

Anorexia mental: estudio de campo

J. Tomás, N. Bassas, X. Gastaminza, R. Vacas y R. Passols

Barcelona

RESUMEN

Hemos realizado un estudio de campo, que data de 1969 a 1988, con 53 casos. Las edades oscilan entre 10 y 21 años, siendo la mayor frecuencia de 13 a 15 años de edad. En la muestra hay que destacar 5 varones, uno de los cuales, por decisión familiar, no siguió el tratamiento.

La sintomatología más frecuente en el curso de la enfermedad fue en su primera fase: «niño prudente», irritabilidad y obsesiones. En la segunda fase predominaron: fobias, obsesiones, irritabilidad, agitación y ansiedad. Y en la tercera fase hallamos con mayor frecuencia: pasividad, inhibición, fobias y obsesiones.

En cuanto al tratamiento, la psicoterapia individual se practicó en 42 de los 53 casos, con evidente mejoría de la personalidad. La separación ambiental, factor que consideramos imprescindible aunque no suficiente para la resolución de la enfermedad, se llevó a cabo en 39 de ellos. Y el tratamiento biológico, generalmente mediante antidepresivos, se administró a 44, algunos de los cuales tomaron más de un medicamento en el curso del tratamiento.

La evolución fue positiva en 35 de los 53 casos. Quince no evolucionaron correctamente

de debido a que abandonaron el tratamiento; de los tres restantes, uno cayó en una depresión psicótica y los otros dos no practicaron la separación ambiental recomendada.

Palabras clave: Anorexia Mental. Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Mental es un trastorno de origen psíquico, reconocido hoy en día prácticamente por todos los autores, que afecta fundamentalmente a las conductas alimentarias, y cuya repercusión somática ha situado el problema en el ámbito de la patología psicosomática.

La Anorexia Mental consiste en una inhibición severa; en una conducta de bloqueo instintivo esencial, expresión de un conflicto pulsional, que pone en cuestión la estructura del Yo, manifestando la existencia de fallos precoces en el desarrollo de la personalidad del individuo.

En la Anorexia Mental, junto al trastorno de la conducta alimentaria, se añaden otros igualmente importantes que configuran esta entidad denominada «Síndrome de las tres A»: Adalgazamiento, Anorexia y Amenorrea. Hay que destacar su inicio generalmente durante las etapas de la pubertad y adolescen-

cia, juntamente con su preferencia por el sexo femenino y su aumento de frecuencia en los últimos 20 años.

HISTORIA

En el siglo XI, Avicena describe el tratamiento de un joven príncipe con síntomas anoréxicos en un contexto depresivo. La primera descripción precisa la dio Richard Morton (1694) denominándola «Consumption nerviosa», presentando una clínica de: falta aparente de apetito, rechazo de la comida, amenorrea, hiperactividad, estreñimiento y caquexia.

La verdadera individuación de la Anorexia Mental como entidad clínica se realiza en el s. XIX. Su historia nosográfica se puede resumir en tres fases:

1.^a Fase: Casi simultáneamente W. Gull en Inglaterra (1864-74) y E. Lasègue en Francia (1873-74) describieron la Anorexia Mental. Ambos autores hacen referencia a la histeria y a un trastorno del tracto digestivo; pero la «Apepsia histérica» de Gull se transforma, ante la confirmación de la presencia de pepsina gástrica, en la «Anorexia Nervosa»; y la «Anorexia histérica» de Lasègue en la «Anorexia Mental» de C. Huchard (1883). Los dos autores coinciden en la importancia del entorno en el tratamiento, fundamentalmente en la actitud del médico con la paciente, en la nocividad de la presencia de la familia, y señalan el valor semiológico de la indiferencia de la paciente y de su falta de quejas. En 1885 Charcot y Dèjerine defendieron la necesidad de la separación familiar de la paciente, observando en ellas rasgos totalmente histéricos. Las primeras tentativas de distinción entre la Anorexia Mental, de origen psíquico, y la secundaria las hizo Gilles de la Tourette (1908), remarcando que estas pacientes sí tienen apetito aunque rechacen la comida, y que muestran una alteración de la percepción de su cuerpo y de los alimentos. P. Janet (1910) describió varios casos e incluyó la Anorexia Mental en los trastornos de la alimentación de

origen neuropático dividiéndolos en distintas formas: obsesionales, psicoasténicos e histéricos.

2.^a Fase: A partir del descubrimiento de la Caquexia hipofisaria por Simmonds de Hamtony (1914) empieza una nueva fase en las investigaciones que vuelven a una explicación fisiopatológica. Desde este momento los endocrinólogos la consideran una forma de Panhipopituitarismo subsidiaria de un tratamiento hormonal. En 1937 Sheehan con el descubrimiento de la Necrosis hipofisaria del postparto vuelve a situar el origen de la Anorexia Mental en la esfera psíquica.

3.^a Fase: Marcada por la concepción psicológica actual de la Anorexia Mental. Se desarrollan múltiples estudios psicopatológicos, catamnésicos y ensayos de evaluación pronóstica. Dicha concepción es la que se desarrolla en la presente exposición.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos hemos ceñido al concepto de clasificación del DSM III, incluyendo exclusivamente los casos que reunían los siguientes criterios:

A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que pierde peso.

B. Alteración de la imagen corporal.

C. Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan ese 25%.

D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según la edad y la talla.

E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

Hemos podido recoger 53 casos de Anorexia Mental en adolescentes que van de los 10 a los 21 años de edad: 48 hembras y 5 varones. Las historias clínicas proceden del Hospital Infantil del Valle Hebrón y de consultas privadas que datan de 1969 a 1988.

EDAD																								
		13a11m																						
		13a10m																						
		13a9m																						
		15a11m																						
		13a9m																						
		15a9m																						
		13a9m																						
		15a9m																						
		13a6m																						
		15a9m																						
		16a10m																						
		13a3m																						
		15a9m																						
		16a10m																						
		19a7m																						
	11a10m	13a3m																						
		15a3m																						
		16a9m																						
		19a7m																						
	11a8m	12a10m	13a3m								15a3m		16a9m		19a4m									
	11a8m	12a8m	13a2m								15a3m		16a2m		17a11m		19a4m							
	11a5m	12a7m	13a								14a5m		15a3m		16a2m		17a7m		19a3m		21a4m			
9a10m	11a1m	12a5m	13a								14a		15a1m		16a1m		17a		19a		20a3m		21a	
1	5	4	12								2		10		7		3		6		1		2	

ESTUDIO CLÍNICO

Caracterizado por la unidad de expresión de la conducta anoréxica. El cuadro clásico es el de una joven adolescente, entre 10 y 21 años, que presenta la tríada sintomática de: adelgazamiento, anorexia y amenorrea.

En nuestra muestra, la mayor presentación por edades la encontramos entre los 13 y los 15 años.

A) Tríada sintomática

En nuestra muestra, la tríada básica se vió en todos los casos excepto la amenorrea en donde 10 casos eran sin menarquia previa y 5 casos que eran varones.

