

En torno a la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa, como otros trastornos alimenticios, han despertado gran interés social y sanitario por su gravedad, evolución, particularidad. Se trata de uno de los pocos cuadros psicológicos que pueden llevar a la muerte a quien lo padece. Sorprende cómo una persona puede inhibir sus impulsos vitales más profundos y naturales... Aunque se han buscado todo tipo de explicaciones simples al fenómeno, se trata de un trastorno complejo, multicausal, socio-psico-biológico.

Elena Gismero González*

Un poco de historia

DE unos años a esta parte se ha hecho tristemente famoso el problema de la anorexia nerviosa, tanto en los medios

* Doctora en Psicología. Profesora de Psicología Social en la Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

de difusión pública como en los ambientes clínicos, teóricos y experimentales. Sin embargo, este trastorno, aunque poco conocido previamente, no es una invención de nuestra época. Los primeros relatos de que disponemos datan de la Edad Media. Es, por ejemplo, el caso de Santa Wilgefortis, una doncella hija de un rey portugués, quien ayunó y rogó a Dios que le arrebatara su belleza para ahuyentar la atención masculina, sometiéndose a una dieta de inanición, plegarias y ascetismo, tras la cual su cuerpo y su rostro acabaron cubriéndose de vello. Parece que, más tarde, en algunos países europeos, fue adoptada como santa patrona por aquellas doncellas que deseaban verse libres del interés masculino.

Aunque existen más relatos medievales sobre una misteriosa enfermedad caracterizada por una gran pérdida de peso provocada por una dieta de hambre autoimpuesta, carecemos de descripciones clínicas de este cuadro hasta el último cuarto del siglo pasado, cuando sir William Gull (1) lo bautiza con el nombre que recibe en la actualidad. Probablemente, antes se confundiera el trastorno con otros cuadros digestivos, tuberculosis, antigua clorosis, etc. Tanto Gull como Lassegue (1873) (2) hacen una descripción muy detallada del cuadro y del curso evolutivo de la enfermedad.

Para los psicoanalistas ortodoxos (Freud, Abraham, Klein, etc.), este trastorno es visto como una neurosis, relacionándolo en un principio con la histeria y la melancolía (conversión histérica y cuadro melancólico con pérdida de la libido). Consideraban que la anorexia simbolizaba rechazo a la sexualidad, con predominio de fantasías de rechazo oral.

En 1914, Simmonds describió una paciente caquéctica en cuya autopsia se halló una destrucción hipofisaria, lo que ocasionó en los treinta años siguientes una confusión entre la insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y la anorexia nerviosa. Hoy es clara la distinción entre ambas. A partir de los años 40 resurgen las teorías de causalidad psicológica, muy influidas por los conceptos psicoanalíticos. Desde entonces, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones psicológicas y biológicas.

En las últimas décadas, son muchos los autores que han hecho aportaciones sobre este trastorno —a menudo con posturas antitéticas—, considerándolo desde aspectos muy diversos: endocrinos, metabólicos, afectivos, psi-

(1) Gull, W. W. (1874): «Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)», *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.

(2) Lassegue, C. (1873): «On hysterical anorexia», *Medical Times Gazette*, 2, 265-266.

cológicos, familiares, sociales... Se trata de uno de los pocos cuadros psiquiátricos que evolucionan hacia la muerte, y que resulta preocupante desde el punto de vista que se le considere: etiológico, nosológico, preventivo, terapéutico, social, etc. Está descrito hace más de un siglo, pero a pesar de la enorme evolución de la ciencia médica y social, poco se ha avanzado en su conocimiento.

