus pensamientos sobre las cosas. En ocasiones, a este sentimiento de desesperanza le acompaña cierta autocrítica y descalificaciones basadas en la idea de que «no deberían sentirse así» que empeoran su, generalmente ya de por sí deteriorado, autoesquema. En el caso de nuestra paciente, esta situación ocurrió aproximadamente a los cinco meses de comenzar la terapia. A pesar de estar aceptando nuevos planteamientos que desafiaban los esquemas anteriores, estos tenían aún mayores niveles de credibilidad, por lo que sus emociones eran en muchas ocasiones más coherentes con sus anteriores planteamientos. Cuando esto ocurría la reacción de la paciente era muy negativa, autocriticándose por no ser capaz de controlarlas (entendido el control como una «no aparición» de dichas emociones) y generando en ella expectativas muy negativas acerca de la posibilidad de llegar a sentirse bien algún día. En esta situación y motivado por un fuerte sentimiento de desesperanza provocada por una sensación de falta de control sobre sus emociones, la paciente cometió una tentativa de suicidio. Cabe señalar que esta fue de muy baja letalidad y que se identificó y retrasó el impulso de hacerlo unas nueve horas. Las dos sesiones posteriores se dedicaron a trabajar detenidamente sobre esta conducta y sus consecuencias. En primer lugar eliminando los sentimientos de vergüenza y culpa tras el intento, al entenderse como una petición de ayuda en un momento de desesperación. De esta forma intentamos no sólo disculpabilizarla, sino además generar en ella un sentimiento de autosimpatía, comprensión y compasión hacia sí misma. En este punto discutimos así mismo los motivos a favor y en contra de morir, llegando a la conclusión de que la verdadera motivación de la paciente para hacerlo había sido el deseo de acabar con su malestar, de sentirse bien para poder llevar a cabo una serie de objetivos y metas que deseaba, por lo que su verdadero interés era vivir. En segundo lugar realizando un detallado análisis funcional de la misma, que permitió identificar adecuadamente las emociones y pensamientos antecedentes y trabajarlos, redefiniendo el término «control» a la hora de referirse a sus emociones y entendiendo el suceso como un ejemplo más de su excesiva necesidad de control emocional y autoexigencia.

Pensamos que este momento supone un nuevo punto de inflexión en el proceso terapéutico, ya que a partir de este momento vimos un cambio importante en las actitudes autoexigentes y de necesidad de control emocional de la paciente. Si bien anteriormente habíamos trabajado sobre estos factores, parece que esta experiencia tuvo un fuerte poder reestructurante de numerosos factores que en ella participaron. Así, a partir de este momento observamos un descenso en la autocrítica de la paciente, una actitud más permisiva hacia sí misma, al ponerse metas menos exigentes y más flexibles, y en definitiva una mayor tolerancia hacia sus fallos y limitaciones. Incluso nació en ella el deseo de cuidarse y darse caprichos, llegando a verbalizar en varias ocasiones «¡Me apetece cuidarme, tratar bien

a mi cuerpecito, que bastante daño le he hecho al pobre y fijate que bueno es que aquí sigue, se lo ha ganado!» o «¡Ya está bien, no quiero tratarme mal, bastante mal lo he pasado ya, no me lo merezco, al revés!». Pensamos que este cambio se debe a una actitud de autosimpatía y autocomprensión hacia sí misma, que trasluce un cambio en su autoesquema. Empieza a producirse una reatribución de su autocrítica y las críticas de su madre, que ya no se explican apelando a su «inutilidad», sino a la actitud excesivamente exigente, perfeccionista y necesitada de control de ambas.

