

PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION: TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPO, EN ANOREXIA NERVIOSA

Rosa Calvo Sagardoy

Servicio de Psiquiatría

Hospital de la Seguridad Social "La Paz". Madrid, 1990

INTRODUCCION

Las diversas teorías y orientaciones terapéuticas de la anorexia nerviosa consideran patognomónico del trastorno de la ansiedad, la gordura y un deseo absoluto de llegar a estar delgada. El modelo de evitación parece subyacer en todas las teorías que tratan de explicar tanto el inicio como el mantenimiento de estos trastornos. La evitación fóbica explica muchas conductas anoréxicas tales como: hacer la dieta, hiperactividad, vómitos, uso de laxantes, etc. A diferencia de otros trastornos fóbicos cuyo estímulo no sea la corporalidad, la anorexia no puede nunca tener un escape total de la situación aversiva, y por tanto esta ansiedad no desaparece incluso con un peso bajo, ya que siempre está en riesgo de ganarlo; tampoco quiere ser aliviada de esa ansiedad que le permite estar siempre en continúa vigilancia.

La focalización de toda su atención para lograr una pérdida de peso progresivo, superando incluso los cánones de delgadez y llegando a la emaciación con grave riesgo de su vida, le produce muy pronto un auto-refuerzo de dominio y competencia que perpetúa la realización de la dieta.

Hay una retirada progresiva de todo lo que le distraiga de su meta. Las relaciones sociales se pierden, las actividades lúdicas se ignoran. El control del peso llega a ser el único referente para su auto-evaluación. La ansiedad por la gordura se

mezcla con la ansiedad al descontrol, y esta interacción de variables interfieren la posibilidad de tratamiento.

Las pacientes anoréxicas son muy autocríticas y tienen una autoestima muy baja a pesar de haber obtenido resultados objetivos excelentes. Su sistema de evaluación es muy elevado tanto en ella como en su familia, por lo que su educación y desarrollo se ha basado en la continúa corrección, habiéndose generado creencias muy negativas sobre sí misma. Su confianza se apoya en sistemas de referencia externos, excepto en lo que respecta a su peso y talla corporal. En el momento en que consigue "triunfar" en perder peso, éste se convierte en la única acción en la que no se deja influir por los demás. En todo lo demás, se deja guiar, se comporta de forma excesivamente complaciente, no da sus opiniones, no da sus opiniones, da la razón a los demás para que así la acepten. Únicamente en lo que respecta a la comida y el peso se sienten que son ellas mismas y este es uno, si no el más importante, de los escollos para poder iniciar una relación terapéutica.

El manejo de la ansiedad que este hecho genera, y la reinterpretación de estas creencias equivocadas, son los dos pilares fundamentales del tratamiento.

Su estilo cognitivo añade una nueva dificultad. La sobregeneralización y el razonamiento dicotómico son predominantes. Así, un pequeño incremento de peso les indica la inminencia de obesidad. Un fallo en cumplir la dieta que se han marcado, es sinónimo de descontrol. Este supuesto descontrol vuelve a generar una gran ansiedad y se inician o incrementan, el uso de vómitos, laxante o la hiperactividad.

Las sensaciones corporales se interpretan de forma incorrecta: el exceso de actividad que desarrollan lo interpretan como signo de salud. La sensación de plenitud gástrica después de comer, como signo de que la comida es algo extraño e impuesto y por tanto inadmisibles. La pérdida de apetito (que puede ocurrir en estados avanzados) como no necesitar comida. La ausencia de ciclos menstruales como algo sin importancia e incluso beneficioso, al no tener las molestias y "suciedad" inherentes a ellos.

Las emociones y afectos son muy deficitarios o mal interpretados. Los sentimientos producen ansiedad porque les pueden llevar al descontrol. La tristeza suele interpretarse como una debilidad, por lo que tratan de mostrar una apariencia de optimismo. La discrepancia de las opiniones de los demás, especialmente de su familia, suele ser sinónimo de deslealtad y de agresividad.

En este contexto, conseguir que se produzca un cambio progresivo, implica un tratamiento largo (entre 2 y 4 años), con muchas fases de aparente mejoría y retrocesos, y la utilización de gran variedad de técnicas.

El trabajo presentado aquí se refiere a una intervención realizada en grupo ambulatorio, y es parte de un tratamiento más amplio, que incluye una acción terapéutica individual, y períodos de ingreso hospitalario.

Grupo Cognitivo-Conductual

La terapia de grupo se ha realizado fundamentalmente como un componente más de los programas de tratamiento, durante el tiempo de ingreso. Muy pocos autores han descrito el tratamiento en régimen ambulatorio. (Polivy, J. 1981).

Si la terapia individual es considerada como una de las más difíciles, la terapia de grupo en anorexia suele ser desalentadora y amedrenta al más experimentado terapeuta. (Hall, 1985).

