



Revista Mexicana de Trastornos
Alimentarios
E-ISSN: 2007-1523
editorrmta@campus.iztacala.unam.mx
Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Behar Astudillo, Rosa; Arancibia Meza, Marcelo
Temor a la madurez en la anorexia nerviosa
Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp.
143-152
Universidad Nacional Autónoma de México
Tlalnepantla Edo. de México, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741620008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Maturity fears in anorexia nervosa

Temor a la madurez en la anorexia nerviosa

Rosa Behar Astudillo y Marcelo Arancibia Meza.

Universidad de Valparaíso, Chile.

Abstract

Maturity fears (MF) is a relevant feature of patients suffering from anorexia nervosa (AN). The presence of MF and its implications in the outcome of AN is described. A review of specialized textbooks and the available literature in PubMed was made. Bruch (1974) and Crisp (1997) models have related the psychosexual immaturity to the regression to a prepubescent body as a maladaptive mechanism to confront the bio-psycho-social changes due to the transition to adulthood; as well as the individual vulnerability, family dynamics and deficits in mother/daughter bond. These findings show that MF are significantly correlated to an early onset of the disorder, primary amenorrhea, restrictive subtype of AN, feminine gender role, asceticism, self-discipline, hypercontrol, self-injury behaviors, treatment drop out, and negative outcome. There was a significant improvement of MF in anorexic adolescents included in a psycho educational programme and family therapy. One of the core characteristics of the AN is the MF underlined in classical paradigms and based on the current scientific evidence. MF should be considered a central therapeutic aspect and a prognostic index in AN.

Resumen

El temor a la madurez (TM) es un rasgo relevante en pacientes portadoras de anorexia nerviosa (AN). Se analiza descriptivamente la presencia de TM y sus implicancias evolutivas en la AN, efectuándose una revisión de la literatura disponible en PubMed y textos de consulta especializados. Los modelos de Bruch (1974) y Crisp (1997) relacionan la inmadurez psicosexual en la AN con la regresión a un cuerpo prepuciente como mecanismo maladaptativo para enfrentar los cambios biopsicosociales inherentes a la transición hacia la adultez, además de la vulnerabilidad individual, dinámica familiar y vínculo madre-hija deficitario. Según los hallazgos, el TM se asocia significativamente con inicio precoz de la patología, amenorrea primaria, anorexia nerviosa restrictiva, rol de género femenino, ascetismo, autodisciplina, hipercontrol, conductas auto-agresivas, abandono del tratamiento y desenlace negativo. Hubo mejoría significativa en el TM en anorécticas adolescentes sometidas a un programa de psico-educación y terapia familiar. Una de las características nucleares de la AN es el TM, enfatizado en los paradigmas clásicos y fundamentados en la evidencia científica actual. El TM debería considerarse un aspecto terapéutico central e índice pronóstico en la AN.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 05/03/2013
Revisado: 19/11/2013
Aceptado: 25/11/2013

Key words: Maturity fears, Adolescence, Anorexia nervosa, Eating disorders, Puberty.

Palabras clave: Temor a la madurez, Adolescencia, Anorexia nerviosa, Trastornos de la conducta alimentaria, Pubertad.

Introducción

Una de las características nucleares de la anorexia nerviosa (AN) es el temor a la madurez (TM), que aunque inespecífico, ha sido mencionado sistemáticamente en la bibliografía relacionada como rasgo recurrente y relevante en dicha patología. De hecho, se ha evaluado como una subescala del Inventory of Desordenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*) (EDI) diseñada por Garner, Olmstead y Polivy (1983), desde su primera propuesta, incluyendo la segunda (Garner; 1984, 1991) y tercera versión (Garner, 2004) del instrumento.

El temor a la madurez en el contexto anoréctico

Garner, Olmstead y Polivy (1983) definieron el TM en la subescala del EDI como el deseo de regresar a la seguridad de los años de la pre-adolescencia, debido a las abrumadoras demandas de la adultez y en cuyo concepto se basará el presente análisis. Si bien el TM puede enmarcarse como un rasgo normativo de la adolescencia, desde las primeras aproximaciones comprensivas, fenomenológicas, clínicas y psicodinámicas, se le ha otorgado una connotación particular y determinante en las hipótesis pioneras desarrolladas por Crisp y Bruch a partir de la década de los 60'.

Modelos de Crisp y Bruch

Tanto las alteraciones neuroendocrinas secundarias a la emaciación, semejantes a patrones de secreción hormonal prepubescente (Palmer, 1980), como las distorsiones perceptuales respecto al peso y la figura corporal en la AN, han servido de base para la elaboración de los postulados que aún se mantienen vigentes y enfatizan la relevancia del TM y su repercusión en la práctica clínica durante la aproximación habitual con estas pacientes.

