

Universidad de Palermo  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Trabajo Integrador Final

Descripción de un caso de Anorexia Nerviosa desde un Modelo Integrativo

Elisa Novellis

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>2</b>
2.1. Objetivo General.....	2
2.2. Objetivos Específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico.....</b>	<b>3</b>
3.1. Trastornos de alimentación.....	3
3.2. Anorexia Nerviosa.....	4
3.3. Sintomatología y manifestaciones clínicas.....	6
3.4. Causas.....	9
3.5. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad.....	11
3.6. Modelo integrativo.....	13
3.7. Intervenciones integrativas a los trastornos alimentarios.....	15
3.7.1. Proceso de admisión.....	16
3.7.2. Fases e intervenciones en el tratamiento.....	19
<b>4. Metodología.....</b>	<b>21</b>
4.1. Tipo de estudio.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>23</b>
5.1. Presentación del caso.....	23
5.2. Objetivo 1.....	25
5.3. Objetivo 2.....	28
5.4. Objetivo 3.....	31
<b>6. Conclusión.....</b>	<b>33</b>
<b>7. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>39</b>

## 1. Introducción

El Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología se realizó en base a la experiencia que se llevó a cabo en la Práctica y Habilitación Profesional V. La misma consistió en asistir durante 280 horas a una fundación que se ocupa de la salud mental y campos asociados, que tiene como propósito mejorar la calidad de vida las personas, ofreciéndoles ayuda y tratamiento a quien lo requiera, a través de un

modelo integrativo. Los profesionales que trabajan en esta institución tienen una formación en dicho modelo, y se dedican a múltiples tareas, entre ellas, la docencia, la investigación, la ayuda y el tratamiento para una amplia gama de padecimientos mentales.

En la institución se participó de varias actividades tales como admisiones, supervisiones, asistencia a clases de formación y actualización, observación de sesiones psicoterapéuticas tanto de adultos como de niños y adolescentes, entre otras.

El Trabajo de Integración Final se realizó a través de la observación y escucha de casos en el espacio de supervisión en el área de trastornos de la alimentación donde se trabaja interdisciplinariamente, en el cual se reúnen los profesionales y abordan la evolución de los pacientes, los pronósticos y las futuras intervenciones a seguir. Dentro de la misma hay un grupo de psicólogas y una nutricionista, quienes se reúnen cada 15 días y plantean aleatoriamente sus casos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria para ser conversados y tratados en este espacio por su directora y sus demás colegas.

Durante estas reuniones de equipo se recabaron durante cinco meses datos acerca de una joven de 23 años quien se encuentra actualmente en tratamiento en esta institución hace un año y medio, con diagnóstico de anorexia nerviosa. La joven asiste a sesiones de psicoterapia individual y recibe tratamiento nutricional en un marco de tratamiento ambulatorio. Los datos fueron recopilados de la historia clínica y de los aportes de su terapeuta y su nutricionista.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el abordaje terapéutico de una paciente de 23 años con anorexia nerviosa desde un modelo integrativo.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Describir el motivo de consulta y sintomatología de una paciente de 23 años con anorexia nerviosa al inicio del tratamiento desde un modelo integrativo.

Describir las intervenciones y abordajes terapéuticos durante el primer año de tratamiento de una paciente de 23 años con anorexia nerviosa desde un modelo integrativo.

Analizar la evolución de la sintomatología durante el primer año del tratamiento de una paciente de 23 años con anorexia nerviosa desde un modelo integrativo.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Trastornos de alimentación**

Los trastornos alimentarios (TCA) son enfermedades psiquiátricas, complejas y multicausales que se caracterizan por una alteración de conductas y comportamientos persistentes en torno a la comida, que provocan un daño tanto personal como psicosocial al individuo que lo padece (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014; López & Treasure, 2011). Se asocian a una marcada insatisfacción con la imagen corporal y a la realización de conductas con el propósito de disminuir el peso, tales como ejercicio físico excesivo, vómitos autoinducidos, ayuno, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar (Elizathe et al., 2010). Por lo general, estos trastornos van acompañadas de graves consecuencias físicas y emocionales que involucran no solamente a la persona que lo padece, sino también a la familia (Rutzstein et al., 2010).

Se reconocen actualmente distintas entidades nosológicas dentro de los trastornos alimentarios, tales como anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón, trastorno de rumiación, pica, trastorno de evitación/ restricción de alimentos, otro trastorno alimentario o de ingestión de alimentos especificados y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

Estos trastornos constituyen la tercera enfermedad crónica que afecta más comúnmente a los jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Aunque es más frecuente que aparezca entre las mujeres, los hombres se ven afectados en una proporción de 1:10 (López & Treasure, 2011)

Los trastornos de la conducta alimentaria forman actualmente un problema de salud pública endémico, por su gran crecimiento en los últimos tiempos, la gravedad de la sintomatología, su resistencia al tratamiento y que cada vez se producen en edades más tempranas, permaneciendo hasta la edad adulta (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

Esta situación motivó el desarrollo de políticas públicas de salud propuestas para prevenir el desarrollo de los mencionados trastornos, y garantizar una apropiada atención a aquellas personas que los padecen. En nuestro país la reciente promulgación de la Ley 26.396, declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios, teniendo como objetivo su prevención, diagnóstico y tratamiento.

#### **3.2. Anorexia nerviosa**

La AN es un síndrome caracterizado por una disminución de peso autoprovocada por medio de la restricción alimentaria y/o uso de laxantes y diuréticos, inducción de vómitos o exceso de actividad física. El fenómeno central de la anorexia, es el intenso miedo a engordar, hasta llegar a ser fóbico al alimento, en asociación a la distorsión de la imagen corporal (Maturana, 2009).

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014), el término anorexia viene del griego “*avopeξία*”, definido como falta de apetito, inapetencia, falta anormal de ganas de comer. Etimológicamente anorexia se deriva del prefijo “*an*” (sin) y del griego “*orexis*” (apetito), que se refiere a la pérdida del apetito, este término no está expresado adecuadamente, ya que las personas con este padecimiento se niegan a comer de manera voluntaria para obtener la delgadez, pero la sensación de hambre puede permanecer presente, no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante ésta. Generalmente, pierden el apetito cuando están en pleno estado de emaciación (Bravo Rodríguez, Pérez Hernández & Plana Bouly, 2000; Kaplan & Sadok, 1999; Yunes, 2000).

De acuerdo con Bruch (1973) como se citó en Perpiñá (1995) la persona que padece este trastorno está lejos de carecer apetito, sino que se comporta como un organismo hambriento, es decir no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos eficaces que debe consumir para no engordar, y es justamente ahí donde su patología radica, aunque haya perdido gran parte de su peso, es atravesado por el deseo invencible de seguir adelgazando.

Se infiere que quienes sufren de AN experimentan un intenso dolor en el estómago, tienen además un apetito insaciable que no cesa por los escasos bocados que se permiten a sí mismos, incluso esos bocados los hace sentirse incómodos e hinchados. Niegan el tener hambre aunque sin embargo, sienten un poderoso deseo de comer. A través de la sensación de dominio y control los pacientes logran generar la habilidad para derrotar ese deseo irrefrenable (Pipher, 1999).