1. *Adelgazamiento*: A menudo sobrepasa el 25% del peso inicial, pudiendo llegar alguna vez a más del 50%. El diagnóstico se realiza, según algunos autores, a partir del 10% o 25% de pérdida. El solo hecho de pérdida ponderal progresiva se considera importante en la actualidad. En pocas semanas es suficiente para provocar: la desaparición de formas femeninas, aspecto androide, cabellos secos y uñas estriadas y frágiles, hipotensión arterial, bradicardia, cianosis acra y frío en las extremidades.

En nuestra muestra, el peso al inicio del tratamiento osciló entre 25 y 72.500 kg, con una

pérdida ponderal mayoritariamente superior al 25%. Antes de acudir a la consulta, entre 1 mes y 2 años, la pérdida ponderal reconocida fue entre 3 y más de 10 kilos, siendo la más frecuente entre 6 y más de 10 kilos.

PESO AL INICIO DEL TRATAMIENTO

25 kg – 72.500 kg.

Pérdida

> 25 % 38

= 25 % 3

< 25 % 12

(Tiempo¹)

TALLA AL INICIO DEL TRATAMIENTO

1.50 – 1.78

Edad

10a. – 21 a.

TIEMPO DE PÉRDIDA

1 mes – 2 años

Peso mínimo

28.000 – 52.000

Peso perdido

3 – 4 kg. 4

4 – 6 kg. 7

6 – 8 kg. 19

8 – 10 kg. 8

> 10 kg. 15

2. *Anorexia*: Es el síntoma guía. Normalmente anuncia el inicio de los trastornos, siendo el adelgazamiento secundario. La pérdida del apetito no es el motivo alegado por los pacientes para justificar su comportamiento, sino las dificultades digestivas o la obesidad. Es, por lo tanto, una conducta activa de restricción de alimentos asociada a accesos bulímicos, interés particular por la alimentación, ritos alimentarios, medidas de control de la ingesta y la excreción, vómitos provocados, toma de laxantes o diuréticos... Debido a esto, Guioira, en el siglo pasado, habló de «Disorexia».

Es de destacar, en nuestra muestra, la gran variabilidad de desencadenantes atribuidos por la familia al inicio de la enfermedad. Observamos que aunque en 16 casos lo atribuyen a la obesidad, como subrayan la mayoría de los autores, en otros 12 casos la familia no reconocía ningún factor desencadenante.

CONCEPTO FAMILIAR DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD: DESENCADENANTES

Vacuna antivarólica	1
Traumatismo (1 m. de reposo)	2
Trauma afectivo severo (20 a.)	1
Estudio universitario	1
Obesidad	16
Fallecimiento	4
Inicio escolar	1
No saben	12
Separación temporal de la madre	9
Cambio de escuela	3
Discusión con su padre	1
Fracaso en estudios	1
Hacer mal olor	1

3. *Amenorrea*: En el 55% de los casos coincide con el inicio de la Anorexia Mental, en el 16% la precede y en el 25% la sigue. La amenorrea puede ser primaria o secundaria si tenía o no previamente la menstruación. La amenorrea no está ligada a la pérdida ponderal y normalmente es uno de los últimos síntomas en desaparecer, señalando la curación para algunos autores. Se inscribe en los trastornos de eje córtico-hipotálamo-hipofisario que acompañan a la conducta anoréxica.

De los 53 casos de amenorrea de nuestra

muestra, 10 de ellos, en menores de 13 años, no mostraban menarquia previa. Hay 5 varones en la muestra.

Junto a esta tríada básica existe un signo negativo importante que es la ausencia de trastornos mentales mayores que excluiría totalmente el cuadro de Anorexia Mental.

B) Entrevista dinámica

I) Actitudes psicológicas particulares

Este conjunto configura una constelación muy evocadora que no constituye, por sí misma, un trastorno mental específico. Aunque sí debe considerarse que existen ciertas actitudes psicológicas o psicopatológicas particulares que indican la presencia de conflictos psicológicos específicos de la Anorexia Mental.

1. *Desconocimiento de su delgadez*: Pone de relieve el trastorno de la percepción de la imagen corporal. El adelgazamiento produce bienestar y sensación de triunfo sobre su propio cuerpo, que les conduce a negar el peligro a que se exponen y facilita el trastorno de la realidad.

2. *Deseo de adelgazar y miedo a engordar*: Puede predominar uno u otro pero siempre están ambos presentes. Esto les lleva a tomar incesantemente medidas de control: pesarse después de comer, buscar las calorías de los alimentos, medir sus perímetros, etc.

3. *Actitud particular ante la comida y sus necesidades fisiológicas*: Esta conducta se inscribe en un contexto de negación y/o control de las necesidades fisiológicas del cuerpo. En relación al alimento se traduce en los siguientes aspectos: interés exagerado por la alimentación, tentativa de controlar su apetito con vómitos provocados y episodios bulímicos, sentimiento de placer ante la sensación de apetito, hiperactividad, falta de noción de fatiga, voluntades ascéticas y trastornos del sueño.

4. *Vida relacional*: Está marcada por: a.— Mantenimiento de una relación de dependencia con los objetos de investimento. b.— Tentativa de suplir esta dependencia por la negación de los lazos afectivos y de la necesidad

de ellos y por la voluntad de autosuficiencia.

5. *Sexualidad*: Es objeto de rechazo total tanto en el sentido fisiológico como en el deseo. Presenta una falta de investimento erótico del cuerpo y ausencia de masturbación. Si existe actividad sexual se realiza sin deseo, maquinalmente, y se inscribe en el contexto de dominio de sí misma. A menudo hay comportamientos de seducción.

II) Sintomatología

Los síntomas clínicos más frecuentes que hemos hallado en la entrevista con los pacientes son: depresión, normativización, actitud afectiva absorbente con celotipia, disociabilidad, introversión, apatía, dependencia materna, inhibición, hiperactividad, irritabilidad y pobreza afectiva, emocional e ideativa, pudor extremo. Las alteraciones del sueño se hallaron en 34 pacientes, repartidas en forma de: insomnio (18), pesadillas (5), bruxismo (1), cansancio al despertar (4) y sueño alterado (7).

En la entrevista dinámica, encontramos: No aceptación del rol femenino, desvalorización, debilidad yoica, faux self, inmadurez afectiva, impulsividad, conductas regresivas, amenaza de fuga, odio expresado, ansiedad, miedos, pudor extremo, afán de agradar.

En el análisis de los contenidos de los sueños se destacan los temas de muerte, asesinato, persecución, angustia, alimentación, abandono, accidente y dependencia materna.

El dibujo libre de nuestras pacientes anoréxicas es perfeccionista, no constando figuras humanas (o sólo constan las cabezas, o están de espalda o de perfil, o son estereotipadas) y con sentimientos de soledad; llenan toda la página y predominan los colores fuertes y las construcciones rígidas; son vacíos, infantiles, de trazo débil, repetitivos y agresivos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Anorexia.
- Amenorrea.
- Adelgazamiento con pérdida de 10 y el

25% del peso.