Descripción del cuadro anoréxico

UNA persona con anorexia nerviosa se niega a mantener un peso corporal normal, e incluso estando por debajo de valores mínimos, sigue sintiendo un *intenso miedo a engordar*, y la percepción de su propio cuerpo se altera: en conjunto, o parcialmente, se ve gruesa aunque esté realmente delgadísima. Niega su problema y considera que come lo suficiente. Las causas que pueden llevar a esto son muchas y complejas, pero la cuestión es que, una vez instalado el trastorno, tiende a perpetuarse y a generar otros problemas importantes. Cuando una persona se encuentra en un peso mínimo, los efectos *directos* de su desnutrición provocan: depresión, apatía, fatiga, insomnio, irritabilidad y cambios bruscos de humor, dificultades de concentración y atención, inquietud, pérdida del interés sexual, aislamiento social, y una preocupación constante por la comida y el ejercicio físico. Los intereses se van restringiendo y su lugar exclusivo lo ocupa la obsesión por adelgazar. Suele haber trastornos hormonales, y en las mujeres pérdida de la menstruación.

Cualquier medio para perder peso puede resultar «útil» para alguien con anorexia: además de restringir lo que come, puede recurrir a un exceso de ejercicio físico, tomar laxantes o diuréticos, o provocarse vómitos. En estos casos, el cuadro anoréxico puede evolucionar hacia o complicarse con una bulimia nerviosa; se producen episodios de «atracones» compulsivos de comida, con la sensación subjetiva de no poder parar de comer. Los atracones pueden reducir momentáneamente el malestar, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y un estado de ánimo depresivo. En general, su misma conducta avergüenza a quien la lleva a cabo, por lo que a menudo se esconden para atracarse, y disimulan sus síntomas.

Los vómitos autoinducidos son un intento (peligrosísimo) para controlar el propio peso, pero además pueden suponer otras cosas. A corto plazo pueden generar una sensación física de bienestar cuando una persona centra toda su tensión físicamente en el estómago, sintiendo una opresión, «como

un nudo» del que se libra. Pero el *devolver* es también «expulsar» fuera la causa de esa tensión, vaciarse de ella. Y puede estar representando un rechazo: a otra persona, a una situación, o a uno mismo..., incluso por el hecho de no haber sido capaz de controlar el impulso de atracarse de comida: se puede experimentar autorrechazo, autodesprecio, culpa, etc., con lo que se aumenta la tensión, y se alimenta el círculo vicioso.

El infierno en el que pueden llegar a encontrarse las personas con anorexia nerviosa no es fácil de describir. Las complicaciones físicas son muy graves: por ejemplo, el provocarse vómitos estropea la dentadura, puede crear problemas gástricos importantes, desequilibrios electrolíticos que ocasionan problemas médicos graves, y en algunos casos las complicaciones llevan a la muerte. Pero no sólo están los problemas físicos, sino que se va dando un deterioro generalizado en la vida de la persona, tanto a nivel interno (depresión, autodesprecio, desestima, distorsiones, etc.) como interpersonal y social (mentiras, aislamiento y pérdida de relaciones, a veces robos para conseguir comida con la que atracarse...). El enfermo pierde de vista los aspectos importantes de su vida personal, relacional, incluso laboral, centrado en la obsesión que polariza toda su atención y que le lleva a distorsionar la realidad.

Datos epidemiológicos

PARECE que la incidencia de los trastornos alimenticios, y especialmente de la anorexia nerviosa, está incrementándose en los últimos años en el mundo occidental. La prevalencia varía según el grupo estudiado y el criterio diagnóstico empleado. Las cifras que recoge Chinchilla (3) estiman que por 100.000 habitantes 30 ó 40 mujeres entre 15 y 25 años la van a padecer en forma típica; habiendo hoy 1 anoréxica por cada 200 chicas escolares de 16 años, un 1 por 100 entre los 16 a 18 años, 1 en 250 de todas las adolescentes escolares y 1 de cada 150 escandinavas; 1 de cada 450 o 750 adultas pasan a anorexia crónica. En torno a un 9-10 por 100 de los casos pueden llegar a morir.

La proporción de varones que padecen este trastorno es mucho más baja (se habla de cifras entre 3-10 por 100 en relación a las mujeres). En cuanto a las edades, se presentan con más frecuencia en la adolescencia (mucho más infrecuente por debajo de 12 años y por encima de los 25-30). La incidencia

(3) Chinchilla, A. (1994): *Anorexia y bulimia nerviosas*, Ergon, Madrid.

es mucho mayor en países desarrollados. La población negra estadounidense se ve mucho menos afectada que la blanca, y hay muy pocas referencias de casos en culturas africanas y orientales.

