

# CAMBIOS CONDUCTUALES, EMOCIONALES, COGNITIVOS Y FISIOLÓGICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

María José Pubill, Master Terapia Cognitivo-Social  
Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona  
Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona

*In this article different changes of behavioral, emotional, cognitive and physiological symptoms are considered in an integrative view on the basis of their hierarchical organisation.*

*Key words: anorexia, cognition, emotion, behavior, physiology.*

---

## MULTIDIMENSIONALIDAD DE LAS MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS DEL TRASTORNO ANOREXICO

La definición de anorexia lleva consigo asociada la falta de apetito, como consecuencia de una negativa a comer por parte de quien sufre el trastorno. A este respecto existe prácticamente un consenso universal (Toro, 1996). Pero este consenso se ramifica interminablemente a la hora de señalar las asociaciones sintomatológicas concomitantes, de modo que no resulta fácil delimitar si son éstas características específicas o compartidas con otros síndromes más genéricos y en qué medida se integran y organizan las unas con las otras.

En este artículo nos limitaremos a señalar los cambios conductuales, emocionales, cognitivos y fisiológicos que tienen lugar en el transcurso de la anorexia a fin de facilitar una visión más compleja del fenómeno y a sugerir una visión integral de tales fenómenos.

### 1.- Cambios conductuales

En relación a los cambios conductuales asociados al trastorno anoréxico existen puntos de controversia en cuanto a *su interpretación* y a las *relaciones* que pueden establecerse entre la diversidad de aspectos de la sintomatología concomitante.

Dentro del **comportamiento de ingesta**, existe un acuerdo fundamental respecto a la descripción de los síntomas característicos de la anorexia. Sin embargo, la duda aparece al abordar el *por qué* de la negación de las anoréxicas a comer. Crisp (1967b, 1980) apunta una **fobia al cuerpo** que se traspassa a la comida, convirtiéndose de este modo en un objeto fóbico, lo que les hace sentir culpables, si alguna vez se extralimitan en la comida. De hecho, si sufren algún ataque bulímico, después se sienten acosadas por sentimientos de ansiedad, disforia, culpa e ideas de suicidio (Toro, 1987). Otra interpretación diferente relativa a la *causa* por la que no comen, la han dado Garfinkel & Garner (1982), para quienes las anoréxicas interpretan la restricción de la comida como signo de autodisciplina, aunque, según Chinchilla (1994), siempre estén pensando en ella.

### 1. CAMBIOS CONDUCTUALES

- 01.- Instauración lenta del cuadro clínico
- 02.- Inicio: anorexia voluntaria para adelgazar (Chinchilla, 1994; Garfinkel & Garner, 1982)

#### 1.1.- *Comportamiento de ingesta:*

- 03.- Rechazo a comer una cantidad normal de alimento (600/800 calorías/día) (Toro, 1987)
- 04.- Predilección por alimentos de alto contenido proteico y bajos en carbohidratos (Toro, 1987)
- 05.- Racionalización de la negación a comer a través de:
  - a) uso de sus conocimientos nutricionales
  - b) racionalización de sus miedos (salud) (Sibley & Blinder, 1988)
- 06.- Rigidez en sus hábitos alimenticio para controlar su peso (Garfinkel & Garner, 1982)
- 07.- Preferencia por comer a solas (no comer o comer poco) (Chinchilla, 1994)
- 08.- Episodios bulímicos clandestinos:
  - a) con vómitos
  - b) sin vómitos
- 09.- Estreñimiento (Garfinkel & Garner, 1982)
- 10.- Uso de laxantes o enemas (Garfinkel & Garner, 1982)
- 11.- Uso de diurético para disminuir peso
- 12.- Uso de anfetaminas u otras píldoras para disminuir el hambre o tener más resistencia (Garfinkel & Garner, 1982)
- 13.- Preocupación por que los demás coman (Chinchilla, 1994)
- 14.- Preparar comidas para los demás (Chinchilla, 1994)
- 15.- Les gusta mirar los escaparates de comidas
- 16.- Coleccionar dietas y libros de cocina (Toro, 1987; Sibley & Blinder, 1988)
- 17.- Realizan rituales obsesivos con la comida (desmenuzan la comida, la esparcen por el plato) (Toro, 1987)

...