El rasgo característico de la AN es la incansable búsqueda por disminuir de peso, es decir, seguir una dieta continuamente y restringir la comida hasta la inanición con la posibilidad cierta de alcanzar la muerte (León & Dinklage, 1986).

En función de las clasificaciones más actuales propuestas por la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), en el manual DSM 5 se distinguen tres criterios para su diagnóstico: la reducción de la ingesta de alimento que provoca el descenso de peso, que es inferior al mínimo normal esperado para la edad; el miedo intenso a subir de peso

que induce a la persona a realizar comportamientos para impedirlo; alteración en la percepción de su peso y falta de conciencia acerca de la gravedad de la enfermedad.

Se pueden distinguir dos tipos de anorexia nerviosa, la de tipo restrictivo y la que se caracteriza por atracones/purgas. El primero, hace alusión al individuo que no ha tenido episodios permanentes durante los últimos tres meses de atracones y purgas aunque si hay restricción alimentaria y/o ejercicio físico excesivo para controlar o disminuir el peso y el segundo se refiere al individuo que ha tenido conductas recurrentes de purgas o atracones (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

En el DSM 5 a diferencia de la anterior versión, se debe especificar si existe remisión y cuál es la gravedad actual. En lo que respecta a la remisión es necesario detallar si es parcial (después de haberse cumplido anteriormente los tres criterios para la anorexia nerviosa el primero no se ha cumplido por un tiempo prolongado, pero si los demás criterios) o total (no se ha cumplido ninguno durante un periodo permanente); y en cuanto la gravedad indicar según las categorías de la Organización Mundial de la Salud: cuando el índice de masa corporal (IMC) es 17 o mayor, el paciente padece una anorexia leve, si comprende entre 16-16,99 es moderada, 15-15,99 es grave, menor a 15 es extrema (Behar & Arancibia, 2014).

Este trastorno se presenta mayormente en mujeres adolescentes, esto produjo que la mayoría de las investigaciones se hayan enfocado en el sexo femenino, ya que afecta a un 1% de la población. Sin embargo, el 10% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son hombres. Durante las últimas tres décadas la insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado drásticamente, produciendo una reducción en las prevalencias obtenidas de las mujeres (Herscovici & Bay, 1995; León & Dinklage, 1986; Yunes, 2000).

Las manifestaciones de esta patología generalmente inician entre los 10- 15 años de edad en la época de la pubertad, aunque no en forma exclusiva, y pueden aparecer hasta los 30 años, raramente comienza antes de la pubertad o después de los 40 años. (Behar, 2010; Maturana, 2009; Rutzstein, 1997). También se observa que hay mayor prevalencia en mujeres de clases altas y medias, en culturas occidentales. Sin embargo, se evidencia un aumento en la presencia cada vez más frecuente en clases medio bajas e incluso bajas (Kirszman & Salguero, 2002). Suelen ser más típicos en ciudades industrializadas del mundo occidental, aunque están comenzando en el mundo oriental (Crispo, Figueroa & Guelar, 2011).

La población más afectada es la constituida por deportistas y modelos relacionados con la obesidad en su niñez, historial de maltrato, abuso sexual o que

presentan antecedentes familiares con trastornos alimenticios y/o depresión (Baldares, 2013; Borrego, 2000).

### **3.3. Sintomatología y manifestaciones clínicas**

La evidencia empírica en los últimos años demuestra que algunos de los síntomas resultan de su inanición, y estos refieren tanto a secuelas físicas, conductuales como también a muchos aspectos psicológicos más relevantes de la persona que lo padece (Crispo et al., 2011).

En lo que respecta a la sintomatología, Morandé y Rodríguez- Cantó (1991) distinguieron tres tipos de síntomas: conductuales, cognitivos y fisiológicos.

En los conductuales se halla el síntoma característico de este trastorno, a saber, la restricción voluntaria de alimentos de alto contenido calórico, con la intencionalidad de bajar de peso. Otros relacionados con la conducta son la disminución o aumento de la ingesta de agua o líquidos; conductas alimentarias anómalas, como por ejemplo comer de pie, cortar el alimento en trozos pequeños y tardar exageradamente para comer, preparar y servir comida pero negarse a probarla; evitar situaciones sociales en las que hay comida. Es habitual que se miren exageradamente al espejo, probándose ropa de manera angustiada y suelen pesarse con frecuencia; también se observa disminución en las horas de sueño; irritabilidad, labilidad de humor y desarrollo de aislamiento social. Además hay un aumento excesivo de la actividad física y de las horas de estudio y de actividades que son supuestamente útiles. Puede registrarse sintomatología depresiva; conductas purgativas y por lo general tienden a convertirse en expertas en cuestiones dietéticas (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

De acuerdo con los síntomas cognitivos, presentan preocupación obsesiva en torno al peso; trastorno dismórfico corporal; temor intenso a subir de peso y convertirse en personas obesas; negación total o parcial a la enfermedad y a las sensaciones de hambre, sueño, fatiga y sed; presentan dificultad en la concentración y en el aprendizaje; pérdida del interés sexual y en actividades lúdicas o recreativas. Sobresalen los pensamientos erróneos relacionados con los conceptos delgadez y gordura, un miedo a perder el control y dificultad a reconocer las emociones. Suelen mostrar errores de interpretación, tales como: pensamiento dicotómico, ideas catastróficas, abstracción selectiva, magnificación, absolutismo, ideas de autorreferencia (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

Por último los fisiológicos, entre los que prevalecen la presencia de amenorrea en las mujeres y niveles bajos de testosterona en hombres. Estos síntomas son, sequedad en la piel a veces agrietada con una tonalidad azulada, lanugo especialmente en mejillas,

cuello, espalda, antebrazo y el muslo; emaciación; dolor abdominal; hipotermia, incluso sienten frío en verano, debido a la pérdida de grasa; hipotensión; erosión dentaria en los casos de vómitos; uñas quebradizas y caída del cabello; estreñimiento; anemia debido a la ingesta insuficiente de hierro y proteínas; edema o retención anormal de agua por hipoproteinemia; bradicardia (pulso cardiaco por debajo de los 60 latidos por minuto) y debilidad muscular (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

Las expresiones clínicas se centran en que estos pacientes evitan comer en presencia de la familia o en escenarios sociales, escondiendo determinados alimentos permitidos o prohibidos. La actividad preferida es hablar en torno a la comida y preparar alimento para agasajar a los demás (Maturana, 2009). Los pacientes tratan de reprimir sus deseos de comer, y en lugar de aversión a la comida, a menudo se observa interés por ella que se manifiesta en la compra de libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos, la comida. Se infiere que hay casos de pacientes quienes preparan una gran comida para la familia, pero que ellos no la prueban (Kaplan & Sadok, 1999).

Los afectados por este trastornos, presentan un relevante deseo por bajar de peso y un miedo exacerbado a la gordura que se transforma en el foco de todas sus preocupaciones y pensamientos haciendo disfuncional el accionar cotidiano. Es muy probable que esto inicie a través de una crítica directa o indirecta sobre su peso o su apariencia y eso es lo que conduce a restringir la ingesta, tanto en la cantidad como en la calidad (Perpiña, 1995). Los pacientes con AN van prohibiendo de su alimentación todo lo que contiene un alto contenido calórico, como los carbohidratos y proteínas, así disminuyen al máximo su ingesta, y como consecuencia dejan muy pocos alimentos en su dieta y con bajo valor energético (Yunes, 2000).