Factores causales. La anorexia nerviosa y su multideterminación

EL hecho de que de todas las personas expuestas a un agente patógeno sólo algunas enfermen nos remite a la idea de susceptibilidad, predisposición, dotación genética, incidencia del estrés, conducta y valores de los individuos, medio físico y psicosocial, hechos traumáticos que afectan y recursos para afrontarlos, etc. Como tantas veces se ha dicho, «no se puede hablar de enfermedad, sino de enfermos».

La anorexia nerviosa no puede comprenderse atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, a la supuesta conflictividad familiar, a las hipotéticas relaciones objetales de la primera infancia, o al sistema de contingencias conductuales que vive actualmente una persona. Garfinkel y Garner (4) la consideran como un síndrome psiquiátrico discreto, pero con una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas serán el resultado de múltiples factores predisponentes y disparadores, y su interacción con la capacidad del individuo para afrontar las demandas en un momento dado.

Además, los factores que originan una enfermedad no tienen por qué ser los mismos que la mantengan; los factores de mantenimiento pueden ser muchos, incluyendo la propia enfermedad, que percibida de distintas formas puede ejercer también un papel estresante, como indica Toro (5). Así, vamos a mencionar aquí los factores que distintos autores han investigado o sugerido que podrían intervenir en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa, dividiéndolos en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

Factores predisponentes

a.1. De tipo genético: Se han hallado ciertas correlaciones entre hermanas de anoréxicas algo más altas que las esperables en la población general, así

(4) Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982): *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, Brunner/Mazel, New York.

(5) Toro, J. (1983): «Stress y enfermedad», en Ballus, C., *Psicobiología: interrelación de aspectos experimentales y clínicos*, Herder, Berna.

como mayores concordancias entre gemelas univitelinas, lo cual sugeriría la hipótesis de cierta vulnerabilidad genética, que podría influir sobre la personalidad, los trastornos afectivos...

a.2. *Trastornos afectivos y emocionales*: El cuadro se relaciona con la *ansiedad* (entre otras cosas, hay ansiedad fóbica hacia el sobrepeso, el propio cuerpo... que se generaliza a ciertos alimentos o a la comida en general, la situación de comer, etc.); la *sintomatología obsesivo-compulsiva* (6), y, sobre todo, se encuentran bastantes relaciones con la *depresión*, a pesar de las cuales parece probado que «la anorexia nerviosa es una cosa, un síndrome, y el trastorno afectivo, otra», como indican Toro y Vilardell (7) y también señala Chinchilla (8) insistiendo en sus diferencias.

a.3. *Características de personalidad*: Si existe o no una personalidad premórbida también es difícil de establecer a partir de exploraciones llevadas a cabo durante el curso del trastorno. Aunque está claro que los tipos de personalidad de las anoréxicas son variables, dentro de la diversidad sí se suelen destacar algunas características: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad, características que hablan de personas con expectativas muy altas, y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de otros para afianzar una autoestima frágil. Muchos padres las describen como hijas modelo, colaboradoras, dóciles, sensibles, cuidadoras de sus familiares, y jamás opositoristas hasta la instalación del cuadro.

a.4. *Otros factores individuales*: Se ha hablado también de la *obesidad* como factor facilitador (especialmente en el caso de las anoréxicas bulímicas (9)); de los *trastornos de la auto percepción del tamaño corporal* y de los *estados afectivos internos y viscerales*; la *edad* (adolescencia y primera juventud) y el *sexo* (femenino) también son considerados factores de riesgo. El *nivel intelectual*, en contra de lo que suele pensarse, parece ser entre normal y normal-alto: más que éste, lo que parece determinante en el alto rendimiento de las anoréxicas es el grado de expectativa externa que perciben. Por otro lado, en la medida en que evitan situaciones sociales, restringen otras fuentes de confirmación de la autoestima, y así el desempeño académico se sobrevalora a expensas del desarrollo de otros aspectos.

(6) Aunque existente, su relación con la anorexia no es unívoca, y no está tan clara. Toro, J. y Vilardell, E. (1987): *Anorexia nerviosa*, Martínez Roca, Barna.

