

La terapia de conducta en el tratamiento de la anorexia nerviosa ¿eficaz o peligrosa?

Rosa Calvo

Ciudad Sanitaria «La Paz»

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos de origen mental cuyo desenlace puede ser la muerte. Este síndrome, descrito ya en el siglo pasado con enorme precisión (Call y Lasegue, 1873), presenta, al menos, tres características esenciales que lo diferencian de otros trastornos relacionados con la alimentación:

1. El comportamiento del sujeto le lleva a una pérdida de peso muy importante. Se realiza un régimen de comida, evitando todos aquellos alimentos que considera pueden engordar. A menudo (no siempre) se utilizan medios adicionales para asegurarse una pérdida de peso (vómitos provocados, laxantes-diuréticos, actividad física excesiva) y ocasionalmente aparecen episodios de comida compulsiva.
2. Aparece un trastorno hormonal que se manifiesta en el cese de la menstruación.
3. El paciente tiene un miedo mórbido a engordar y un deseo de una imagen corporal de extrema delgadez.

Este trastorno se da fundamentalmente en mujeres, con edades comprendidas entre los catorce-veintitrés años (95 por 100 de las pacientes), aunque ha sido descrito en algún varón y en mujeres de edad. La mayoría comienzan a perder peso de forma voluntaria, seleccionando los alimentos, e indican que comenzaron esta pérdida de peso a raíz de algún suceso o comentario sobre su gordura o apetito (bromas, etc.). Si adelgazan por alguna otra razón, pronto la sensación

de vacío y delgadez corporal se vive positivamente y la sensación de plenitud y la ganancia de peso con miedo y desagrado.

Este trastorno, considerado de difícil tratamiento, tuvo en la utilización de los principios del condicionamiento operante una esperanza de solución que desembocó en una polémica de la que dan cuenta los artículos hoy recogidos en esta sección.

El tratamiento conductual predominante en la anorexia nerviosa ha sido la aplicación de estrategias de extinción y refuerzo diferencial que puedan restaurar la ingesta de alimentos e incrementar el peso. En general se hospitaliza a la paciente, ignorando cualquier preocupación por la comida y el peso y sus pautas de comida inadecuada, y se refuerza positivamente la alimentación adecuada y la ganancia de peso progresiva. Estos métodos, aunque muy eficaces para obtener el objetivo propuesto (incremento de peso) no han tenido muchas veces en cuenta los factores etiológicos que producen el trastorno, ni los factores extrahospitalarios que los mantienen. No es pues de extrañar las recaídas tras el alta del hospital. Ni tampoco es extraño que algunas pacientes desarrollen un comportamiento de alimentación compulsivo y descontrolado al haber sido reforzado de forma tan selectiva (Bemis, 1978; Pertschuk, 1977). Cuando se lee cuidadosamente el artículo de la Dra. Bruch (1974), considerada como una autoridad en anorexia nerviosa, no puede uno dejar de estar de acuerdo con muchas de las afirmaciones que hace. Sin embargo, también se está de acuerdo con el Dr. Wolpe (1975) en que es erróneo suponer que la manipulación de determinadas consecuencias ambientales sea «per se» lo característico de la terapia de conducta.

Con independencia de que, actualmente, uno se pueda adscribir a diferentes escuelas dentro del enfoque conductual (modelo operante radical, modelo de condicionamiento, modelo de aprendizaje social, modelo conductual-cognitivo y modelo ecléctico, Redd y Bijou, 1975), todos los terapeutas de conducta admiten que el factor básico, fundamental y común que los define es el *análisis funcional*. Este modelo exige, previo a cualquier diseño individualizado de tratamiento, el conocimiento de las condiciones asociadas a la ocurrencia y no ocurrencia de los comportamientos desadaptados y que se suponen aprendidos.

Se tendrá que conocer:

- A) Los antecedentes (factores o situaciones que elicitán la conducta-problema).
- B) Las conductas desadaptadas, definidas operativamente y según criterios de intensidad, duración, frecuencia, etc.
- C) Las consecuencias que mantienen o incrementan dichas conductas.
- D) Las variables del sujeto (creencias, estilo cognitivo, etc.). Además de todas las variables adicionales que puedan facilitar o entorpecer el proceso de tratamiento (medio sociocultural, motivación al cambio, etc.).