Su aparición es insidiosa, tiene un comienzo progresivo, ya que no es posible que se pueda bajar de peso tan abruptamente, ni que se instale tan rápido el miedo intenso a engordar y la distorsión de la imagen corporal. Es decir, no es algo repentino, sino que se puede pensar como algo creciente, por lo tanto, los pacientes comienzan a implementar dietas o conductas para disminuir su peso, y esto por lo general produce sentimiento de bienestar y pasa inadvertido en su entorno. La alarma se activa cuando la restricción a la comida es muy marcada y la emaciación no se puede ocultar o cuando en algunos casos ocurre la amenorrea (Herscovici & Bay, 1995).

El factor de comienzo más habitual es una dieta “inocente” con el objetivo de bajar unos kilos para verse mejor. Otras veces, el disparador inicial es un hecho significativo como la ruptura de un noviazgo, fracaso de un examen, terminación de la escuela secundaria, pero para esta persona adquiere un significado diferente, ya que

atenta contra su autoestima. Algunas veces, sin siquiera proponérselo comienza a bajar de peso y esto genera una repercusión positiva en su entorno que provoca un estímulo hacia la conducta de dieta que le confiere una nueva sensación de poder y control. Sin embargo, a medida que se va aislando, va perdiendo áreas de interés y de confirmación y haciendo que su mundo se vaya reduciendo a un único tema en torno al control de la ingesta y del peso (Herscovici, 2000).

Otra característica clínica que presentan es una distorsión de la imagen corporal. Algunas en general se “sienten gordas” y otras, pueden llegar a reconocer su propia delgadez, están muy preocupadas por determinadas partes del cuerpo como abdomen, nalgas y muslos. Acostumbran a pesarse reiteradas veces en el día y en forma persistente se miran en el espejo para registrar aquellas partes del cuerpo que perciben como “gordas”. Esto provoca que la autoestima dependa en gran medida de su figura corporal y del peso. Aunque la pérdida de peso es valorado como un logro, que les provoca orgullo y un signo de una extraordinaria autodisciplina, y en contraposición el aumento de peso es considerado como una falla inadmisibles del propio control (Rutzstein et al., 2010)

Según lo propuesto por Rutzstein (1994) estos pacientes suelen presentarse a la consulta con mucha ropa, amplia y superpuesta, por una lado para esconder su delgadez y por otro para atenuar la sensación constante de frío que padecen. Ante la consulta es indudable que el paciente se presente ante una negación de su enfermedad, minimizando sus síntomas y poniendo resistencia al tratamiento. Si bien diagnosticar la AN no es una tarea dificultosa, lo que si lo es el tratamiento, ya que se vuelve complicado ante la oposición de quienes lo padecen.

### **3.4. Causas**

La etiología de la AN aún no se conoce con certeza, pero se sabe que es compleja y multifactorial, en la cual existiría una combinación de factores de tipo biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, personalidad, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos); sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética); también factores relacionados con historia de abuso, maltrato, la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso (Marín, 2002 ; Pascual, Etxebarria & Echeburúa, 2011).

Los factores de riesgo biológicos involucran especialmente la genética y las alteraciones neurobiológicas; en la AN, la genética parece explicar entre el 60 y 70% de la vulnerabilidad para este trastorno (Silva Toro, Mesa & Escudero, 2014).

Woerwag y Treasure (2008) aseguraron que las alteraciones durante el desarrollo en etapas prenatales, perinatales y postnatales, tiene una importante relevancia en el origen y desarrollo de la AN, especialmente si hay una alimentación incorrecta, alterando tanto el estado nutricional, como la programación del apetito de una persona durante su vida. Por otro lado, se cree que las etapas que suceden entre el inicio y la mitad de la adolescencia son percibidas como un momento crucial para la predisposición genética para el desarrollo de un TCA.

Los resultados de los estudios genéticos proponen que algunas características centrales a la AN pueden transmitirse genéticamente, pero aún se necesita más investigación para establecer la naturaleza precisa de las mismas (Moreno Domínguez & Villar Rodríguez, 2011).

En lo que respecta a los psicológicos, uno de los principales factores que debe analizarse es la personalidad, ya que la misma, está relacionada con la ambición, la autoexigencia y el perfeccionismo en todos los órdenes de la vida, sobre todo en los estudios. Además tienen problemas para interpretar y expresarse emocionalmente. Suelen ser obedientes y con gran dependencia parental hasta que aparece la enfermedad. Presentan dificultades en la maduración y separación de la familia. Suelen estar relacionados en mayor o menor grado con antecedentes de obesidad. También manifiestan un control escaso de los impulsos, en consecuencia, actúan en forma irreflexiva, sin tener en cuenta las consecuencias de ese accionar (Borrego, 2000).

Pascual, et al. (2011) mencionaron que la ansiedad, el estado de ánimo influenciado por la alimentación, el peso, la figura corporal y la poca expresión de emociones ante situaciones que generan ansiedad, son factores de riesgo para los TCA.

En cuanto a los factores familiares se conoce que uno de los factores de riesgo primordiales, es la familia, ya que en ésta se establecen las normas, hábitos y costumbres que inciden en el estilo de vida e incluida las conductas alimentarias (León & Aizpuru, 2010). Las familias de quienes padecen AN, según asegura Maturana (2009), tienen un estilo de interacción con tendencia al aglutinamiento, a la rigidez. Poseen un deterioro en las relaciones al interior de las mismas, debido a una menor adaptabilidad, afinidad, expresividad e independencia. Asumen una falta de afectividad, manejo de reglas y ausencia de actividades compartidas. Además no cuentan con una estructura familiar sólida, sino estructuras disfuncionales (divorcios, nuevas parejas de

los padres, riñas familiares). Al mismo tiempo suelen ser padres sobreprotectores, ambiciosos y preocupados por el éxito y la apariencia. Pueden existir también antecedentes patológicos debido a que las madres de las personas que sufren un trastorno alimenticio han sufrido en su juventud algún cuadro de este tipo como un peso excesivamente bajo, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración positiva de bajo peso (Maturana, 2009).

Por otra parte según Behar, Gramegna, y Arancibia (2014) afirman que los padres con relaciones de apego inseguras y una pobre elaboración psíquica de los eventos emocionales, pueden transmitirles a sus hijos preocupaciones y conductas relacionadas con la imagen corporal. Asimismo, cuando hay presión de los padres por la falta de apetito de sus hijos o se les incita constantemente a la realización actividad física para quemar calorías, pueden ocasionar hábitos o actitudes alimenticias inadecuadas (Rodríguez et al., 2013)

Por último podemos incluir a los factores sociales como posibles causas de este trastorno, ya que las expectativas e influencias de la sociedad crean un clima propicio para la aparición de los trastornos de la alimentación. Dentro de estos factores se encuentra la influencia de los medios de comunicación que promueven un modelo de cuerpo delgado, adquiriendo no solo valor cultural, sino también económico, proyectando el consumo hacia el cuerpo, valorado por la imagen atractiva (Salazar, 2008). Esto genera una gran preocupación por la figura, la imagen corporal, la comida y las dietas, el estilo de vida y la preferencia de la sociedad por la delgadez. La sobrevaloración de la delgadez en la mujer y actualmente en el hombre ha convertido al peso y la figura corporal en un requisito fundamental para la obtención de éxito, aceptación, estatus social y felicidad. En contraste existe un fuerte incentivo al consumo de alimentos de alto contenido calórico que producen una tentación y un callejón sin salida para niños y particularmente en adolescentes. En las familias actuales los patrones alimentarios se relacionan más bien con el consumo de la comida rápida que con comidas organizadas en torno a un encuentro placentero. Además, el consumo de colaciones de alto contenido calórico a deshoras y sentado frente al televisor favorecen a crear patrones alimentarios irregulares y disfuncionales entre niños y adolescentes (Maturana, 2009; Rosas, 2010).

