

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA:

Estudio del tratamiento y seguimiento a los 5 años, de un grupo de 37 pacientes.

R. CALVO SAGARDOY

J. SANTO-DOMINGO

Servicio de Psiquiatría, HOSPITAL "LA PAZ" Madrid

RESUMEN

Se informa de las características clínicas, tratamiento y resultados de un conjunto de 37 pacientes con Anorexia Nerviosa. Los datos se han obtenido de un análisis retrospectivo sistemático de la historia clínica y los registros de cada caso y la evaluación del seguimiento, al menos 5 años después de la primera consulta.

Todos los pacientes fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios de la DSM III. La edad media de las pacientes al inicio era de 18,5 años, con un rango de 12 a 33 años. El 85% de las pacientes fueron descritas como complacientes en la infancia. La muestra se componía de 36 mujeres y un varón. La conflictiva familiar estaba presente en más del 50% de los casos.

El 30% de las pacientes habían recibido tratamientos previos. La duración del tratamiento se sitúa en un rango de 10 a 36 meses, siendo lo más frecuente entre 18 y 24 meses. Se ingresó al 44,5 de las pacientes, con un promedio de 52 días.

El tratamiento fue positivo en algo más de un 80% de los pacientes. En el seguimiento a los 5 años, la recuperación era total en el 41% de los pacientes.

En un 22% más, la recuperación se podría considerar casi total, excepto en dificultades persistentes de asertividad o fobia corporal. En un 10% aún persistían trastornos bulímicos y/o vómitos, pero existía una mejoría marcada en las otras variables (peso, amenorrea, hiperactividad, etc.). En un 90% aunque había mejoría, todavía tenían baches amenorreicos o aún no había surgido la menstruación. Durante este período, 2 pacientes tuvieron una recaída de la que se recuperaron. A los 5 años, 1 paciente estaba en recaída recibiendo tratamiento suplementario.

PALABRAS CLAVES: Anorexia Nerviosa; Tratamiento; Seguimiento; Cognitivo-Conductual.

SUMMARY

The paper reports on clinical characteristics, treatment and results of a group of 37 patients suffering from Anorexia Nervosa. In each case data has been retrospectively gathered from the clinical records and the evaluation of the follow-up has been carried out five years after the patient's first visit.

All patients were diagnosed according to DSM III criteria. Mean age was 18,5 years, within a range from 12 to 33 years. Eighty-five percent of the patients were described as eager to please during early childhood. The group was formed by 36 female patients and a male. Family conflict was present in more than 50% of the cases.

Thirty percent of the patients had previously received treatment. Duration of treatment fell within a range of 10 to 36 months, 18 to 24 being the most frequent. Forty-four and a half percent of the patients were admitted to the hospital with a 52 days mean time of hospitalization.

Treatment was positive in over 80%. In the follow-up after 5 years, the recovery was complete in 41% of the patients. In another 22%, the recovery was almost complete but persistent difficulties in assertiveness or corporal phobia was still present. In 10% of the patients bulimic disturbances and/or vomiting were still present, but there was a marked recovery in another variables (weight, menstruation, hyperactivity, etc.). In 9% although improvement was observed, amenoreic periods or a failure to begin menstruation again were still present. During this period, two patients suffered a relapse during the first two or three years, but later recovered. Five years after beginning treatment, one patient suffered a relapse and recived supplementary treatment.

KEY WORDS: Anorexia Nervosa; Treatment; Follow-up; Cognitive-Behavioral.

INTRODUCCION

Desde los primeros casos descritos de pacientes anoréxicos y que surgieron en el marco religioso (Sta. Margarita de Hungría, S. XIII), el estudio y descripción de la Anorexia Nerviosa ha recorrido varias etapas. La 1ª etapa fue fundamentalmente descriptiva. Se observa una gran estabilidad en las descripciones de los distintos autores (Morton, 1689; Gull, 1868; Lasague, 1874; Janet, 1903). Se destacan ya el rechazo de la comida y la evitación a comer que hace la paciente anoréxica, y la importancia de la familia en el mantenimiento del trastorno una vez que se ha desarrollado.

En una 2ª etapa se buscan fundamentalmente explicaciones de tipo fisiológico. En 1914 Simmonds describe la caquexia hipofisaria y contribuye a que el diagnóstico y tratamiento de la Anorexia se medicalice; hasta que su insuficiencia lleva a plantearse la diferencia entre la pérdida de peso en la enfermedad de Simmonds y la pérdida de peso en la anorexia nerviosa.

En una 3ª etapa se realiza una fundamentación psicoanalítica de la Anorexia Nerviosa. Waller (1940) considera el trastorno como un rechazo al deseo de embarazo. Berlin (1951), la define como una formación reactiva contra los deseos de incorporación oral.

La amplia experiencia de Brunch (1962), cuestiona la relevancia de las teorías dinámicas en el desarrollo de la A. Nerviosa, comenzando así una nueva etapa en la que empiezan a surgir teorías multidisciplinarias.

Se destacan los trastornos perceptivos del cuerpo, la lucha por conseguir independencia y auto-estima, la fobia a engordar y la evitación del desarrollo puberal.

Los paradigmas de aprendizaje y cognitivo parecen subyacer en la mayoría de las teorías que tratan de explicar el inicio y mantenimiento de la A. N.

El aprendizaje social, a través del modelado ha sido considerado como un factor importante de inicio. Los distintos medios de comunicación presentan un modelo de mujer con cuerpo delgado, unisex, al que asocian la belleza, el éxito, la competencia social, y la "clase". Sin embargo, el refuerzo social de la delgadez sólo explica el inicio de la dieta y un cierto nivel de pérdida de peso, pero no ese estado emaciado al que llegan. La anorexia no llega a estar "delgada", sino "flaca", y su aspecto sobrepasa, con mucho, los patrones sociales de belleza y elegancia.

La interacción de estas exigencias sociales junto con los factores predisponentes, especialmente su comportamiento en la infancia, parecen ser una clave primordial.

Ante los cambios y turbulencias de la pubertad, la chica obediente y dependiente perfeccionista y con poca tolerancia al cambio, se encuentra con muy pocos recursos, surgiendo unos sentimientos cada vez más grandes de incompetencia.

El régimen alimenticio despiadado que realizan se mantiene ya por un autoreforzo cognitivo de sentido de control, competencia e identidad.

Para explicar el mantenimiento del trastorno, el modelo de aprendizaje más utilizado ha sido el de evitación.

La evitación fóbica explica muchas de las conductas anoréxicas, tales como hacer la dieta, la hiperactividad, los vómitos, el uso de laxantes, etc. Y ello tanto si el estímulo temido es estar gorda como si este estímulo son las características asociadas a la maduración psico-sexual que se avecina.

Esta situación de evitación se diferencia, no obstante, de otras situaciones fóbicas. En la anorexia no puede darse nunca un escape total de la situación aversiva (que es ella misma con más peso), teniendo que controlarlo a través de una vigilancia continua. Además la paciente anoréxica no quiere ser aliviada de la ansiedad sobre la comida y el peso, manteniéndose la conducta también por refuerzo positivo.

No sólo se evita tener un peso alto, sino que se busca un peso cada vez más bajo. La pérdida de peso le proporciona la solución para evitar la situación temida y le da el sentido reforzante de tener control sobre ella misma.