Arthur Crisp (Psiquiatra inglés, 1930-2006)

La vulnerabilidad cognitiva en la AN se relaciona con la madurez psicobiológica asociada con el peso adulto. La imagen corporal que es temida representa un estado de inmadurez psicosexual, común a todas las pacientes anorécticas. La AN sería un intento de manejar intensos temores que implica la madurez psicobiológica. El hacer dieta y la “fobia ponderal” tiene el efecto físico de una regresión a una estado prepuberal (Crisp, 1967), acompañándose de un rechazo activo del rol sexual adulto. El restringir la dieta y la inanición consecuente se transforman en mecanismos mediante los cuales se retorna a una apariencia, estado hormonal y experiencia prepubescentes (Crisp, Hsu y Stonehill, 1979; Crisp, 1980). Esto se refuerza positivamente por el atenuante que conlleva la evasión del enfrentamiento de los conflictos inherentes a la adolescencia, además de los problemas relacionados con la dinámica familiar, que distintivamente presenta un patrón de sobreinvolucramiento y sobreprotección, mostrándose como familias fuertemente cohesionadas en aras del progreso social y económico, interfiriendo con la individuación de sus miembros y evitando típicamente el afrontamiento de conflictos (Behar, 2010 a; Crisp, 1967). Así, los cambios de la adolescencia pueden representar una amenaza para los otros miembros de la familia. Por ejemplo, la niña que está creciendo puede hacer despertar los problemas de la etapa adolescente de la madre; la evidencia de la sexualidad de la niña puede exacerbar los temores sexuales de

la madre o la niña que es vista como un medio para satisfacer las expectativas no realizadas de sus padres puede amenazar la estabilidad familiar si ella aparece persiguiendo sus propios propósitos. De este modo, surge una evitación básica de la madurez psicosexual que desencadena una evitación secundaria de un peso corporal normal. El peso corporal puberal se constituye como un referente de los problemas de la sexualidad, autonomía y separación, frente a los cuales la pre-anoréctica estaría condicionada para luchar contra las demandas de la adolescencia a través de una regresión que ofrece una existencia más simple, un sentido renovado de control y paradójicamente una mayor autonomía, aunque con las limitantes propias de su patología (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976; Crisp, 1979, 1980).

Hilde Bruch (Psiquiatra y psicoanalista alemana-estadounidense, 1904-1984)

Este modelo comparte una visión etiopatogénica multifactorial y concuerda con que la fijación en el peso corporal y el exagerado deseo de ser delgada pueden catalogarse como medios maladaptativos para lograr autonomía y control (Stein y Nyquist, 2001). Bruch (1974, 1978, 1980) enfatiza la relación madre-hija deficitaria como un factor gravitante en el desarrollo del síndrome anoréctico. Propone que las respuestas de la madre están ausentes, son contradictorias o inadecuadas, confundiendo a la hija hasta el punto en que se torna incapaz de diferenciar entre sus necesidades emocionales y nutritivas, generando una mezcla de sentimientos tales como rabia e incomodidad, frente a los cuales intenta ejercer un control emocional. Esta situación puede volverla hiperd dependiente de sus respuestas emocionales frente a los demás como para permitirle reconocer sus sentimientos, actitudes y conductas, lo que se contrapone a una existencia independiente, vivenciada como particularmente difícil y amenazante; más aun, para la niña se torna dificultosa la separación de sus padres, porque de alguna manera se encuentra en deuda con ellos por el apoyo y protección que le han brindado para alcanzar el éxito en los distintos ámbitos

en que se desempeña. Con su propio sacrificio, responde a las demandas familiares con un gran espíritu de abnegada inmolación. Sin embargo, esta postura puede implicar la prohibición de sus necesidades y deseos debido a los altos estándares de logro, moralidad y éxito que se autoimpone.

Bruch (1974, 1978, 1980) argumenta que las anorécticas contemporáneas surgen desde sus incapacidades para solventar las contingencias biopsicosociales de la adolescencia, siendo la AN, en parte, una respuesta a la confusión y contradicción en el proceso de maduración de la mujer. Sugiere que la adolescente se focaliza hacia su peso corporal como una fuente viable de auto-definición, como medio de compensación por la falta de una identidad clara y por sentimientos asociados de incompetencia, el así llamado por la autora “paralizante sentimiento de ineeficacia”, que reviste la falta de capacidad de manejar efectivamente situaciones potenciales (Behar, 2011a). Característicamente las anorécticas se muestran confusas acerca de sus sensaciones y funciones corporales. Para ellas, los cambios de la pubescencia, el incremento en la talla, silueta y peso, el flujo menstrual, y nuevos y perturbadores impulsos sexuales, representan un peligroso desafío para el cual no están preparadas, enfrentándolas al escaso control que poseen. La frenética preocupación ponderal es un intento de contrarrestar este temor de pérdida de control, siendo la dieta rígida la dimensión por medio de la cual intentan recuperarlo. La experiencia de la sexualidad puede expresarse comprometiéndose en actividades o fantasías del sexo opuesto con el deseo de transformarse en hombre, ya que el ser un niño se homologa a ser efectiva, en tanto que en algunas existe un exagerado despliegue de feminidad jugando el papel de la hija admirada y aprobada por el padre.

