

# Terapia de conducta en anorexia nerviosa \*

*Joseph Wolpe*

*Temple University School of Medicine, Philadelphia*

Las críticas realizadas por Hilde Bruch son importantes; pero sus inferencias sobre la terapia de conducta, en general, son incorrectas. Es innegable que los procedimientos de la terapia de conducta en los casos descritos por ella produjeron resultados negativos, porque eran inadecuados para los problemas de cada paciente. Cualquier sistema de tratamiento, desde luego, tiene sus fallos, pero no se debería condenar un sistema cuando falla por haber sido mal utilizado, como lo fue en esos casos.

La terapia de conducta se define como la aplicación de los principios de aprendizaje establecido experimentalmente para superar hábitos desadaptados aprendidos. (La expresión «modificación de conducta» que la Dra. Bruch emplea ha sido utilizada como un sinónimo de terapia de conducta, pero su rango de aplicación actualmente se extiende más allá del contexto clínico.) Como la definición sugiere, la terapia de conducta es relevante en cualquier caso psiquiátrico, cuya conducta desadaptada ha sido adquirida por aprendizaje. Esto significa, de hecho, que su campo de acción son las neurosis —«todas» las neurosis.

La utilización correcta de la terapia de conducta exige el estudio de cada caso para definir los estímulos antecedentes de la conducta que se va a cambiar. Tal estudio es la parte primera y rutinaria del «análisis conductual» e implica un estudio plurifacético del funcionamiento de la personalidad. Si la terapia de conducta se aplica a un caso de anorexia nerviosa, debe guiarse por la información del análisis conductual que ha debido establecer las cadenas de estímulos-respuestas que culminan en la inhibición del comer (o en la elicitación del vómito). El análisis conductual también tiene que investigar todas las

---

\* «Behavior therapy in anorexia nervosa», *Jama*, 1975, vol. 33-4, pp. 317-318. Reproducido con autorización. © De esta traducción, *Estudios de Psicología*.

áreas que presenten alteraciones, independientemente de que estén relacionadas con la anorexia o no. En la mayoría de los casos, las respuestas de ansiedad son el centro de los problemas neuróticos, cualquiera que sea la forma en que se presente. Cuando sus estímulos antecedentes se identifican, las respuestas de ansiedad se tratan con el método apropiado, en la mayoría de los casos con Desensibilización Sistemática.

Las ansiedades sociales, que eran evidentes en la anorexia y depresión del primer caso relatado por la Dra. Bruch, debería haberse manejado probablemente con una combinación de entrenamiento asertivo y desensibilización sistemática y ello podría haber producido una disminución y posteriormente desaparición de la anorexia. Sin embargo, esto no hubiese sucedido si la anorexia hubiese adquirido una autonomía; entonces un tratamiento operante directo sería justificable sin que hubiese ningún peligro de repercusión emocional posterior. Es un hecho que ciertos casos de anorexia son hábitos autonómicos. En este caso, el condicionamiento operante está bien indicado y da muy buenos resultados. Por ejemplo: la mujer tratada por Bachrach y otros<sup>1</sup> se ha seguido durante trece años y todavía sigue llevando una vida satisfactoria.

Un tratamiento que no elimina las respuestas de ansiedad desadaptativas es erróneo, incluso aunque tenga éxito en controlar la conducta que es secundaria a esta ansiedad. Los hábitos de ansiedad son casi siempre el primer problema de la terapia de conducta de las neurosis, pero es necesario una gran habilidad profesional para llegar a saber cuál es este problema con una cierta garantía de certeza. Existen muchos errores posibles, la mayoría de los cuales proceden de un análisis conductual inadecuado. Por ejemplo, cuando nos encontramos con un caso de agorafobia, el recién llegado a la terapia de conducta piensa que dado que el paciente tiene ansiedad relacionada con la separación progresiva de lugares «seguros» o de personas, debería realizar una desensibilización sistemática a una jerarquía de separaciones. En realidad esto es apropiado realizarlo sólo en un porcentaje pequeño de casos. En la mayoría, la agorafobia es una función de otros miedos, de forma que la desensibilización espacial no es necesaria. Puede deberse a un miedo a los desconocidos o a que le suceda algo corporal sin que encuentre ayuda; pero lo más frecuente es que ocurra en mujeres casadas infelices, con muy baja autosuficiencia y que esté relacionado con un fuerte impulso a irse de casa, lo cual no logra debido a su ansiedad. El tratamiento de estos casos incluye siempre la resolución de los problemas matrimoniales y un incremento en autosuficiencia. La desensibilización espacial puede estar indicada en ocasiones en estos casos, pero raramente es lo esencial para su recuperación.

En resumen, no es «peligrosa» la utilización de los principios conductuales; pero su uso inadecuado puede ser nocivo igual que lo pue-

de ser cualquier otro tratamiento mal usado. En la historia de la terapia psicoanalítica, es necesario resaltarlo, hay muchos ejemplos de ello.

Es interesante destacar que el tratamiento de la anorexia nerviosa realizado por la Dra. Bruch, tiene más en común con la terapia de conducta que con el psicoanálisis, cuya ineficacia ha sido señalada por ella misma. Parece probable que su éxito dependa en gran medida de las características conductuales de su método. Tendría aún más éxito si eliminase la «aportación» psicoanalítica.

Agradezco a la Dra. Bruch por haberme proporcionado la ocasión de señalar qué es una buena y qué es una mala terapia de conducta; igual que es buena o mala una operación quirúrgica. Yo deploro profundamente que se haga terapia de conducta de ese modo tan incorrecto y sucede demasiado a menudo, entre otras cosas porque la terapia de conducta es relativamente nueva y existen muy pocas instituciones donde se realice un entrenamiento con supervisión profesional. Esta escasez de facilidades se puede atribuir en parte a la hostilidad del «establishment» psicoanalítico que aún tiene una gran influencia en el control de la mayoría del entrenamiento psiquiátrico. Los psicoanalistas raramente se esfuerzan en comprender la aproximación conductual al campo de las neurosis ni prestan atención a sus impresionantes resultados clínicos. La Dra. Bruch, hasta ahora, no ha sido una excepción; aunque su planteamiento teórico abra un camino a la esperanza.

## Referencias

1. BACHRACH, A. J., ERWIN, W. J., MOHT, J. P.: «The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques», en Ullman, L., Krasner, L. (eds.): *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart Winston, 1965.
2. ERWIN, W. J.: «A 13-year follow-up of a case of severe anorexia treated by behavior therapy». *J. Behavior Ther. Exp. Psychiatry*, to be published.
3. WOLPE, J.: *The Practice of Behavior Therapy*. New York, Pergamon Press, 1973.
4. BRUCH, H.: *Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and yeh Person Within*. New York, Basic Books, Inc., 1973.
5. PAUL, G. L.: *Outcome of systematic desensitization: II. Controlled investigation of individual treatment technique variations and current status*, in Franks, C. M. (ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York, Mc Graw-Hill Book Co. Inc., 1969.