Junto con la evitación y el auto-refuerzo cognitivo, el refuerzo social contribuye también al mantenimiento del trastorno. La familia y allegados, especialmente los padres, debido a la situación de delgadez extrema comienzan una vigilancia continua de la comida, tratando de presionar a la hija para que coma, consiguiendo que se extreme aún más el límite al que ellas tienen que llegar para no sentirse influidas. La atención dada a las conductas negativas perpetúa una vez más la conducta anoréxica.

Todos estos componentes: modelado social, evitación fóbica, refuerzo social en lo negativo, auto refuerzo cognitivo, factores predisponentes, explican de forma aún más completa la gestación y mantenimiento del trastorno y sus dificultades de tratamiento.

El tratamiento conductual de la Anorexia Nerviosa ha tenido dos etapas claramente diferenciadas.

La primera etapa se extiende desde la mitad de los años 60 hasta la mitad de los años 70.

En esta etapa el tratamiento predominante se basaba en la aplicación de las estrategias terapéuticas derivadas del aprendizaje operante, especialmente

la extinción y el refuerzo diferencial, enfocados a restaurar la ingesta de alimentos e incrementar el peso.

En general se hospitalizaba a la paciente ignorando cualquier preocupación por la comida y el peso y por sus pautas anómalas de comida y se reforzaba positivamente una alimentación adecuada y una ganancia de peso progresiva.

Dependiendo de los autores y las situaciones, la extinción de atención variaba desde aquellos que aislaban a la paciente de todos los refuerzos, a aquellos que sólo eliminaban la presencia familiar y utilizaban algunos privilegios durante la estancia hospitalaria.

Estos métodos muy eficaces para obtener un incremento de peso rápido producían también una rápida recaída tras el alta hospitalaria, y se criticó que en algunas pacientes se desarrollaban pautas de alimentación compulsiva.

Hilde Bruch (1974) critica el modelo conductual y el Dr. Wolpe quien le dió la réplica. Calvo, R. (1983).

Kellerman (1977) y otros autores realizan estudios detallados de las publicaciones sobre terapia de conducta y Anoréxia Nerviosa que no confirmaban las críticas de Brunch.

Tratamientos con este enfoque operante y con desensibilización sistemática tenían resultados positivos y además se mantenían a largo plazo.

No obstante la propia teoría y práctica conductual de corte radical, estaba ya en crisis y los autores neo-conductuales con planteamientos multimodales de autocontrol y cognitivos habían comenzado a extenderse.

Se revisaron a fondo los planteamientos de los tratamientos y el análisis funcional se hizo con más profundidad, tanto de los procesos observables como encubiertos.

Comienza entonces una segunda etapa del tratamiento de la Anoréxia Nerviosa en la que se destacan:

- . El intento de mejorar la metodología en los estudios
- . La inclusión de programas de amplio espectro
- . La consideración de los factores cognitivos
- . La realización de tratamientos post-hospitalarios
- . La atención específica a la generalización de los resultados.

Presentamos seguidamente los datos correspondientes a las pacientes vistas y tratadas en nuestro Servicio a lo largo de varios años.

Dependiendo de las condiciones físicas más o menos graves de la paciente, se las pesa y se toman las constantes vitales, en ayunas, diariamente, cada 2 ó 3 días o semanalmente, informándolas de su evolución.

Con criterio médico se ajusta una dieta individualizada procurando evitar siempre la comida excesiva.

Cuando el nivel de peso y salud mejora, se refuerzan, con permisos de fin de semana, permisos que nos permiten conocer la generalización de su mejora en el medio habitual y las dificultades de adaptación. Estas dificultades y los miedos esperados se incluyen en una parte específica del tratamiento de preparación para el alta hospitalaria.

Cuando la paciente no necesita hospitalización, la separación de la familia sólo se hace por los mismos criterios de incapacidad de dejar de dar atención a la comida, el peso y la delgadez.

Una tercer área a tener en cuenta es:

3. TRASTORNOS FÓBICOS Y ANSIEDAD.

En el área de los trastornos fóbicos y de ansiedad: la fobia a engordar, a sentir sensaciones de plenitud, el miedo al descontrol, al fracaso escolar, a hacer daño a sus allegados y cualquier tipo que surja de ansiedad social, emocional y sexual requiere la utilización de técnicas específicas con dos enfoques complementarios:

- a) Técnicas de relajación que facilitan el incremento progresivo del auto-control y el manejo de situaciones de estrés. Trabajo típico de Inoculación al Estrés.
- b) Técnicas concretas, como la realización de D.S. a distintas jerarquías de ansiedad, que ellas consideran problemáticas, a la situación de comer y de gordura.

4. CRÍISIS BULÍMICAS

Con las pacientes con crisis bulímicas se realizan varias tareas:

- a) Por una parte explicación de los principios del cambio conductual y del proceso de extinción y sus implicaciones en una mejora gradual y no en un cambio "TODO-NADA".
- b) Estrategias de auto-control: Se les suele pedir que realicen:
 - * Auto-registro de los episodios de comida controlada.
 - * Estudio y registro de antecedentes y consecuencias.

El tratamiento cognitivo conductual atendió los siguientes aspectos:

1. ESTABLECIMIENTO DE LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE

Las primeras sesiones se dirigen a establecer una relación terapéutica para lograr la voluntariedad en el tratamiento.

Se trata por una parte de identificar los temas que la paciente considera problemáticos (estreñimiento, plenitud gástrica, miedo a perder el control al iniciarse a comer, etc.) y por otra parte de conseguir que admitan un incremento de peso controlado.

Se valora la capacidad de realizar el tratamiento de modo ambulatorio.

Si es necesario el ingreso, pero la paciente se niega a ello, se suele establecer un contrato durante 2-3 semanas (siempre que no haya riesgo vital) pidiendo pequeños incrementos de peso semanales y valorando después si los pueden cumplir o no.

El segundo aspecto a considerar en el tratamiento de la Anoréxia es:

2. NORMALIZACIÓN DE LA COMIDA Y EL PESO.

Se establece siempre un programa de extinción-refuerzo positivo.

EXTINCIÓN de atención: a: Hábitos inadecuados de comida, pérdida de peso, apariencia de delgadez.

REFUERZO POSITIVO a: formas de comer adecuadas, incremento del peso.

Este programa se realiza por todo el equipo, especialmente por el personal cuidador (A.T.S.; Auxiliares) y por la familia a la que se dan los conocimientos teóricos suficientes para que lo pongan en práctica.

El programa operante se realiza tanto en régimen de internamiento como en régimen ambulatorio.

Si la familia de la paciente, debido a su ansiedad, no pueden dejar de dar atención a la comida y el peso, se eliminan las visitas.

Estas visitas se reanudan cuando se consiguen un nivel de peso previamente pactado, observando las fluctuaciones que éste tiene en relación a la interacción con los miembros de la familia. A partir de ahí se comienza un trabajo de reorganización de las pautas de interacción familiar.

Al comienzo de la hospitalización se negocia un peso mínimo de alta, que suele quedar escrito en forma de contrato, facilitando la eliminación de discusiones posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

La muestra está compuesta de treinta y siete pacientes que acudieron al servicio de psiquiatría de la Paz, siendo diagnosticadas de Anoréxia Nerviosa de acuerdo a los criterios D.S.M. (III).

De las pacientes iniciales, dos rechazaron el tratamiento en las primeras sesiones, considerándose como pérdida; otras dos fueron derivadas a otros centros de la comunidad por no disponer el hospital en ese momento de facilidades de internamiento.