El caso de Nadia

El psiquiatra francés Pierre Janet (1859-1947) (1908) describió el famoso caso de Nadia que ha servido para ilustrar la conducta restrictiva alimentaria relacionada con la vergüenza del cuerpo. Janet comen-

zó a tratar a la paciente alrededor de los 22 años, a quien se le había diagnosticado una anorexia histérica, cuyo síntoma cardinal consistía en una drástica dieta autoimpuesta por un evidente temor a engordar. Nadia temía llegar a ser robusta como su madre. Estaba ansiosa por permanecer delgada y pálida; sólo eso la complacía, estar en armonía con su carácter. Temía tener un rostro mofletudo, hincharse, poseer grandes músculos y una mayor contextura. Cualquier comentario a su figura corporal que aludiese a alguna señal de mejoría significaba una eventual recaída. Pensaba que desde que se estaba alimentando mejor, sus mejillas se tornaban rosadas, grandes y redondas. Nadia buscaba el reaseguramiento del terapeuta constantemente para constatar su estado de delgadez. Desde los cuatro años ya se avergonzaba de su tamaño porque le decían que era grande para su edad; a los ocho, se incomodaba con sus manos por considerarlas largas y grotescas, y hacia los once, le parecía que todos miraban sus piernas, comenzando a usar faldas largas para luego sentir desagrado por sus pies, sus caderas demasiado anchas y sus brazos musculosos. Por supuesto, la llegada de la pubertad con la menarquia la consternaron, agravando todos estos sentimientos extraños. Cuando empezó a crecer su vello púbico, estaba convencida de su soledad en el mundo debido a esta aberración, y sobre los veinte años se depiló para “remover ese adorno salvaje”. El desarrollo de los pechos exacerbó sus obsesiones, pues al pudor se agregaron los viejos temores acerca de la obesidad. Comenzó a rechazar completamente el alimento y no deseó mostrarse más. De todas las maneras posibles trató de ocultar su sexo, del que estaba particularmente avergonzada: sus blusas, sombreros y peinados deberían ser más semejantes a una indumentaria masculina. Se cortó el cabello a la mitad del largo, rizándolo para adquirir la apariencia de un estudiante joven, prefiriendo incluso no pertenecer a sexo alguno; le hubiese gustado no tener cuerpo.

De acuerdo a Janet, el pudor juega, en este caso, un papel relevante que es llevado al extremo. Desde el comienzo de su niñez, la paciente no permitía ser desvestida delante de sus padres, y hasta los 27 años

nunca accedió a ser auscultada por un médico. En Nadia se mezclaban sentimientos vagos de culpa y reproches relacionados con la gula, por presentar episodios de atracones y vómitos: “No quería”, decía, “subir de peso, ni crecer, porque habría deseado permanecer siempre como una niña pequeña” [...] “tenía miedo de ser menos querida” [...] “se reirán de mí” [...] “descubrirán que no soy como todas las demás” [...] “si pudiesen verme a plena luz estarían decepcionados y no me querrían más”. Janet continúa argumentando que este preocupante temor de no merecer el afecto anhelado, se mezcla con las ideas de posibles culpas y TM, dando pie a esta obsesión respecto a la vergüenza corporal y motivando los impulsos para rechazar el alimento, perder peso y desaparecer.

Método

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de artículos disponibles, incluyéndose aquéllos que relacionaban significativamente la presencia de TM con diversas variables biopsicosociales, en ambos subtipos clínicos de AN, restrictivo y compulsivo-purgativo de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), a través de la base de datos PubMed (30 empíricos y 5 de revisión) y 12 textos de consulta especializados, abarcando desde la primera década de 1900 (1908) hasta la actualidad (2012), utilizando para la búsqueda palabras clave como *eating disorders, anorexia nervosa, maturity fears, psychosexual maturity y puberty*. En la presente revisión, se realizará un análisis descriptivo del concepto de TM, de los modelos propuestos por Bruch (1974) y Crisp (1997) acerca de la inmadurez psicosexual en la AN, de la evidencia sobre sus correlaciones con aspectos socioculturales, biológicos y psicopatológicos y sus implicancias evolutivas y terapéuticas.