### 1.2.- *Hiperactividad*

- 18.- Actividad física superior a la normal
- 19.- Dedicación excesiva al estudio
- 20.- Alteración del sueño

### 1.3.- *Conducta social*

- 21.- Retraimiento social
- 22.- Inestabilidad de los intercambios sociales (Toro, 1987)
- 23.- Sensación de no ser comprendidas
- 24.- Evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación
- 25.- Susceptibilidad
- 26.- Ocultación de sus problemas con la comida
- 27.- Poca búsqueda de personas nuevas (Chinchilla, 1994)
- 28.- Contactos en la actividad laboral por su ambición

### 1.4.- *Conducta Sexual*

- 30.- Falta de interés
- 31.- Evitación (poca actividad) (Toro, 1987)
- 32.- Poca satisfacción (Toro, 1987)
- 33.- Poco placer en referencia a su cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982)

Como se ve, en este punto las cosas no están muy definidas y, sin duda, interviene la hipótesis teórica de base de cada autor, a la hora de enlazar los diferentes síntomas con los conceptos. En relación al tema de la **hiperactividad** se discute la relación entre actividad física e ingesta. Si bien para algunos (Epling & col., 1983; Routtenberg & Kuznesov, 1967) el ejercicio contribuye a disminuir el nivel de ingesta, siempre y cuando se realice de forma progresiva, para otros (Meyer & col., 1957) ocurre lo contrario. Para Crisp (1967a, 1980), la hiperactividad es fruto del ayuno. Sin embargo, Bruch (1973) pone el énfasis en sentido contrario. El ayuno tiene una de sus causas en la hiperactividad. Toro (1987) con Garfinkel & Garner (1982), sugiere dos mecanismos en el aumento de la actividad física de la anoréxica: ideas en referencia a su cuerpo y la quema de calorías. A esto, Garfinkel & Garner añaden la posibilidad de que se la considere como una prueba más de *autodisciplina*. Por otra parte, pese a que existen resultados contradictorios sobre el tema, numerosos estudios parecen sugerir que el factor hiperactividad empeora el pronóstico de evolución clínica. En este punto difieren Halmi & Falk (1981 a y b) y Falk & col. (1985) según los cuales este índice no se confirma.

Es también conocida la **falta de interés por la sexualidad y la evitación de encuentros con el sexo opuesto**. Ello se da durante el período de ayuno, pero continúa después de que se haya restaurado el peso. De hecho, sienten poco placer con su cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982). Crisp (1970, 1980) cree que la *fobia al peso* se relaciona con la evitación de la maduración psicosexual y con poder controlar los problemas del mundo externo. Bruch (1973) atribuye la falta de placer

en dicha actividad a un defecto en reconocer y actuar espontáneamente en una variedad de procesos internos (*basic ego-deficits*). Selvini-Palazzoli (1974) señala que se da una sobre-simplificación en el proceso: la anoréxica quiere ser una adulta autónoma, rechazando aquellos aspectos que pertenecen al cuerpo femenino que para ella comportan un significativo potencial de problemas **-paranoia intrapsíquica-**. Como se ha comentado, en la práctica sexual se da poca actividad y normalmente, no satisfactoria (Toro, 1987). Parece ser que las anoréxicas son significativamente más negativas en relación al aspecto o apariencia sexual y femenina de su propio cuerpo, a la evaluación de sus sentimientos sexuales y a su interés o actividad sexual que las no anoréxicas (Leon & col., 1985). Lo curioso, es que las anoréxicas, si bien aceptan que serían muy atractivas para el otro sexo si ganaran peso, se niegan a hacerlo. De hecho, su aspecto inmaduro les permite evitar muchas experiencias propias del crecimiento como la sexualidad (Toro, 1987). Yellowlees (1985) afirma que el 40% de un grupo de 15 anoréxicas/bulímicas y vomitadoras sufrían de deseos de vomitar durante sus actividades sexuales, asociadas a un sentimiento de repulsión -cosa que no ocurría en las no bulímicas-, dándose además el hecho de que un tercio de esas anoréxicas/bulímicas habían tenido experiencias sexuales aversivas en su infancia a cargo de adultos o de niños mayores, lo que no se daba tampoco en ninguna de las no bulímicas. Pero el tema, como se ve, no está claro y pocos son los trabajos que tienden a no confundir más las cosas.

## 2. - Cambios emocionales

A la hora de hablar de los cambios emocionales que aparecen en el trastorno anoréxico, surge el tema del diagnóstico diferencial psicopatológico, ya que las descripciones sintomatológicas nos derivan constantemente hacia parámetros identificativos de otros trastornos psicopatológicos clásicos.