- Inicio anterior a los 25 años y posterior a la pubertad.
- Actitudes perturbadas respecto a la alimentación.
- Negación de la enfermedad.
- No aceptación de sus necesidades nutritivas.
- Deseos de adelgazamiento extremo.
- Conductas de manipulación y restricción de alimentos (vómitos, etc).
- Ausencia de enfermedad orgánica.
- Ausencia de enfermedad psiquiátrica mayor.
- Presencia de fobias ponderales, obsesiones, etc.
- Cierta hipertrichosis cuando la enfermedad está evolucionada.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

En nuestra muestra prácticamente no hallamos casos de psicopatología previa franca excepto en 4 pacientes, uno con psicosis depre-

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Sin antecedentes	26
Anorexia anterior. Intento suicidio	1
Tics, dishipnias, déficit escolar, mentiras, robos	3
Inhibición. Disociabilidad	7
Crisis aquinética. Fracaso escolar	2
Asma grave	2
Piromanía. Depresión	1
Alopecia areata	1
Tartamudez	2
Bronconeumonía	2
Miedo intenso	5
Operación	3
Dependencia madre	1
Cefalalgias. Abdominalgias	1
Aerofagia	1
Angustia de separación	3
Balanceo cabeza	1
Dislexia	1

OBSESIONES. TIPOS

Abrir-cerrar cajones	Subir-bajar escaleras
Encender-apagar luces	Religiosidad extrema
Idea obsesiva	Pudor exagerado
Ducharse con libro	Conductas. Actitudes
Lavar manos y dientes	Objetos en sitios concretos
Hábitos anancásticos	Sólo WC de casa
Tocar a madre cuando hermana la tocaba	Mirar TV de pie
Leer y escribir	Dormir sábana
Puerta	Potomanía
Limpieza	Orden
Dormir tapado	Pañuelo
Gotas nariz	Vaso noche

siva (15 a 1 m), dos con neurosis obsesiva (13 y 13 a 3 m) y uno con epilepsia (21 a).

La mayoría de nuestros pacientes no presentaban antecedentes psicopatológicos previos; en los que se hallaron, en general sobresalía la patología de inhibición.

Las fobias se presentaron en 26 de nuestros casos, siendo muy variadas, desde la fobia al color blanco hasta a los vasos y platos usados, pasando por los alimentos con hueso, limpiarse besos, etc.

FOBIAS. TIPOS

Color blanco	Aceitunas
Leche	Frutas con hueso
Agua de mar sucia	Limpia besos
Aceite	Alimento con hueso
Vaso, plato usado	Fitualización fóbica
Algún alimento	Tocarla
Tocar sus cosas	Ropa usada
Claustrofobia	Gente
Sangre	Ropa de otros. Faldas
Ascensor	Picor Ropa

Las obsesiones las hallamos en 25 de los 53 casos, presentándose principalmente en forma de: abrir y cerrar cajones, importante religiosidad, encender y apagar luces, pudor extremo, ideas obsesivas y hábitos anancásticos, etc.

FISIOPATOLOGÍA

Existe un gran número de perturbaciones metabólicas y fisiológicas secundarias a la res-

tricción alimenticia, al estado carencial resultante y en ocasiones a los vómitos y a la toma de laxantes y diuréticos en cantidades que pueden ser importantes y conducir a una situación de urgencia. Frecuentemente se constatará:

— Apariencia física significativa: piel seca, lanuga, uñas frágiles, signos de deshidratación y erosiones bucales sobretodo en los que vomitan. Presentan hiper胡萝卜素emia, extremidades cianóticas e intolerancia al frío. El fenómeno de Raynaud no es excepcional.

— Metabolismo basal inferior en un 20 al 40% al normal. Hipotermia constante. Colesterolemia elevada. Hipoglicemia moderada con sensibilidad a la insulina superior a la media. Insulinemia baja y el coma hipoglicémico es excepcional. Trastornos hidroelectrolíticos frecuentes después de los vómitos, el uso de laxantes o de diuréticos. La hipokaliemia puede ser importante pero bien tolerada y la azotemia está a menudo bien tolerada.

— Sistema cardio-circulatorio: hay una disminución del volumen sanguíneo con hipotensión y bradicardia. El ECG muestra un bajo voltaje del complejo QRS, con inversión de T y aplanamiento o depresión del segmento ST sin trastorno isquémico acompañante.

— Alteraciones hematológicas que muestran habitualmente una anemia hipocroma ferropénica o megaloblástica, y una leucopenia con aumento de linfocitos.

— Sistema endocrino. Revela un trastorno

funcional hipotálamo-hipofisario que se traduce en: disminución de hormonas tiroideas, nivel disminuido de hormonas ováricas, sobre todo progesterona, y en los casos de Anorexia masculina, se halla una tasa muy baja de testosterona.

Las exploraciones complementarias a que fueron sometidos los pacientes de nuestra muestra son las siguientes: tránsito gastroduodenal, radiología de cráneo, exploración heces, exploración tórax, enema opaco, fondo de ojo y audiometría.

El electroencefalograma se practicó en 33 casos, siendo normal en 28 de nuestros pacientes y se hallaron ritmos rápidos en 5 casos.

EVOLUCIÓN

No hay descritas remisiones espontáneas.

La Anorexia Mental puede llegar a cronificarse de tal forma que dure de 15 a 20 años. El peso es lo que fácilmente se normaliza y la amenorrea lo que se resuelve más tardíamente. El 50% presenta una vida social, profesional y sexual insatisfactoria. A menudo, se acompaña de fases de obesidad. El rendimiento escolar es brillante.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN NUESTRA PRIMERA VISITA

1m. - 3m.	7
3m. - 6m.	10
6m. - 1a.	9
1a. - 2a	13
+ 2a.	3
No consta	11

— Los enfermos se presentaron a la primera visita en nuestra consulta cuando llevaban de un mes a dos años de evolución de la enfermedad. La mayor frecuencia fue de uno a dos años de evolución.

— El rendimiento escolar es brillante en 25 de nuestra muestra, normal en 12 y bajo en 12; no consta en 4 casos.

— La evolución ponderal de nuestra muestra consistió en: una mejoría inicial (29 casos),

un empeoramiento a mitad del tratamiento (18 casos) y una estabilización en bajo peso; (20 casos) apareciendo 11 casos de mala evolución ponderal.

— La evolución de la enfermedad en nuestra serie fue de un mínimo de 13 meses y un máximo de 3,1 años, con una duración media de casi 2 años (22 m).

— Los síntomas psiquiátricos se abigarran y pueden evolucionar a patologías diversas, no existiendo una estructura clara. A veces hay una psicotización progresiva del comportamiento. Presentan episodios depresivos en el 70% de los casos.

— En nuestra muestra, la evolución fue positiva en 35 de los 53 casos. 15 no evolucionaron correctamente debido a que abandonaron el tratamiento, y de los tres restantes, uno cayó en una depresión psicótica y los otros dos no practicaron la separación ambiental recomendada.

— La muerte intercurrente aparece en el 5% de los casos. El suicidio en el 20% de más de 18 años y en el 15% entre los 15 y 18 años.

PRONÓSTICO

El pronóstico se presenta más favorable si el inicio de la Anorexia Mental ocurre en la adolescencia (12-15 años), si se precede de un incremento ponderal antes del inicio o si existe un trauma psicológico anterior. Menos importantes son la existencia de manifestaciones histéricas o de un estado de sufrimiento, la ausencia de hiperactividad, el reconocimiento del hambre y una familia poco numerosa.