En la actualidad, la posible influencia de internet ha cobrado interés en el desarrollo de la AN. En las redes sociales se permite la agresión, la descalificación y el ataque sobre la figura corporal, que podría influir para que los adolescentes provoquen

cambios en su cuerpo con el fin de agradar a quienes los rechazan. Cuanto mayor es la exposición a estos contenidos mayor es el riesgo de padecer trastornos (Sámano, 2013).

### **3.5. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad**

En lo que respecta al diagnóstico diferencial, hay diversas alteraciones que cursan con una significativa disminución de peso y/o conductas alimentarias anómalas, por este motivo hay que diferenciarlas de trastorno alimentario (Perpiñá, 1995).

En primer lugar hay que descartar que el paciente no tenga ninguna afección médica que pueda dar una explicación al descenso de peso, como por ejemplo cáncer, enfermedades gastrointestinales, SIDA o un tumor cerebral. Los trastornos depresivos y la AN tienen varias características en común como ánimo deprimido, alteraciones del sueño, etc., pero la mayoría de los individuos que con un trastorno depresivo mayor no tiene deseos de bajar de peso, ni temor excesivo a ganarlo, como sucede con la esquizofrenia, ya que los individuos con esta patología pueden presentar conductas alimentarias raras, ya que es frecuente que crean que la comida esta envenenada, pero no hacen alusión al contenido calórico. También descartar trastornos por consumo de sustancias, ya que estos individuos pueden disminuir su peso debido a la baja ingesta nutricional producto del abuso de estupefacientes que reducen el apetito, pero generalmente no presentan miedo al subir su peso ni poseen alteración de su imagen corporal. Por ultimo evaluar algún tipo de trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo- compulsivo y trastorno dismórfico corporal, en particular los individuos con fobia social pueden sentir incomodidad o vergüenza si comen en público; pueden mostrar obsesiones y compulsiones que se relacionan con los alimentos como en el TOC; o pueden inquietarse por un imaginario defecto corporal como suele suceder en el trastorno dismórfico corporal. (APA, 2014; Perpiñá, 1995; Yunes, 2000).

Algunos trastornos de la personalidad, pueden experimentar preocupación con la imagen corporal e incluso dependencia excesiva de la misma como criterio valorativo de la autoestima, en estos casos pueden aparecer distintos grados y tipos de alteraciones de la alimentación como síntoma sobresaliente o en conjunción con otras conductas sintomáticas (Kirszman & Salgueiro, 2002).

La mayor comorbilidad de la anorexia de tipo restrictiva se da con los trastornos de personalidad, sobre todo con la personalidad obsesiva y evitativa. Por el contrario con atracones/ purga presentan una comorbilidad con la personalidad límite. De hecho, en estos casos aparecen problemas relacionados con el control de los impulsos. En los pacientes con anorexia que han recibido un tratamiento exitoso se diagnostica una menor comorbilidad (Echeburúa & Marañón, 2001).

La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las alteraciones del estado de ánimo tiene diversas direcciones. A veces, la depresión es una consecuencia de la inanición y del aislamiento social presentes en la anorexia (depresión secundaria). Otras veces, sin embargo, la depresión puede ser primaria. (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) da a conocer que existe una tasa de comorbilidad relativamente alta entre la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo (APA, 2014). Los pacientes con AN presentan mucha sintomatología en cuanto a obsesiones y rituales, observados en diferentes aspectos tales como la comida, el comer, el peso, la figura y el aspecto, la vestimenta, el excesivo ejercicio físico y el control de las calorías de una forma obsesiva. Los atracones y purgas sin control puede ser un tipo de compulsión, ya que en ellos hay una falta de conciencia y una reducción del malestar. Las características obsesivas y compulsivas encontradas en pacientes con AN son diferentes de las obsesiones y compulsiones vistas en pacientes TOC, ya que en estos pacientes no se hallan sus pensamientos y comportamientos como un sin razón, tampoco se encuentra el deseo de poder disminuirlos y por ultimo no lo experimentan como un malestar (Chávez Flores & Caballero Romo, 2008).

## **2.6. Modelo integrativo**

En psicoterapia a lo largo de los años, han surgido diversas teorías que tienen como principal objetivo el bienestar del individuo, tratando de encontrar la manera más acertada para poder ayudar a la persona que padece algún problema o trastorno. Esto provocó en los terapeutas la elección de un modelo específico para poder brindarles ayuda a sus pacientes. Pero con el paso de los años los enfoques tradicionales, han estado avanzando en términos menos efectivos (Feixas, 1998).

A su vez, el hecho de que la psicoterapia se haya incrementado notablemente por la gran demanda de las personas, condujo a un acelerado fenómeno de concentración en donde las instituciones se enfrentaron a solicitudes que no habían tenido en cuenta anteriormente, lo cual le demandaba disponer de extensos programas capaces de responder a amplios motivos de consulta y contar también con un grupo de profesionales que pudieran acompañar cada situación. Esto hacía más compleja la regulación y la supervisión de los procesos terapéuticos. Este escenario tuvo sus resultados positivos, ya que se vieron obligados a aumentar la efectividad de la terapia por el potenciado reclamo, dando impulso a la investigación que recién en los años '70

la psicoterapia comenzó a desarrollar una activa tarea de investigación basada en datos empíricos (Fernández Álvarez, 2003).

Esto provocó que muchos terapeutas prefirieran no centrarse en un determinado modelo, cayendo en un eclecticismo, es decir que de un modo no planificado, los terapeutas han comenzado a indagar en otras direcciones, generando una especie de espontáneo eclecticismo. El problema del eclecticismo es que no cuentan con una teoría en común y poseen una extrema flexibilidad a la apertura hacia diferentes modelos, traería consigo el desorden y la desorientación (Fernández Álvarez, 1996; Fernández Álvarez & Opazo, 2004)

Es en este contexto es donde se origina el movimiento de integración. El enfoque integrativo logrará verificar su existencia si logra superar obstáculos que provienen de los modelos tradicionales y si logra sobrepasar el eclecticismo, porque por el contrario estaría dejando de construir su aporte (Fernández Álvarez & Opazo, 2004)

El modelo integrativo según Fernández Álvarez y Opazo (2004) se nutre de teorías existentes, es decir de partes sólidas, pero lo que hace es re-encuadrarlas en un enfoque teórico más amplio, formando un todo a partir de distintas partes.