Aunque la paciente haya recuperado peso, suele permanecer retraída, ansiosa y con una relación social muy limitada. Si reconocen estas dificultades, pueden aceptar el grupo con entusiasmo, pero a la vez sentir gran ansiedad al participar en él. Dada su baja autoestima y su miedo a la crítica, puede producir muchas intelectualizaciones y tratar de abandonar el grupo. No es infrecuente encontrar expresiones de este estilo: "el grupo me deprime", "el grupo no parece que ayuda a nadie".

La tendencia a permanecer en silencio o a centrarse únicamente en temas de comida y peso ha retraído a muchos terapeutas de utilizar esta forma terapéutica.

Ahora bien, una selección adecuada de los pacientes, el uso de técnicas correctas y un terapeuta con experiencia, permite ofrecer al paciente la oportunidad de cambios permanentes en las relaciones sociales, incrementar su autoconciencia corporal y la habilidad para afrontar emociones, de forma que refuerce las probabilidades de éxito de la terapia individual y reduzca las recaídas. (Vandereyken, W. and Cols. 1984).

En la mayoría de los casos el grupo se hace únicamente con pacientes con anorexia nerviosa, aunque en ese momento estén en un peso normal. Conviene incluir tanto las restrictivas como las bulímicas. Parece también conveniente incluir pacientes parcialmente recuperadas que pueden ser un modelo asequible.

La duración de cada sesión depende de la resistencia del terapeuta, pero todos los que tienen experiencia de grupos con anorexia hacen referencia a la lentitud con la que se inicia el grupo, que el máximo de interacción empieza a surgir a la hora y lo difícil que es cortar. Se ha sugerido entre una hora y cuarto el mínimo de duración y dos horas el máximo. También se considera importante que sea un grupo abierto, indefinido o al menos con una duración, superior al año.

La terminación del tratamiento raramente se puede planificar de forma adecuada, ya que cuando están mejor necesitan irse para demostrarse que pueden recuperarse ellas solas. La norma general es confiar en sus posibilidades y no provocar su hostilidad. Se suele dar la oportunidad de volver otra vez al grupo si lo necesitan y mantener el contacto con el terapeuta. Las sesiones de seguimiento, el contacto por teléfono y carta facilitan la petición de ayuda en las dificultades futuras.

Los tratamientos de grupo se han realizado desde todas las perspectivas teóricas, (Crisp, 1980; Bruch, 1973). Algunos autores han usado el grupo, durante el ingreso para enseñar tareas concretas: entrenamiento asertivo y enseñanza de habilidades de afrontamiento (Polivy, 1981; Andersen y col; 1985), e incluso se ha utilizado el tiempo de comer como contexto para hacer el grupo. Lacey (1983) describe un grupo de 10 pacientes, que incluye técnicas de registro de las pautas de comida y un acercamiento conductual cambiando progresivamente a una orientación psicodinámica al irse normalizando la alimentación.

Todos los autores que han realizado grupos han llegado a la misma conclusión: que deben ser grupos dirigidos por el terapeuta, con mucha estructura en su desarrollo y un enfoque principalmente educativo (Hall, 1985).

En ocasiones el grupo es el vehículo a través del cual dejan de negar que están enfermos, o minimizar la situación, ya que a los otros miembros del grupo no se les puede engañar.

El sistema conceptual basado en el análisis funcional y en los paradigmas de aprendizaje cognitivo se ha utilizado más ampliamente en la última década, tanto en régimen de ingreso como ambulatorio. Los grupos se estructuran con objetivos a corto y a largo plazo tanto de sus problemas anoréxicos como psicológicos e interpersonales: entre ellos se incluye la normalización de los hábitos de comida, mejorar la imagen corporal, incremento de la autoestima, mejorar la relación con los padres, etc.

Tabla 1.- Datos Iniciales

<u>N, pacientes</u>	<u>edad (años)</u>	<u>sexo</u>	<u>E. Civil</u>
34	X = 20.5 Sx = 4,2 min = 14 max = 30	F = 31 M = 3	S = 33 C = 1
<u>talla (mts)</u>	<u>peso inicio</u>	<u>amenorrea</u>	<u>ingres.prev</u>
X = 1.6 Sx = 0.06 min = 1.51	X = 39.9 Sx = 6.5 min = 28.2	31 (100%)	5 (14.7%)
<u>N. sesiones</u>			
X = 38.5 Sx = 31.6 min = 10 max = 144			

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

Entre 1987 y 1989, ambas incluidas, un total de 34 pacientes fueron incluidos en grupo. La decisión para iniciar este grupo de pacientes anoréxicos vino dada por la presión asistencial ocurrida en los últimos años. Siete pacientes rechazaron asistir al grupo desde las primeras sesiones. Dos pacientes fueron derivadas a otros hospitales, otras dos solicitaron el alta voluntaria. El peso inicial medio era de 39,89 Kilos, y la talla media era de 1,62. La edad media era de 20,5 años. Del total de pacientes, solo tres eran varones. Un paciente estaba casado.