Datos clínicos recogidos

Se recogió información de todas las pacientes de forma sistemática, incluyendo los siguientes aspectos:

- . Características clínicas en el momento de la 1ª consulta.
- . Historia personal.
- . Historia familiar y relaciones parentales.
- . Evaluación cognitiva-conductual.
- . Resultados de tratamientos al año y a los cinco años de la 1ª consulta.

Procedimiento

En el trabajo realizado en equipo intervinieron: Endocrinólogo; Internista; Psiquiatra; Psicólogo; A.T.S. psiquiátrica; A.T.S. de planta; Auxiliares clínicas (y a veces Sras. de la limpieza, enfermos y familiares).

En primer lugar y con todas las pacientes se hizo una evaluación desde el punto de vista médico, destinado a asegurar un nivel de salud mínimo que hiciera posible el inicio del tratamiento psicológico.

La decisión de internamiento en planta o en una unidad de cuidados intensivos, así como la utilización de alimentación parenteral o enteral correspondió siempre a criterios médicos.

Siempre que el Psiquiatra lo consideró necesario se hizo un tratamiento psico-farmacológico que fue dirigido al alivio de síntomas depresivos y ansiosos.

* Enseñanza de técnicas de resolución de problemas.

* Pautas de regularización de comida.

- c) En algún caso muy grave se ingresó a la paciente y se hizo una exposición progresiva a los alimentos "peligrosos" y una prevención de la comida compulsiva. Estos alimentos se expusieron primeramente en diapositivas y luego en la realidad organizados de forma jerárquica. La paciente comía de forma regularizada en el hospital y, con su consentimiento, se controlaba la posible compra y consumo compulsivo de esta comida peligrosa (bollo, pasteles, chocolates, etc.). También se prevenía el vómito.
- d) El auto-registro que hacen de sentimientos y pensamientos sirven de base para nuevas estrategias de intervención.

5. PREPARACIÓN PARA EL ALTA.

Antes de dar el alta a la paciente se preparan las posibles situaciones que al volver a su medio habitual puedan producir estrés, retrasando la mejoría o incluso perdiéndola.

Los temas más comunes han sido:

* Visitas de familiares/vecinos, en las que se comentan la intencionalidad de su enfermedad; el sufrimiento de los familiares, etc., o que no lo vuelvan a hacer, o que era un capricho.

* Invitaciones a comer, regalos de comida.

* Comentarios sobre su aspecto corporal que todavía consideran íntimo, etc., especialmente si tienen buen aspecto.

También se establece un nuevo contrato sobre el nivel de peso que llevaría a un reingreso en el Hospital.

6. INTERACCIÓN SOCIAL Y ACTITUDES DE SUMISIÓN.

La casi incapacidad de expresar sus deseos, defender sus derechos, mantener sus opiniones, han exigido un trabajo doble:

- a) Tratamiento de los temores irracionales existentes a la base de estos comportamientos no asertivos. A veces no son asertivos porque piensan que eso es dañar a los demás.
- b) Y luego, si se necesita, entrenamiento de habilidades sociales mediante ensayo conductual y role-playing (incremento del tono de voz, mantenimiento de la mirada, expresión del "no", etc.).

7. PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS.

El pensamiento en términos extremos, la tendencia a sobregeneralizar las

consecuencias de un suceso particular y la utilización de reglas moralistas y metas imposibles, se enfocan con reestructuración cognitiva.

8. DÉFICITS EN AUTO-ESTIMA.

Los sentimientos de incapacidad e incompetencia, y su baja valoración, se han tratado fundamentalmente con auto-observación y registro de sus logros objetivos y sus evaluaciones equivocadas, tratando que éstas vaya, cambiando de forma progresiva. También se entrena en resolución de problemas.

Cuando las exigencias desmedidas de rendimiento se relacionan con el miedo a suspender, perder el curso, o incluso abandonar los estudios, se tratan con las Técnicas de Manejo de Ansiedad.

9. DÉFICITS EN AUTO-PERCEPCIÓN.

Déficits de auto-percepción especialmente del esquema corporal.

La realización de técnicas de relajación no solo lleva a una distensión mental y corporal, sino que incrementan la capacidad de auto-percepción de forma notable. Especialmente interesante es el incremento de sensaciones positivas de la zona abdominal. La distensión de esta zona facilita la posibilidad de evacuación sin laxantes, el descenso de la sensación aversiva de plenitud gástrica y la diferenciación y reinterpretación de las señales recibidas.

Otras percepciones importantes que surgen son las del área genital que tienden a interpretar como peligrosas o los deseos de llorar que se interpretan como signo de debilidad.

El proceso de tratamiento sucede de forma progresiva:

relajación, atención a la corporalidad, identificación de, sensaciones, emociones, pensamientos; observación de las, interpretaciones incorrectas, corrección cognitiva de estos errores, práctica de respuestas alternativas, refuerzo y auto-refuerzo positivo de estas respuestas.

10. INTERACCIÓN FAMILIAR.

Con la familia, bien en grupo o en forma individual se ha actuado en diversas áreas.

- a) Enseñanza de los principios conductuales, resaltando la importancia de la atención como refuerzo potente en el mantenimiento de la conducta. Enseñanza de los principios del cambio conductual y de las características del proceso de extinción.
- b) Tratamiento de la ansiedad de la familia ante temas tales como la posible muerte de la hija, su independencia, las posibles relaciones sexuales, etc. (Si es necesario).

- c) Evaluación y reestructuración (si es necesario) de las ocupaciones de la madre, sugiriendo actividades que le exijan no estar tan pendiente de la hija.
- d) Inicio o incremento de actividades de ocio que sirvan de enseñanza vicaria a los hijos, etc.
- e) Si surge una conflictiva matrimonial, y se considera necesario, se deriva a la pareja para que realicen el tratamiento adecuado.

11. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO.

El tratamiento exige, generalmente, un largo período de tiempo con seguimientos continuados al menos en el primer año.

Durante los primeros meses y especialmente en el tiempo de ingreso, las consultas son diarias.

Posteriormente, las sesiones se realizan dos veces en semana.

Al año, aproximadamente, se hace una sesión en semana, o cada 15 días, o al mes, etc.

12. APOYO AL EQUIPO TERAPÉUTICO.

La cohesión del grupo terapéutico y el intercambio de información ha sido necesario especialmente en: los primeros momentos del tratamiento, cuando la paciente presenta más quejas y distorsiones de la información.

Cuando el riesgo de muerte es más inminente y la demora en incrementarse el peso puede llevar a intervenciones erróneas que dificultan el tratamiento posterior.

RESULTADOS

Características clínicas en la presentación:

EDAD

MEDIA = 18,5

MODA = 1

RANGO = 12-33 AÑOS

SEXO

36 Mujeres

1 Varón

ESTADO CIVIL

35 solteros 2 casados

NIVEL SOCIO ECONÓMICO

Medio

PESO

El peso medio de ingreso fue de 37,2 Kg., con un rango de 28 a 52,5.

TALLA

La talla media = 1,605 con un rango de 1,51 a 1,76

MENARQUÍA

La edad media de aparición de la menstruación fué de 12,4 años con un rango de 11 a 15. Dos eran pre-menárquicas.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS ANTERIORES

Al menos en uno de los progenitores de 11 de las pacientes había existido alguna alteración psiquiátrica; en 5 de ellos alcoholismo y en el resto otros trastornos neuróticos.