El pronóstico será desfavorable si se inicia después de la adolescencia, si hay múltiples hospitalizaciones previas y de larga duración, si se acompaña de manifestaciones obsesivas importantes y si muestra una negación total de su enfermedad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. *Enfermedades orgánicas.* El diagnóstico diferencial se establece frente a: Tumores del

sistema nervioso central; Enfermedad de Crohn; Enfermedad de Addison; Síndrome de Turner (rara) y Cuadros infecciosos (tuberculosis, brucelosis, etc).

2. *Enfermedades psiquiátricas*. La ausencia de cualquier otra patología psiquiátrica entra en los criterios de diagnóstico de la Anorexia. Según la sintomatología anterior al inicio de la Anorexia se podrá establecer el diagnóstico diferencial.

EPIDEMIOLOGÍA

La Anorexia Mental está aumentando su frecuencia en las sociedades occidentales.

Nylander (1971), en Suecia, señala una frecuencia de 1/500 en adolescentes y Schawabe observa un índice de 1/200 en las sociedades occidentales.

ETIOPATOGENIA

1. *Psicodinámica*

Se sitúa la perturbación fundamental de la estructura de estos pacientes en relación a las dificultades precoces de la organización de la personalidad y también en relación al fracaso que significa la pubertad, para cada uno de ellos, por no disponer en este estado fundamental del desarrollo, de recursos suficientes en el aparato del Yo, para investir el conjunto de pulsiones que aparecen en la pubertad, preadolescencia y adolescencia; y, en función de estas pulsiones, poder elaborar y estructurar una organización psicoafectiva reforzante del conjunto global de su personalidad, para asumir la totalidad de la individuación. Todo ello plantea cuales son las características o los problemas que configuran la personalidad previa. Son niñas con una eficacia importante respecto a las expectativas ambientales, familiares y escolares; extraordinariamente sometidas y normativizadas, con conductas adultizadas de mayor expresión en el ámbito familiar. Estas conductas, asocia-

das a otras características semejantes, configuran un comportamiento descrito por algunos autores como «comportamiento prudente». Como ya es sabido, dicho comportamiento es el niño que, de acuerdo con las teorías madurativas del análisis kleiniano, se encuentra anclado en la posición depresiva del Yo y mantiene una dependencia hacia la figura materna. Esta dependencia, aunque sin tomar las características de una relación simbiótica (agresividad, culpabilización, identificación), configura una estructura de estilo depresivo-ansioso en la que la dependencia será ambivalente madre-hija, hasta la situación de «faux self» normativo, de función limitante y que responde a las exigencias preverbiales no expresadas por el ambiente, pero que se cumplen satisfactoriamente a través de la niña. Esta, debido al bloqueo y a la concesión permanente a los deseos normativizantes del ambiente, no consigue elaborar una personalidad, una individuación, o un Yo lo suficientemente fuerte que le permita, en sus primeras fases, romper con la dependencia y elaborar los investimentos libidinales necesarios, y posteriormente ser capaz de adaptarse en función de las sucesivas exigencias de cada uno de los estadios de desarrollo.

A su vez, debemos señalar que la duración que tenga el síndrome anoréxico y la respuesta que produzca en el medio ambiental y familiar en que se sitúa modifica la estructura de este medio. Se producen un conjunto de cambios que actuarán de distinta forma en el contexto evolutivo del síndrome anoréxico y repercutirán sobre el pronóstico.

La Anorexia, en primer lugar, vendrá a constituir una conducta autónoma individual en el contexto dinámico en que aparece. Significará una modificación y una perturbación importante en las estructuras ya establecidas; y a través de su evolución y organización, constituirá un elemento dinámico perturbador y organizador del ambiente.

La aparición de la Anorexia o de sus modalidades evolutivas, deberá ser valorada como el resultado variable de esta organiza-

ción premórbida, completamente fundamental y con gran potencia en el conjunto etiopatogénico. Existirán otros elementos con posibilidades potenciales que no serán suficientemente convincentes en cuanto a responsabilidad etiológica primaria, pero con carácter agravante en algunos casos. Se hallan acontecimientos de carácter somático entre los que, sin duda, la pubertad constituye un elemento principal, y que configuran una necesidad urgente de capacidad organizadora para la conducta anoréxica. Esto último debe considerarse como muy valorable en relación al pronóstico y para decidir las medidas terapéuticas.

La función dinámica y estructurante de la adolescencia conferirá una potencialidad organizadora en sí misma de la estructura de la personalidad, debiendo considerarse en los procesos de integración que están ocurriendo en la aparición y apoyo del proceso anoréxico. Parece, como señala Brusset, que el proceso anoréxico viniera a subvertir progresivamente la personalidad para conformarla al mismo modelo, a una misma forma de respuesta.

La sintomatología más frecuente acompañante en la primera fase (pre mórbida) en nuestra muestra fue: «niño prudente», irritabilidad, obsesividad, fantaseo referencial, dependencia y despersonalización. Mientras que los síntomas menos frecuentes fueron: disociabilidad, distimias, inseguridad, inhibición, neurosis obsesiva, depresión e insomnio.

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo normal.....	45
No deseado.....	3
Mal aceptado.....	1
Accidentado.....	3
Hemorragias.....	1
Parto normal.....	47
Distocia. Cesárea.....	2
Anoxia. Cesárea.....	1
Fórceps.....	2
Reanimación.....	1

De los antecedentes obstétricos de nuestra muestra, casi todos los partos fueron eutócitos y con embarazos normales.

El período posterior al parto, en casi todos fue normal excepto 2 casos de anorexia neonatal y uno con balanceo de cabeza. La evolución psicomotriz la hallamos normal en 48 casos. 4 pacientes presentaron torpeza psicomotriz en su infancia y otro hipotonía muscular.

Respecto al lenguaje, sólo 2 pacientes presentaron una dislalia, 3 tartamudez y 1 palilalia.

Referente a los organizadores de Spitz, el primero de los cuales es el desarrollo de la respuesta social de la sonrisa hacia el final del tercer mes de vida y el segundo, la angustia de los 8 meses, ambos fueron normales.

Se encontraron 6 casos de enuresis, 3 de ellos secundaria y 3 primarias prolongadas.

2. Familiar

La familia de la anoréxica es disfuncional. La perturbación relacional dinámica en este grupo se sitúa, a semejanza de los esquemas de perturbación propios de las familias psicósomáticas, en aquellas en que se aprecian los factores de déficit de individuación con persistencia importante de la dependencia madre-hija. Las interacciones entre los comportamientos de sobreprotección, rigidez e intolerancia por una parte y los conflictos por otra, a través de comportamientos de evitación y de dejar pendientes de resolución los conflictos relacionales de ansiedad, sería todo el grupo de características fundamentales de este esquema familiar alterado, cuyo rol aparente activo es llevado a cabo por la madre y el inoperante, pasivo, por el padre.