A continuación trabajamos de forma más sistemática la relación de la paciente con su madre y el marido de esta y con la familia de su padre. La relación con estos últimos era muy buena, sintiéndose muy querida y cuidada tanto por la mujer de su padre como por la hija de ambos. Sin embargo la paciente se sentía incómoda viviendo con ellos, ya que se consideraba a sí misma un elemento disruptor en la armonía familiar. Esta situación le producía una sensación de no pertenencia y reforzaba la idea de que era un estorbo. La situación se abordó a través de una reatribución de significado, donde se entendían como normales ciertos roces al adaptar la dinámica familiar a la incorporación de un nuevo miembro y donde estos roces no se atribuían a problemas con el nuevo miembro sino a problemas de ajuste entre piezas de un sistema. Con relación a la madre de la paciente, como comentamos en la anamnesis, era una persona muy exigente, rígida, crítica y muy controlada emocionalmente, lo que le hacía mantener comportamientos fríos en sus relaciones personales. La paciente mantenía una relación ambivalente hacia ella, la quería y necesitaba excesivamente su aprobación y admiración, pero sentía también rencor y rabia por no comportarse de forma más cálida, cariñosa y comprensiva hacia ella, por no darle apoyo y sobre todo por haber permitido que en casa la situación llegara hasta los extremos de discusiones y peleas que llegó sin haber hecho nada por evitarlo, al mantener hacia su pareja una actitud sumisa y permisiva. Nuestros objetivos a este respecto fueron (a) que la paciente aceptara la existencia de emociones contrarias hacia su madre y se diera permiso para tenerlas y expresarlas de forma asertiva, (b) disminuir la emoción de rabia y resentimiento atribuyendo el comportamiento de su madre a un déficit de asertividad y no a una falta de interés hacia ella, (c) disminuir la exigencia de la paciente hacia su madre y aceptación de las limitaciones de esta, y (d) establecimiento adecuado de límites a su control y responsabilidad, eliminando la implicación de la paciente en la relación entre su madre y la pareja de esta. Para lograr estos objetivos, además de las técnicas de reestructuración cognitiva realizamos un entrenamiento en asertividad. Para mejorar la relación con el marido de su madre además de las estrategias anteriores corregimos el sesgo atencional hacia lo negativo que presentaba la paciente sobre su comportamiento.

Paralelamente a la relación con sus dos familias y coincidiendo con el periodo de matriculación de la universidad trabajamos el miedo a retomar sus estudios. Para hacerlo valoramos la validez de las expectativas negativas de autoeficacia acerca de su competencia para estudiar, y las relacionamos con su perfeccionismo, su autoexigencia y su actitud dicotómica a la hora de valorar sus logros. Así mismo, se realizaron ejercicios de reatribución con el fin de asignar adecua-

damente las causas de su fracaso en el curso anterior, en el que el bajo peso, la obsesividad, la falta de concentración, la apatía y la ansiedad explicaban mejor sus resultados académicos que su falta de competencia. Posteriormente se elaboró conjuntamente entre terapeuta y paciente un plan para el curso siguiente en el que se plantearon metas realistas que evitaran a la paciente exponerse a nuevas experiencias de fracaso.

En este momento de la terapia la necesidad de control emocional de la paciente era mucho menor, la idea de debilidad o vulnerabilidad no se hallaba ya relacionada al sentimiento o expresión de emociones negativas y la relación con el terapeuta era excelente. Por este motivo pensamos que la paciente estaba preparada para abordar el tema del aborto. Nuestro objetivo era elaborar adecuadamente la situación, reducir el malestar que se producía al oír hablar de abortos o ver niños de edades similares a las que tendría el hijo no nacido de la paciente, reducir los sentimientos de culpa, disminuir la sensación de falta de control en lo que a embarazos no deseados se refiere y deshacer el bloqueo emocional de la paciente con respecto a este tema. Fuimos acercándonos a él de forma progresiva, en primer lugar pedimos a la paciente que escribiera de la forma más realista y vívida posible sus recuerdos sobre lo que ocurrió, sus emociones en aquellos momentos, sus pensamientos e impresiones, las reacciones de otras personas que la acompañaban en aquellos momentos y sus propias reacciones. Posteriormente se leyó el relato en sesión. Durante esta sesión se pretendió despertar en ella de nuevo un sentimiento de autocomprensión y autosimpatía, que le permitiesen aceptar como lícitos los sentimientos de pena, culpa, descontrol, desconcierto, soledad o rabia que relataba. Nuestro principal objetivo era exponer a la paciente a reexperimentar estos sentimientos, esta vez dándose permiso para hacerlo y reinterpretando la situación a través de los nuevos esquemas cognitivos adaptativos que habíamos desarrollado a lo largo de la terapia. Posteriormente discutimos algunos de los pensamientos negativos relacionados con el aborto. Así mismo, se exploró el miedo a otro embarazo no deseado y se trabajó el tema de las relaciones de pareja, relacionándolo con esta mala experiencia vivida durante su primera relación y con su miedo a la falta de control emocional. Durante este tiempo la paciente conoció a algunos chicos con los que inició relaciones de pareja y con los que mantuvo relaciones sexuales satisfactorias, si bien en ningún caso llegó a consolidarse la relación.