No está claro que en los casos presentados por la Dra. Bruch (1974) se hubiese realizado esta forma de evaluación esencial para considerarlos dentro del marco teórico de la terapia de conducta, y sí lo son los casos recogidos en el artículo de Kellerman (1977) cuyos resultados difieren de los presentados por Bruch. Es evidente que debe conseguirse que la paciente se alimente si no queremos que (en ocasiones) muera, y es necesario manejar las contingencias relacionadas con la alimentación y el peso que están muy reforzados debido a la ansiedad que este comportamiento provoca en su medio, especialmente en la familia.

Personalmente traté el primer caso de anorexia nerviosa con un enfoque conductual en 1974 y desde entonces han sido muchos los tropiezos que me han llevado a estudiar el tema en profundidad. Actualmente estoy realizando un tratamiento de terapia de conducta con estas pacientes, que ha tenido éxito no sólo durante el período de hospitalización sino durante el período de tratamiento posthospitalario y en el seguimiento a largo plazo. Primero me gustaría describir el tratamiento global y, después, a modo de paralelismo con la Dra. Bruch, presentar tres casos tratados que tienen ya una evolución de 2½-3 años.

Aunque las pautas generales de tratamiento no exigen *nunca* de realizar un análisis conductual de cada paciente, la coincidencia de muchas características comunes a las pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa, permite establecer unas líneas generales de estudio para el terapeuta que decida adentrarse en este campo tan apasionante, donde todos sus conocimientos y recursos serán puestos a prueba.

Un tratamiento comprensivo debe atender todos los aspectos del paciente anoréxico, pero nos parece ineludible explorar (y si es necesario tratar adecuadamente) los siguientes:

1. Establecimiento o incremento de la cooperación del paciente. Una forma de iniciar o facilitar el contacto en el proceso terapéutico suele ser la resolución de alguna queja del paciente. En el caso de las anoréxicas (la mayoría con estreñimiento pertinaz) el trabajar en un principio con relajación corporal fundamentalmente de la zona del vientre facilita:
 - Una desensibilización «in vivo» a las sensaciones de plenitud y malestar.
 - La eliminación progresiva del uso de laxantes y el aprendizaje de una forma de evacuación intestinal «sana» además de un inicio de control sobre su cuerpo.
 - Incremento de sensaciones corporales positivas en una zona generalmente muy fobizada.
 - Si esto se realiza inmediatamente después de comer puede permitir el refuerzo positivo de una pauta de alimentación positiva. Pero sería totalmente desaconsejable si se viviera como vigilancia.
2. Hábitos de comida y peso: parece estrictamente necesario esta-

blecer un programa de extinción de atención a los hábitos inadecuados de comida, a la pérdida de peso, a la apariencia corporal de delgadez, y un refuerzo positivo a hábitos de comida más normalizados y al incremento progresivo de peso.

Si la paciente necesita hospitalización, el personal cuidador debe saber los principios de conducta para llevar a cabo este programa de refuerzos y extinción. Igualmente es necesario que la familia tenga estos conocimientos y los ponga en práctica.

Sólo cuando la familia, debido a su ansiedad, no pueda dejar de atender a la alimentación y el peso, conviene restringir las visitas. Una vez solucionado esto, no se encuentra razón para que la familia no visite a la paciente, pudiendo iniciarse un aprendizaje de interacción positivo entre ellos.

Si la paciente no necesita hospitalización, la separación de la familia debe hacerse de acuerdo con los criterios anteriormente señalados.

Durante la hospitalización puede negociarse un peso mínimo para el alta. Este incremento de peso puede reforzarse con permisos progresivos que además permite conocer la generalización de los nuevos comportamientos a su medio habitual.

3. Actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso/volumen. En la mayoría de las anoréxicas existe un temor a la gordura y la deformación corporal que necesita ser tratado con técnicas específicas. También suele existir un temor a perder el control al comenzar a comer. Una combinación de técnicas de inundación y desensibilización parecen ser de gran eficacia.
4. Episodios de bulimia: estos episodios parecen inducidos por un impulso compulsivo a comer que se produce con una ingesta desenfrenada («binge»). El tratamiento de esta compulsión implica una combinación de inundación y prevención de respuesta. Se expone al paciente ante los estímulos que le elicitán la compulsión (en imaginación y/o «in vivo») previniendo la respuesta desenfrenada. Esta exposición debe mantenerse hasta que el impulso desaparece. En el tiempo interconsultas conviene establecer unas pautas que faciliten el autocontrol del paciente, semejantes a las pautas en los programas de obesidad o bebida compulsiva.
5. Sumisión-independencia: es característico de estas pacientes un comportamiento de sumisión, obediencia y falta de asertividad. Puede encontrarse: incapacidad para expresar deseos, defender sus derechos, decir que no, mantener sus opiniones, expresar su agresividad, etc., ante los demás, especialmente ante la familia. El tratamiento de estos problemas necesita un planteamiento más amplio que la enseñanza de habilidades sociales si es que carece de ellas. En muchas ocasiones hay en la base de este comportamiento sumiso temores irracionales (expresar una opinión en contra es «hacer daño a los demás», decir que no es «ser mala», etcétera) que necesitan tratamiento específico.

6. Rendimiento escolar y/o trabajo: en muchas pacientes se observan unas exigencias desmedidas de rendimiento que repercute en las relaciones sociales adecuadas a su edad. Es necesario explorar y tratar en este área los miedos al fracaso (exámenes, suspensos, etc.) que le llevan a esta enorme autoexigencia.
7. Otros miedos y fobias: existen, aunque no de forma tan extendida; fobias al contacto corporal, las relaciones sexuales, etc. Antes de dar el alta a la paciente es preciso conocer y tratar con desensibilización sistemática las posibles situaciones que al volver a casa le puedan producir ansiedad y descontrolarle:
 - Visitas de familiares/vecinos en las que se comenten la posible intencionalidad de su enfermedad, el sufrimiento que hizo a su familia, etc.
 - Invitaciones a comer.
 - Comentarios sobre su aspecto corporal, etc.
8. Relaciones familiares: la familia, bien en grupo o en forma individual necesita un tratamiento que repercuta de forma favorable en la paciente. Este tratamiento puede exigir acción en diversas áreas:
 - a) Enseñanza de los principios conductuales, resaltando la importancia de la atención como esfuerzo potente en el mantenimiento de la conducta. Necesidad de eliminar esta atención de los problemas especialmente de comida, peso, delgadez, y darla ante el resto de las conductas normales.
 - b) El tratamiento de la ansiedad de la familia ante temas tales como: la muerte de la hija, su independencia, las relaciones sexuales, etc.
 - c) Evaluación y reestructuración (si es necesario) de las ocupaciones de la madre, sugiriendo actividades que le exijan no estar tan pendiente de la paciente.
 - d) Inicio o incremento de actividad de ocio que sirva de enseñanza vicaria a los hijos, etc.
9. Mantenimiento de los resultados a largo plazo: el tratamiento exige un largo período de tiempo, con seguimientos continuados, al menos durante uno-dos años.
10. Apoyo a los terapeutas que llevan el tratamiento, especialmente en los primeros momentos del programa cuando el riesgo de muerte del paciente es más inminente, y la ansiedad de no ver incrementado el peso les puede llevar a una intervención errónea.

ESTUDIO DE CASOS

R. M. L.:

Mujer de quince años. Soltera. Estudios primarios. Es la pequeña de tres hermanos. Nivel socioeconómico de la familia: medio-bajo. Menarquia a los trece años. Antes del comienzo de su anorexia la des-

criben como una niña estudiosa, con muy buenas notas escolares, obediente, muy responsable, introversa. Nunca dice que no y es incapaz de expresar su agresividad. Comienza su alteración alimentaria a los catorce años. Pesaba 53 kg. y medía 1,57 m.