El conjunto categorial de estos comportamientos se traducen en la creación de fronteras débiles entre los individuos, y por la existencia de una ausencia de diferenciación interpersonal en los subsistemas familiares. No existe vida privada en cada uno de los miembros y se aprecia dentro del conjunto una hipersensibilidad e hiperactividad de

cada miembro frente a la tensión o a la acción de los demás individuos del conjunto.

En este contexto, los autores que abordan este tipo de comprensión de la Anorexia Mental interpretan que el síntoma de la Anorexia Mental podría ser un intento final de proteger a la familia por parte del paciente.

Según estos autores, el factor clave que conferiría síntomas específicos sería la implicación del paciente en el conflicto parental, el cual sería totalmente insoportable para él; a su vez, los padres transforman sus dificultades de pareja en problemas de su hijo. El conflicto conyugal se transformará en un conflicto expresado a través de las funciones parentales, por lo que se pondrán en marcha un conjunto de actitudes transaccionales que tendrán como finalidad conseguir con la niña una alianza defensiva frente a la pareja. Esta triangulación es inestable y la coalición donde ésta consigue su estabilidad es el camuflaje para la pareja conyugal, la cual puede a partir de este momento, presentarse muy unida y como si su único problema fuera la enfermedad del niño.

El padre presenta un rol totalmente simbólico y carente de autoridad, con un Yo débil, siendo investida la autoridad por la fuerza de la madre. Esta presenta una dependencia e identificación con la niña, y la perturbación dinámica es tan intensa y evidenciable a través de manifestaciones que aparecen en la madre cuando se instituye, por ejemplo, la separación familiar, que parece que los posibles trastornos de tipo triangular padre-madre-hijo, son más una situación accidental por falta de actitud paterna reforzante y estructurante del rol de la madre, que no realmente de responsabilidad etiopatogénica.

Los antecedentes familiares de nuestra muestra en su gran mayoría no revisten interés. Solamente en 18 casos se halla una patología relevante.

El estrato social predominante, teniendo en cuenta que nuestros pacientes se han obtenido de un medio hospitalario y de consultas privadas, fue la clase media 16 y media-alta

ANTECEDENTES FAMILIARES

No constan.....	35
Madre anoréxica puberal. Psicopatía	
tio paterno.....	2
Madre celotipia severa.....	1
Tía paterna suicida.....	1
Madre depresiva.....	5
Abuela depresiva e hitérica.....	1
Madre ansiosa, histérica y prediabética.....	2
Hermano depresivo, ansioso, fóbico	
y disléxico.....	4
Separación padres.....	1
Bisabuela suicida.....	1

16; alta 3, baja cualificada 5 y baja 3.

La presencia de muerte en la familia dato no estudiado en otros trabajos, se halló en 19 casos. Se reparte de la siguiente forma: muerte hermano mayor 4, muerte padre o madre 1, muerte abuelo/a 6; abortos anteriores 3 y posteriores 5.

PSICOPATOLOGÍA

1. *Psicopatología individual*

Existe un estilo relacional y modalidades de funcionamiento mental, característicos de la Anorexia Mental, que se inscriben en una personalidad premórbida particular y marcan la vida afectiva y relacional de estos pacientes más allá de la desaparición de los síntomas.

En el curso de la historia el acento se pondrá sucesivamente en la naturaleza de los fantasmas y el conflicto pulsional subyacente al síntoma, para desplazarse después sobre la patología de la organización de la personalidad en sí misma.

El conflicto pulsional se manifiesta con la evitación de la sexualidad genital y la erotización de las conductas alimenticias.

El Simposium de Göttingen (1965) implicó un giro en la concepción psicopatológica de la Anorexia Mental. Las conclusiones fueron las siguientes: la Anorexia Mental es una estructura específica; el conflicto esencial se si-

túa en la esfera corporal y no en las funciones alimenticias sexualmente investidas; expresa una incapacidad de asumir el rol genital y las transformaciones corporales propias de la pubertad.

H. Bruch considera que el trastorno fundamental es una alteración de la imagen corporal, secundaria a perturbaciones de la percepción interoceptiva, y que estas perturbaciones son debidas a trastornos en los primeros aprendizajes en los que la madre impone sus propias sensaciones y necesidades. Así, la identidad de la niña se fragiliza y depende del entorno junto con sentimientos de impotencia, ineficacia y dependencia. El rasgo esencial de la Anorexia Mental es la lucha por la autonomía y la reconquista de un sentimiento de eficacia ejercido por el control del cuerpo.

Diferentes estudios psicopatológicos remarcan la problemática de la identidad en la Anorexia Mental, señalando la importancia del conflicto dependencia-autonomía y la vulnerabilidad fundamental de la anoréxica. El efecto destructor de la Anorexia Mental no es buscado en sí mismo, sino que es la consecuencia del uso del sentimiento de autonomía, necesidad psicológica indispensable para la supervivencia. Con ello, la anoréxica se encuentra más dependiente del entorno del cual ella quiere liberarse.

Los conflictos de identificación provocan un movimiento de desinversión de las relaciones objetales y un empobrecimiento del funcionamiento mental y de las capacidades imaginativas y asociativas.

El proceso anoréxico se acompaña de una sensación megalomaniaca ligada al control de sus necesidades, al sentimiento de autosuficiencia y a la satisfacción de autoengendrar su imagen ideal. Este fantasma de dominio total comporta un clima maniaco que provoca la conducta anoréxica. El cuerpo femenino pulsional está reducido a su funcionalidad y es objeto de dominio total.

La anoréxica tiene poca capacidad de introspección: no «insight», intolerancia a las interpretaciones; tampoco tiene capacidad de proyección y de manejo de la agresividad, tradu-

ciéndose, ésta, en una impersonalización de las relaciones por el recurso a la racionalización y a la realidad objetiva como negación del mundo interno.

El acceso bulímico realiza la satisfacción pulsional en sus modalidades más represivas; los componentes orales y anales de la libido y de la agresividad le dan un recurso y puede conducirlo a los límites de la despersonalización.

A continuación presentamos la sintomatología más frecuente de la segunda fase, o de estado, que encontramos en nuestra serie, destacando las fobias, obsesiones, irritabilidad, agitación, ansiedad, inhibición, dependencia, tristeza, autoagresividad, hiperactividad, disociabilidad, distimias, ideas de muerte, alteración imagen corporal y uso de laxantes.

Otros síntomas menos frecuentes encontrados son: oralidad destructiva, vómitos-mareos, aislamiento, tr. atención, déficit noción realidad, inseguridad, rechazo rol femenino, celotipia, agresividad, apatía, anhedonia, culpabilización, regresión, tr. sueño, tiranización y labilidad emocional.

La sintomatología acompañante de la tercera fase, o de caquexia, en nuestra muestra son: pasividad, apatía, bloqueo, disafectividad —desapego, inhibición, fobias y obsesiones. Otros síntomas no tan frecuentes de esta tercera fase son: tristeza, llanto fácil, fatiga, náuseas, vómitos, mareos, aislamiento e impulsividad.

La prueba efectuada para la obtención del coeficiente intelectual fue el WISC, destacando un importante subgrupo de CI normal-medio (25 casos) al igual que CI superior (25 casos), a diferencia de lo señalado por la mayoría de autores que tan sólo destacan el CI superior; los resultados son armónicos o con un relativo déficit verbal ligero. En cuanto al perfil aptitudinal (Bender, Fig. Comp. Rey) no encontramos hallazgos relevantes: déficit memoria visuo-espacial en 7 casos, e incapacidad analítica en 4.