Procedimiento

El grupo se hizo en régimen ambulatorio, aunque ocasionalmente se incluyó a algún paciente ingresado. Se organizó de forma abierta y con duración indefinida. La frecuencia de sesiones fue durante los dos primeros años bisemanal, más una sesión semanal para tratar de forma específica los trastornos bulímicos. Debido al alto número de pacientes que fueron incluyéndose y a las dificultades de manejo, se decidió dividir el grupo y reducir la frecuencia a una sesión semanal, más la sesión dedicada a la bulimia. La duración del grupo fue de aproximadamente una hora y media por sesión.

Se mezclaron edades, sexos, gravedad y tipo de trastorno (anoréxicas restrictivas y bulímicas). Se procuró evitar que algún miembro se sintiera excluido. En todas las sesiones se les nombró y preguntó. El grupo fué estructurado y dirigido por el terapeuta y durante un año participó un coterapeuta.

La mayoría de los pacientes habían recibido o recibieron terapia individual y tratamiento psicofarmacológico. Además los padres acudieron a un grupo organizado específicamente para ellos (Rose, and Garfinkel, 1980; Lewis, and MacGuire, 1985).

Teóricamente, el grupo ha tenido un enfoque cognitivo-conductual, en el que se han considerado los principios básicos de los diversos modelos de aprendizaje, y el análisis funcional. Ello implica tener en cuenta una multiplicidad de principios y leyes tales como:

- La ley del efecto, que establece que la conducta está afectada por sus consecuentes. Las conductas que producen consecuencias positivas tienden a incrementarse y mantenerse (R+). Las conductas que producen consecuencias negativas tienden a descender o eliminarse. Las actividades de alta frecuencia pueden utilizarse contingentemente como reforzadores, empleando el principio de Premack. En el proceso de aprendizaje hay que tener en cuenta las leyes de

adquisición de una conducta nueva que tiene que competir con la extinción de otra alternativa. Este proceso implica ensayo y error hasta que las nuevas conductas se establezcan. Es un proceso de cambio gradual y es probable que en los primeros momentos ocurran más errores. Los períodos de aprendizaje latente, donde no hay ningún resultado aparente, necesitan tenerse en cuenta para no abandonar el tratamiento (Doleys and cols., 1982).

- El aprendizaje vicario tiene como supuesto fundamental que el inicio de conductas nuevas se realizará principalmente por imitación de modelos. Las características del modelo (que sea deseable por el que observa) y la forma de manejar problemas (modelo asequible) incrementan la probabilidad de identificación e imitación de las conductas. (Bandura, 1977).

- El modo cómo la persona percibe y procesa la información, modula la expectativa sobre su capacidad de responder, y determina la respuesta emocional y conductual que da. La conducta desadaptada es el resultado de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y diálogos internos inapropiados (reestructuración cognitiva) (Beck, 1976).

- Muchos de los procesos de coping (afrentamiento) son anticipatorios y se inician antes de confrontarse con la situación temida. El desarrollo de habilidades de coping ante las situaciones amenazantes facilita una mejor adaptación y un descenso de la ansiedad de expectación (Meichenbaum, 1987). El ensayo encubierto de resolución de problemas descende la probabilidad de recaída e incrementa el autocontrol (Goldfried, 1979).

- Las creencias que el paciente tiene sobre el curso del tratamiento, influyen en el riesgo de abandono. Proporcionar un sistema teórico que tenga sentido para el paciente, incrementará la adherencia al tratamiento (Marlatt, 1985).

- El análisis funcional supone trabajar con la situación actual y un estudio sistemático de: los antecedentes, la conducta, las consecuencias, las variables cognitivas y orgánicas de cada individuo.

Teniendo como objetivo producir un cambio paulatino, se realizó una primera fase en la que primordialmente se trató de proteger la salud de los pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerles de algunos recursos; para poder pasar a una segunda fase en la que se pidió responsabilidad en su autocuidado y afianzamiento de las habilidades de coping.

El trabajo se hizo simultaneando temas y técnicas en la misma sesión, sin una línea recta aparente, excepto en el entrenamiento en relajación, y conciencia corporal que se hizo en todas las sesiones de grupo. Esto facilitó el modelado de la conducta espontánea y la aproximación sucesiva al miedo al descontrol.

Solo con fines didácticos se presenta el tratamiento en forma sucesiva.

1.- Un proceso de cambio implica, al menos, un cierto grado de motivación y compromiso. La aceptación de la enfermedad fue un escollo importante en el tratamiento de estas pacientes. Igualmente, las expectativas de autoeficacia (O'Leary,

1985) eran, para la mayoría del grupo mínimas, al haber tenido varias de ellas múltiples intentos de tratamiento e ingresos, en diversos centros.