Resultados

La evidencia en torno a la presencia de TM en la AN ha abordado diversos tópicos correlacionándolos con parámetros tales como factores de riesgo (aspectos

genéticos, inicio de la patología, subtipo de AN, adolescencia, rol de género), características dimensionales (rasgos de personalidad, ascetismo), comorbilidad (ansiedad, depresión, alexitimia, control de impulsos), curso, tratamiento y pronóstico (manejo terapéutico, adhesividad al tratamiento, desenlace).

Factores de riesgo

Genética. Los efectos genéticos pueden aumentar el riesgo de desarrollar una patología alimentaria a través de la determinación de rasgos de personalidad, como neuroticismo, preocupación obsesiva, rigidez e introversión, expresados por la pre-anoréctica durante la pubertad en la forma de baja auto-estima y TM (Crisp, 1980; Strober y Humphrey, 1987), indicando que la contribución aportada por los factores genéticos a la prevalencia familiar de patologías alimentarias es claramente no específico.

Inicio. Abbate-Daga, Pierò, Rigardetto, Gaudio-ne, Gramaglia y Fassino (2007) detectaron que un grupo de anorécticas con inicio temprano de la patología mostró mayor insatisfacción corporal, TM, tendencia a la impulsividad con un menor autocontrol y conductas ascéticas. Heebink, Sunday y Halmi (1995) observaron que el inicio de la AN previo a los 14 años y la amenorrea primaria se asociaron con TM durante la etapa aguda del síndrome. Los autores preconizan que estas pacientes pueden beneficiarse focalizando la psicoterapia en los rasgos mencionados.

Subtipo de anorexia nerviosa. Behar, Arriagada y Casanova (2005) constataron que el tipo restrictivo de AN mostró puntajes significativamente mayores en la subescala TM del EDI en comparación a pacientes portadoras de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I y II y estudiantes sin patología alimentaria ni afectiva.

Adolescencia. Behar (1998) en un estudio de dos muestras de adolescentes con sobrepeso, escolares y universitarias, seleccionadas en función del punto de corte del EAT-40 (un puntaje mayor o igual a 30 indica la presencia de un trastorno alimentario clínico actual o subclínico potencial), encontró puntajes significativamente mayores en las subescalas consciente-

cia interoceptiva, bulimia, sentimientos de ineeficacia personal y TM en el grupo que obtuvo puntuaciones en el rango patológico del instrumento.

Identidad de género. Behar, de la Barrera y Michelotti (2003) verificaron que las pacientes anorécticas alcanzaron puntajes más altos en la subescala TM del EDI, comparativamente con bulímicas y portadoras de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, identificándose significativamente con la categoría femenina de rol de género, cuyo estereotipo en la mujer con trastornos de la conducta alimentaria, surgiría como eminentemente dependiente, inmaduro y complaciente, con una necesidad de aceptación por terceros que conlleva una baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica. En este contexto, las potenciales pacientes anorécticas se encontrarían especialmente susceptibles a las presiones socio-culturales que otorgan un gran énfasis a la apariencia corporal esbelta, la cual se traduce en claves de belleza, atractivo sexual, éxito e inteligencia, y, por ende, a la satisfacción de ambiciones y la conquista de la felicidad (Slade, 1984; Orbach, 1986; Cantrell y Ellis, 1991).

Características dimensionales

Perfil de personalidad. El TM es una dimensión asociada con un perfil de personalidad que denota inseguridad, incompetencia en las relaciones, sentimientos de ineeficacia personal, incapacidad para solicitar y obtener ayuda con desconfianza a nivel interpersonal, interfiriendo significativamente el establecimiento y la mantención de las relaciones con el otro (Behar, 2010 a,b,c; Grasso, Nazzaro, Vona, Capacchione y Loriedo, 2012).

Ascetismo. Fassino, Pierò, Gramaglia, Daga, Gandione, Rovera y Bartocci (2006) realizaron una investigación en torno a la personalidad y su correlación clínica con el ascetismo en anorécticas, comprobando que este último se asoció significativamente con un temperamento iracundo; empero, con un elevado control sobre los sentimientos rabiosos, además de rasgos de perfeccionismo, TM y número de episodios de vómitos semanales. Estos hallazgos sugieren

que la autodisciplina y el hipercontrol de dichas pacientes se relacionan con un temperamento proclive a sentimientos de ira y con temor a transformarse en adultas, fenómenos facilitados por un perfeccionismo patológico.