(7) Toro, J. y Vilardell, E.: *Op. cit.*, p. 71.

(8) Chinchilla, A.: *Op. cit.*, p. 40.

(9) Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982): *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, Brunner/Mazel, New York.

a.5. *Características familiares*: Como en el caso de la personalidad, tampoco se ha podido verificar la existencia de una familia típica pre-anoréxica. Es algo lógico que una vez establecido el trastorno se den características comunes en las familias. Sin embargo, sí se han detectado (retrospectivamente) en un porcentaje de casos relaciones familiares alteradas con anterioridad al trastorno; familias donde se han dado trastornos de la alimentación, consumo de alcohol y/o drogas; obesidad materna (especialmente en muchos casos de anoréxicas bulímicas).

Distintas corrientes teóricas coinciden en describir una patología relacional típica en la familia. H. Bruch habla de padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa. M. Selvini Palazzoli resalta las alianzas encubiertas, la alternancia en la culpabilización, fallo en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación. Minuchin y cols. (10) destacan la tendencia familiar a facilitar la expresión somática de los conflictos, y las encuadran dentro del perfil de las familias psicósomáticas, señalando una serie de características de organización y funcionamiento en ellas: *aglutinamiento* (que se observa en la interdependencia de las relaciones, en las constantes intrusiones en los sentimientos y pensamientos del otro; las fronteras que definen la autonomía individual son difusas...) y *sobreprotección* (son familias especialmente sensibles a detectar señales de estrés entre sus miembros, muy preocupadas por el bienestar, proteccionistas. La sobreprotección de los padres retrasa el desarrollo de la autonomía de los hijos. Es típico que inhiban la búsqueda de actividades fuera del hogar).

a.6. *Factores socioculturales*: Todos los autores resaltan la importancia de los factores culturales, y algunos los consideran «los hechos más significativos y eficaces» en la disposición y facilitación del cuadro, como «posibles factores precipitantes e indudables factores de mantenimiento del trastorno» (11). Especialmente los *estereotipos y valores estéticos culturales relativos al cuerpo femenino*. La anorexia prácticamente no existe en países subdesarrollados.

El que una sociedad comparta un modelo ideal de belleza supone una fuerte presión para todos los miembros de la población. En las sociedades opulentas, donde la obtención de alimento no es un problema, existe actualmente el ideal de delgadez (y el culto a la belleza/delgadez como signo de éxito), que se transmite persistentemente a través de los medios de comunicación (y la publicidad comercial). Paradójicamente, se da una tendencia al

(10) Minuchin, S. Rosman, B. L. y Baker, L. (1978): *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*, Harvard Un. Press, Cambridge, Massachusetts.

(11) Toro, J. y Vilardell, E.: *Op. cit.*, p. 176.

aumento progresivo de peso (y de talla) por la mejora de las condiciones nutritivas y sanitarias. Es como si la biología apuntara hacia un lado y la presión estética sociocultural hacia el otro, y en medio de ese bombardeo se encuentran sobre todo las mujeres, especialmente las más jóvenes. Y más aún, determinados grupos que por su profesión necesitan seguir el criterio del cuerpo delgado (modelos, gimnastas, bailarinas, etc.).

Por tanto, vivimos en una influyente *cultura de la delgadez* (12) que induce a todos al adelgazamiento, o a no aumentar de peso, pero que está afectando negativamente, y muy en especial a la mujer. La anorexia nerviosa no tiene relación directa con el sexo genético; el inmenso predominio de mujeres que la padecen debe tener relación con los aspectos psico-socio-culturales del sexo. La anorexia sí está muy relacionada con el papel sexual; con el conjunto de conductas, cogniciones y sentimientos comunes a los individuos de un sexo dado en una comunidad dada, y que se adquieren por el proceso de tipificación sexual. Cuando la delgadez (el cuerpo ideal es distinto para ambos sexos) se convierte en meta o modelo ideal a imitar, en criterio central de la evaluación del propio cuerpo, ser delgada es triunfar, agradar y agradarse, tener éxito, etc.