Así, p.e., según apunta Toro (1987), la **ansiedad** es el factor emocional que construye el curso de la anorexia nervosa, multiplicándose con la cronificación del trastorno de alimentación el número de agentes ansiógenos (sobrepeso, imagen corporal, amenaza de descontrol, baja autoestima, presión familiar, conflictos interpersonales, temor a enfermar y morir, percepción de ser diferente y «rara»,...). Normalmente, se ha tendido a ver esta ansiedad como fruto del trastorno. Es lo que se llama **ansiedad fóbica** que se cimenta en la fobia al peso. En el proceso de implantación de la ansiedad y su progresiva generalización cognitiva a diferentes aspectos, los criterios estéticos socioculturales en voga intervienen directamente en una autoevaluación negativa del cuerpo, que a su vez influye en un control del peso, de la alimentación y de las situaciones y personas asociadas a esos dos factores. El resultado no es otro que la cerrazón de las diversas posibilidades de construir una nueva realidad cognitiva partiendo de experiencias nuevas y, por tanto, la rigidez, el aislamiento y el sufrimiento emocional. Sin embargo, últimamente, ciertos

estudios han indicado la posible etiología endógena de la ansiedad anoréxica. Hablaríamos, entonces de **crisis de ansiedad**, sobre las que Piran & col. (1985) han informado que, en un estudio realizado en un grupo de 47 anoréxicas, aplicando los criterios del DSM-III para trastornos afectivos y de ansiedad, la tasa de crisis de ansiedad era altísima y se extendía a toda la vida. Toro (1987) ante esta perspectiva, afirma que debido a la probable endogeneidad de este trastorno -el de crisis de ansiedad- la situación se complica y se inclina por el momento a recalcar el alto porcentaje en **fobias sociales**, antes de precipitarse y enraizar dos psicopatologías en un tronco común sin más base que unos pocos estudios.

## 2.- CAMBIOS EMOCIONALES

### 2.1.- *Trastornos de ansiedad* (Toro, 1987)

- 34.- Ansiedad fóbica (fobia al peso)
- 35.- Crisis de ansiedad (Piran & col., 1985; Toro, 1987)

### 2.2.- *Fenómenos obsesivos y compulsivos*

- 36.- Pensamientos reiterados y constantes
- 37.- Compulsión en su comportamiento en torno a la comida y peso (ritos)

### 2.3.- *Trastornos afectivos*

- 38.- Sintomatología depresiva (tristeza, reducción de interés, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio)

Los **fenómenos obsesivos y compulsivos**, también aparecen en el trastorno anoréxico como forma explícita de sintomatología. Así, los pensamientos de la anoréxica, reiterados y constantes, tienen un carácter *intrusivo*, pensamientos que, si bien la paciente quisiera suprimir, ya que le provocan un gran nivel de ansiedad al ser coherentes con sus valores, no le resultan especialmente extraños. En cuanto a los comportamientos que la anoréxica realiza respecto a la comida y al peso, se asemejan a compulsiones, debido a la rigidez con que los lleva a cabo, como si fueran verdaderos ritos contra el diablo, aunque estos comportamientos puedan ser fruto de la inanición.

Por último, los **trastornos afectivos** son considerados a su vez ejes fundamentales en el nivel emocional de la anorexia nervosa. De hecho, estas pacientes suelen manifestar una sintomatología depresiva clara (tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio...). Por tanto, si bien su presencia no deja lugar a la duda, el interrogante surge sobre si la sintomatología es fruto de la pérdida de peso o si el proceso se da a la inversa. En pro de descifrar este enigma se han realizado estudios de seguimiento, biológicos y familiares. Los resultados son contradictorios y llevan a plantearse si se da o no una relación significativa entre la pérdida de peso y la sintomatología definitiva.

### 3.- Cambios Cognitivos

En el trastorno anoréxico, los cambios cognitivos aparecen en diversos aspectos de forma muy notoria. Ahora bien, si tenemos en cuenta la personalidad premórbida de las muchachas que sufren anorexia nervosa, cabría preguntarse si no serán fruto de una acentuación de ciertos rasgos ya preexistentes.

Si nos centramos en las distorsiones de tipo cognitivo, Vandereycken & Meerman (1984) señalan como uno de los problemas centrales de las pacientes anoréxicas, la **negación**. Meyer (1961) sugiere que en este trastorno se da una tríada de negaciones: la negación del hambre, de la delgadez y de la fatiga. Ello parece ligado a que el objetivo de la delgadez es egosintónico (Garfinkel & Garner, 1982), siendo algo que no se desea cambiar (por tanto, no desea ayuda tampoco), y a lo que no se puede dar ninguna explicación. Tales pacientes no se perciben como anormales y afirman no tener ninguna enfermedad.