Forma de comienzo: se sentía gorda. Su familia la llamaba «foca». Comienza con una dieta muy estricta y progresivamente pasa a provocarse cortes de digestión y vómitos. Pesa 36 kg. Tiene amenorrea, estreñimiento, hirsutismo y sensación de plenitud gástrica. Hiperactividad. Fobia a estar gorda y deformarse (pecho-ventre-piernas). Preocupación obsesiva por la comida de los otros. Angustia por la carga que supone su enfermedad a su familia. Miedo a salir a la calle. No tiene ninguna relación social. Desde que terminó los estudios (hace dos años) no hace nada ni tiene perspectivas de trabajo. Familia muy preocupada por la comida. Peleas importantes entre los hermanos.

Forma de tratamiento: ambulatoria. Duración del tratamiento: un año (tres meses sesiones diarias, posteriormente semanales, los últimos cuatro meses, sólo control mensual). Tratamiento utilizado: terapia de conducta. El análisis funcional indicó la necesidad de diversas técnicas de tratamiento. En el inicio fueron necesarias sesiones con la familia para que se comenzara el programa de extinción y refuerzo positivo diferencial a la alimentación y la apariencia de delgadez. Sólo se necesitó quince días de separación familiar, posteriormente el tratamiento se hizo en casa. Desensibilización a la deformación corporal y sensación de plenitud. Contrato de hospitalización ante una pérdida mayor de peso y refuerzo a los incrementos muy progresivos de peso. Este incremento fue tan lento que los 6 primeros kg. se tardaron en ganar cinco meses. Desensibilización sistemática a la culpa de ser una carga a la familia y estímulos asociados.

Entrenamiento asertivo especialmente en las relaciones con los hermanos. Posteriormente en situaciones de trabajo.

Desensibilización sistemática a las relaciones sociales. Ello facilitó el inicio de estudios de formación profesional y el incremento de las relaciones interpersonales.

En el momento del alta pesaba 48 kg., estaba aprendiendo un oficio. Tenía amigas. Iba a discotecas. Salía con chicos. Se llevaba bien con sus hermanos y estaba muy contenta de su imagen corporal. No tenía estreñimiento, ni sensación de plenitud gástrica. Su pauta de alimentación era totalmente normal.

Seguimiento a los dos años: dieciocho años. Peso 50,700 kg. Menstruación normal desde hace siete meses. Buenas relaciones sociales y familiares. Adecuada integración en su trabajo. Ningún trastorno de la comida, ni del peso, ni bulimias, ni estreñimiento durante estos dos años. Contenta con su imagen corporal. Se siente igual de normal que el resto de las chicas de su edad. Ningún resentimiento por haber sido tratada.

M. R. S.:

Mujer, de dieciocho años. Soltera. Estudios primarios. Auxiliar de clínica. Es la pequeña de dos hermanos. Nivel socioeconómico de la familia: medio-bajo. Menarquia a los doce años. Antes del episodio de anorexia, la describen como muy obediente. Muy obsesiva (manías). Dificultades para decir que no y expresar sus sentimientos (positivos y negativos). Comienza su alteración alimentaria a los diecisiete años. Pesaba 58 kg. y medía 1,63 m.

Forma de comienzo: exceso de trabajo y deseo de estar más delgada. A veces la llamaban «gordita». Comienza con dieta, uso de laxantes y ocasionalmente episodios de bulimia y vómitos. Pesa 28 kg. Tiene amenorrea, estreñimiento, sensación de plenitud gástrica. Hiperactividad. Preocupación obsesiva por la comida de otros. Miedo al rechazo de los demás. Ambiente familiar conflictivo (padre alcohólico). Familia preocupada por posibilidad de muerte.

Tratamientos anteriores: psicoterapia tradicional ambulatoria (perdió 8 kg.). Ingreso forzando a comer (perdió 4 kg. más).

Forma de tratamiento: hospitalización y ambulatoria. Duración del tratamiento: siete meses (2½ meses ingresada).

Tratamiento utilizado: terapia de conducta.

Se la traslada a este hospital teniendo que ingresar en la UVI, con alimentación parenteral. Durante la estancia en la UVI tiene varias complicaciones que ponen en riesgo su vida. En ese período (un mes) al personal cuidador (ATS, etc.) se les dan unas pautas para reforzar cualquier interacción que no esté relacionada con su estado de enfermedad y sí con su mejoría.