Además, tanto la presión social (más atención a la estética femenina desde que se es niña –vestido, peinado– y después –cremas, maquillajes, etc.–) como los cambios biológicos (menstruación, etc.) hacen que la mujer tenga que atender más a su cuerpo: las mujeres parecen tener un concepto de su cuerpo mucho más definido que los hombres, y tienden a identificarse mucho más con él. El cuerpo de la mujer «es mucho más imagen que en el hombre el suyo», como señalan Toro y Vilardell (13).

En la adolescencia la autoestima se relaciona mucho con compartir los valores predominantes del propio grupo de edad, y esto se aplica al propio cuerpo, que en esta etapa sufre cambios que afectan a la imagen global. La aceptación del propio cuerpo depende de los valores vigentes en el grupo coetáneo; si no consiguen estar delgadas se juegan alejarse del ideal interiorizado, arriesgarse a la desaprobación, no tener control, fracasar, ceder a la presión de los padres, etc. Todo ello hace que se comprenda cómo puede afectar este conjunto de factores mucho más en esta banda de edad, que es la que con más frecuencia padece la anorexia nerviosa.

(12) Vandereycken, W. y Meerman, R. (1984): «Anorexia nervosa: is prevention possible?», *International J. of Psychiatry in Medicine*, 14, 191-205.

(13) Toro, J. y Vilardell, E.: *Op. cit.*, p. 127.

Factores precipitantes

NO existe un factor precipitante único, y en muchos casos parece que tampoco puede identificarse uno en particular. Además, no son sólo determinadas situaciones las que pueden resultar difíciles de abordar para una persona, sino que el impacto de las mismas dependerá de la interpretación o evaluación que haga de ellas cada individuo, cosa que no se puede determinar y cuantificar con facilidad, sobre todo retrospectivamente. En la anorexia nerviosa siempre se da un determinante *interno*: la decisión de dejar de comer.

Se ha hablado de pérdidas (separaciones de los padres, muertes, ausencia del hogar, etc.); relaciones sexuales o aproximaciones a ellas, que suponen nuevas demandas de adaptación; aumentos de peso; comentarios críticos o ridiculizantes; enfermedades físicas; fracasos personales (académicos, deportivos, relacionales...); etc. Strober (14) analizando "acontecimientos vitales" (todos los hechos estresores, mayores o menores, que ha sufrido una persona), encuentra que las anoréxicas habían experimentado más cambios o acontecimientos vitales que la población adolescente, y las anoréxicas bulímicas aún más: el primero era el haber experimentado *cambios en la aceptación—objetiva o subjetiva— del grupo de compañeros/as*, seguido del incremento de los conflictos entre los padres, y de los conflictos con los padres, enfermedades graves de los padres, enfermedades personales con hospitalización, fracasos académicos, ausencia del padre, etc.

Algunos autores consideran que el acontecimiento disparador o estresante se percibe como una amenaza de pérdida del autocontrol y como una amenaza o pérdida real de autoestima, que llevaría a una preocupación mayor por su cuerpo y a la creencia de que se sentirán más en control de su persona o su vida si continúan perdiendo peso.

Factores de mantenimiento

El curso de la anorexia es muy variado. Sin embargo, sí se han aislado factores que actúan manteniendo el cuadro anoréxico y haciéndolo evolucionar.

(14) Strober, M. (1984): «Stressfull life events associated with bulimia in anorexia nervosa: empirical findings and theoretical speculations», *International J. of Eating Disorders*, 3, 2, 3-16.

c.1. Síndrome de inanición: La desnutrición conlleva una serie de modificaciones no sólo biológicas, sino también psicológicas. En la Universidad de Minnesota, Keys y cols. (15) llevaron a cabo una experiencia con 36 objetores de conciencia voluntarios para estudiar los efectos psicobiológicos de la inanición. Se les sometió durante seis meses a una dieta de semi-inanición. Su situación es comparable a la de las anoréxicas, tanto por el volumen de dieta como por su carácter voluntario; la diferencia era, en principio, la ausencia de deseo de adelgazar en el caso de los objetores.