De hecho, ciertos autores psicodinámicos (Vandereycken & Meerman, 1984) relacionan los mecanismos de negación con la falta de responsabilidad afectiva, es decir, estas personas tienen la capacidad de reaccionar emocionalmente, pero utilizan la negación como mecanismo de defensa ante ciertas fantasías.

Bruch (1973, 1978), al igual que Otte, Basler y Schwoon (1978) y Garner y Bemis (1982) indica que las anoréxicas parecen haberse parado en la fase del pensamiento preconceptual o concreto (Piaget), caracterizado por el egocentrismo y por el pensamiento mágico. Por otra parte, se baraja la hipótesis de que algunos defectos cognitivos sean efecto del ayuno por sí mismo, como, por ejemplo, la reducción de la conciencia, centrada esta última en la rumiación sobre la comida y el peso.

Nemiah (1972) sugiere que en las pacientes anoréxicas se dan las características comunes de la «alexitimia» rasgo típico en las enfermedades psicósomáticas, es decir, una dificultad para describir emociones en palabras y para reconocer las experiencias que acompañan a los cambios corporales (negación).

Otro factor importante es una preocupación por lo bueno y lo malo que, según Meyer & Weinroth (1957), predomina en todas sus actividades. Ello ocurre en todas las áreas que requieren autocontrol (comer versus no comer, ejercicio versus no ejercicio, estudio versus recreación), evidenciándose aún más en la sexualidad (abstinencia versus promiscuidad) e incluso en la autoestima (todo bueno versus todo malo) (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990).

En referencia a la autoestima, Bemis (1978) señala un déficit en los autoconceptos, sobre todo en dos de sus componentes: *autoestima* (relacionada con la auto-atribución de valía) y *autoconocimiento* (se define como la habilidad de identificar y responder de forma adecuada a experiencias internas). De hecho, este autor señala que las modificaciones en la autoestima deben dirigirse a la tendencia, que tienen estas pacientes, a construir su autovalía según estándares idealizados o por comparación con los otros; mientras que, en el autoconocimiento se refieren a

la confusión respecto a las creencias erróneas acerca de sus sentimientos o sensaciones corporales que correlacionan con creencias de aceptación, justificación, legitimidad, aprobación.

### 3.- CAMBIOS COGNITIVOS

#### 3.1.- *Distorsiones cognitivas*

- 39.- Negación (Vandereycken, 1984) del hambre, la delgadez y la fatiga (Meyer, 1961)
- 40.- Preocupación por lo bueno y malo (Meyer & Winroth, 1957) en todas las áreas de autocontrol
- 41.- Pensamientos erróneos (Garner & Bemis, 1982):
  - a) abstracciones selectivas
  - b) generalizaciones excesivas
  - c) magnificación
  - d) razonamiento dicotómico
  - e) personalización o autoreferencias
  - f) pensamientos supersticiosos
- 42.- Suposiciones subyacentes (Garner, 1986) («el cuerpo sirve para probar mi autovalía»)
- 43.- Déficit en la autoestima y el autoconocimiento (Bemis, 1978)
- 44.- Locus of control más interno (Strober, 1982)
- 45.- Se ven a si mismas como carentes de control (Huon y Brown, 1984)
- 46.- Poca valoración de su imagen personal (Huon y Brown, 1984)
- 47.- Críticas a su ingesta (Huon y Brown, 1984)

#### 3.2.- *Alteraciones de la imagen corporal*

- 48.- Sobrevaloración de sus dimensiones corporales (Bruch, 1962)
- 49.- Dimensiones delirantes (Bruch, 1962; Toro, 1987)
- 50.- Evitación de las proporciones normales del cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982)
- 51.- Peso límite para sentirse segura

#### 3.3.- *Alteraciones interoceptivas*

- 52.- Experiencias distorsionadas del tiempo (Vandereycken & Meerman, 1984)
- 53.- Sensación alterada de hambre y de saciedad (Vandereycken & Meerman, 1984)
- 54.- Alteración de la percepción del gusto y de la repleción gástrica (Garfinkel & Garner, 1982)
- 55.- Actúan como si no percibieran los estímulos interoceptivos (Garfinkel & Garner, 1982)

#### 3.4.- *Estrategia falsa de resolución de problemas*

- 56.- Sensación de ineficacia (Otte, Basler & Schwoon, 1978)
- 57.- Incompetencia social (Otte, Basler & Schwoon, 1978)
- 58.- Sentimiento de ansiedad y náusea (Otte, Basler & Shwoon, 1978)
- 59.- Comportamiento central anoréxico (Otte, Basler & Schwoon, 1978)

...