Comorbilidad

Ansiedad, depresión y alexitimia. En un estudio transcultural, Brytek-Matera y Schiltz (2009) constataron que en un grupo de anorécticas polacas, un mayor nivel de ansiedad se relacionó con un TM más elevado y con falta de conciencia interoceptiva (alexitimia) (Behar, 2010b; 2011b); mientras que en aquél de las anorécticas francesas, un mayor nivel de depresión se asoció a un TM incrementado.

Control de los impulsos. Fujimori, Wada, Yamashita, Choi, Nishizawa, Yamamoto y Fukui (2011) analizando el vínculo paterno de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con comportamientos autoagresivos concomitantes, detectaron que aquéllas con niveles más altos de TM e insatisfacción corporal exhibían mayor severidad de la patología alimentaria.

Curso, tratamiento y pronóstico

Manejo terapéutico. Una investigación preliminar de la aplicación de una psicoterapia familiar realizada a través de talleres supervisados con sesiones semanales para adolescentes con AN, mostró su efectividad no sólo para la recuperación ponderal, sino también para la mejoría de síntomas psicológicos, incluyendo restricción alimentaria, déficits interoceptivos y TM (Couturier, Isserlin y Lock, 2010).

Adhesividad al tratamiento. Fassino, Pierò, Tomba y Abbate-Daga (2009) detectaron una contundente evidencia respecto a la correlación entre un elevado grado de TM, alta impulsividad, bajo autocontrol y escasa disposición al proceso terapéutico con el abandono del mismo. Inclusive, estos autores señalan que debería ponerse mayor acento en estrategias específicas orientadas a reducir estos predictores de la pobre adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes portadoras de AN compulsivo-purgati-

va. Del mismo modo, Zeeck, Hartmann, Buchholz y Herzog (2005) identificaron que las anorécticas que abandonaron un tratamiento intrahospitalario, mostraron mayores grados de TM, preconizando que dada la alta ambivalencia que estas pacientes demuestran frente al tratamiento, conjuntamente con el TM, éste debería ser abordado como foco central de la psicoterapia.

Pronóstico. Puntajes elevados en la subescala TM del EDI predicen un pobre desenlace de acuerdo a varios estudios sobre AN. En un seguimiento prospectivo de 4 años en AN restrictiva, van der Ham, van Strien y van Engeland (1998) corroboraron este hallazgo, mientras que Fassino, Abbate-Daga, Amianto, Leombruni, Garzaro y Rovera (2001) lo verificaron en una pesquisa durante 6 meses de pacientes con AN restrictiva, estableciendo además que una menor búsqueda de lo novedoso, niveles más altos de ascetismo y TM, se asociaron a la no mejoría en este periodo. La psicopatología de estas pacientes pareció estar más relacionada con su perfil temperamental, mientras que las que mejoraron parecían estar más influidas por su carácter. Por otra parte, Thurfjell, Eliasson, Swenne, von Knorring y Engström (2006) plantean que las características clínicas tienen un bajo valor predictivo para el desenlace de los trastornos de la conducta alimentaria, focalizando su exploración en los ideales de género en adolescentes sin estas patologías, evaluadas al inicio del estudio y a los tres años de seguimiento, concluyendo que la percepción de estos, el TM, el inicio de la actividad sexual y la presencia de vómitos fueron determinantes significativos dentro de un conjunto de factores, como predictores del desenlace evolutivo para 75,3% de la muestra. Además Woodside, Carter y Blackmore (2004) pesquisaron que las anorécticas compulsivo-purgativas en contraste con las restrictivas, exhibían un mayor TM y una más alta probabilidad de abandono a un programa de tratamiento hospitalario especializado (65% *versus* 26% respectivamente).

Moulds, Touyz, Schotte, Beumont, Griffiths, Russell y Charles (2000) investigaron la relación entre la percepción del nivel de expresión emocional de

padres y familiares de pacientes hospitalizadas con AN y su efecto en la recuperación ponderal y funcionamiento psicológico, demostrándose ésta como un predictor de recuperación en las subescalas desconfianza interpersonal, TM y perfeccionismo del EDI-2.

Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock y Woodside (2004) compararon anorécticas con y sin recaídas. Ambos grupos mostraron una significativa reducción del TM desde la admisión hasta el alta, pero los puntajes aumentaron significativamente desde el alta hasta el seguimiento entre las pacientes con recaída.

Discusión

En los comienzos del siglo XX, Pierre Janet (1908) consideró la AN como un trastorno puramente psicológico y distinguió dos formas: una obsesiva y otra histérica. Según Janet, las pacientes del tipo obsesivo, ilustrado detalladamente en la descripción del caso de Nadia y que podría homologarse al subtipo compulsivo-purgativo del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y la última versión propuesta del DSM-5, rechazaban el alimento debido al miedo a comer y a adquirir madurez psicosexual, por el repudio que mostraban hacia su cuerpo, pese a que la sensación de hambre estaba presente. La forma histérica, menos común, sería propia de aquellos casos en que había pérdida completa de apetito.