Para facilitar esta aceptación se hicieron varios acercamientos:

- En primer lugar, un incremento de la autoconciencia corporal. Se realizó mediante técnicas de concienciación sensorial, discernimiento de las diferentes partes del cuerpo y relajación (Benson, 1975; Marlatt, 1985), entrando en la observación de pensamientos e impulsos sin evaluarlos, ni identificarse con ellos. Las sensaciones y pensamientos surgidos se reinterpretaron a posteriori y sirvieron para iniciar el cambio de creencias o pensamientos erróneos: por ejemplo, dice una de las pacientes "la relajación me ayuda a tranquilizarme y ver las cosas menos negras (...) y gracias a ella me doy cuenta de las necesidades de mi cuerpo y de su estado en muchas ocasiones".

Otra paciente observó como, cuando se enfadaba con alguien (en esta ocasión con otro miembro del grupo), encogía el estómago.

- La eliminación progresiva del uso de laxantes con la enseñanza de tensión-relajación y masajes en la zona del vientre. La mejoría de la evacuación desciende la sensación aversiva de sentirse lleno y facilita la motivación al tratamiento al proporcionar a los pacientes un alivio a unas de sus quejas más generalizadas (Calvo Sagardoy, and cols. 1988, 1990).

- Cambios en la atribución de la enfermedad. La necesidad de hacer atribuciones internas para involucrarse en la corresponsabilidad del tratamiento entra en conflicto con la necesidad de eliminar la culpa que el paciente tiene con lo que está haciendo. Para tratar de conseguirlo, hemos diferenciado durante todo el proceso terapéutico los objetivos que pretenden (motivación), de los métodos para conseguir dichos objetivos. Hacerles comprender que sus metas son buenas (estar delgada, tener control sobre su vida, marcar límites) disminuye los sentimientos de culpa; hacerles comprender que sus métodos son erróneos (perder peso, sometimiento a los demás, etc.), supone el aprendizaje de métodos alternativos y la participación activa y responsable del paciente.

2.- La fobia a la gordura y a la aceptación de determinadas comidas (aceite, dulces, grasas, etc.). El tratamiento ha combinado varias técnicas a la vez: Desensibilización Sistemática en grupo, expresando cada uno de los miembros del grupo su miedo a engordar, con descripciones concretas de cómo se verían gordas y asociándolas con la relajación (Wolpe, 1975) e Imaginación Positiva: imaginándose y describiendo su imagen corporal delgada pero sana, comiendo una cantidad normal con otras personas.

Ejemplos: M.J. "No quiero tener tripa, va a parecer que tengo gemelos"; M. "Me da asco el cocido, es una comida de paletos"; Ch. "Me da asco la comida grasienta (...) y mis piernas me dan asco porque están gordísimas"; P. "Voy a pasarme de mi peso, voy a parecer embarazado"; Imaginación Positiva: "Estoy empezando a mejorar, voy a estar delgado pero sano y fuerte".

- En caso de comidas muy conflictivas se hizo exposición "in vivo" en la consulta, (por ejemplo se hizo exposición a ver y tomar aceite seguido de relajación).

Si el miedo a engordar era muy obsesivo, se iniciaba primero una "Inudación", intensificando verbal y visualmente la idea de gordura y posteriormente se continúa con lo especificado en el punto anterior. Igualmente se expuso en imaginación y *in vivo* la obsesión a perder el control aniciarse a comer, y posteriormente se realizó Imaginación Positiva. Además el incremento del control se facilitó con el entrenamiento en una respiración rítmica (4 (inspiración), 16 (retención) y 8 (expiración) que ejercita el control consciente del que lo hace.

3.- El humor se utilizó como forma de relajación para el afrontamiento de la crítica y el miedo al ridículo (por ejemplo se hicieron dramatizaciones de cantantes, se contaron chistes, anécdotas divertidas). También en este contexto humorístico, se trató de que hubiera una corrección de la percepción corporal de cada miembro del grupo, dando *feedback* tanto de la delgadez como de los aspectos corporales positivos (se hicieron pases de modelos simulados).

4.- En muchas ocasiones algunas conductas anoréxicas, como los vómitos, se realizan en situaciones percibidas como estresantes y por tanto representan mecanismos de *coping* desadaptados. El autorregistro de las pacientes indicó diversos estímulos antecedentes al vómito: manejo de la agresividad, forma de conseguir atención, forma de manejar los pensamientos de gordura, descenso de la sensación desentirse lleno, etc. Esta conducta de vómito, que se caracteriza por la gratificación inmediata (alivio) y la demora de las consecuencias negativas (riesgos para la salud), está influenciada por las expectativas o anticipación de los efectos deseados (sentirse vacío o limpio, que le atiendan los padres, etc.), siendo muy difícil de sustituir por conductas más adaptadas pero de efectos más moderados: inicio de asertividad, práctica de la relajación, obtener atención por conductas positivas, etc.). En estas conductas desadaptadas se pidieron siempre cambios graduales que incrementarían la probabilidad de éxito (por ejemplo: bajar la tasa de vómitos de tres al día a dos al día, uno o dos días a la semana y así sucesivamente; para la hiperactividad, se pidió una extinción gradual: sentarse cinco minutos a ver la televisión, descender en diez minutos el tiempo dedicado a andar, luego quince, etc. hasta llegar a ser un ejercicio "normal"). Este ejercicio normal puede ser empleado como reforzador al incremento de ingesta.