### 3.5.- Actitudes anoréxicas

- 60.- Miedo a la obesidad
- 61.- Miedo a la pérdida de control
- 62.- Tozudez (Chinchilla, 1994; Garner & Garfinkel, 1982)
- 63.- Caprichosas (Chinchilla, 1994)
- 65.- Educadamente frías con el médico (Selvini- Palazzoli, 1988)
- 66.- Pedantes e hipercríticas
- 67.- Presunción estética o intelectual
- 68.- Culpabilización de los padres (Golberg Anorectic Attitude Scale, 1980)
- 69.- Esfuerzo por alcanzar metas (Golberg Anorectic Attitude Scale, 1980)

Toro (1987) señala dentro de las alteraciones cognitivas experimentadas por la anoréxica, aquellas que hacen referencia a la imagen corporal. De hecho, Bruch (1962) define la anorexia nervosa como «**un trastorno perceptivo y conceptual de la imagen del cuerpo**», asociándola con un fuerte sentimiento de autodesprecio por su cuerpo. De hecho, este trastorno es central en muchos casos de anoréxicas, donde la paciente casi caquética, niega su delgadez, sobrevalorando sus dimensiones y llegando a una percepción tan poco objetiva, que se ha hablado de «dimensiones delirantes» (Bruch, 1962), relacionándolo con trastornos perceptivos propios del proceso psicótico (Toro, 1987).

En estas muchachas se da una evitación de las proporciones normales del cuerpo (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990). El individuo establece un peso límite para si mismo, al cual hace referencia el *margen de salvación* o peso límite que está por debajo del peso mínimo para una normal producción hormonal o maduración biológica. Este peso se sigue religiosamente, aunque su elección ha sido realizada de una forma bastante arbitraria.

De todas formas, se ha de señalar que la alteración perceptiva corporal no es exclusiva de la anorexia, ya que puede hallarse en obesas y adolescentes (Leon, 1983), en accidentes con desfiguraciones físicas (Damlouji, 1985), en mujeres embarazadas, en bailarinas y en gimnastas (Vandereycken y Meermann, 1985), y en mujeres de la población general (Caspers, 1979).

De hecho, si bien la mera observación clínica permite ver estas **distorsiones perceptivas**, otras veces aquello que se halla no son las primeras sino **evaluaciones distorsionadas**, fruto de las cuales son las reacciones ansiosas (Garner & Garfinkel, 1980). Ambas se centran principalmente en las zonas de los muslos, abdomen, caderas y nalgas (zonas diferenciadas sexualmente, con más volumen en las féminas). De todas formas, en casos de extrema delgadez esta errónea percepción o evaluación puede servir para mitigar el miedo a la muerte.

De todos modos, según Vandereycken & Meermann (1984), el grado de alteración de la imagen corporal es un predictor del curso de la enfermedad. Las pacientes con una pronunciada alteración aparecen con más intervenciones terapéu-

ticas en el pasado, ganan menos peso, son más inmaduras psicosexualmente y tienen más fuertes tendencias a negar la enfermedad, cosa que parece guardar estrecha relación con la tendencia a negar su delgadez.

En cuanto a las **alteraciones interoceptivas**, Vandereycken & Meerman (1984) afirman que las anoréxicas tienen enormes dificultades para obtener exacta información sobre sus condiciones internas y comunicarlas. Ello se relaciona con experiencias distorsionadas del tiempo, como una sensación alterada del hambre y de la saciedad, la percepción del gusto y de la repleción gástrica (Garfinkel & Garner, 1982).

De hecho, si bien actúan **como si** esos estímulos no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo, ello se debe, parece ser, a una auténtica confusión interoceptiva. *«Se expresa como una gran desconfianza en que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin control consciente; de ahí la constante atención que le dedican. Algunas anoréxicas llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido. Este control y esta hipervigilancia son más evidentes en relación al alimento»* (Garfinkel y Garner, 1982, p. 149).

Así, *«estos hallazgos apoyan la hipótesis de que las pacientes con anorexia nervosa tienen unas experiencias interoceptivas alteradas y específicamente perciben de un modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar menos influida por su estado interno que por sus expectativas cognitivas relacionadas con la ingestión de alimentos. Por consiguiente, pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos o pueden contar con unos factores cognitivos mediadores de la ingesta suficientemente prominentes para prevalecer sobre los mecanismos reguladores internos»*.

Respecto a las **estrategias de resolución de problemas**, Otte, Basles & Schonoon (1978) han desarrollado un modelo de proceso donde se divide el comportamiento sintomatológico anoréxico en dos niveles comportamentales (C) y dos experienciales (E):

E1: **Sensación de ineficacia**, por ejemplo, una autoimagen o autoverbalización de incompetencia, dependencia, falta de control, sentimientos superfluos.