Aun después de cuatro décadas, las hipótesis de Bruch y Crisp se mantienen vigentes; la primera posee una aproximación eminentemente psicodinámica y la segunda principalmente biológica. Ambos autores sugieren que subyacentes a los principales síntomas de AN existen déficits psicológicos más fundamentales que hacen que la adolescente sea incapaz de manejar las demandas de la vida adulta de manera efectiva. Una controversia de tales teorías es que muchas de estas manifestaciones psicopatológicas podrían ser secundarias al trastorno orgánico, más que ser la causa primigenia. La dieta y la inanición subsecuente inducirían una regresión a estados prepuberales con alteraciones hormonales, siendo la re-nutrición un paso fundamental en el tratamiento.

Crisp (1967, 1980) propuso que la AN representa un tipo de evitación fóbica a la maduración sexual, a modo de protección de los cambios que pueden acompañar a la adolescencia, la que a menudo está marcada por un grado de inestabilidad emocional y ansiedad. Existe considerable fundamentación de que la baja autoestima está estrechamente ligada a la insatisfacción corporal en este grupo etario, especialmente entre las mujeres (Button, 1993). Las distorsiones alimentarias se relacionan con la preocupación por el cuerpo y el aspecto físico, interfiriendo en las relaciones interpersonales en general y particularmente en la interacción con el otro sexo, dificultando el establecimiento del vínculo con una pareja (en un plano tanto emocional como sexual), la posibilidad de fecundación y con ello la maternidad. La aparición de los síntomas ocurre en los inicios de la adolescencia como proceso de cambio; es decir, con las transformaciones corporales que se producen en este periodo de la vida y con las dificultades para el desarrollo de una nueva identidad (Crisp, 1967, 1980, 1997). En este sentido, la dieta con la desnutrición resultante, suponen para muchas pacientes una solución, ya que producen modificaciones biológicas que inducen su regresión a estados neuroendocrinos prepúberes (Kawai, Yamanaka, Yamashita, Gondo, Morita, Arimura, *et al.*, 2008). Si bien Slade (1984) coincide con las aseveraciones de Crisp, argumenta al mismo tiempo que el estado hormonal de una persona emaciada es muy similar al que existe antes de la pubertad, lo que implica la supresión de algunas características sexuales secundarias; el vello pubiano y axilar no se afectan por la severa pérdida de peso y el tejido mamario es marcadamente más resistente a los efectos de una reducción mantenida de la ingesta alimentaria.

Bruch (1974, 1978, 1980) cree que la baja autoestima, el sentimiento de ineficacia personal y la confusión conceptual del cuerpo, se originan en alteraciones del vínculo temprano madre-hija. Postula que para que ocurra en la niña un desarrollo saludable, ésta debe reconocer las conexiones entre las señales fisiológicas internas y las respuestas sociales y conductuales apropiadas. Este aprendizaje es facilitado

por la capacidad de respuesta de la madre a las necesidades de la niña. Según Bruch (1974, 1978, 1980), “la conciencia de hambre” se logra cuando la reacción de la madre al estado de deprivación de alimento, confirma el sentido de las experiencias fisiológicas propias de la niña. Cuando la madre no responde a sus necesidades, pero impone sus percepciones erróneas, la niña es incapaz de validar sus experiencias internas. Esta confusión es bastante generalizada en la AN y se aplica no sólo a las sensaciones viscerales vinculadas con la saciedad, los impulsos sexuales y la fatiga, sino también con la conciencia afectiva. Estando privada de sus señales internas, la anoréctica es incapaz de definir y tomar la responsabilidad para satisfacer sus carencias, volviéndola dependiente de los demás y conduciéndola a sentimientos de desamparo y pérdida de auto-control. La niñez de la anoréctica es a menudo de extrema complacencia a la demandas de los otros, señalando una falta de auto-asertividad (Behar, 2006, 2010 b). Mientras que los padres y profesores pueden considerar a la pre-anoréctica como una niña modelo, su experiencia interna se pierde en el intento permanente de satisfacer los deseos de los demás para ser aceptada. Esto da cuenta de una desfiguración de los límites del Yo, aun similar a lo que se presentaría en la esquizofrenia, pero distinguido de este cuadro por el rechazo alimentario como medio de adquisición de autonomía y control sobre el cuerpo, finalidad que no se buscaría en la esquizofrenia (Pereña, 2007). La reafirmación del control total sobre su propio cuerpo representa un esfuerzo maladaptativo para satisfacer aquellas demandas y definir su *self*.