RELACIONES PARENTALES

En al menos 8 pacientes el matrimonio de sus padres estaba en crisis abierta. En 2 casos estaban separados y en 6 más eran claramente deficientes con discusiones frecuentes y amenazas de separación.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La duración del tratamiento es difícil de valorar, pero se podría situar en un rango de 10 y 36 meses. Siendo lo más frecuente entre 18 y 24 meses. Sí hay un registro exacto de los ingresos efectuados. Se ingresó al 44,5% con un promedio de 52 días y un rango de 11 a 96 días.

TRATAMIENTO PREVIO

Un 30% habían recibido tratamientos anteriores.

Un 20% en régimen de ingreso.

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las variables dependientes utilizadas para valorar la eficacia del tratamiento han sido:

El peso

La amenorrea

Trastorno delirante del cuerpo

Vómitos

Bulmias

Fobia corporal

Hiperactividad

Uso laxantes

Falta asertividad

Aislamiento social

Relación pareja

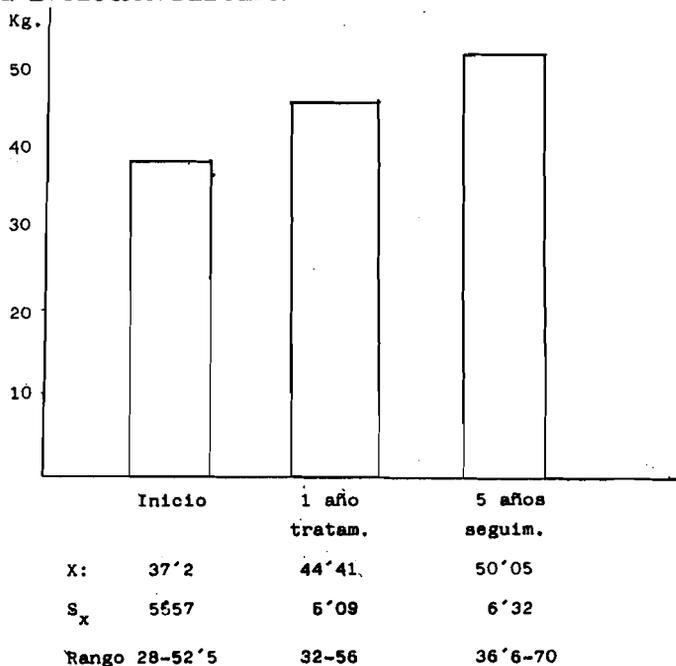
Los resultados globales se expresan en la TABLA nº1. La evolución de cada variable se detalla a continuación.

TABLA 1.

	INICIO DEL TRATAMIENTO		1º AÑO TRATAMIENTO		5º AÑO TRATAMIENTO	
	(N=37)		(N=33)		(N=32)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Amenorrea	97.2%	2.8%	56.3%	43.8%	12.9%	87.1%
Trastorno delirante	86.46%	13.51%	18.18%	81.82%	6.25%	93.75%
Vómitos	72.97%	27.12%	45.45%	54.55%	18.75%	81.25%
Bulmias	37.83%	62.16%	60.60%	39.40%	18.75%	81.25%
Fobia corporal	100%	-	69.69%	30.31%	34.37%	65.63%
Hiperactividad	72.97%	27.02%	21.21%	78.79%	3.12%	96.88%
Uso de laxantes	83.78%	16.21%	21.21%	78.79%	3.12%	96.88%
Falta de asertividad	86.48%	13.51%	60.60%	39.40%	31.25%	68.75%
Aislamiento social	83.78%	16.21%	54.54%	45.46%	12.50%	87.50%
Relación de pareja	16.21%	83.78%	18.18%	81.82%	59.37%	40.63%
Peso X	37,2		44,41		50,03	

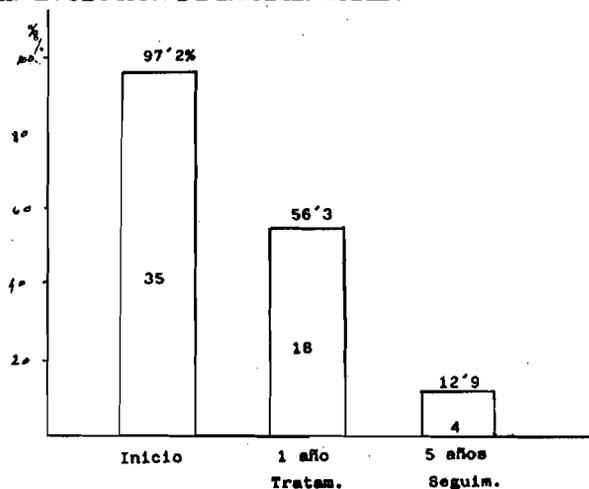
PESO: La evolución del peso fué desde un promedio de 37,2 kilos a 44,5 al año y cincuenta a los 5 años.

CUADRO I.- EVOLUCIÓN DEL PESO.



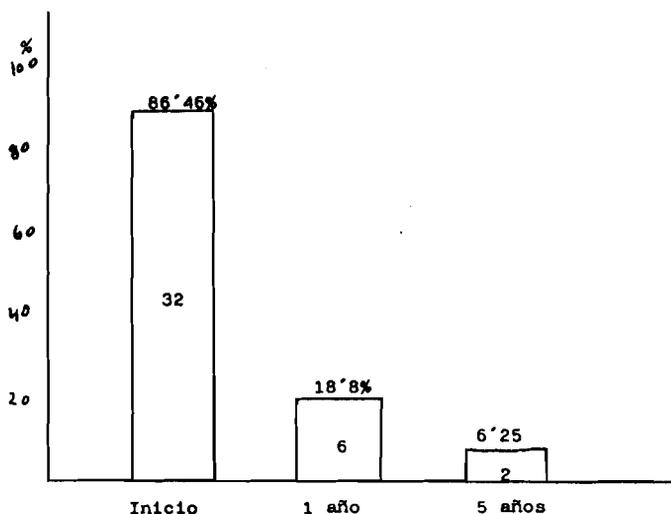
AMENORREA: La menstruación aparece ya al año en 14 pacientes, de las cuales 4 aún la tienen de forma inestable, y a los cinco años, 27 tenían la menstruación estable y una fluctuante (meses).

CUADRO II.- EVOLUCIÓN DE LA AMENORREA



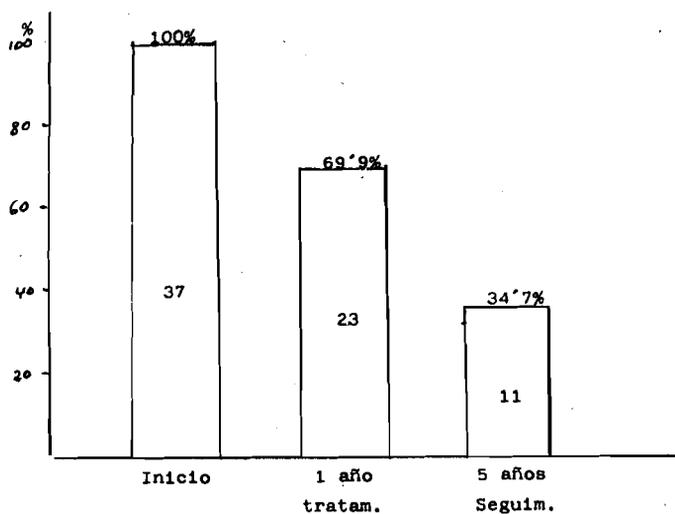
TRASTORNO DELIRANTE DEL CUERPO: Presente en el 86% al inicio, evoluciona favorablemente con rapidez, persistiendo en el 19% al año y en el 6% a los cinco años.