En la exploración psicopatológica y entrevista dinámica de nuestra serie se recoge: una personalidad depresivo-ansiosa, autoagresivi-

dad, déficit proyectivo, sentimientos de culpa, bloqueo afectivo, negación yoica y personalidad fóbico-obsesiva.

Los tests y cuestionarios de personalidad administrados fueron los siguientes: test de la familia, HTP y TAT, Pata negra, Arbol, Garabatos; Bell, Guilford-Benreuter, Rosenzweig, MMPI, EPI y TAMAI.

Las características de personalidad encontradas en el test de la Familia fueron la inhibición, identificación materna, rivalidad fraterna, autodesvalorización, carencia afectiva, regresión, sentimiento de culpabilidad, rigidez y rechazo del rol femenino.

Los resultados obtenidos en el HTP, test de la casa, el árbol y la persona, en los 46 casos en que se administró, destacaron por orden de frecuencia: dependencia, ansiedad, aislamiento, inseguridad, Yo débil, control, indecisión, culpa, agresividad y presiones ambientales.

En las respuestas del TAT se pusieron de manifiesto figuras parentales agobiantes, sentimientos de culpa, ansiedad, inhibición, carencia afectiva, noción de abandono e ideas de muerte.

En el test de Pata Negra apreciamos rasgos como tendencias no asumidas, agresividad reprimida, inadaptación familiar, culpa, bloqueo aislamiento, dependencia y sentimientos de abandono.

En el test proyectivo del árbol de Koch (Corman), sobresale la inhibición, inseguridad, represión, inadaptación, culpa, rigidez, susceptibilidad y carencia afectiva.

El hallazgo más frecuente del test de Garabatos (Corman) es la agresividad manifiesta con tendencia al aislamiento e inhibición.

En el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell: adaptación familiar normal en 19 casos y en 9 anormal; adaptación social normal en 15 y anormal en 13; emocional, en 1 caso normal y en 9 anormal; y la adaptación a la salud fueron 16 casos normales y 12 anormales.

En el cuestionario de personalidad de Guilford destaca la hipersensibilidad y la descon-

fianza, deseo de dominio, represión emocional, timidez e impulsividad.

De mayor a menor frecuencia se puede observar las características de la personalidad en nuestros pacientes a los que se les administró el cuestionario de Bernreuter: tendencia a sumisión, dependencia, inestabilidad emocional, introversión y tendencia a la soledad.

En el cuestionario de Rosenzweig mostraron falta de iniciativa, noción de culpa, inadaptación social, bloqueo, inhibición y autoagresividad.

En el Inventarios de Personalidad del Minnesota, MMPI, destacan la depresión, inseguridad, mecanismos defensivos, tensión emocional, aislamiento, somatización, ansiedad, conformismo, sumisión, perfeccionismo, hipersensibilidad, introversión, apatía e indiferencia.

En el cuestionario de EPI, se remarca la estabilidad emocional, introversión, ansiedad, depresión, retraimiento e hipersensibilidad.

En el TAMAI: adaptación personal normal en 1 caso y en 6 anormal; adaptación escolar normal en los 7 casos aplicados; social, en 2 casos normal y en 5 anormal; y la adaptación familiar fueron 2 casos normales y 5 anormales.

2. *Psicopatología familiar*

Aquellas teorías que enfocan la explicación etiopatogénica del síndrome de la Anorexia Mental como expresión individualizada de una perturbación psicopatológica global del conjunto familiar, destacan unas características comportamentales de cada uno de los distintos individuos del conjunto familiar.

a. *Madres.*

Las madres, por una parte, son descritas como dominantes e incluso tiránicas, poco calurosas o expresivas de afectividad, rígidas, contradictorias y que evitan la expresión de sentimientos positivos y manifestaciones emocionales. Al mismo tiempo, existe otro grupo de madres que presentan una personalidad de tipo fóbico, con formaciones reactivas asociadas, que, a veces, puede ser de tipo obsesivo. Por último, la tipología más frecuente, se re-

fiere a aquellas que se caracterizan por ser madres en las que predominan las manifestaciones de tipo depresivo, manifiestas o latentes, y que muchas veces parecen ser la causa aparente de no haber favorecido la independización de la paciente en las primeras épocas de su vida. En este último grupo de madres, su ansiedad no les permite soportar la angustia de separación o de ausencia que siente el niño a partir del octavo mes de vida; y esta incapacidad sostiene los lazos de dependencia, no permitiendo que la angustia de separación constituya, como debe ser, la base de la futura individuación del niño.

Las características más sobresalientes que hemos hallado en la madre de nuestras pacientes fueron: el temor a la muerte de sus hijos, sueños de muerte, dependencia respecto a su propia madre, sobreprotección, ansiedad y personalidad anulada. Siendo las características menos frecuentes: nerviosismo, exigencia, impulsividad, conflictiva-histérica, malos tratos, disafectividad, miedo a soledad, claustrofobia, cefalalgias, culpa, introversión y depresión.

b. *Padres.*

La revisión de la literatura destaca el rol fundamental del padre en la Anorexia Mental. Aquellos que consideran que la perturbación fundamental etiopatogénica es la perturbación psicopatológica global del triángulo familiar, son los que mejor describen las características comportamentales del padre. Padres de carácter y personalidad débil, sometidos totalmente a la dominación de la madre, con una absoluta incapacidad de dar una noción de autoridad o de vivenciar o expresar sentimientos de hostilidad, jugando un papel totalmente pasivo que produce en su grupo familiar unas reacciones de estructuración específicas.

Referente a la figura paterna, las características más relevantes halladas en nuestra caústica son: la de ser un padre «nutridor» supliendo las funciones de la madre, con personalidad débil, dominante-exigente, agresivo, rígido y dependiendo de su propia madre.

Acompañan a las anteriores características del padre pero con menor frecuencia la no conciencia del problema, fobia a los ruidos, introversión, separación, sentimientos de culpa y rivalidad.

c. *Hermanos*

Siguiendo en el ámbito de la valoración psicopatológica familiar, normalmente no se encuentran problemas significativos que no sean los habituales en la dinámica relacional entre hermanos. En algunos casos en que existan discretos conflictos, estos responderían a causas independientes de la Anorexia Mental.

Es de destacar que el número de hijos en nuestras familias que presentaron un paciente con Anorexia Mental, oscilaron entre 2 y 4 hijos; los casos con hijo único —2— fueron clara minoría, lo contrario de lo que afirman varios autores.

La situación de nuestros pacientes en la fratría fue mayoritariamente como segundo hijo —26— y con un hermano menor —15—.