En esta misma línea, ayudamos a la paciente a elaborar el duelo por la muerte de su abuelo, fallecido aproximadamente un año antes.

A lo largo de todo este tiempo y utilizando las situaciones que íbamos trabajando entrenamos a la paciente en detectar sus pensamientos negativos, relacionarlos con sus supuestos básicos y sus factores de vulnerabilidad cognitiva y a discutirlos empleando técnicas de reestructuración. Igualmente, y siempre en el contexto de las situaciones a las que nos hemos referido, entrenamos a la paciente en técnicas asertivas, en solución de problemas y en técnicas de afrontamiento a la ansiedad.

Finalmente llevamos a cabo el programa de prevención de recaídas para trastornos de la conducta alimentaria desarrollado por Garner, Vitousek y Pike (Garner, Vitousek, y Pike, 1997). En este momento y durante la realización de la misma las sesiones se espaciaron pasando a ser quincenales.

Llegado a este punto comprobamos que la paciente cumplía los criterios para la finalización de la terapia y le dimos el alta terapéutica, realizándose sesiones de seguimiento. Se realizaron tres con frecuencia mensual, dos con frecuencia trimestral, una semestral y otra anual. Durante estas sesiones la paciente abordó dos temas que nos resulta interesante señalar. Por un lado decidió cambiar de carrera universitaria. Esta decisión se llevó a cabo de forma reflexiva y madura, considerando todos los factores a tener en cuenta y discutiendo cuando fue necesario todos los pensamientos negativos relacionados con el perfeccionismo, la frustración, la autoexigencia, la desaprobación por parte de alguno de sus familiares, en concreto su madre, o el miedo al cambio. Por otro lado, la paciente nos relató la existencia de algunas dudas acerca de su orientación sexual. De nuevo el tema se abordó de forma tranquila y madura, tratándose desde un planteamiento flexible en el que la paciente prefería no englobarse en ninguna categoría sino dejarse llevar por sus sentimientos manteniéndose a la expectativa hasta que alguna alternativa quedase más clara a sus ojos. Actualmente mantiene una relación homosexual desde hace aproximadamente un año en la que dice sentirse totalmente satisfecha y enamorada.

Resultados

Los cuestionarios que le aplicamos a la pacientes al comienzo de la terapia fueron administrados de nuevo un año y medio después coincidiendo con el alta terapéutica y dos años después de la misma, en una sesión de seguimiento. En la segunda medición se observa una notable mejoría que se mantiene dos años después de finalizar la terapia.

En cuanto a la intensidad de la sintomatología depresiva, como vemos en la figura 1, la paciente pasa de una puntuación que indica una depresión severa a un estado no depresivo tanto en la evaluación post como en el seguimiento (pre=31; alta=1; seguimiento=3). Lo mismo ocurre con su nivel de desesperanza, que como vemos en la figura 2, pasa de encontrarse en el punto de corte para considerar la posibilidad de un intento suicida, a una puntuación que indica ausencia de desesperanza (pre=7; alta=1; seguimiento=2).

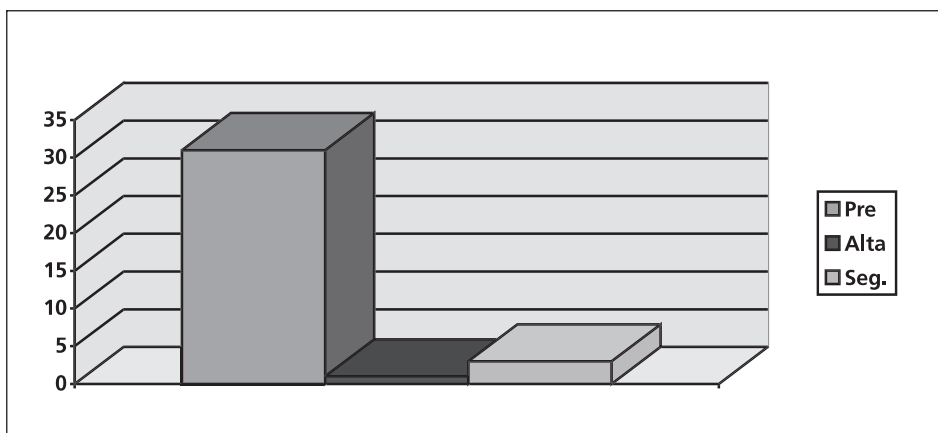
En lo que se refiere a la ansiedad, como muestra la figura 3, se observa así mismo un acusado descenso que se mantiene en el seguimiento, tanto en su componente estado (pre=99; alta=0; seguimiento=1) como en el rasgo (pre=99; alta=1; seguimiento=1).