CUADRO III.- EVOLUCIÓN TRASTORNO DELIRANTE DEL CUERPO.



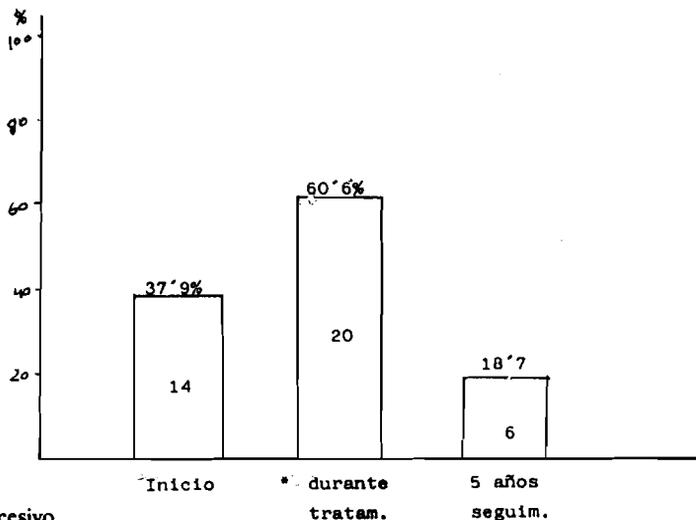
FOBIA CORPORAL: Todas las pacientes presentaban el trastorno fóbico sobre su cuerpo y la gordura. Esta fobia corporal junto con las crisis bulímicas y la falta de asertividad son las alteraciones más persistentes. A los cinco años aún el 35% consideraba que el miedo a engordar era importante en su vida.

CUADRO IV.- EVOLUCIÓN DE FOBIA CORPORAL.



CRISIS BULÍMICAS: De 14 pacientes con bulimias que había al principio, se elevó a 20 durante el tratamiento y en total fueron 23. Para analizar mejor los datos hemos diferenciado los dos grupos viendo no sólo la presencia o no de bulimia, sino también la intensidad de esa presencia.

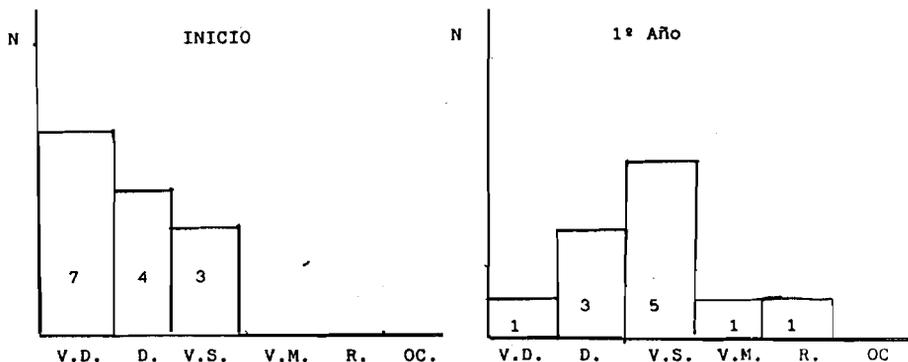
CUADRO V.- EVOLUCIÓN CRISIS BULÍMICAS



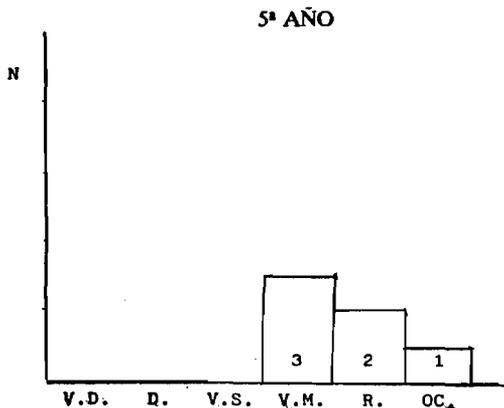
* 4 con peso excesivo

De las 14 que tenían bulimias al principio, la mayoría las tenían diárias, descendiendo progresivamente su frecuencia, hasta que a los cinco años las cinco pacientes que todavía tenían bulimias eran a rachas, algunas al mes ú ocasionales.

CUADRO VI.- EVOLUCIÓN CRISIS BULÍMICAS. BULÍMIAS DESDE EL INICIO.

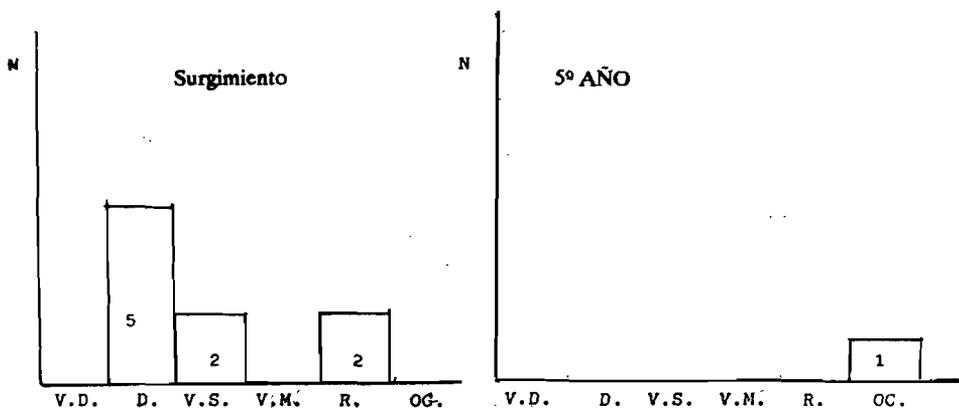


V.D. = Varias al día
 D. = 1 al día
 V.S. = Varias semanas
 V.M. = Varias meses
 R. = Rachas
 OC. = Ocasional



De las nueve a las que les surgieron crisis bulímicas durante el tratamiento, sólo una las tenía ocasionales a los cinco años, y ello a pesar de que únicamente tres recibieron tratamiento, ya que el resto evolucionaron sin intervención específica.

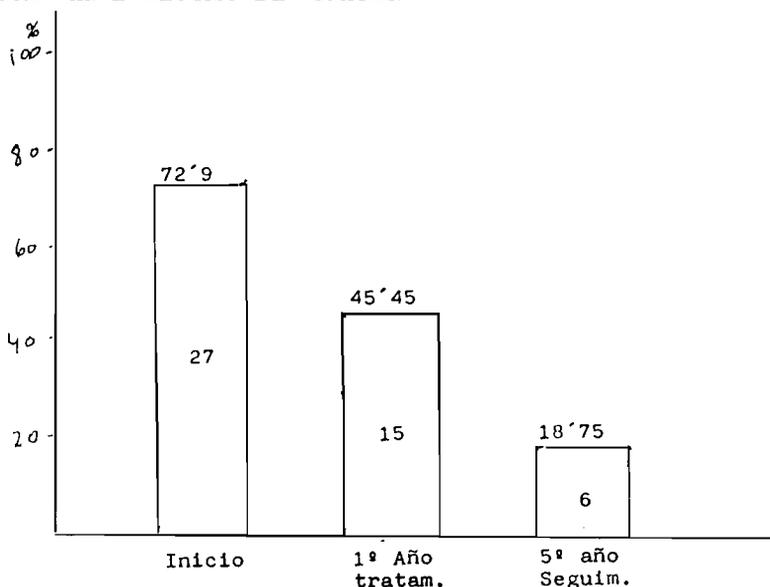
CUADRO VII.- EVOLUCIÓN CRISIS BULÍMICAS. SURGIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO.