La integración en psicoterapia se define como un intento de atravesar y de ir más allá de los límites de los modelos específicos de cada orientación teórica para ver qué se puede obtener de valioso de otras perspectivas (SEPI, s/f).

El movimiento integrativo ha producido tanto defensores como contrarios. En los primeros se encontraban aquellos que no se adherían a ningún enfoque específico mientras que en el segundo grupo, en donde se encontraban los ortodoxos, quienes atacaron y criticaron el movimiento denunciando una aparente falta de metodología y epistemología. Los que forman parte de este movimiento de integración constituyeron un conjunto entre los profesionales que no pertenecían a asociaciones de modelos específicos de terapia o que tenían una débil inclusión en ellas. Los promotores de la integración promulgaron el valor de la flexibilidad frente la inflexibilidad de las ortodoxias (Fernández Álvarez, 1996).

De acuerdo con lo que propone Fernández Álvarez (2003) el enfoque cognitivo posee un poder integrador para la psicoterapia. Esto hace que ocupe un lugar esencial en este movimiento. Existen muchas razones para suponer que es el enfoque con propiedades más firmes para reunir una perspectiva integradora. Tiene dos características que parece reunir ese carácter, por un lado la naturaleza procesal de sus postulados y por otro lado la estructuración de los saberes, que va más allá de las corrientes clásicas (Fernández Álvarez, 2003).

Los años van pasando y el debate todavía continúa, ya que ninguna postura ha llegado a certificar elementos que puedan utilizarse como pruebas indiscutibles a su favor. Las corrientes tradicionales siguen existiendo, pero han registrado significativos cambios en sus teorías y en sus aplicaciones en las últimas décadas (Fernández Álvarez, 2003).

El movimiento integrativo se viene fundando desde la década de los '80, dando origen a la *Society for an Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), la cual es una organización multidisciplinar que agrupa profesionales, investigadores y estudiosos interesados en un enfoque integrador de la psicoterapia, que no estén limitados a una corriente tradicional. La asociación intenta desempeñar una función organizativa al promover el trabajo conjunto entre profesionales para la investigación del proceso terapéutico (Fernández Álvarez & Opazo, 2004).

Una forma de abordaje terapéutica es la que propone Fernández Álvarez (2003) a través de su modelo integrativo. Este modelo de psicoterapia se caracteriza por el uso de procedimientos, incluyendo técnicas de intervención, biológica, psicológica y social para otorgarle ayuda a los consultantes. Estos procedimientos se pueden aplicar de forma independiente o combinada, dependiendo de cada caso en particular (Fernández Álvarez, 2003).

Como resultado de un largo proceso de admisión surge la elección del diseño terapéutico que es el resultado de un programa de decisiones. El mencionado proceso consta de entrevistas clínicas y pruebas complementarias, es decir una serie de baterías diagnósticas. Este conjunto permitirá observar variables significativas que son difíciles de percibir en el motivo de consulta y que además sirven para poder decidir si el consultante puede ingresar o no a un programa de tratamiento o ser derivado a otro centro. El último paso consta de perfilar los objetivos que se perseguirán durante el tratamiento, los mismos se fijaran de acuerdo al consenso entre el paciente y el equipo admisor (Fernández Álvarez, 2003).

La indicación de una psicoterapia puede originarse dentro de otras tantas posibilidades y dar lugar a variadas opciones. El dispositivo puede variar de acuerdo con el grado de focalizaciones de los objetivos, la duración en el tiempo, el tipo de técnicas a utilizar, la variedad de personas que pueden ser citadas durante el tratamiento y por últimos todo tipo de tareas extras que se requieran (Fernández Álvarez, García & Scherb, 1998).

En cada proceso terapéutico se intentará hacer el registro más detallado posible, examinando el curso terapéutico y los resultados finales; estos harán posible que se

pueda verificar del grado con que los objetivos se han cumplido concretamente. Cada proceso terapéutico constará de supervisiones de los tratamientos, con el fin de poder hacer los ajustes necesarios para que la terapia alcance de la mejor manera los fines que se ha propuesto (Fernández Álvarez, 2003).

### **3.7. Intervenciones integrativas a los trastornos alimentarios**

El tratamiento de los trastornos alimentarios, envuelve una gran pluralidad de abordajes y técnicas. Estas patologías involucran factores biológicos, psicológicos y contextuales, lo cual implica que no pueden ser abordados con conceptualizaciones únicas (Kirszman & Salgueiro, 2001).

Las personas que tienden a desarrollar AN poseen una forma de padecimiento específico. Esta forma de padecer es el entrecruzamiento de varios determinantes. En primer lugar el padecimiento tiene un determinante histórico es decir que se ha organizado históricamente, que no existe sufrimiento si no hay una historia que lo justifique. En segundo lugar, tiene que existir una circunstancia presente que la refuercen o que actualice el sufrimiento, sino esta se extinguiría. En tercer lugar es necesario que exista una disposición individual, esto se relaciona con los factores individuales o familiares que padezcan de una manera y no de otra. Y por último se tiene que desarrollar en un determinado contexto, que haga posible que se exprese y se actualice (Fernández Álvarez, 1996).

Por lo tanto, integrar supone entender este padecimiento, desde alguna perspectiva que involucre estos cuatro aspectos y que por lo tanto, sean percibidos en un mismo nivel (Kirszman & Salgueiro, 2001).

Si tenemos en cuenta que los TCA son multivariados y multideterminados, es fundamental que el tratamiento sea interdisciplinario, aún en los casos más sencillos, se considera que un abordaje individual no es suficiente, sino que es necesario un seguimiento médico nutricional. El trabajo en equipo por lo tanto actúa como un factor de efectividad del tratamiento y así mismo, actúa como un factor de protección y apoyo para los profesionales que intervienen en el proceso (Kirszman & Salgueiro, 2001).

Según Kirszman y Salgueiro (2002) el proceso terapéutico comienza por aquellos lugares posibles, los recursos que posee el paciente, pero previamente debe haberse establecido la alianza terapéutica, una relación de confianza que haga factible intervenir en terrenos hasta ese momento prohibidos.

#### **3.7.1. Proceso de admisión**

En un tratamiento de los trastornos alimentarios desde el modelo integrativo que presenta Fernández Álvarez, se comienza en primer lugar por un proceso de admisión,

que involucra al paciente y a la familia, ya que es poco frecuente que se presenten solas a la consulta. Este proceso consta de una o varias entrevistas, por lo menos cinco, que está a cargo de un profesional admisor, quien realiza una entrevista individual y una familiar y además indica una entrevista al médico nutricionista y una entrevista para la evaluación a través de una serie de técnicas específicas (Kirszman & Salgueiro, 2004).

El equipo está formado por psicólogos, una médica nutricionista, una médica psiquiatra y coordinadores de talleres y acompañante terapéuticos (Kirszman & Salgueiro, 2002).