5.- En tanto que cada paciente fué adquiriendo autocontrol, se aconsejó una planificación ambiental con la colaboración de los padres: dejar de hacer la compra, limitar la colaboración en las tareas de casa no cocinar, no servir la comida a otros miembros de la familia, etc.

6.- Con las crisis bulímicas se realizó un doble acercamiento:

- Un programa de autocontrol que incluye:

. Autorregistros (frecuencia de comida descontrolada e intensidad, grado de

impulso a vomitar, vómitos, contexto en el que surge el vómito, atribución del atracón y del vómito).

. Regulación de las pautas de alimentación, pidiendo pequeños incrementos en las comidas más fáciles.

. Control estimular del atracón.

. Entrenamiento en la demora en la comida y el vómito.

. Enseñanza de respuestas alternativas y solución de problemas.

. Técnicas de relajación y cognitivas para desarrollar un sentido de desapego de los impulsos a comer y vomitar.

Por ejemplo, de la afirmación "yo me conozco y si empiezo a comer no voy a parar", "si como voy a vomitar", cambiar a : "estoy experimentando un impulso a comer/vomitar descontrolado". Si se aprende a experimentar estos impulsos y a asumir una actitud de "desapego sin reaccionar ante ellos, después de un pico máximo de necesidad se da una caída brusca. No todo pensamiento o impulso tiene que terminar necesariamente en una conducta consumatoria.

- Exposición y prevención de la comida compulsiva y del vómito "in vivo" en las sesiones de grupo. Se pidió que trajeran comida "peligrosa" y comieran una pequeña cantidad, practicando demorar el consumo, observar los pensamientos y sensaciones que surgían por haberlos comido, prevenir el alivio por el vómito.

7.- Interacción social y actitudes de sumisión:

Se utilizó el Ensayo Conductual y modelado como medio de conseguir una actitud asertiva en la familia y en las relaciones sociales. Se dió gran importancia a la utilización del pronombre "yo" para fomentar la individualización, y la expresión de discrepancia con las ideas terapéuticas, reforzando siempre el que se hubieran atrevido a decir algo en público. Se dió *feedback* para que el contenido no fuera agresivo, el tono de voz fuera firme, se mantuviera la mirada al hablar (Garkinkel, and Garner, 1982).

8.- La falta de auto-estima se ha trabajado, reforzando el terapeuta cualquier pequeño logro; insistiendo en no usar el auto-castigo; y en el auto-registro y auto-refuerzo de sus éxitos y sus valores: corporales, emocionales, intelectuales.

9.- Los pensamientos distorsionados requirieron el uso de estrategias cognitivas. Se encontraron toda clase de pensamientos extremos:

Sobregeneralización y Causalidad Temporal: "si una vez comencé a comer algo y no lo pude controlar, siempre va a ser así", afirmaba un paciente al instalarse en la cronificación, porque en el primer período de mejoría que tuvo comió 1 Kilo y medio de galletas seguidos.

Abstracción Selectiva: dirigen la atención a las pacientes que tardan en mejorar, olvidando rápidamente las pacientes que se han ido de alta.

Auto-referencia: cuando no comen o vomitan son el centro de atención de toda la familia, (una paciente dejaba la puerta del water abierta para que los padres

oyeran como tiraba de la cadena, generando la presencia inmediata de estos que no podían resistir el ruido).

Negación de responsabilidad: la afirmación "he adelgazado tanto que se me cae la dentadura" no implicaba incrementar la ingesta, ni acudir al dentista, sino quejarse al terapeuta del tratamiento.

Otros pensamientos irracionales muy comunes en el grupo han sido: comer lo que te ponen es similar a someterse. Comer una pequeña cantidad de comida "prohibida" es similar a engordar varios kilos. No dar atención a una conducta negativa es similar a abandono y desamor. Ser independiente es irse de casa "ya", etc.

10.- Los intentos anteriores de tratamiento, los retrocesos, y los ingresos que producen expectativas negativas de cambio, se reinterpretaban como predictor de éxito futuro al utilizarlos como *feedback* para corregir algunos aspectos del tratamiento. Esta forma de afrontamiento por parte del terapeuta sirvió de modelado para: la aceptación del aprendizaje como proceso de ensayo-error, el incremento de permanencia en el tratamiento y consiguientemente el descenso de la tasa de pérdidas.