Empero, es importante mencionar, que a pesar de que los trastornos de la conducta alimentaria afectan primordialmente a adolescentes y adultas jóvenes, en los años recientes, ha existido un creciente reconocimiento de su ocurrencia en mujeres en la edad media, asociados más bien a depresión, insatisfacción corporal y perfeccionismo, y cuyas preocupaciones respecto al efecto del envejecimiento en la apariencia, parecen no estar relacionados de manera significativa con la patología alimentaria (Midlarsky & Nitzburg, 2008). Faltan estudios empíricos compara-

tivos del comportamiento de los síntomas nucleares del desorden alimentario en estos casos, especialmente el patrón de correlación con TM.

La evidencia actual ha demostrado la indudable relación entre el TM observado en la AN, y el curso evolutivo de la afección. Si bien la diátesis genética reviste importancia en cuanto a la definición de determinados rasgos de personalidad que se configuran como factores de riesgo para el desarrollo del desorden alimentario, estos han sido catalogados como inespecíficos, restándole cierta validez a su influencia en el desarrollo del desorden. El TM se ha vinculado con un inicio precoz del cuadro, en particular si se trata del subtipo restrictivo de la AN, aunque paradójicamente su aparición a temprana edad se cataloga como un indicador de buen pronóstico (Behar, 2010 a), dado que la estructura de personalidad todavía no se ha consolidado. No obstante, desde la perspectiva dimensional, el TM se condice con un intenso sentimiento de ineficacia personal y de desconfianza interpersonal, en desmedro de las habilidades y funcionamiento psicosocial de las pacientes, que exhiben diversos grados de falta de asertividad y alexitimia que interfieren en el control de su expresión emocional (Behar, 2010 b, 2011b), además de la presencia de comportamientos ascéticos (que también han sido utilizados en algunas condiciones en beneficio terapéutico de las pacientes) (Behar, 2012) y perfeccionismo por un lado (Behar, 2010 c), propios de la AN restrictiva y una falta del control de los impulsos por el otro, observada en la AN compulsivo-purgativa (Behar, 2010 b, c; American Psychiatric Association, 2006), que su vez entorpecen el curso del trastorno. También se han constatado mayores niveles de ansiedad, depresión y falta de conciencia interoceptiva significativamente correlacionados con TM; al respecto, Behar (2011b) verificó que entre los subtipos de TCA, el grupo anoréctico exhibió el porcentaje más alto de alexitimia (57,1%), mostrando pensamientos más orientados hacia detalles externos.

Desde la perspectiva psicosocial, el TM está estrechamente asociado con el perfil del rol de género femenino, que presupone inmadurez, observado especialmente en el tipo restrictivo de la AN (Be-

har *et al*, 2003). En tanto al manejo terapéutico, el abordaje familiar, recomendado como obligatorio en pacientes menores de 18 años por la Asociación Psiquiátrica Americana (2006), ha mostrado efectividad en la mejoría del TM, conjuntamente con parámetros tales como peso corporal, restricción alimentaria y déficits interoceptivos. Asimismo, el TM ha sido catalogado como un predictor de mala adhesividad al tratamiento, característicamente en anorécticas compulsivo-purgativas y un índice de mal pronóstico en el desenlace evolutivo del trastorno. Finalmente, Zeeck *et al* (2005) recomiendan que el abordaje del TM constituya un foco central de la psicoterapia en las pacientes anorécticas.

Nuestros hallazgos apuntan a la confirmación del TM como un aspecto, aunque inespecífico, sustancial en la etiopatogenia, la configuración de la sintomatología clínica, el desenlace, la adhesividad al tratamiento y el pronóstico de la AN, fundamentalmente debido a que esta patología alimentaria es más prevalente en muchachas pre-púberes y adolescentes, periodo etario en el cual el TM constituye una característica inherente, debiendo ser por tanto considerado como un foco terapéutico imprescindible en la práctica clínica cotidiana, ya que su precoz y eficaz manejo, repercutiría ostensiblemente en una evolución más favorable y menos tortuosa de la afección, que incluso implicaría un peligro de riesgo vital, con todas las complicaciones personales, familiares, sociales y económicas que conlleva en mujeres jóvenes en plena etapa productiva de sus vidas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revised. 4th Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, Third Edition. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1-54.
- Abbate-Daga, G., Pierò, A., Rigardetto, R., Gandione, M., Gramaglia, C. & Fassino, S. (2007). Clinical, psychological and personality features related to age of onset of anorexia nervosa. *Psychopathology*, 40, 261-268.