Con respecto a los factores de vulnerabilidad, como muestra la figura 4, al volverse a administrar la «Escala de actitudes disfuncionales», obtuvimos resultados inferiores en todas las subescalas así como en la puntuación total, estos nuevos valores se sitúan incluso por debajo de los encontrados en muestras con sujetos no depresivos, indicando un alto nivel de funcionalidad de los esquemas cognitivos. La mejoría se mantiene después de dos años de seguimiento.

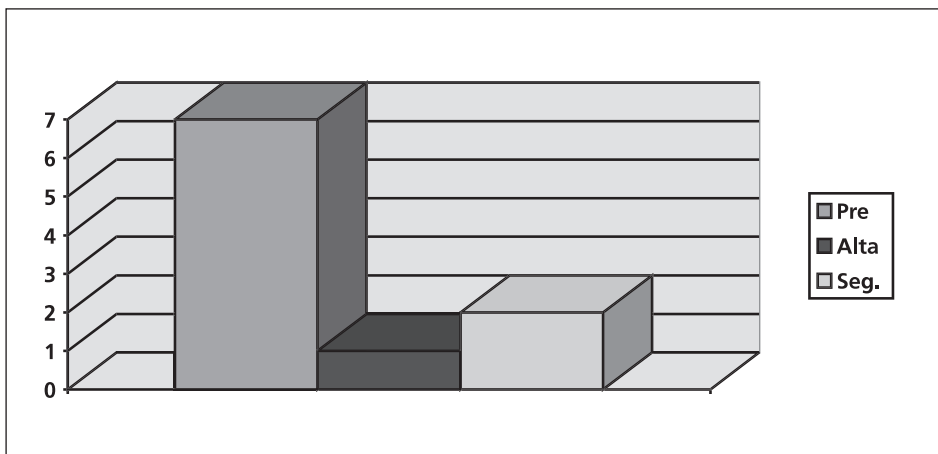
Por último, con relación al TCA encontramos puntuaciones muy bajas en todos los cuestionarios. En el EAT-26, como vemos en la figura 5, puntúa cero en todas

Figura 1

Puntuaciones en la «Escala de Beck para la depresión» (BDI) de la paciente en el momento de comenzar el tratamiento, al darle el alta y a los dos años de seguimiento

**Figura 2**

Puntuaciones en la «Escala de desesperanza» (ED) de la paciente en el momento de comenzar el tratamiento, al darle el alta y a los dos años de seguimiento



las escalas, indicando unas sanas actitudes hacia la comida que teniendo en cuenta los baremos obtenidos por Perpiñá (1996) a partir de una muestra de sujetos normales, la sitúan en el centil 1. En el seguimiento se mantienen estos buenos resultados.

Figura 3

Puntuaciones en los factores estado y rasgo del «Inventario de ansiedad estado-rasgo» (STAI) de la paciente antes, después y a los dos años de seguimiento