SITUACION EN LA FRATRIA

Hijo único		2
Hijo mayor		15
Hijo 2.º		26
1.º Varón	6	
1.º Hembra	20 (Gemela 1)	
Más de un hermano mayor		13
Un hermano más pequeño		25
Varón	12	
Hembra	13	
Hijo menor		23

TRATAMIENTO

El enfoque terapéutico se desarrolla en diversas pautas. Por una parte, se considera como condición indispensable la hospitalización o separación ambiental del paciente, buscando un aislamiento total del medio familiar a fin de enfrentar y romper en este paciente su dependencia y crear una situación de exigencia de individuación. Muchas veces, la hospi-

talización se usa como intermedio para conseguir una familia sustituta que se haga cargo de la niña. En otros casos, se aprovechará la hospitalización para efectuar una realimentación que si presenta una pérdida ponderal excesiva, será forzada mediante sonda nasogástrica. La alimentación parenteral es una medida excepcional.

La permanencia en medio hospitalario acostumbra a oscilar entre 3 y 6 semanas, sin salir de la sala, tolerando únicamente los desplazamientos necesarios para efectuar exploraciones o entrevistas con la paciente. Al personal de la sala se le da una normativa tendente a evitar actitudes de sobreprotección o de agobio y facilitar una actividad ocupacional que favorezca su inserción en ella.

La parentectomía en medio familiar es radical y de una duración que oscila entre 6 y 11 meses, y cuya finalización está ligada a la evolución de la psicoterapia que se establece con la paciente, habitualmente dos sesiones semanales, a partir de su ingreso en el hospital. En determinados casos se establece un soporte terapéutico a la madre.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Antidepresivos:

Sulpiride	8
Imipramina	10
Clorimipramina	10
Amitriptilina	8
Otros:	
Ciproheptadina	20
Thioridazine	2
Clorazepato dipotásico	2
Levomepromazina	2

El tratamiento con antidepresivos tricíclicos es excepcional. Las pacientes que se tratan con antidepresivos, no presentan ninguna diferencia significativa en cuanto a la evolución terapéutica respecto a las que no se les ha administrado, incluso parece que el acceso y la evolución psicoterapéutica ha sido más laboriosa y se ha prolongado la evolución global de las pacientes y su resolución con la aparición de la menstruación.

18 de nuestros casos precisaron ingreso hospitalario que duró desde una semana a dos meses, siendo necesaria la alimentación forzada mediante sonda nasogástrica en sólo 5 pacientes. La separación ambiental fue la norma en casi todos nuestros casos —39— oscilando desde varios días a un año y medio.

El método terapéutico de la relajación solamente se efectuó en 6 casos de toda la muestra. La psicoterapia individual —42 casos— se efectuó en dos sesiones semanales, con técnica de apoyo, elaboración de fantasía y reidentificación del rol femenino.

El tratamiento psicofarmacológico, generalmente mediante antidepresivos, se administró a 44 pacientes, algunos de los cuales tomaron más de un fármaco en el curso del tratamiento.

Bibliografía

- ALEXANDER, R.D.: Psychosom. Med. N.W. Norton, Nueva York, 1950.
- AJUARIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría infantil*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1977.
- ANTONELLI, F. y GUANTIERI, G.: *Anorexia e Obesita*. Atti del Secondo Congresso Nazionale Della Società Italiana Di Medicina Psicossomatica; Verona, 18-20 Aprile, 1969.
- BAKAN, R.: *Anorexia y cinc*. The Lancet (ed. esp.) vol. 6, n.º 2, 1985.
- BARCAI, A.: *Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Am. J. Psychiat. 1: 3, 286-290, September, 1971.
- BERLIN, I.M. y otros; *Adolescent Alternative of Anorexia and Obesity*. American Journal Orthopsychiatry, XV, 65, 1945.
- BUEUMONT, P.J., GEORGE, G.C.W. y SMART, D.E.: *Dieters and vomiters and purgers in Anorexia Nervosa*. Psycholog. Med., 6: 617, 1976.
- BEUMONT, P.J. y WEIR, P.: *Clinical presentations of Anorexia Nervosa*. Abstracts VI World Congress of Psychiatry, pág. 148, Honolulu, 1977.
- BIERMANN, G.: *Tratado de Psiquiatría infantil*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1978.
- BINSWANGER, L.: *Artículos y conferencias escogidas*. Ed. Gredos, Madrid, 1973.
- BINSWANGER, L.: *The case of Ellen West*. En R. May., E. Angel y H. Ellen Berger (compiladores). Existence, N. York, págs. 237-364, Basic Books, 1958.
- BLISS, E. y BRANCH, Ch.: *Anorexia Nervosa*. N.