V.D. = Varias al día; D. = 1 al día; V.S. = Varias semana; V.M. = Varias mes; R. = Rachas; OC. = Ocasional

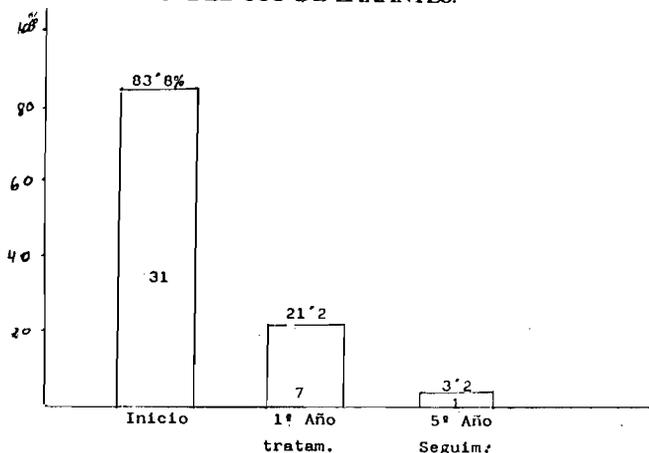
VÓMITOS: Los vómitos auto-provocados eran una técnica utilizada por el 73%, usados no sólo para las crisis bulímicas sino para eliminar cualquier cantidad de comida ingerida. Al año aún persistía en un número importante de pacientes (45,5%), y descendiendo a un 19% a los cinco años, y utilizado de forma más ocasional y en relación a las crisis bulímicas que aún se mantenían.

CUADRO VIII.- EVOLUCIÓN DE VÓMITOS.



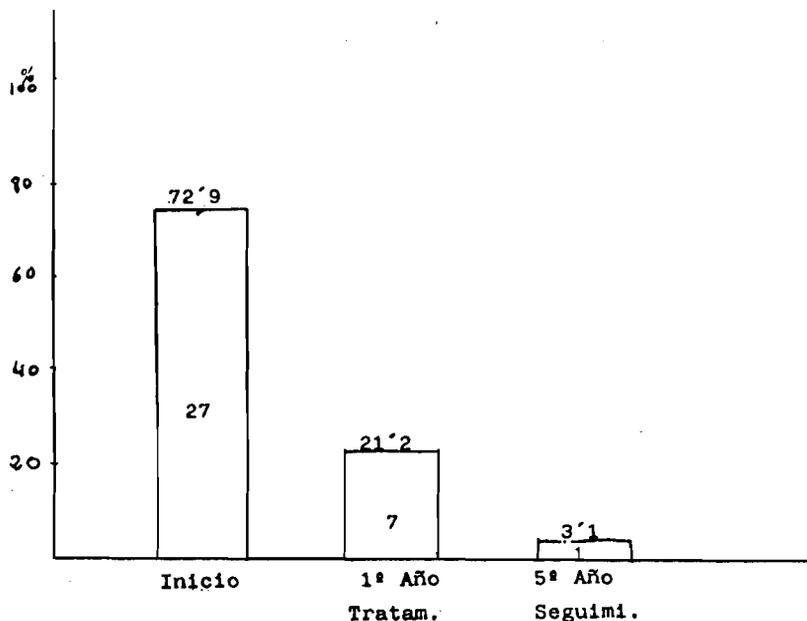
USO DE LAXANTES: Los laxantes, utilizados por el 84% descendieron a sólo un 21,5% al año, y a un 3% a los cinco años. Habiendo sido el estreñimiento objetivo específico del tratamiento.

CUADRO IX.- EVOLUCIÓN DEL USO DE LAXANTES.



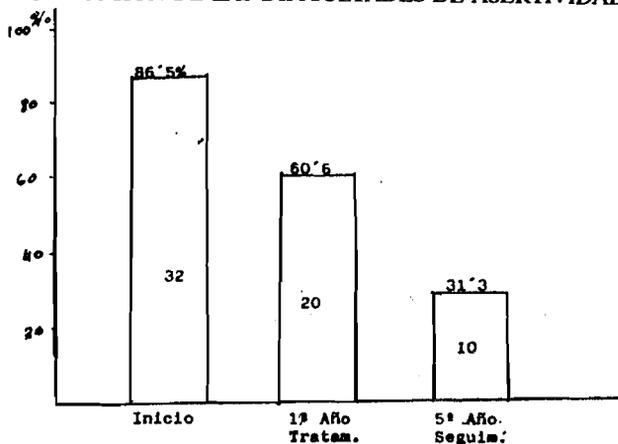
HIPERACTIVIDAD: Prácticamente el 75% de las pacientes tenían una actividad desmesurada al inicio que descendió también de forma progresiva a un 21% al año, y a una sola paciente en recaída a los cinco años.

CUADRO X.- EVOLUCIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD



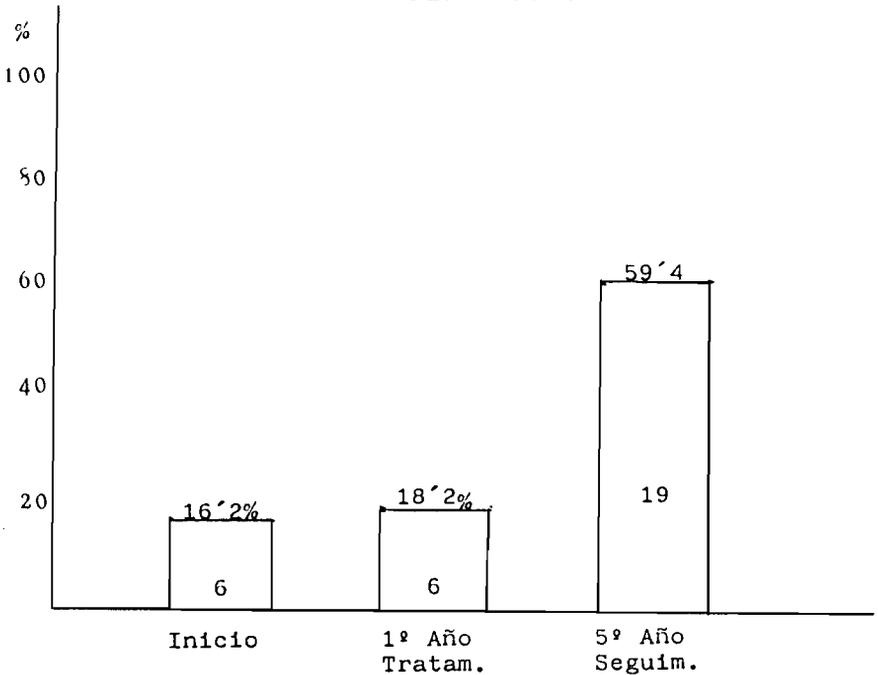
FALTA DE ASERTIVIDAD: Dificultades para expresar sus verdaderas opiniones, sentimientos, etc., existían de forma intensa en el 86%, manteniéndose en el 60% al año y en el 31% a los cinco años (aunque generalmente de forma más atenuada).

CUADRO XI.- EVOLUCIÓN DE LAS DIFICULTADES DE ASERTIVIDAD.