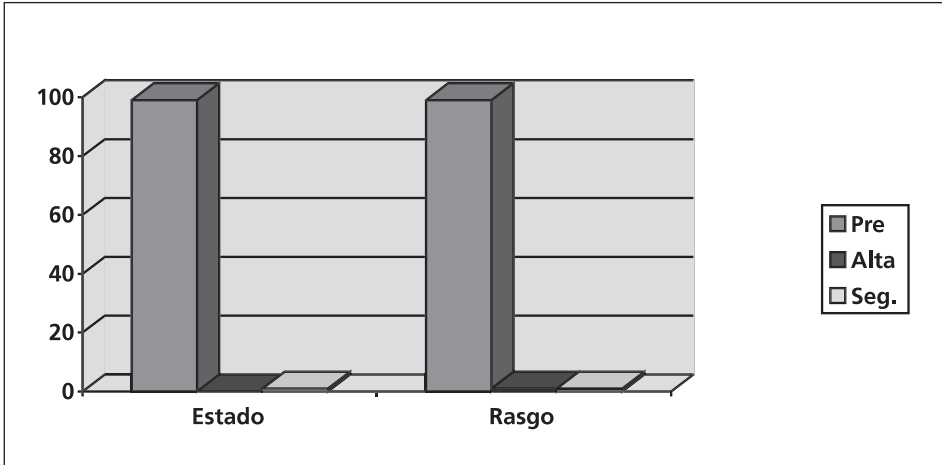


Figura 4

Puntuaciones en la «Escala de cctitudes disfuncionales» (DAS) de la paciente en el momento de comenzar la terapia, en el del alta terapéutica y a los dos años de seguimiento de la paciente y puntuación de referencia de un grupo de control (GC) de 395 sujetos españoles no deprimidos

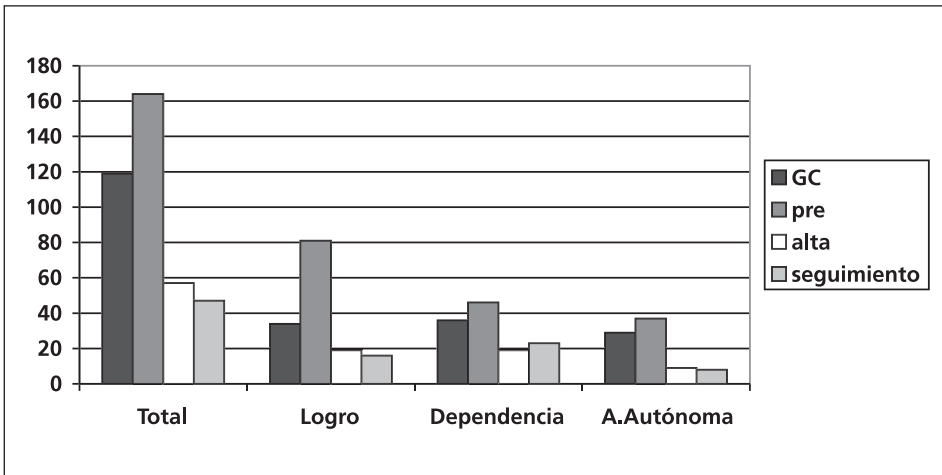
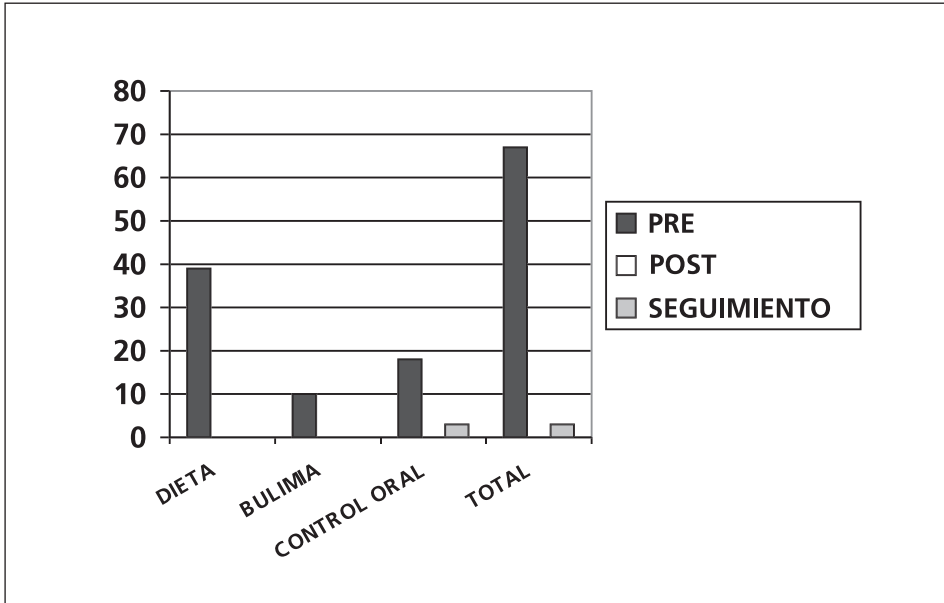
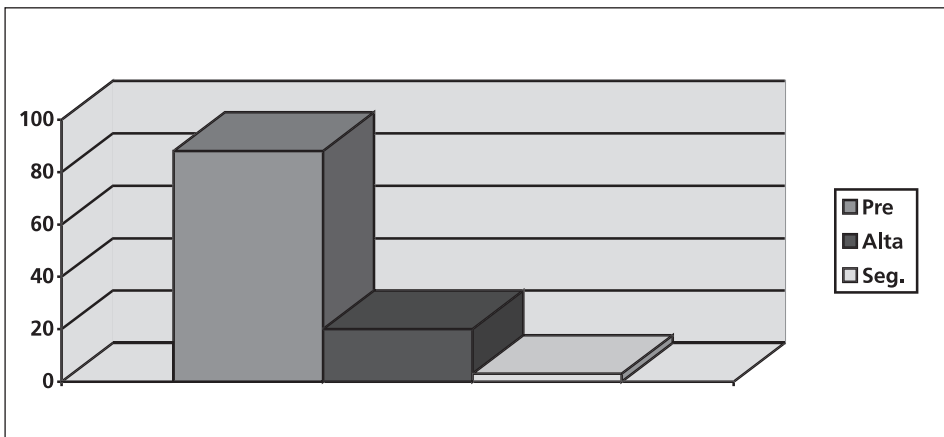