Como las anoréxicas, se volvieron muy preocupados por la comida, perdiendo interés por otras áreas; hablaban predominantemente de comida, coleccionaban recetas, leían libros de cocina, combinaban los alimentos de formas insólitas, pasaban horas planeando qué harían con la comida que les daban, bebían mucho más líquido, consumían muchísimo chicle y tabaco. Tenían sueños relacionados con la alimentación. Algunos tenían episodios bulímicos. Se daban una serie de cambios en ellos como: irritabilidad, conductas obsesivo-compulsivas (sobre todo relacionadas con la alimentación), ansiedad, labilidad emocional, dificultades de concentración, aislamiento social, indecisión, pérdida del interés sexual, y trastornos del sueño.

En consecuencia, una *gran parte de la sintomatología de la anorexia es atribuible exclusivamente a los efectos de la inanición*. Una vez instalado este cuadro, es un importantísimo *factor de mantenimiento*, constituyendo una especie de círculo vicioso: la compulsividad y el pensamiento obsesivo sobre la alimentación hacen que cada vez se centren más en ello y aumenten los conflictos (familiares e internos); a ello contribuyen también la reducción de intereses y el aislamiento social; se incrementan la depresión y los problemas de autoestima, que a veces la anoréxica aborda por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta, etc.

Con la realimentación —tanto en los voluntarios del estudio de Keys y cols. como en las anoréxicas— hay importantes molestias gástricas, y se experimenta gran apetito después de comer abundantemente, lo que aumenta la ansiedad en ellas, puesto que les plantea el problema de la pérdida de control.

c.2. Factores cognitivos: El cuadro se inicia con la aparición repetida de un conjunto de cogniciones relativas al aspecto del cuerpo y a su valoración estética, tan excesivamente reiteradas que se convierten en un tema casi exclusivo asociado con una ansiedad creciente. Quizá pudo empezar como algo

(15) Keys, A. y cols. (1950): *The biology of human starvation*, Un. of Min. Press, Minneapolis.

normal, e incluso objetivo, pero llega a transformarse en *distorsiones cognitivas*. Garner y Bemis (16) distinguen distintas alteraciones: *abstracción selectiva* (basando una conclusión únicamente en aspectos parciales), *sobregeneralización* («cuando comía hidratos estaba gorda; por lo tanto no debo comerlos para no estarlo»); *magnificación* de posibles consecuencias negativas; *pensamiento dicotómico* (todo o nada); *ideas autorreferenciales* («el médico me retrasó la cita para que siga engordando»); *pensamiento supersticioso* (estableciendo relaciones de causa-efecto entre hechos no contingentes).

Estos pensamientos facilitan la precipitación del cuadro, y constituyen un factor de mantenimiento muy poderoso, y muy resistente a la crítica racional. Por otro lado, la anoréxica se sensibiliza aún más a los mensajes sociales que incitan al adelgazamiento; según avanza el curso del trastorno, más receptiva está a todo lo que suscite pérdida de peso.

c.3. Percepciones corporales: Las anoréxicas presentan alteraciones de la imagen corporal: niegan su delgadez y sobredimensionan sus dimensiones corporales, pero además parecen no percibir correctamente los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones (no responden al frío experimental, parecen tremendamente resistentes a la fatiga, etc.). Parece que también tienen dificultad para abordar e informar sobre sus estados físicos y emocionales (alexitimia). Estas anomalías en la percepción interna alteran aún más su vida y los momentos de comer, facilitan la sensación de ausencia de control y, en consecuencia, la necesidad de ejercerlo, etc.

c.4. Interacción familiar: Exista o no una cierta influencia causal de la organización y dinámica familiar en el desencadenamiento de la anorexia, lo que sí es claro es que se provocan cambios en el seno de una familia donde alguien padece anorexia: se genera ansiedad, aumenta el intervencionismo, los conflictos, etc. Muchas de las conductas de la anoréxica pueden resultar reforzadas por la atención, la preocupación y la protección familiar. Las horas de las comidas pueden llegar a convertirse en un estímulo claramente aversivo para la anoréxica, y para los demás. En definitiva, la familia afectada por una anorexia puede mantenerla, e incluso complicarla.

c.5. Interacción social: El aislamiento social, y la progresiva reducción de intereses, hacen que se facilite la preocupación monotemática por el problema con la comida y con el cuerpo y el peso. Esto supone que se vayan limitando progresivamente las fuentes habituales de gratificación, lo que empeora

(16) Garner, D. M. y Bemis, K. (1982): «A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa», *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

la inestabilidad emocional, facilita el humor depresivo y el descenso de autoestima, que a menudo la anoréxica tratará de compensar por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta.