- Behar, R. (1998). Eating disorders in adolescents: Clinical and epidemiological aspects. *Revista Médica de Chile*, 126, 1085-1092.
- Behar, R., de la Barrera M., & Michelotti, J. (2003). Clinical characteristics and gender identity among eating disordered patients subtypes. *Revista Médica de Chile*, 131, 748-758.
- Behar, R., Arriagada, MI. & Casanova, D. (2005). Eating and affective disorders: A comparative study. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407-1414.
- Behar, R., Manzo, R. & Casanova, D. (2006). Lack of assertiveness inpatients with eating disorders. *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.
- Behar, R. (2010 a). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 121-147). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2010 b). Psychosocial functioning in eating disorders: Social anxiety, alexithymia and lack of assertiveness. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 90-101.
- Behar, R. (2010 c). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. (pp. 95-117). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2011 a). Ineffectiveness in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 2, 113-124.
- Behar, R. (2011 b). Emotional expression in eating disorders: Alexithymia and assertiveness. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 338-346.
- Behar, R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nervosa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50, 106-118.
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bruch H. *The golden cage*. (1978). Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bruch H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis*, 40, 169-172.
- Brytek-Matera A. & Schiltz, L (2009). A cross-cultural examination of the relationship between negative mood states, body image and eating disorders. *Bulletin of Social Science and Medicine Grand Duché Luxemb*, 1, 11-25.
- Button, E. (1993). *Eating disorders. Personal construct. Therapy and change*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Carter, J., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. & Woodside, D. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 671-679.
- Cantrell, P. & Ellis, J. (1991). Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 53-57.
- Couturier, J., Isserlin, L. & Lock, J. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A dissemination study. *Eating Disorders*, 18, 199-209.
- Crisp, A. (1967). The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117-131.
- Crisp, A., Palmer, R. & Kalucy, R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-554.
- Crisp, A., Hsu, L. & Stonehill, E. (1979). Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 332-335.
- Crisp, A. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- Crisp, A. (1997). Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on the model. En: D. Garner y P. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 248-277). New York: Guilford Press.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Garzaro, L. & Rovera, GG. (2001). Non-responder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: Predictors of outcome. *European Psychiatry*, 16, 466-473.
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., Daga, GA., Gandidone, M., Rovera, GG. & Bartocci, G. (2006). Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43, 600-614.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *Bio Med Central Psychiatry*, 9, 67.
- Fujimori, A., Wada, Y., Yamashita, T., Choi, H., Nishizawa, S., Yamamoto, H. & Fukui, K. (2011). Parental bonding in patients with eating disorders and self-in-

- jurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 272-279.
- Garner, D., Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. (1984). *Eating disorder inventory-2*. Florence: Organizzazioni Speciali.
- Garner, D. (1991). *Eating disorder inventory-2 manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Grasso, M., Nazzaro, F., Vona, L., Capacchione, G. & Loredano, C. (2012). Maturity fears and weight phobia in eating disorders: Research of a relationship. *Rivista di Psichiatria*, 47, 319-326.
- Heebink, D., Sunday, S. & Halmi, K. (1995). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: Effects of age and menstrual status on psychological variables. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 378-382.
- Janet, P. (1908). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Alcan.
- Kawai, K., Yamanaka, T., Yamashita, S., Gondo, M., Morita, C., Arimura, C., et al. (2008). Somatic and psychological factors related to the body mass index of patients with anorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 13, 198-204.
- Midlarsky, E. & Nitzburg, G. (2008). Eating disorders in middle-aged women. *Journal of General Psychology*, 135, 393-407.
- Moulds, M., Touyz S., Schotte, D., Beumont, P., Griffiths, R., Russell, J. & Charles, M. (2000). Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 288-296.
- Orbach, S. (1986). *Hunger strike*. London: Faber & Faber.
- Palmer, R. (1980). *Anorexia nervosa. A guide for sufferers and their families*. Middlesex: Penguin Books Ltd.
- Pereña, F. (2007). Body and subjectivity: About anorexia nervosa. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 529-542.
- Slade, R. (1984). *The anorexia nervosa reference book*. London: Harper & Row, Publishers.
- Stein, K. & Nyquist, L. (2001). Disturbances in the self: A source of eating disorders. *Eating Disorders Review*, 12, 1-8.
- Strober, M. & Humphrey L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Thurfjell, B., Eliasson, M., Swenne, I., von Knorring, AL. & Engström, I. (2006). Perceptions of gender ideals predict outcome of eating disorders in adolescent girls. *Eating Disorders*, 14, 287-304.
- van der Ham, T., van Strien, D. & van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 79-84.
- Woodside, DB., Carter, JC. & Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2277-2281.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C. & Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 29-37.