Figura 5

Puntuaciones de la paciente en la «Escala de cctitudes alimentarias» (EAT-26) antes del tratamiento, al finalizar este y a los dos años de seguimiento

**Figura 6**

Puntuaciones en el «Cuestionario de la silueta corporal» (BSQ) de la paciente en el momento de comenzar el tratamiento, al darle el alta y a los dos años de seguimiento

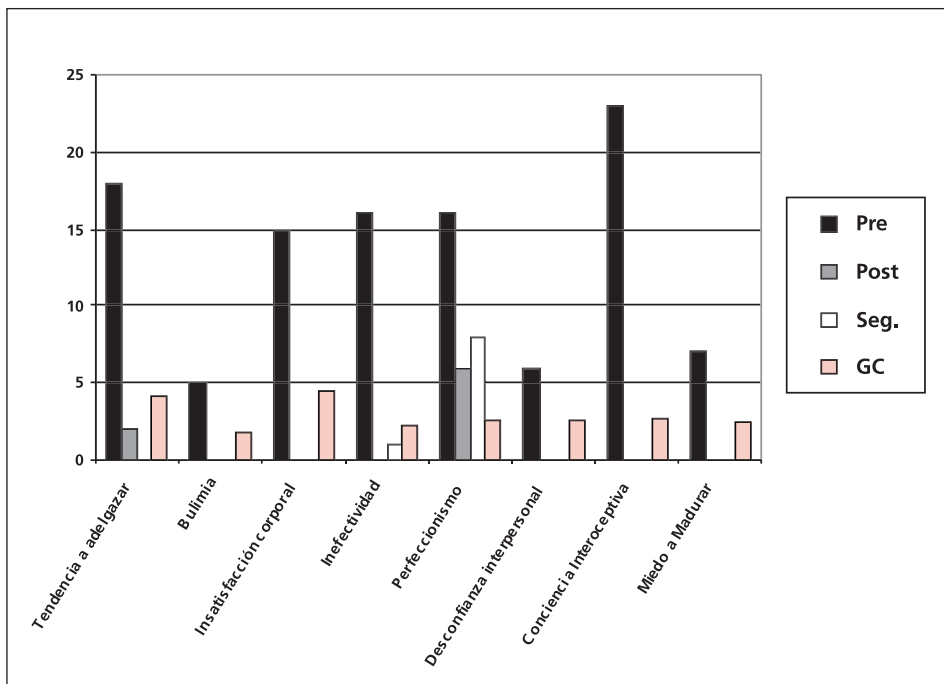


Lo mismo ocurre con la puntuación en el BSQ que, como muestra la figura 6, disminuye fuertemente pasando de una puntuación de 88 a una de 20. Estos resultados resultan especialmente interesante si tenemos en cuenta que la paciente pesaba aproximadamente 10 kilos más al final del tratamiento a pesar de lo cual la satisfacción con su cuerpo era cuatro veces superior. Este dato refleja claramente como la relación entre el peso y la satisfacción corporal es justamente la contraria a la que piensan las pacientes. Una vez más los resultados no solo se mantienen en el seguimiento, sino que mejoran sustancialmente, pasando de una puntuación de 20 a una de 3, a pesar de conservarse el peso con el que se dio el alta.