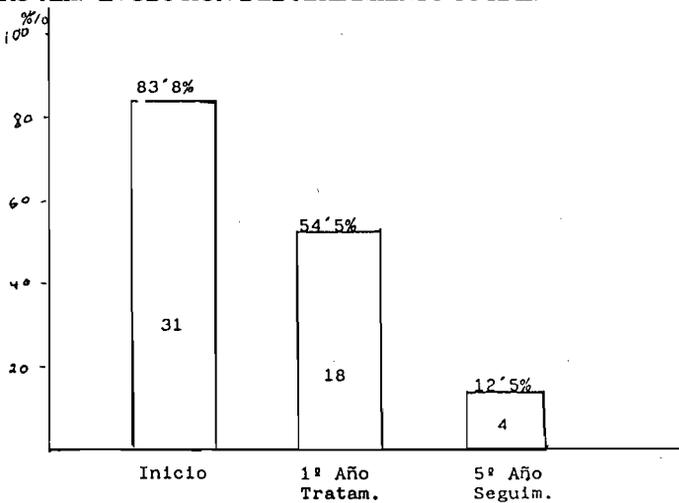
RELACIONES DE PAREJA: De las 6 pacientes que tenían una relación de pareja estable en el inicio, se incrementó a 19 a los cinco años.

CUADRO XII.- EVOLUCIÓN DE RELACIONES DE PAREJA.



AISLAMIENTO SOCIAL: La retracción social intensa estaba presente en el inicio en el 84% de las pacientes. Se mantenía en el 54,5% al año y en el 12,5% a los cinco años.

CUADRO XIII.- EVOLUCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL.



Considerados los datos en su conjunto, indican:

40,5%	Recuperación total
22%	Recuperación prácticamente total pero persistiendo las dificultades de asertividad y/o la Fobia Corporal.
10%	Persisten trastornos bulímicos y/o vómitos, aislamiento etc., pero existe una mejoría marcada en las otras variables.
8,5%	Persisten la amenorrea o la menstruación es todavía inestable (meses). Una de ellas en tratamiento porque desea embarazarse ya casada.
19%	Derivación, fracaso, cronificación o recaída.

DISCUSIÓN

Los resultados globales del estudio, muestran que una alta proporción de pacientes (62,5%) tuvieron una buena evolución, pudiendo ser considerados como recuperados de su trastorno. De ellos en un 40,5% la recuperación era total, y en un 22%, persistía de forma muy atenuada dificultades de expresión asertiva y/o fobia a la gordura. Un 10% restante refleja aquellas pacientes cuya fobia corporal subyacente o su baja auto-estima y asertividad se reflejan en trastornos bulímicos, vómitos o aislamiento. Estas pacientes bulímicas reciben tratamiento en grupo de frecuencia semanal, en el que se efectúan relajación, técnicas de auto-control, reestructuración cognitiva. La eficacia de este tratamiento está ya en fase de evaluación.

Como otros autores, hemos observado que en los últimos años parece haberse incrementado la variante bulímica, Russel (1979), Morgan (1983), aunque éste dato no es extrapolable a la población general, está proyectado un estudio que muestree las posibles variaciones del cuadro clínico.

El favorecimiento del incremento en la auto-estima, la capacidad de expresarse, la socialización y la eliminación del auto-castigo tan predominante en la paciente anoréxica, nos parece fundamental para conseguir una evolución satisfactoria. Creemos que algunas técnicas, como la relajación o el modelado de habilidades sociales, han sido rechazadas por algunos terapeutas sin haberlas mantenido el tiempo suficiente como para permitir observar los beneficios. La continuidad y persistencia del tratamiento hasta que se extinguen los aspectos negativos del trastorno (pérdida de peso, llanto, mentiras, conductas inadecuadas) y surgen los positivos, nos parece la parte más difícil en el trata-

miento de la anorexia nerviosa. En estos momentos, es siempre necesario sentirse respaldado por la posibilidad inmediata de internamiento en un hospital general.

El tiempo de aparición de la menstruación, ha fluctuado mucho de unas pacientes a otras, sin que hayamos podido observar algún tipo de indicador o norma, excepto la necesidad de un mínimo de recuperación física. Hay pacientes en las que al elevar el peso, ha surgido la menstruación hacia los 3-6 meses, y otras que han demorado hasta dos años, a pesar de su total recuperación en el resto de las variables.

Cuando esta demora ha sido tan grande, nos parece que la propia ansiedad de la paciente, interfería aún más con su aparición llegando a utilizar técnicas de inundación para manejarla. En la mayoría de los casos, ha sido necesario un tratamiento inicial intensivo y duradero (diario durante 3 a 6 meses) pudiendo, a partir de un nivel de recuperación suficiente, disminuir dicha intensidad.

De la muestra inicial, sólo aquellas pacientes que rechazaron el tratamiento en los momentos iniciales, han evolucionado a la cronicidad (consideramos evolución crónica a aquéllas pacientes que tienen alteraciones menstruales, fobia corporal y, al menos, algunos de los otros ítems tales como (hiperactividad, bulimia-vómitos, aislamiento social, peso bajo). Sin que sepamos cuáles han sido los factores que determinaron ese rechazo y esa evolución crónica.

Durante el período de alta hasta el seguimiento a los 5 años, dos pacientes tuvieron recaída; una de ellas con intento de suicidio, pero ambas (dos) se recuperaron sin intervención terapéutica.

Posteriormente a esta evaluación, una paciente con amenorrea en tratamiento en ginecología ha quedado embarazada de gemelos.

La diabetes Mellitus tipo I y Anorexia Nerviosa, confirmaron, cuando ha existido, también en nuestro caso, las apreciaciones de Malone, G. L. (1985), sobre una mayor dificultad de tratamiento, tanto en el mantenimiento de un adecuado equilibrio de sus glucemias, como del propio manejo de las situaciones que aparecen en el curso de la terapia.

La coexistencia de la Anorexia Nerviosa y crisis marital en los padres ya sea ésta provocada por infidelidad conyugal, alcoholismo paterno o depresión materna se ha puesto de manifiesto en varias de nuestras pacientes. Tal como lo describiera Minuchin (1982), el paciente parece actuar como evitador de tales situaciones de conflicto. Actualmente varios padres han recibido tratamiento específico e individualizado.