C1: **Incompetencia Social**, p. ej., manifestaciones de inseguridad, comportamiento dependiente, falta de manejo del conflicto, excesiva o falta de agresividad en el comportamiento social.

E2: Sentimientos de **ansiedad y náusea** acompañando a pensamientos/sensaciones de estar llena y **preocupación mental por la comida**.

C2: **Comportamiento central anoréxico** (rechazo de la comida, reducción y manipulación del peso, hiperactividad).

Este ciclo se ve en la situación familiar de las pacientes, donde si bien el

refuerzo de contingencias no es sistemático, ni para la conducta dependiente de la paciente, ni para el comportamiento de autoseguridad, ni de asertividad, sino al contrario, estos comportamientos son castigados asistemáticamente, situación no del todo diferente a la neurosis experimental (*learned helplessness*, p.e.). Por otra parte, el ciclo E1-C1 es válido para experiencias y situaciones que se presentan al irse de casa, anulación de una cita en relaciones heterosexuales, etc, donde dan pie al ciclo E2-C2 sintomatológico. Vandereycken & Meermann (1984) teniendo en cuenta este ciclo proponen las técnicas de reducción de la ansiedad y asertividad como estrategias terapéuticas a seguir.

Schroder (1977) da una explicación de carácter más social donde convergen el período preciso del ciclo evolutivo de la anoréxica -la adolescencia-, la presión social hacia la perfección de la imagen física y la errónea estrategia para resolver el conflicto. Así, destaca el período en concreto lleno de inestabilidad física, ansiedad e inseguridad sumado con la importancia para la autoestima del atractivo físico y a la falta de control de los cambios corporales -cosa que produce un sentimiento de indefensión- en esta época de la vida desembocan en una estrategia de **autocontrol** a través de la reducción de la alimentación, lo que lleva a controlar los impulsos sexuales que se «espiritualizan», a la vez que se retarda la maduración física.

Por último, si nos referimos a las **actitudes anoréxicas**, los estudios se centran en trabajos más descriptivos que interpretativos. Así se habla de dos principales miedos estrechamente relacionados con su comportamiento y actitudes, que son *el miedo a la obesidad y a la pérdida de control*. El miedo a la obesidad se alimenta por el terror de ver su imagen gorda, lo que le lleva a una intensa preocupación por la comida (Garfinkel & Garner, 1982; Garner & Rosen, 1990).

Al ser descritas actitudinalmente, lo más normal es encontrar ciertas coincidencias que se resumirían diciendo que son muy tozudas y obstinadas, y si desean algo lo suelen realizar de forma desconsiderada e insensata o caprichosa. Esto encuentra sus canales más amplios de expresión en su comportamiento de ingesta, donde reina el tema de los alimentos, el horario y el lugar (Chinchilla, 1994), sin tener en cuenta las normas más elementales de convivencia.

Se muestran educadamente frías, controladas en la relación con el médico, a quien han sido conducidas por los familiares a la fuerza (Selvini-Palazzoli, 1988). Con la expresión triste, ojos lánguidos, abiertos y con actitud rígida.

Suelen ser pedantes e hipercríticas, con gran presunción estética o intelectual que demuestran de una forma extravagante y contradictoria con su tendencia al aislamiento.

Dos estudios realizados con las escalas «*Eating Attitudes Test*» de Garner & Garfinkel (1979) y la *Golberg Anorectic Attitudes Scale* (1980) reafirmaron lo ya comentado tanto en este punto como en los anteriores.