Por último, como muestra la figura 7, los datos que arroja el EDI vuelven a confirmar la mejoría experimentada por la paciente al volverse a obtener en todas las escalas puntuaciones incluso inferiores a las puntuaciones medias encontradas por Cervera y Quintanilla (1995) en un grupo control formado por 50 sujetos, el 96% mujeres con una media de edad de 20,11 años, en su mayoría estudiantes con un nivel socio-económico medio-alto.

Figura 7

Puntuaciones en la «Escala de actitudes disfuncionales» (EDI) de la paciente antes y después del tratamiento y a los dos años de seguimiento y puntuaciones medias de un grupo control de pacientes no anoréxicas



Otros resultados que se produjeron a lo largo del tratamiento fueron: un importante aumento de autoestima, generación de un autoconcepto positivo y de auto-simpatía; una fuerte mejoría en la relación con su madre, con un aumento de comportamientos asertivos hacia ella que incluían peticiones de cambios, autorrevelaciones y expresión de emociones positivas y negativas, así como aceptación de límites y expectativas realistas en su relación con ella; un adecuado ajuste en la dinámica familiar con la familia de su padre, desapareciendo los sentimientos de no pertenencia, de culpa o de excesiva gratitud que le hacían sentirse en deuda con ellos y le impedían mantener un comportamiento asertivo; una fuerte disminución del miedo al cambio, a la equivocación y a la necesidad de aprobación de su madre; la aparición de una actitud autodirectiva como lo indica que en el segundo año de terapia la paciente decidiese, tras aprobar las asignaturas de las que se matriculó, cambiar de carrera, decisión que tomó de forma reflexiva y autónoma, sin contar apenas con ayuda del terapeuta en un periodo de aproximadamente tres meses; una importante mejoría en las relaciones heterosexuales y una fuerte disminución del miedo al embarazo y la falta de control emocional como lo indican la existencia de relaciones con chicos durante el transcurso de la terapia, en las que la paciente tomaba iniciativas y mantenía relaciones sexuales satisfactorias; la desaparición de los sentimientos de vergüenza y culpa por el intento suicida y por el aborto; y una mayor aceptación y tolerancia a las emociones negativas como la pena, la rabia o la frustración que hacen posible un adecuado afrontamiento a las mismas.

Discusión

Garner y Bermis (Garner *et al.*, 1982) plantean que determinados factores cognitivos como el perfeccionismo, la introversión o la presión por satisfacer expectativas de otros, generan en las personas sentimientos de impotencia y falta de control. Si en tal situación la persona comienza una dieta, el control de la comida y el peso le hará recuperar la sensación de control y la satisfacción consigo mismo, con lo que este comportamiento será reforzado. Por su parte, Polivy y Herman (2002) entienden el control de la comida que se produce en pacientes con trastornos de alimentación como una forma de solucionar los problemas de identidad y control, una manera de recuperar la coherencia, el significado y la estabilidad emocional que en ese momento el paciente ha perdido. Pensamos que el caso que acabamos de presentar ilustra claramente estos planteamientos. Los factores de vulnerabilidad de la paciente favorecen una sensación constante de falta de control e impotencia, que se ven incrementados por la experiencia del aborto, en tal situación, el comienzo de una dieta ofrece la posibilidad de recuperar cierta sensación de control, de modo que los objetivos de la paciente acaban reduciéndose al control de la comida y el peso, una buena forma de simplificar su realidad haciéndola mucho más manejable. En casos como este el TCA funcionaría como un escondite donde los pacientes pueden refugiarse a fin de evitar afrontar un mundo descontrolado y complejo para el que no se sienten preparados. Llama especialmente la atención el hecho de que no existiera en la paciente una excesiva preocupación por el aspecto físico, una