Siempre que pudo se les informó que las dificultades de tratamiento se debían a factores específicos y controlables que el terapeuta y la paciente debían ir conociendo. Pueden ser por creencias todavía distorsionadas, situaciones de stress, o la no adquisición estable de respuestas adecuadas de manejo.

Además, para adquirir una actitud que reduzca la probabilidad de recaídas, se trabajó en cada paciente con temas concretos que ellos mismos valoraron como situaciones de alto riesgo. El estrés de los exámenes y el manejo de la agresividad han sido dos de los temas más frecuentes.

Aunque individualmente se realizaron contratos conductuales, cuando los pacientes aceptaban alguna responsabilidad se les proporcionó material escrito que incluía: hojas de auto-registro de comidas, gráfica para anotación del peso, información sobre pautas de alimentación normales, instrucciones para las crisis bulímicas, instrucciones para las situaciones de alto riesgo (no comer o vomitar), pidiendo que realizaran sus propios objetivos.

El principio subyacente de todo el trabajo del grupo de pacientes y del grupo de padres, fue introducir el concepto de moderación, que representa un balance entre la contención absoluta y la pérdida de control. En este tipo de pacientes no hay punto medio entre no comer y el atracón; entre el trabajo y el tiempo lúdico; entre la independencia que solo consiguen con el aislamiento, y el sometimiento que implica la compañía.

El grupo de padres y conyuges al que se les ha enseñado pautas similares de reorganización cognitiva, atribución de la enfermedad y alivio de la ansiedad, ha incrementado los buenos resultados y su generalización en el tiempo.

RESULTADOS PRELIMINARES

Dado el corto plazo de tiempo que lleva el grupo funcionando, los datos que presentamos son actualmente una ilustración que apoya la descripción del trabajo en grupo.

Los resultados obtenidos durante estos tres años y de los cuales deberá hacerse un seguimiento al menos a los cinco años, son los siguientes:

De los 27 pacientes que llevaron a cabo el tratamiento de grupo, 7 fueron dadas de alta por haber conseguido la estabilización de un peso adecuado, y la reanudación de sus ciclos menstruales; una de estas pacientes ha contraído matrimonio y ha tenido descendencia. 6 pacientes más han recuperado peso, dejando el estado de emaciación previo, que tenían al inicio del grupo.

El peso medio actual es de $X = 46,4$ KG. $Sx = 6,6$ con un rango entre 34,3 Kg y 59,2 Kg.

A lo largo del tratamiento, 17 pacientes tuvieron que ser ingresadas en algún momento. El tiempo medio de ingreso fue de $X = 3$ meses, con un rango de 1 mes y medio a 9 meses. Se tuvieron que derivar a dos pacientes. Una de ellas volvió después de un año para incorporarse al grupo de bulimia, porque aunque su peso se ha estabilizado, sus pautas de alimentación siguen estando alteradas. Otra paciente que había pedido el alta voluntaria al ser ingresada, ha vuelto a los 5 meses para pedir tratamiento.

DISCUSION

La primera ventaja que encontramos al hacer el grupo, fue que muchas pacientes se tranquilizaban al ver que su problema no era único. No ser tan "rara" como se pensaban, permitió el reconocimiento de sus trastornos y la aceptación de la enfermedad. La progresiva autoconcienciación y aceptación la expresó una de nuestras pacientes de esta forma tan aguda: el segundo día que vino dijo... "todo eso que contais no es lo que me pasa a mí. Yo como igual que siempre, pero vomito una cosa verde y por eso fuí al médico". El tercer día habló del asco que le daba la comida grasienta, pero dijo que ella estaba "muy bien" y que no tenía "esos problemas". Dijo al final de la sesión que no le gustaban sus piernas. El cuarto día se puso a llorar y dijo espontáneamente... "soy una anoréxica".

El inconveniente de identificarse son "ser anoréxica", no se dió frecuentemente en nuestro grupo, excepto con alguna paciente cronicada, ya que la propia teoría de aprendizaje impide atribuir la forma de comportarse a una manera de ser determinada, y si atribuirlo a pautas de pensamiento y conductas desadaptadas. En cualquier caso, afirmaciones del tipo: "yo soy así...", se trataron de reestructurar en afirmaciones del tipo: "mi visión actual de...", "todavía no puedo...", etc.

Durante los primeros meses no controlaban las fluctuaciones de peso dentro de la sesión de grupo, lo que favoreció uno de los inconvenientes más difíciles de tratar: la competitividad negativa. En las evaluaciones realizadas por los pacientes, se refleja con claridad: "al principio de llegar a la terapia, el tener que pesarme con el resto influyó negativamente, porque me comparaba y quería ser la que menos pesaba". Esto se corrigió parcialmente realizando estos controles en entrevista individual. Posteriormente, al dividirse el grupo y distanciarse las sesiones y al haber mejorado algunas, esta competitividad fue perdiendo fuerza.