El proceso según Kirszman y Salgueiro (2004) se va desarrollando en tres momentos: evaluación, diseño del tratamiento y planteo de la propuesta de tratamiento a la paciente y a su familia. En transcurso de estos momentos hay intervención del equipo en su totalidad

En cuanto al primer momento que es la evaluación se trata de recabar información más detallada acerca de la consultante y del trastorno. Se intenta determinar cuáles son las variables intervinientes: diagnóstico, nivel de gravedad, evolución de la demanda y nivel de disponibilidad (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En primer lugar la variable diagnóstico, se refiere a la utilización de criterios diagnóstico como el DSM o CIE, aunque puede existir la posibilidad de no poder encuadrar al paciente en los conocidos sistemas diagnósticos categoriales. También se incluye la presencia de comorbilidad (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En segundo lugar se analiza el nivel de gravedad, es decir indagar sobre el tiempo de evolución del trastorno, edad de comienzo, tratamientos anteriores, además, dar cuenta de indicadores del estado nutricional (peso, talla, IMC) y evaluar indicadores a partir de exámenes físicos y de laboratorio (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En tercer lugar la evaluación de la demanda. Esta cuenta con una estructura, una atribución y una búsqueda. La estructura refiere a como la persona define qué le pasa, como describe el problema, observar diferencias entre los miembros sobre el motivo de consulta. La atribución hace referencia a que atribuyen el malestar o que ideas tienen de las causas que lo originan. La misma puede ser interna o externa, esta distinción es central ya que sin un grado de atribución interna no se puede hacer psicoterapia. Y la demanda tiene que ver con la búsqueda, es decir de objetivos, de expectativas del paciente en donde deben realizarse en conjunto con el terapeuta (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En cuarto lugar y último lugar se encuentra el nivel de disponibilidad, donde se evalúa el tiempo y los recursos no solamente materiales sino los afectivos. También indagar acerca de las representaciones del paciente así como también en las de su

familia del proceso terapéutico, en cuanto al tiempo, frecuencia de encuentros, entre otras. La disponibilidad está muy relacionada con las expectativas de cambio, ya que lo que sucede con estas patologías es que como están centradas en el organismo muchas veces las expectativas se relacionan a los síntomas físicos, que suelen mejorar en la etapa inicial del tratamiento, sino que las expectativas deben estar sobre ámbito psicoterapéutico (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Un recurso terapéutico, se puede obtener a través de la administración de baterías de técnicas específicas como Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2), Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II), Eating Disorder Inventory (EDI-2), Body Shape Questionnaire (SBQ), Eating Attitudes Test (EAT) (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En cuanto al segundo momento del proceso de admisión, se encuentra el diseño del tratamiento, en el cual se reúnen todos los elementos antes mencionados. Es aquí donde se crea un plan de tratamiento a medida, es decir para cada paciente y familia en particular. Para ello se tiene en cuenta distintas opciones: la modalidad y el enfoque (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En cuanto a la modalidad, puede ser ambulatoria, hospital de día, internación domiciliaria, internación institucional e intervención en crisis. Lo que respecta al enfoque puede estar orientado a una terapia individual, familiar, asistencia médico nutricional, seguimiento de una psiquiatra, taller de técnicas expresivas, corporales e intervenciones grupales (Kirszman & Salgueiro, 2002).

El tratamiento ambulatorio, se considera adecuado para la mayoría de situaciones clínicas que se encuentran con una gravedad leve. Existen diversas modalidades sobre este tratamiento de acuerdo con los objetivos que se desean trabajar, en cuanto a la frecuencia o la posibilidad de inclusión de la asistir a un hospital de día (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Como principal premisa se intenta que la persona no pierda su cotidianeidad, siempre que sea posible, es decir que pueda seguir con su vida y actividades normalmente, ya que se cree que esto posibilita su recuperación, por este motivo el tratamiento ambulatorio es la modalidad que se utiliza dentro de este modelo integrador. Aunque existen muchas situaciones clínicas que ameritan una internación, es decir en aquellas situaciones de riesgo médico o riesgo psiquiátrico (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Por último, dado por finalizado el proceso de admisión, se da a conocer la propuesta de tratamiento al paciente y a su familia, que intenta ser lo más detallada posible e interiorizando en profundidad en qué consistirá el proceso. Además se le

transmite el costo del tratamiento, el tiempo estimado, frecuencia de las sesiones, quienes pueden estar involucrados además del paciente y las diferentes etapas con las que cuenta, etc. En este encuentro es importante que se cuente con la presencia del paciente y de su entorno familiar ya que para dar comienzo al tratamiento es primordial el acuerdo con los que estarán involucrados (Kirszman & Salgueiro, 2002).

### **3.7.2. Fases e intervenciones del tratamiento**

El tratamiento consta de tres etapas o fases. En la primera o fase inicial, en la cual se da comienzo al establecimiento de la relación terapéutica y el objetivo es alcanzar un cambio o mejoría en lo que refiere a lo sintomático, al estado nutricional y comenzar a controlar y disminuir las conductas anómalas en torno a la comida del paciente. A su vez, realizar una profunda exploración acerca de las creencias, distinciones cognitivas y trastornos perceptuales que se relacionan a la experiencia inmediata de malestar (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Cuando los objetivos de la fase anterior se alcanzaron es cuando comienza la siguiente etapa, la fase intermedia, allí la relación terapéutica se ha establecido y los riesgos clínicos desaparecieron. Es en esta etapa se trabaja sobre los grandes temas que sustentan a la patología como por ejemplo el modo de procesar la información, las emociones, experiencias negativas, la autoconfianza y autoestima y por último la autonomía. En lo que respecta a lo familiar, la señal que indica el paso a la segunda fase es la confrontación intrafamiliar donde se empieza a caer esa imagen de familia perfecta y deja de ser un principio fundamental como parecía serlo (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Por último la fase tardía o de seguimiento, se alcanza cuando se han obtenidos los objetivos de las anteriores fases y los mismos se sostienen. Esta etapa tiene como objetivo prevenir posibles recaídas, donde para evitar que esto suceda se pretende que el paciente pueda anticipar las situaciones en las que puede surgir ese malestar, ser consciente de las propias limitaciones y poder identificar las señales de alarma sin dejar de lado el reconocimiento de mantener los cambios hasta el momento logrados. Las intervenciones suelen ser más espaciadas y más leves, en la cual se va profundizando sobre aspectos más individuales vinculadas con el despliegue personal, entre otras (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Por lo que refiere a la psicoterapia individual que propone este modelo, sigue los planteamientos generales del enfoque cognitivo, es decir que hace hincapié en los factores conscientes e inconscientes. Utilizando recursos como la pregunta abierta y

otras técnicas de exploración, sumado a una participación activa del terapeuta (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En esta terapia el primer obstáculo que se debe atravesar es la naturaleza egosintónica de los síntomas. Comparando con lo que indica Prochaska (1999) como se citó en Kirszman y Salgueiro (2002), se infiere que en esta etapa del tratamiento el paciente se encuentra en el periodo de pre-contemplación, es decir que no se ha propuesto cambiar porque carece de conciencia acerca de sus conductas y eso puede provocar un riesgo. Por lo tanto uno de los objetivos es construir motivación para el cambio, es decir moverse de un estado, hacia otro en donde el cambio sea posible. A su vez, construir un diálogo que vaya enmarcando las ventajas y desventajas de las conductas que realiza es lo que provoca la toma de conciencia y el acercamiento al cambio.