sobrevaloración de este sobre su autoestima, o una fuerte insatisfacción corporal antes de comenzar la dieta. De hecho, el tiempo dedicado en sesión a discutir ideas relacionadas con el aumento de peso o la importancia de la imagen sobre la autoestima fue muy pequeño, dirigiéndose el grueso de la intervención en el tema estrictamente alimentario a reducir el componente de ansiedad condicionada ante los alimentos. Esto puede resultar sorprendente si entendemos el TCA como trastornos dismórficos (Rosen, 1995) o fóbicos (Hallsten, 1965), y en principio parece apoyar los modelos que confieren una mayor importancia a la sensación de control a la hora de explicar la restricción alimentaria. No queremos decir con esto que la insatisfacción corporal, el miedo a la gordura o la sobrevaloración de la imagen corporal sobre la autoestima no sean factores fundamentales en la explicación de estos trastornos, si bien, en nuestra experiencia hemos observado la existencia de dos subtipos de pacientes. En uno de ellos el núcleo duro del trastorno recaería en el miedo a engordar y la importancia de la imagen sobre la autoestima, y a esto se vincularía el inicio del trastorno y el principal factor de mantenimiento del mismo. En la historia de este tipo de pacientes suele encontrarse obesidad o sobrepeso premórbido, familiares obesos, excesiva preocupación por las dietas y el peso en la familia, o críticas o burlas por parte de compañeros por motivos del peso o el aspecto físico. En el otro subtipo, es la sensación de control experimentada al llevar a cabo la restricción alimentaria la que fundamentalmente mantiene esta conducta y no tanto la necesidad de mantenerse en un peso determinado. Este tipo de pacientes suelen tener su autoestima más vinculada a su capacidad de control que a aspectos relacionados con su imagen corporal. Por supuesto la distinción que acabamos de exponer no es del todo clara y en muchos casos ninguno de los dos factores, importancia de la imagen corporal y sensación de control, resulta claramente superior. Somos conscientes de las limitaciones que el hecho de ser un trabajo de caso único impone a las garantías científicas de las hipótesis que acabamos de formular, por lo que sería necesario realizar una serie de trabajos de investigación a fin de garantizar su validez científica y desde aquí animamos a que se realicen, ya que pensamos que de confirmarse nuestra hipótesis tendría importantes consecuencias tanto a nivel teórico sobre la propia definición del trastorno, como a nivel práctico a la hora de plantear su tratamiento.

Referencias

- Aragona, M. y Vella, G. (1998). Psychopathological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 31, 197-205.
- Bas, F. (1997). Hacia una reconceptualización cognitivo conductual de los paradigmas cognitivos de aprendizaje: el caso de la autoatención. *Psicología Conductual*, 5, 27-54.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Londres: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Brown, L. B. y Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.

- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Schuyler, D. y Herman, I. (1974). Development of suicide intent scales. En A. T. Beck, H. L. P. Resnick y D. J. Letieri (dirs.), *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press.
- Burns, M. (1990). *Manual de ejercicios de sentirse bien*. Barcelona: Paidós.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995). *Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Navarra: Eunsa.
- Cooper, P. J., Taylor, C. B., Cooper, Z., y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Davis, C. y Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive Behaviour*, 23, 463-475.
- Duker, M. y Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Mexico, DF: Limusa.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. y Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Formea, G. M. y Burns, G. L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 167-176.
- Garner, D. M. y Bermis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M. y Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En Garner D.M. y Garfinkel P.E. (dirs.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94-144). Nueva York: Guilford.
- Hallsten, E. A. (1965). Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 87-91.
- Krahn, D. D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of substance abuse*, 3, 239-253.
- Linehan, M. M. (1981). A social behavioral analysis of suicide and parasuicide: implications for clinical assessment and treatment. En H. Glazer y J. Clarkin (dirs.), *Depression: behavioral and directive interventions strategies*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Minkoff, K. (1973). Hopelessness depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 450-459.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buela Casal, V. Caballo, y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 675-699). Madrid: Siglo XXI.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Rosen, J. C. (1995). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 331-343.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 49, 45-53.
- Rothenberg, A. (1990). Adolescence and eating disorder: The obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 469-488.

- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Slade, R. (1984). *The anorexia nervosa reference book*. Londres: Harper and Row.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de depresión de Beck*. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Association for the Advancement of the Behavior Therapy, Chicago.
- Woods, S. C. y Brief, D. J. (1988). Physiological factors. En D. M. Donovan y G. A. Marlatt (dirs.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 296-322). Nueva York: Guilford.