Cierta relación con lo anterior tiene la observación de que algunas pacientes cuando están mejorando necesitan abandonar durante un tiempo el grupo, para no sentirse continuamente observadas. La mejoría suele ser algo relativamente íntimo, hasta que se estabiliza y entonces los comentarios sobre su buen aspecto no los equiparan a "estar gorda", o "haber cedido".

El *feedback* sobre el estado y aspecto corporal (volumen, peso, color, cambio en la forma de vestir), lo hicieron mutuamente las pacientes con una fiabilidad asombrosa. Eso permitió a varias darse cuenta de que su criterio de evaluación sobre la talla de su cuerpo era erróneo, únicamente cuando lo hacían sobre su propio cuerpo, influenciado por su miedo a la gordura y su interpretación distorsionada de las sensaciones corporales. A partir de ahí, aceptaron el criterio objetivo del peso y la información de las compañeras como el referente fiable durante su proceso de enfermedad.

Las sesiones dedicadas a describir los sentimientos negativos hacia los padres o hacia ellas mismas, produjeron reacciones emocionales en cadena que la mayoría interpretaron como contagio emocional; esto provocó el deseo de abandono del grupo y la queja a los otros terapeutas del equipo. Estas dificultades se afrontaron de tres maneras:

a) Realizando lecturas de experiencias similares en pacientes de otros países: "no es contagio, sino que se ponen en evidencia sentimientos que ya tenía..."

b) Reinterpretando la función de los sentimientos negativos como un método de conseguir una cierta separación e individuación en los comienzos de la propia independencia, y que pueden irse sustituyendo por formas cada vez más asertivas.

c) Aprendiendo a saber sentir pensamientos negativos, ansiedad y tristeza dejándolos pasar, respirando de forma profunda y relajando la mente.

d) Como mencionan otros autores, varios pacientes tendían a racionalizar sus sentimientos, utilizando un "lenguaje de libre". Algunas no empleaban nunca su nombre ni el pronombre en primera persona, ni el tiempo presente de los verbos, apropiándose de la expresión de los otros miembros del grupo ("... me pasa lo que ha dicho..."), ("... cuando tú vas a comer y lo guarreas todo..."). En las sesiones procuramos que fueran usando el pronombre "yo" como forma de afianzar su identidad y su responsabilidad. Igualmente se les instruyó a ellas y a los padres para que en casa se dejara de hablar en impersonal o en tercera persona, como medio

también de afrontar la responsabilidad, pero pidiéndoles la extinción progresiva de la búsqueda de culpables. Una actitud de resolución de problemas completó la enseñanza de respuestas alternativas en la interacción familiar ante situaciones de "desastres", "deseos", "discrepancias".

Solo una paciente muy cronificada trató de asumir el papel de coterapeuta y "excesivo altruismo". La extinción de atención a este comportamiento generó críticas a la terapeuta. Todas estas críticas se utilizaron para reestructurar creencias irracionales sobre los afectos y como modelos para saber independizarse de la opinión de los demás.

El grupo fue muy positivo para modelar diálogos asertivos. Cuando se hacía en una de ellas, rápidamente surgían ideas para situaciones similares.

La incorporación de un par de pacientes en un estadio de evolución avanzada, tuvo una repercusión grande en la motivación a seguir en el tratamiento y en la esperanza de su recuperación. Sin embargo, la tendencia general ha sido dejarse arrastrar por las pacientes cronificadas y olvidar las pacientes mejoradas. En las pacientes más cronificadas, en las cuales la relación coste/beneficio para salir de su enfermedad, está a favor del coste, hemos observado que no pueden admitir la reinterpretación de su enfermedad. No pueden admitir que todos estos años de enfermedad estén relacionados, al menos en parte, con algunos errores en el afrontamiento de sus problemas y prefieren mantener atribuciones de causalidad externa; por ejemplo: "no se sabe todavía lo suficiente de esta enfermedad", "tengo algo físico que aún no me han descubierto (problemas de estómago, hígado, etc.), que me hace vomitar sin que yo pueda hacer nada para pararlo". Este tipo de atribuciones dificultan la instauración de cualquier forma de tratamiento.

Las altas no se realizaron con criterios del terapeuta, sino por la petición de la paciente de seguir mejorando por ella misma. En todos los casos se valoró que era más importante reforzar su capacidad de iniciativa que emprender una pelea.

Siempre se dejó abierta la vuelta al grupo. De hecho una paciente que había tenido que ser ingresada en otro centro, volvió después para incluirse en el grupo.

La tendencia a desaparecer por temporadas y volver, también se afrontó con esa misma filosofía de reforzar los intentos de independencia y aprender de los fracasos.

Como anexo se presentan las evaluaciones que las pacientes hicieron sobre el grupo.