#### 1.4.- Aspectos médicos y fisiológicos

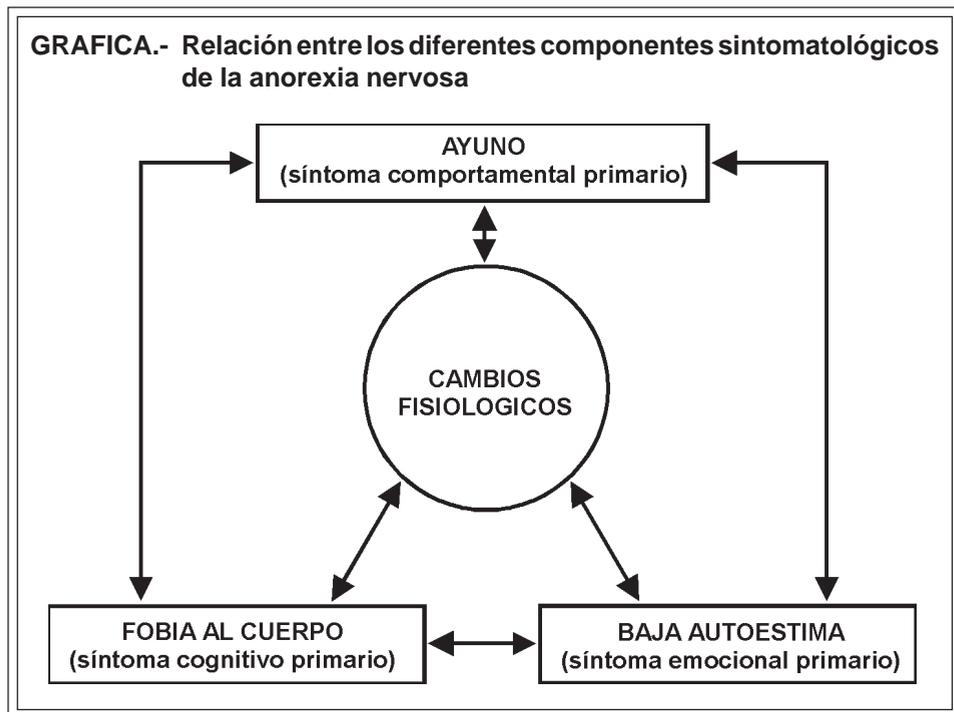
La amenorrea, según todos los especialistas en la materia, es un síntoma invariable, mientras que la constipación es bastante común en los informes, junto con hipotensión, hipotermia, sequedad en la piel y presencia de lanugo, bradicardia y edemas. En los signos se pueden indicar complicaciones médicas aquellos como la hipotermia o la bradicardia, p. e. De todas formas, los cambios que se producen en el proceso biológico del trastorno anoréxico son similares a los descritos en otras formas de desnutrición (Mitchell, 1986; Toro, 1987) - las diferencias que se dan son por la mayor ingesta proteínica que se da en la anorexia.

4.- Aspectos Médicos y fisiológicos	
	<i>Síntomas</i>
70.- Amenorrea	
71.- Constipación	
72.- Hinchazón	
73.- Dolores abdominales	
74.- Intolerancia al frío	
75.- Letargo	
76.- Exceso de energía	
	<i>Signos</i>
77.- Hipotensión	
78.- Hipotermia	
79.- Piel seca	
80.- Bradicardia	
81.- Lanugo	
82.- Edema	

#### HACIA UNA VISION INTEGRADA

Después de recorrer este panorama básicamente descriptivo, se plantea la conveniencia de buscar un ordenamiento jerarquizado de factores y empezar a enlazarlos entre ellos, a fin de evitar la visión confusa que en este momento pudiera derivarse del cuadro anoréxico. Si la anorexia debe ser descrita a través de los síntomas, lo primero que se deberá intentar será distinguir entre síntomas primarios o definitorios y secundarios, es decir cuáles de las características que la acompañan son atribuibles **exclusivamente** a los efectos de la inanición y cuales son un rasgo de la personalidad anoréxica (Herscovici & Bay, 1990). De esta forma, se podrá definir mejor a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de este trastorno y qué es lo que lo diferencia de otros trastornos que presentan aspectos coincidentes en sintomatología. Para ello, proponemos un modelo gráfico de integración (ver gráfica), donde a cada nivel comportamental, emocional y cognitivo corresponden

las características primarias al trastorno sus interrelaciones y las asociaciones secundarias concomitantes. En este modelo el **ayuno**, la negativa voluntaria a comer se señala como síntoma comportamental primario con conductas asociadas secundarias como la anormalidad del comportamiento de ingesta, el control del peso y la evitación del contacto interpersonal y sexual. Este componente comportamental influye a su vez y es influido por la **fobia al peso** (síntoma primario cognitivo) que determina un pensamiento obsesivo en relación al binomio comida/peso con efectos secundarios concomitantes como la distorsión perceptiva y la formación de pensamientos erróneos. Finalmente la **baja autoestima** interactúa como síntoma primario emocional dando lugar a un estado de ánimo depresivo, así como a manifestaciones ansiosas y obsesivas. La relación entre estos cambios es de influencia mútua o retroalimentación. Todos ellos inciden en la alteración de los mecanismos reguladores del control de la ingesta y son influidos por ellos, dando lugar a sucesivos **cambios fisiológicos**, como la amenorrea, derivados de los cambios glucoestáticos, hipotalámicos, hipofisarios, digestivos, hepáticos, etc., que alteran los estados de humor, repercuten en la hiperactividad, etc., desplegando el complejo abanico de síntomas concomitantes que hemos considerado anteriormente y que pueden considerarse el resultado de estos factores principales.