Al pasar de la UVI a la planta se establece un programa de atención diferencial a la comida (moldeamiento) y sesiones de relajación inmediatamente después de comer. La ingesta y el peso se normalizan progresivamente en un período de seis semanas. Durante este tiempo se hace también un entrenamiento asertivo y desensibilización sistemática a las situaciones que considera conflictivas al darle el alta.

También se trabaja con el estreñimiento. Se le da el alta con 40 kg., estableciéndose un contrato de reingreso, si vuelve a perder peso por debajo de este mínimo. En las dos primeras semanas por unas diarreas importantes pierde 1½ kg., planteándose el reingreso. Se le da un plazo de una semana para venir a ingresar y en ese período comienza nuevamente su recuperación. La familia recibe tratamiento para realizar una extinción de atención a su delgadez, pero la persona que menos coopera es el novio. Se hacen varias sesiones de ensayo conductual para poder enfrentarse ante esta situación y a partir de una ruptura temporal con el novio comienza una ingesta totalmente normal.

Desensibilización sistemática al rechazo de sus antiguos amigos y a los comentarios sobre su enfermedad.

En el momento del alta pesaba 46 kg. Salía con amigas. Se manejaba asertivamente en casa, tomando sus propias decisiones. Su pauta de alimentación era normal.

Seguimiento a los 2½ años: 22 años. Peso 54 kg. Menstruación normal desde hace 4 meses. Trabaja de secretaria. Relaciones sociales y familiares positivas. Ningún trastorno en la comida, ni bulimias, ni vómitos, ni estreñimiento durante este largo período. Contenta con su imagen corporal. Se siente normal. Sabe defenderse y dice su opinión aunque sea contraria a la de los demás. Ningún resentimiento por haber sido tratada.

C. L. M.:

Mujer, veintiún años. Soltera. Estudios Primarios. Profesión: Auxiliar de Farmacia. Es la tercera de cuatro hermanos. Nivel socioeconómico medio. Menarquia a los trece años. Previo a su episodio de anorexia, la describen como inhibida, no asertiva, complaciente con los demás, muy responsable. Muy buena estudiante.

Comienza su trastorno alimentario hace tres años (dieciocho años), de forma progresiva, por pérdida de apetito y miedo a engordar más (muslos). Anteriormente pesaba 53 kg. y medía 1,54 m. Amenorrea, sensación de plenitud, hirsutismo, estreñimiento, gran hiperactividad. Preocupación obsesiva por la comida de los demás. Últimos quince días, apatía, cansancio, ideas de muerte, miedo a la sangre y a las inyecciones. Al inicio del tratamiento pesaba 34 kg.

Forma de tratamiento: hospitalización y ambulatoria. Duración del tratamiento: cinco meses (dos meses hospitalización, tres ambulatorio). Posteriormente control telefónico, por ser de distinta provincia y tener dificultades de traslado.

Tratamiento utilizado: Terapia de conducta.

Tratamiento durante la hospitalización: para iniciar el contacto fue necesario hacer una desensibilización sistemática a las inyecciones y a los análisis de sangre, por ser situaciones muy angustiosas para la paciente. Paralelamente se hizo un programa de extinción de atención a pautas de comida negativas, refuerzo positivo por incremento progresivo de peso. No hizo falta restringir las visitas porque los padres colaboraron muy positivamente.

Se hizo una desensibilización sistemática a la gordura y plenitud gástrica y a los miedos relacionados con el sufrimiento de su familia. Contrato de alta hospitalaria a los 40 kg. Durante este período se hizo entrenamiento en habilidades sociales y expresión asertiva. Desensibilización sistemática a las relaciones sexuales. La menstruación apareció antes del alta.

Seguimiento: en el seguimiento, a los dos años, pesa 47,800 kg. sigue sin trastornos de la menstruación. Tiene más relaciones sociales. Planes de matrimonio, para dentro de cinco meses. No ha tenido ninguna complicación, ni bulimias, ni estreñimiento. Se siente normal, aunque un poco más «apocada» que las demás. Se ha trabajado con ella en nuevas sesiones de entrenamiento asertivo y relajación.