ANEXO 1

VENTAJA DE LA TERAPIA DE GRUPO: AUTOEVALUACION DE LAS PACIENTES

- Me siento comprendida y arropada.
- No se critica sin más mi comportamiento, me ayuda a aceptarlo aunque a veces me cueste.
 - Me sirve para dar explicación a cosas que yo no veía o lo hacía de otra manera.
 - Ahora no necesito echar la culpa a los demás de mi vida y mis fracasos, Soy capaz de responsabilizarme de mis actos.
 - Me relaja y descansa.
 - Creo que es fundamental estar en un grupo para salir de mi egolatría.
 - Me ha ayudado, yo creo que afortunadamente para mi, al ampliar mi visión de la vida que yo tengo tan reducida y a abrir un poco mi mente. Esto es debido a los temas que tratamos en cada sesión.
 - El simple hecho de venir me ha servido, sobre todo el tener que hablar en público de mi y de mis sentimientos. También me ha servido el hacer actividades propuestas en la terapia, tales como entrar en un tienda y probarme cosas sin comprar.
 - El trato con el resto de las chicas también es positivo para mi y sobre todo cuando viene alguna ya curada, como es el caso de Raquel me da ánimos y esperanza.
 - Otra cuestión que me ha influido para bien es el hablar de algún tema en concreto relacionado con nosotras, aunque no necesariamente con la enfermedad, y dando opiniones.

ANEXO 2

DESVENTAJAS DE LA TERAPIA DE GRUPO: AUTOEVALUACION DE LAS PACIENTES

- En el grupo de más de 5 personas se reparte demasiado la atención y a veces no siento interés por los problemas planteados porque no me identifico con ellos.
- Con algunas personas en concreto (las que más me gustan) me implico demasiado en los problemas y los hago míos.
- Al estar juntas personas de edades muy dispersas creo que el tipo de problemas es muy distinto (aunque en el fondo sea el mismo) y me siento muy separada de ellos.

BIBLIOGRAFIA

- BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. **Psychological Review**, 84, 191-215.
- BECK, A. (1976): **Cognitive therapy and emotional disorder**. New York: International Universities Press.
- BENSON, H. (1975): **The relaxation response**. New York: Avon Press.
- BRUCH, H. (1973): **Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: Basic Books.
- CALVO SAGARDOY, R.; FERNANDEZ, A.; AYUSO, J.L.; BAYON, C.; SANTO-DOMINGO, J. (1990): **Between 5 and 9 years follow-up in the treatment of anorexia nervosa. Psychotherapy and Psychosomatics**. In press.
- CRIPS, A.H. (1980): **Anorexia nervosa: let me be**. New York: Grune and Stratton.
- DOLEYS, D.; MEREDITH, R.L. y CIMINERO, A. (1982): **Behavioral Medicine**. New York: Plenum Press.
- GARFINKEL, P. y GARNER, D. (1982): **Anorexia nervosa: a multidimensional perspective**. New York: Bruner/Mazel.
- GOLDFRIED, M. (1979): Psychotherapy as coping skills training. En: M. Mahoney (Ed). **Psychotherapy process: Current issues and future directions**. New York: Plenum Press.
- HALL, A. (1985): Group Psychotherapy for Anorexia nervosa. En: Garner, D.M. and Garfinkel, P.E. (EDS). **Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and bulimia**. New York: The Guilford Press.
- LACEY, J.H. (1983): Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long term outcome. **British Medical Journal**, 286, 1609-1613.
- LEWIS, H.L. y MacGUIRE, M. (1985): Review of a group for parents of anorexia. **J. Psychiat. Res.** Vol 19, n. 2/3, 453-458.
- MARLATT, G. y GORDON (1985): **Relapse Prevention**. New York: The Guilford Press.
- MEICHENBAUM, D. (1987): **Manual de inoculación de estrés**. Barna.: Martínez Roca, S.A.
- O'LEARY, A. (1985): Self-efficacy and health. **Behav. Res. Ther.**, Vol. 23, n.4, 437-451.
- POLIVY, J. (1981): Group therapy as an adjunctive treatment for anorexia nervosa. **Journal of Psychiatry Treatment and Evaluation**, 3, 279-283.
- ROSE, J. y GARFINKEL, P. (1980): A parents' group in the management of Anorexia nervosa. **Canadian J. Psychiatry**, Vol 25, 228-233.
- STRAUSS, J. y RICHARD, M.R. (1987): Autonomy disturbances in subtypes of Anorexia nervosa. **Journal of Abnormal Psychology**, Vol 96, 3, 254-258.

VANDEREYCHEN, W. y MIERMANN, R. (1984): **Anorexia nervosa, a clinicians guide of treatment.** Berlin de Gruyter.

WOLPE, J. (1975): Behaviour therapy in anorexia nervosa. **JAMA** Vol 233, 317-318.