*En este artículo consideramos de un modo integrado las descripciones de los cambios sintomatológicos que se producen en la anorexia nervosa, a nivel conductual, emocional, cognitivo, y fisiológico en base a la ordenación jerárquica existente entre ellos.*

Palabras clave: *anorexia, emoción, cognición, comportamiento, fisiología.*

## Referencias bibliográficas:

- BEMIS, K. M. (1978). Current approaches to the ethiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593-617.
- BRUCH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24, 187-194.
- BRUCH, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books
- BRUCH, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- CASPER, R. et al. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66.
- CRISP, A. H. (1967a). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine*, 1, 713-718
- CRISP, A. H. (1967b). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 1-22
- CRISP, A.H. (1970). Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa (weight phobia). *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 1-22
- CRISP, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa: let me be*. London: Academic Press.
- CHINCHILLA, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon
- DAMLOUJI, N. F. & FERGUSON, J.M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 362-363.
- EPLING, W.F. PIERCE, W. D. & STEFAN, L. (1983). A theory of activity based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 27-46.
- FALK, J.R., HALMI, K. A. & TYRON, W. W. (1985). Activity measures in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 26, 811-814
- GARFINKEL, P. E. & GARNER, D. M. (1982). *Anorexia nervosa. A multidimensional Perspective*. New York: Brunner/Mazel
- GARNER, D.M. (1986). Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa. En K. D. Brownell, & J. P. Foreyt (Eds.). *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- GARNER, D.M. & BEMIS, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and research*, 6, 123-150.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL, M. D. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL, M. D. (1988). *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. New York: Brunner Mazel.
- GARNER, D.M. & ROSEN, L. W. (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En A. S. Bellasck, M. Hersen & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- GOLBERG ANORECTIC ATTITUDE SCALE. In S. C. Goldberg, K. A. Halmi, E. D. Eckert, R.C. Casper, J. M. Davis & M. Roper (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15, 239-251.
- HALMI, K. A. & FALK, J. R. (1981a). Pretreatment and posttreatment discrimination of outcome in anorexia nervosa. In C. Perris (Ed). *Third Congress of Biological Psychiatry*. New York: Elsevier North Holland Inc.

- HALMI, K. A. & FALK, J. R. (1981b). Common physiologic changes in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 16-27.
- HERSCOVICI, C. R. & BAY, L. (1990). *Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona: Paidós.
- HUON, G. & BROWN, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.
- LEON, G. R. (1983). *Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa and bulimia*. Lexington: Lewis.
- LEON, G. R. & COL. (1985). Sexual body image and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 245-258.
- MEYER, J. E. (1961). The anorexia nervosa syndrome. Catamnestic research. *Archive Psychiatry Nervenkratz*, 202, 31-59.
- MEYER, B. C. & WEINROTH, L. A. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 19, 389-398.
- MITCHELL, J. E. (1986). Anorexia nervosa: Medical and physiological aspects. En K. D. Brownell & J.P. Foreyt (eds.), *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books.
- NEMIAH, J. (1972). The psychosomatic nature of anorexia nervosa. Discussion. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 7, 316-321.
- OTTE, H. L. BASLER, H. D. & SCHWOON, D. R. (1978). Identity formation and fear of success in college men and women. *Journal of Youth Adolescence*, 7, 49-62.
- PIRAN, N. & COL. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- ROUTTENBERG, A. & KUZNESOV, A. W. (1967). Self-starvation of rats living activity wheels on a restricted feeding schedule. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 64, 234-238.
- SCHRODER, G. (1977). *Veheltenhamtherapie bei Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen und Hinweise aus der Praxis*. Munchen: Pfeiffer.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1974). *Self starvation*. London: Chaucer.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1988). L'anorexia mentale in una prospettiva sistemica. *Psicoobiettivo*, 2, 26-37.
- SIBLEY, D.C. & BLINDER, B.J. (1988). Anorexia nervosa. En B.J. Blinder, B. F. Chatin & R. S. Goldstein (Eds.). *The eating disorders*. New York: PMA.
- STROBER, M. (1982). Locus of control, psychopathology and weight gain in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 97-105.
- TORO, J. & VILARDELL, J. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- VANDEREYCKEN, W. & MEERMAN, R. (1985). *Anorexia Nervosa*. Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- YELLOWLEES, A. J. (1985). Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry*, 146, 648-652.