CONCLUSIONES

1. El uso de un enfoque de amplio espectro (médico-cognitivo-conductual), se muestra como un abordaje de gran utilidad en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.
2. La persistencia de fobia corporal y el mantenimiento o aparición de crisis bulímicas con o sin vómitos, plantea la mayor dificultad para conseguir una evolución satisfactoria de los pacientes.
3. El tratamiento, en ocasiones, manifiesta sus beneficios a medio plazo, por ello es importante que aquellos terapeutas encargados de llevar a cabo el tratamiento, sean apoyados, en todo momento, por el resto del equipo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- AGRAS, W.S. (1987).- *"Eating Disorders"*. Pergamon Press.
- AGRAS, W.S. y WERNE, J. (1977).- Behavior modification in Anorexia Nervosa. Research Foundation. En Vigersky, M.D. (Eds.): *Anorexia Nervosa*. Raven Press. New York.
- AMERICAN PSYCHIATRIC. *D.S.M.-III* (1983).- Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Ed. Masson.
- BASSE, H.H.; ECKELAND, I. (1982).- "A prospective study of 133 patients with Anorexia Nervosa. *Act. Psychiatr. Scand.* 65, 127-133.
- BHANJI y THOMPSON, (1974).- "Operant conditioning in the treatment of Anorexia Nervosa: A Review and Retrospective study of 11 Cases. *Brit. J. Psychiatry* Vol. 124, 166-172.
- BOS KIND-WHITE M. y WHITE, W. (1983).- *"Bulimarexia. The Binge/Purge cycle"*. Ed.: Norton and Company. N.Y.
- BROWNELL, K. y FOREYT, J. (1986).- *"Handbook of eating Disorders"*. Basis Books, Inc. N.Y.
- BRUCH, H. (1974).- Perils of behavior modification in the treatment of Anorexia Nervosa. *JAMA* (230) 1419-1422.
- CALVO, R. (1983).- "La terapia de conducta en el tratamiento de la Anorexia Nervosa. ¿Eficaz o peligrosa?. *Estudios de Psicología. España. Vol. 13.* pp. 29-50.
- CALVO, R. (1983).- "Problemas alimenticios en la Anorexia Nervosa". *UNED. Psicología*.
- CALVO, R.; DELGADO, C.; RODRIGUEZ VEGA, B. y SANTO DOMINGO. (1987).- Anorexia Nervosa: Tratamiento y evolución a 1, 3 y 5 años. *Actas Luso-Españolas: 15.5.* (255-262).
- CRISP, A. (1980).- *"Anorexia Nervosa: Let me be"*. Academic Press.
- CRISP, A.H.; HSU, L.K.G.; HARDING, B. y HARTSHORN, J. (1980).- "Clinical features of anorexia nervosa". *J. of Psychosom. Research*, 24, 179-191.

- FAIRBURN, C. (1981).- "A Cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- FAIRBURN, C. (1982).- "Binge eating and its Management". *Brit. J. Psychiat.* 141, 631-633.
- FAIRBURN, C. (1985).- "The management of bulimia nervosa". *J. Psy. Res.* 19, nº 2/3 465-472.
- GARCÍA GONZÁLEZ, y MONTOYA, RICO (1969).- "Consideraciones sobre la Anorexia Mental". A propósito de 3 casos. *Revista Clínica Española*, tomo 115, nº 3.
- GARFINKEL, MOLDOFSKY y GARNER (1977).- "The outcome of Anorexia Nervosa: Body image and behavior modifications". In Vigersky, Md. Ed. *Anorexia Nervosa*. Raven Press. New York.
- GARFINKEL, P. y GARNER, D. (1982).- "*Anorexia Nervosa*", a multidimensional perspective. Brunner/Mazel, N.Y.
- GARNER y BEMIS (1982).- "A cognitive-behavioral approach to Anorexia Nervosa". *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 6 nº 2, 123-150.
- GARNER D. y GARFINKEL P. (1979).- "The eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa". *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D.; GARFINKEL, P. y O'SCHAUGHNESSY (1985).- "The validity of the distinction between bulimia with and without Anorexia Nervosa". *Am. J. Psychiatry*, 142, 5, 581-587.
- GARNER, D. y GARFINKEL, P. (1985).- *Handbook of psychotherapy for the Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press. N.Y.
- HALMI, K.; BRODLAND, G. y LONEY, J. (1973).- "Prognosis in Anorexia Nervosa". *Annals of International Medicine*, 78, nº 6, 907-909.
- HALL, A.; SLIM, E.; HAWKER, F. y SALMOD, C. (1984).- "Anorexia Nervosa: Long-Term outcome in 50 females patients. *Brit. J. of Psychiat.*, 145, 407-413.
- HARRIS, F. y P. CAROLIN (1985).- "Anorexia Nervosa" in Herner y Bellack. *Handbook of Clinical Behaviors Therapy in Adults*, 2, Pergamon Press.
- HAUSERMAN, L. P. (1977).- "Post-hospitalization Continuation treatment of Anorexia Nervosa". *J. Beh. Therapy and Exp. Psy. che*, 8, 309-313.
- HAWKINS, R.; FREMOUW, W. y CLEMENT, P. (1984).- "*The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*". Springer series on behavior therapy and Behavioral Medicine. 14. Spinger Publishing Company, N.Y.
- HIRSCH, J. y VAN ITALLY, T. (1985).- "*Recent advances in obesity research*". John Libbey and Co. London.
- JOHNSON, G. y CONNORS, M. (1987).- "*The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa. A Biopsychosocial perspective*". Basic Bokk. N.Y.
- JOURNAL OF PSYCHIATR. RESEARCH. (1985).- nº 2/3. Vol. 19. Dedicado íntegramente a Anorexia.
- KELLERMAN, J. (1977).- "Anorexia Nervosa: The efficacy of Behavior Therapy". *J. Beh. Therp. and Exp. Psychiatry*. 8, 387-390.
- KIRSCHENBAUM, D.; JOHNSON, W. y STALONAS, P. (1987).- "*Treating Childhood and Adolescent Obesity*". Pergamon Press.

- K. TOLSTRUP; M. BRICH; T. ISAGER; S. NELSEN; J. NYSTRUP; B. SEVERIN y N.S. OLESEN. "Long-term outcome of 151 cases of Anorexia Nervosa". *Act. Psychiatr. Scand*, 71, 380-387.
- LEITENBERG, AGRAS, THOMSON. (1968).- "A sequential Analysis of the effects of Selective Positive Reinforcement in modifying Anorexia Nervosa". *Beh. Res. and Therapy*, 6, 211-218.
- MAVISSAKALIAN, M. (1982).- "anorexia Nervosa Treatment with response prevention and prolonged exposure". *Beh. Res. and Therapy*, 20, nº1, 27-31.
- MALONE, L. y BETTY K. AMSTRONG. "Treatment of Anorexia Nervosa in a young adults patient with diabetes mellitus". *J. of Nerv. and Ment. Dis.* 173, nº 8, 509-511.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978).- *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, M.A. Harvard U. Press.
- MORGAN, (1988).- "Management and evolution of Anorexia Nervosa". *Brit. J. of Psychiatr.* 143, 282-287.
- PIERLOOT, R.; VANDEREYCKEN, W. y VERSHREST. (1982).- "An impatient treatment program of Anorexia Nervosa patients". *Act. Psychiatr. Scand*, 66, 1-8.
- PILLAY, M. y CRISP, A.H. (1981).- "The impact of social skills training within and established in patients treatment programme for Anorexia Nervosa". *Brit. J. of Psychiatr.* 139, 533-539.
- RUSSEL, G. (1979).- "Bulimia nervosa: and ominous variant of anorexia nervosa". *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- SCHENEIDER, y AGRAS, S. (1985).- "A cognitive behavioral group treatment of bulimia". *B. J. Psychiatric*, 146, 66-69.
- SLADE, P. (1973).- "A short Anorexia Behaviour Scale". *Brit. J. Psychiatric*, 122, 83-85-
- SZMUKLER, G.; SLADE, P.; HARRIS, P.D. y RUSSELLE, G. (1985).- "Anorexia Nervosa and Bulimia Disorders: Currents Perspectives". *Psychiatric Rev.* 19, nº 2/3.
- TOUYZ, S.W.; BEAUMONT, P.; GLAUN, D.; PHILLIPOS y COWIE (1984).- "A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeering patients with Anorexia Nervosa". *Brit. J. Psychiatr.* 144, 517-520.
- TORO, J. y VILARDELL, E. (1987).- "Anorexia Nervosa". Edt. Martinez Roca.
- VIGERSKY, R. (1977).- "Anorexia Nervosa". Raven Press, N.Y.
- WOLPE, J. (1975).- Letter "Behaviour Therapy in Anorexia Nervosa". *JAMA* (233) 317-318.