Otra dificultad que presentan estos pacientes al principio, se relaciona con los conflictos que provienen de los sentimientos de desconfianza básica en las relaciones interpersonales, ya que las formas de vinculación se caracterizan por incompetencia, vulnerabilidad ante la influencia de los demás, sentimientos de inferioridad, entre otras, que también aparecen en el ámbito terapéutico (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Además el tratamiento debe proporcionar una estructura que ayude a la paciente a poder organizar su alimentación, sus desajustes físicos, ya que estos pacientes se caracterizan por una fuerte desorganización de la conducta y requieren de un control externo. El control se debe conseguir a través de recursos dentro del paciente. La manera de ir produciendo cambios es ir construyendo poco a poco la motivación e ir ubicando desde el principio la responsabilidad del cambio en la paciente misma. Es esencial que se logre una alianza terapéutica firme para poder aceptar la confrontación ante la perspectiva del comer y el incremento de peso para que pueda profundizar más acerca de sus sentimientos, ideas y comportamientos (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Para ir aumentando los grados de conciencia y conduciendo al paciente hacia el cambio, Kirszman y Salgueiro (2004) proponen una estrategia eficaz, que consiste en ir mostrando permanentemente que los objetivos del tratamiento repercuten con el control de los síntomas. Intentar transmitir que sus conductas resultan efectivas a corto plazo, pero por el contrario a largo plazo pueden ser muy adversas. Y hacer hincapié que el objetivo final es lograr que se sientan bien, disminuyendo el malestar.

En definitiva la idea general del tratamiento por una parte es ayudar a que de a poco la paciente vaya renunciando de las dietas restrictivas y al riguroso control de peso y por otra ir aumentando los niveles de conciencia para que algunas de sus conductas

actúen como afrontamiento de determinados estados internos, para poder ser reemplazados por afrontamientos más eficaces (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Se debe agregar que según Kirszman y Salgueiro (2002) gran parte del trabajo en las primeras etapas del proceso terapéutico tiene un componente psicoeducativo. Es decir que se proporciona información sobre el trastorno, se intenta diferenciar los síntomas de inanición de los demás síntomas y se muestra el funcionamiento autoperpetuante que tiene la patología. Esto se va haciendo simultáneamente y articuladamente en distintos espacios, no solo en el espacio de la terapia individual, es así como se va ocasionando de un efecto amplificador a través de intervenciones diferentes con un propósito similar.

Asimismo, se apunta a la modificación de factores cognitivos, para poder alcanzar esto, en las primeras etapas como bien se mencionó anteriormente se necesita recoger información sobre sus creencias, aquellas que refuerzan el trastorno pero también aquellas de otras áreas de funcionamiento. Es imprescindible que la exploración surja de la misma paciente, para que esto suceda es necesario trabajar con la propia curiosidad. Este proceso de descubrimiento es escalonado, lento y paulatino, y para que resulte exitoso no solo se necesita descubrir esas creencias e ideas, etc., sino que además sean confrontadas y reemplazadas por significados más funcionales. Para esto es importante que se realice un entorno de aceptación y validación de los datos que van apareciendo. Las creencias, ideas, actitudes deben ser aprobadas, pero poco a poco ir fijando dudas sobre las mismas, a través de estratégicas preguntas y de la evaluación de las ventajas y desventajas de estas premisas (Kirszman & Salgueiro, 2002).

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo de un caso único.

### **4.2. Participantes**

El sujeto participante en el que se basó el trabajo es una paciente de sexo femenino a la cual se la llamará María, de 23 años de edad. Vive sola en Capital Federal. Actualmente está en pareja con un hombre de 28 años, que fue quien le recomienda la institución. Trabaja en una empresa que se dedica a fabricar y comercializar productos para bajar de peso como pastillas, polvos, barritas, etc. Su padre tiene 57 años, es comerciante, la madre tiene 50 años, es profesora de Lengua y Literatura. Ella es la menor de tres hermanos. La hermana mayor tiene 29 años, es

Licenciada en Nutrición y su hermano 26 años, comerciante. Padece de anorexia nerviosa y asiste a la institución desde hace un año y medio.

La terapeuta es de sexo femenino, tiene 40 años de edad, es licenciada en Psicología recibida en la Universidad de Palermo, su orientación teórica es en el Modelo Integrativo y se encuentra en la institución hace 10 años.

La médica nutricionista es de sexo femenino, tiene 50 años de edad, recibida en la Universidad de Buenos Aires. Es especialista en Trastornos de la conducta alimentaria y se encuentra en la institución hace 12 años.

### **4.3. Instrumentos**

En el presente trabajo se utilizaron datos derivados de la Historia Clínica como el diagnóstico, sintomatología y seguimiento realizado por su terapeuta, quien lleva adelante su tratamiento.

Además se empleó la información de los espacios de supervisión del grupo de terapeutas que se encargan de los trastornos de la conducta alimentaria en la institución.

También se realizaron entrevistas semiestructuradas a la terapeuta y la médica nutricionista que trabajan interdisciplinariamente con la paciente con el objetivo de aportar más datos sobre la joven. Los ejes de la entrevista fueron el motivo de consulta, sintomatología, implementación de abordajes para el tratamiento, la evolución de la paciente a lo largo del tiempo, la red familiar y su aporte.

### **4.4. Procedimiento**

En primera instancia se utilizó la historia clínica de la paciente, donde se extrajeron datos acerca de su motivo de consulta, sintomatología y seguimiento del tratamiento.

Después se recabaron datos durante cinco meses de los espacios de supervisión en donde se expone este caso por su terapeuta y se aportan más casos con esta problemática.

Luego se realizaron dos entrevistas semiestructuradas a la terapeuta y una con la médico nutricionista de la paciente para poder sumar más información y poder comprender, explicar detalladamente el caso.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Presentación del caso**

La paciente tiene 23 años. Trabaja en una empresa que se dedica a la fabricación y comercialización de productos para bajar de peso. Estudió anteriormente otras carreras como chef, cosmetóloga, esteticista y manicura pero no logró finalizarlas.

Según la historia clínica presenta un diagnóstico de anorexia nerviosa mixta, es decir que es de tipo restrictivo y con atracones/ purgas. Su remisión según APA es

parcial, ya que el primer criterio (bajo peso corporal) no se ha cumplido durante un tiempo continuado. En lo que respecta a la gravedad, es leve ya que presenta un IMC de 18 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

Ella vive sola en Capital Federal. Los padres viven en Lanús. Su padre tiene 57 años, es comerciante, la madre tiene 50 años, es profesora de Lengua y Literatura. Es la menor de tres hermanos. La hermana mayor tiene 29 años, es Licenciada en nutrición y su hermano 26 años, comerciante. Los padres se separaron en el año 2014 por una situación de infidelidad por parte del padre y ahora desde hace un tiempo nuevamente están juntos; su familia según relata la paciente, no cuenta con una estructura sólida, sino que cuenta con características disfuncionales (Maturana, 2009) ya que María infiere que sus padres a pesar de que estén en pareja actualmente, siguen teniendo dificultades como pareja; su madre se lo trasmite constantemente y no logra perdonar a su padre. Como consecuencia de este suceso la terapeuta en la entrevista relata que en la casa de María solo se miran dibujos animados porque según indica la paciente “si mi papá mira tele normal y aparece alguna mujer se pone celosa y ahí empiezan las peleas”, por ende cada vez que María va a su casa se encuentra con este tipo de situaciones y evita ir con frecuencia.