- York. Paul B. Hocher, 1960.
13. BRANCH, C.H.H. y FURMAN, L.J.: *Social attitudes toward patients with Anorexia Nervosa*. Am. J. Psychiatry, 137/5: (631-632), 1980.
 14. BRUCH, H.: *Perils of behavior modification in treatment of Anorexia Nervosa*. JAMA: Vol. 230 (10): 1.419-1.422, Dec. 1974.
 15. BRUCH, H.: *Anorexia Nervosa and its Differential Diagnosis*. J. Nerv. and Ment. Dis. 141: 555-556, 1966.
 16. BRUCH, H.: *Family transactions in eating disorders*. Comprehensive Psychiatry, Vol. 12 (3): 238-248, May, 1971.
 17. BRUCH, H.: *Eating disorders*. N. York. Basic Books, 1973.
 18. BRUCH, H.: *La obesidad en la adolescencia*. En Psicología social de la adolescencia, de Caplan y Lebovici. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
 19. BRUCH, H.: *Death in Anorexia Nervosa*. Psychosom. Med., Vol. 33 n.º 2, 135-144, March-April 1971.
 20. BRUCH, H.: *Perceptual and conceptual disturbances in Anorexia Nervosa*. Psychosom. Med. XXIV, 187-194, 1962.
 21. BRUSSET, B.: *La Anorexia: Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente*. Col. Nueva Paideia. Ed. Planeta, Barcelona.
 22. BRUSSET, B. y JEAMNET, P.: *Episodes of bulimia in the development of Anorexia Nervosa in the adolescent*. Revue de Neuropsychiatrie Infantile e d'Hygiene Mentale de l'Enfance, Vol. 19 (11): 661-690, Nov. 1971.
 23. CERVERA, S., CASANOVA, J., AGUIRRE, M., LAHOR-TIGA, F. y GURPEGUI, M.: *Anorexia Nervosa: Análisis fenomenológico-estructural a través del test de Szondi*. Ed. Roche, Madrid, 1984.
 24. CRISP, A.H.: *Anorexia Nervosa*. Hospital Medicine, 1: 713-718, 1967.
 25. CRISP, A.H., HARDING, B. y MCGUINNES, B.: *Anorexia Nervosa psychoneurotic characteristics of parents; relationship to prognosis: A quantitative study*. J. of Psychosom. Res., Vol. 18 (8): 167-173, Jun. 1974.
 26. CRISP, A.H. y KALUGY, R.S.: *Aspects of the perceptual disorder in Anorexia Nervosa*. Br. J. Med. Psychol. 47: 349, 1974.
 27. CRISP, A.H.: *Anorexia Nervosa: Let me he*. London, Academia Press, 1980.
 28. CHINCHILLA, A.: *La Anorexia Nervosa*. Ed. Servicios de bibliografía médicas de Perre Internacional, S.A. DLB. 3.402, 1983.
 29. DALLY, P.: *Anorexia Nervosa*. Ed. William Heine-mann Medical Books Limited, London, 1969.
 30. DACOURT, J.: *L'Anorexie Mentale (cachexie psychodocrienne de l'adolescence)*. Strasbourg, Med. 114, n.º 5, 233-247, 1964.
 31. DELAY, J.: *La narco-analyse d'une Anorexie Mentale*. Presse Med., 57: 577, Juin, 1949.
 32. *DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Toray Mosson, 1984.
 33. DUBOIS, F.S.: *Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa)*. Am. J. Of Psychial., 106-107, 1949.
 34. EY, H.: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1979.
 35. PEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, SB. y otros: *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiat. 26: 57-63, 1972.
 36. GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E.: *Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Guilford Press, N. York, 1985.
 37. GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M.: *Anorexia Nervosa*. Brunner Mazel Publishers; N. York, 1982.
 38. GULL, Sir W.W.: *Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*. Transaction of the Clinical Society of London, VII, 22-28, 1874.
 39. HALMI, K.A., POWER, P. y CUNNINGHAM, S.: *Treatments of Anorexia Nervosa with Behavior Modification*. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 32, 93-9, Jan. 1975.
 40. HILL, O.W.: *Anorexia Nervosa*. Modern Trends in Psychosom. Med., 3, Ed. by Hill, Butterworths, London, Boston, 1976.
 41. HSU, I.K.G.: *Outcome of Anorexia Nervosa*. Arch. Gen. Psychiat., 37: 1.041-3.046, 1980.
 42. JEAMNET, Ph.: *L'Anorexie Mentale*. Encycl. Med.-Chir. Paris. 37350 A¹⁰-2, 1984.
 43. JONES, D.J. et al: *Epidemiology of Anorexia Nervosa*. In Monroe County, N. York: 1980-1976. Pshycho-som. Med., 42: 551-558, 1980.
 44. KANNER, L.: *Psiquiatría Infantil*. Ed. Siglo XX, Buenos Aires.
 45. KAY, D.W.K. y LEIGH, D.: *The natural history, treatment and prognosis of Anorexia Nervosa, based in study of 38 patients*. Journal of Mental Science, 100: 411-431, 1954.
 46. KESTEMBERG, E.: *L'Anorexie Mentale*. Rev. Med. Psychosom., 10, n.º 4, 452-460, 1968.
 47. KESTEMBERG, E., KESTEMBERG, J. y DECOUBERT, S.: *El hambre y el cuerpo*. Ed. Espasa-Calpe, S.A., Madrid, 1976.
 48. LABOUCARIE, J. y BARRES, P.: *Les anorexies mentales*. E.M.C. —Psychiatrie, 3, 1970, 37350 A¹⁰.
 49. LAPLANE, R.: *Anorexie de l'enfant et de l'adolescent*. E.M.C., 4.101 G⁴⁰, 2, 1986.
 50. LASEGUE, CH.: *De l'Anorexie Hystérique*. Archives Generales de Medecine, Vol. XXI pág. 385-403, Avril, 1873.
 51. LOPEZ IBOR, J.J.: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Ed. Gredos, Madrid, 1966.
 52. LOLPEZ IBOR ALIÑO, J.J. y LOPEZ IBOR, J.J.: *El cuerpo y la corporalidad*. Ed. Gredos, Madrid 1974.
 53. MARCO, J.: *Ascétismo et intellectualization: Conduites de defense contre l'angoisse dans l'anorexie mentale*. Those Médecine, Toulouse, 1968.

54. MARTI, C., BOSCH, J., VILARDELL, E., CALAF, J., CABERO, A. y VELAZQUEZ, L.: *Anorexia Nervosa*. Rev. Jano, n.º 586, Oct. 1983.
55. MEYER, J.E. y FELLMANN, H.: *Anorexia Nervosa*. Symposium am 24/25 April 1975, in Göttingen, Georg. Thieme Verlag edit., Stugart 1965.
56. MORELL, S.: *Anorexia Nervosa: Revisión teórica y estudio de 46 casos*. Tesina de licenciatura. Director Sánchez Turet; M. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología, 1985.
57. MORTON, R.: *Phthisiologia or a Treatise of Consumptions*. 2nd. Ed. London 1720.
58. O'PLANGAN, P.M.: *A possible New Treatments of weight loss in affective disorders and Anorexia Nervosa*. Brit. J. Psychiat. 1976.
59. OTIN, J.M., SARRO, B.: *Abordaje psicoterápico y dietético en la Anorexia Nervosa*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. Tomo XVII, n.º 3. Jul-Set. 1965.
60. POROT, M., COUBERT, A.J. y FLEMAT, M.: *Les significations d'une Anorexie Mentale*. La Revue de Medecine. V-14, 33: 2.123-2.130, 1973.
61. RUSELL, G.F.M.: *Anorexia Nervosa: Its identity as and illness and its treatment*. In modern trends in Psycholog. Med. Ed. J. 11. Price. pp. 131-164. Butterworths; London 1970.
62. RUSSELL, G.: *The current treatment of Anorexia Nervosa*. Brit. J. Psychiat. 138: 164-166. 1981.
63. SANCHEZ PLANELL, L.: *Trastornos de la alimentación*. Medicine n.º 69 Psiquiatría II. Pág. 2.867.
64. SCHNEIBER, K.: *Psicopatología clínica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1975.
65. SELVINI, M.P.: *L'anoressia mentale*. Biblioteca de Psichiatria é de psicologia clinica. Feltrinelli ed. Milan 1963. 66. SELVINI, M.P.: *Interpretation of mental anorexia*. In Anorexia Nervosa: Symposium am 24/25. April 1965 in Göttingen. pp. 96-103. Ed. by J.E. Meyer and H. Peldmann. Thisme, Stugart.
67. SELVINI PALAZOLI, M.: *Psicoterapia de la anoressia mentale: Accorgimenti tecnici e difficoltà*. *Anorexia e obesita*. S.E.M.P.; Verona, 18-20 Aprile 1969.
68. SELVINI PALAZOLI, M.: *The family with the anorexic patient: A model system*. Archivio de Neurol. Psicol. y Psiq. Vol. 33 (4) Jul. 1972.
69. SCURS, J.A.: *The anorexia nervosa syndrome*. J. Psychoanal. 55: 567-579, 1974.
70. SCHOTZE, G.: *Anorexia Mental*. Ed. Herder, Barcelona. Biblio. de Psicología n.º 117, 1983.
71. THEANDER, S.: *Anorexia Nervosa*. Act. Psychiat. Scand. Supple. 214, 1970.
72. THOMA, H.: *Anorexia Nervosa*. Stugard 1961.
73. TOLSTRUI, K.: *La Anorexia Nerviosa: una enfermedad psicósomática típica de la pubertad y de la adolescencia*. Rev. Sandoz, Vol. 21 n.º 2/3, 1983.
74. SHITE, J.H. y SCHNAULTZ, N.L.: *Successful treatment of Anorexia Nervosa with imipramine*. Dis. Nerv. Sys. 38: 567-568, 1977.
75. ZUTT, J.: *Psiquiatría antropológica*. Ed. Gredos, Madrid, 1974.