Conclusión

HEMOS tratado de hacer un breve recorrido a través de la historia, epidemiología, elementos diagnósticos y diversas variables que se han considerado como posibles explicaciones causales del trastorno denominado anorexia nerviosa. De todas las pinceladas que hemos ido dando para dibujar este cuadro, se deriva una conclusión clara: la anorexia nerviosa no puede ser considerada de una forma simple o monocausal; es un trastorno psicósomático complejo, multicausal, en el cual intervienen factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Parece que sólo una perspectiva multidimensional que incluya factores somáticos, psicológicos, familiares, socioculturales..., que interactúan entre sí, puede ayudarnos a comprender este trastorno.

A pesar de esto, hemos visto cómo para muchos expertos resulta indudable en el desencadenamiento de algunos casos el peso de los factores socioculturales. Probablemente no es casual que en tiempos pasados la anorexia nerviosa tuviera una motivación ascética en su inicio, mientras que hoy es más bien estética. Vivimos en un momento social que otorga un excesivo culto al cuerpo, y a la delgadez como ideal estético, y ese ideal se impone inculcándolo constantemente a través de los medios de comunicación, las opiniones, etc. La dictadura del espejo. Y el énfasis mayor parece recaer sobre el cuerpo femenino: parece que «se necesita» cultivarlo como forma de lograr el éxito social.

Aunque los problemas con la alimentación pueden aparecer, y de hecho lo hacen, a todas las edades, algunos de los más graves se dan entre los adolescentes, y con mayor frecuencia entre las chicas. No es extraño que sobre ellas recaiga una mayor presión social. Se trata de una edad muy sensible a las normas sociales impuestas desde fuera, y en la que es fácil caer en la trampa de aceptar acríticamente los modelos que se nos imponen. Además es un momento evolutivo de profunda transformación, que, para empezar, es física. Las adolescentes están accediendo a un cuerpo con el que se van a presentar e integrar en el mundo adulto, y a través del cual van a ser aceptadas o rechazadas. Ellas basan su auto-estima en gran parte en la aceptación de su propio cuerpo: la mujer se identifica con su realidad corporal mucho más

intensamente que el hombre: *ella es su cuerpo*. ¿Cómo no iban a afectarles los modelos que se les venden como factor de éxito social?

En una investigación realizada por la autora y publicada recientemente (17) encontramos, entre otras cosas, que las personas que padecen anorexia nerviosa suelen tener muy poca autoestima, un concepto negativo de sí mismas y un alto grado de insatisfacción con su propio cuerpo. Esto puede empeorar todavía más a causa de su trastorno. Además tienen dificultades en el terreno de la relación interpersonal: a la hora de autoafirmarse asertivamente, expresar sus propias opiniones, reconocer y manifestar sus sentimientos, etc. En algunos casos, se imponen unos niveles de logro elevadísimos, con exigencias muy altas hacia sí mismas. Estos son factores importantes que sí se pueden prevenir en cierta medida en la educación: si la persona crece de una manera sana, siendo respetada por su entorno, se la tiene en cuenta, se le permite expresar lo que sienta y piense, si se valoran en ella distintos aspectos, no se la exige excesivamente, si encuentran modelos a su alrededor de los cuales aprender actitudes sanas y positivas, etc..., podrá llegar a la adolescencia con un concepto de sí misma realista, desarrollará una actitud crítica positiva y adecuada, habrá aprendido a quererse, respetarse y valorarse en las distintas dimensiones que componen su realidad.

(17) Gismero, E. (1996): *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*, Publ. Un. Pontificia Comillas, Madrid.