Ella atribuye el inicio de su trastorno alimentario a la separación de sus padres, como señala Herscovici (2000) el inicio de la patología puede producirse por algún hecho significativo que ella proporcione con un significado distinto. Este comienzo se produce cuando tenía 20 años, tal como señala Behar (2010) la edad de iniciación es en la adolescencia hasta aproximadamente los 30 años.

Actualmente se encuentra en pareja hace 3 años, ella relata que son una pareja poco estable, que suelen pelear muy a menudo. Durante el proceso terapéutico mencionó que estuvo un tiempo separada de él pero que seguían teniendo comunicación, y comentó también que él le mostraba fotos de las personas con las que en ese momento estaba saliendo, y eso la llenaba de inseguridad y de angustia.

De acuerdo con lo narrado con la terapeuta la paciente tiene una mala relación con la madre, “nunca fuimos muy compañeras” afirma, pocas veces la hizo partícipe de su vida. Siempre intenta hacer todo sola, sin pedir ayuda, ya que ella refiere que su madre es muy entrometida en todos sus asuntos, como infiere Maturana (2009) son madres que tienden al aglutinamiento y a la sobreprotección de sus hijas.

Sus vínculos son pocos, es decir que tiene una red de contención baja, sus amistades son solamente compañeras de trabajo. Asume que terminó amistades y vínculos por sentirse defraudada, porque siente que da demasiado y no recibe nada a

cambio en función de lo que ella otorga. Infiere además que esto le sucede en todos los vínculos. El aislamiento social es un síntoma muy común en todas las personas que atraviesan este tipo de patologías (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

Con el padre tiene mejor relación, comenta que cuando se separaron se pegó mucho a ella “me tomo como su pareja, yo fui la única que lo perdonó”. Últimamente intentó poner algunos límites en esta relación con su padre, porque en ocasiones anteriores cuando estaba separado de su madre salían y se emborrachaban juntos. “éramos como amigos” confiesa. Actualmente cuenta que su padre está molesto con ella “no les gusta donde trabajo, ni que no haya terminado ninguna de las carreras que empecé, sé que a él le hubiese encantado que yo sea una profesional”. Como evidencia Maturana (2009) los padres de estas pacientes suelen ejercer presión sobre sus hijos, ya que ponen demasiado interés en el éxito y en la apariencia de los mismos.

Todos estos malestares nunca los expresa y es lo que posiblemente genere estas conductas de vómito, sobre ingesta o la restricción.

Tiene una historia de tres abortos, en un periodo muy corto de tiempo. De estas situaciones, sus padres ni nadie de su entorno tienen conocimiento, ya que los realizaba sola, en dos oportunidades con la ayuda económica de su pareja. De esta manera se observa la incapacidad que tiene para expresarse emocionalmente con todos los vínculos que la rodean, pero se infiere que no tiene una gran dependencia parental como suelen caracterizarse estos pacientes (Borrego, 2000). La terapeuta comentó que esto le genera mucha angustia, que le cuesta dormir. De hecho María comenta que no puede cargar un bebé, porque ella manifiesta que no es merecedora de ser madre, de tocar un bebe porque eso le despierta pensamientos como “que hubiese pasado si”. Menciona que la madre nunca les permitió a ella y a su hermana usar anticonceptivos, porque dice que es perjudicial introducir un elemento ajeno al cuerpo.

Según se encuentra detallado en la historia clínica, María tuvo tres tratamientos psicológicos anteriores. El primero fue una terapia familiar a causa del trastorno obsesivo de su hermana. El segundo fue desde sus 18 a 20 años, pero no le gustó, y el tercero a sus 21 con un psicoanalista, que dice no la ayudó nada.

Confiesa que existe como una regla implícita en su núcleo cercano, que consiste en almorzar todos los domingos en familia, pero relata que no se habla con su hermano a causa de una fuerte pelea que desencadenó un hecho de violencia. Cuenta que nadie conversa demasiado en la mesa o que los temas son bastantes superficiales, que la madre no quiere que prendan la televisión y que muchas veces se vio presionada por sus padres para que ingiera más alimento durante el almuerzo y ella refiere que eso le

provoca aún más que se le cierre el estómago. La presión de los padres al incitarle comer, puede ocasionar malos hábitos o actitudes con respecto a la comida (Rodríguez et al., 2013) Cuando algún domingo decide no ir, sus padres se enojan con ella, al punto que están días sin hablarle, como explicó Maturana (2009) quien define a las familias con un desgaste en el interior de las mismas, con falta de afectividad, de conducción de reglas y con ausencia de actividades en común.

## **5.2. Descripción del motivo de consulta y sintomatología de una paciente con Anorexia nerviosa.**

La paciente acudió a la institución acompañada por su madre, tal como refiere Kirszman y Salgueiro (2004), es muy frecuente que vayan acompañadas a la primera consulta por algún miembro de la familia.

Ella explicó que asistió a esta consulta por dos razones, la primera, por pedido de la madre que le mencionó que la veía muy flaca y que notaba alguna de sus tantas conductas disfuncionales con la comida, la segunda por el novio, quien realmente estaba al tanto de este padecimiento y le recomendó la institución.

El motivo de consulta es definido por la terapeuta como plurisintomático, severo y de duración subaguda, tal como describieron Marín (2002) y Pascual et al., (2011).

En primera instancia intenta esconder algunos de sus síntomas y sus conductas anómalas en relación a comida, “todos exageran un poco” afirma. Pero con el paso de las entrevistas pudo transmitirle a la terapeuta algunos de ellos, ya que en la primera consulta estos pacientes suelen negar su enfermedad, resistiéndose al tratamiento y minimizando sus síntomas tal como afirmó en la bibliografía Rutzstein (1994).

La paciente manifestó que tiene recurrentes episodios de vómitos y que a causa de esa situación bajó mucho de peso repentinamente. Además presenta un excesivo miedo a engordar (APA, 2014). Atribuye que lo que le sucede es consecuencia de la separación de sus padres y al malestar que le causaba la comida en ese momento, le caía pesada y eso le producía el vómito. Esta situación se transformó en costumbre; cada vez que se sentía mal la única alternativa que a ella la hacía sentir bien era vomitar.

María comenta que cuando su peso era de 51 kg, fue su mejor momento, porque se le notaban las clavículas, sentía que eso era “saludable”, y que muchas personas le decían que estaba más linda “y eso me encanta” afirmaba. Este sentimiento de orgullo personal valorado como un logro de extraordinaria disciplina fue descrito por Rutzstein et al., (2010).

La sintomatología que poco a poco fue presentando a lo largo de las entrevistas fue la restricción importante con respecto a la comida y el reconocimiento del excesivo

ejercicio físico que hacía durante cuatro horas diarias, y luego de eso no cenaba. Ambos son síntomas característicos de la anorexia nerviosa (APA, 2014; Maturana, 2009; Morandé & Rodríguez-Cantó, 2011). Manifestó que acudía a conductas purgativas hasta el punto de vomitar sangre, tal como mencionan Morandé y Rodríguez-Cantó, (2011) en estos casos.

Como síntomas físicos, aparecía la constipación; anemia, por el bajo consumo de alimentos que contienen hierro. Como no presenta un peso significativamente bajo no presenta amenorrea; anteriormente en el DSM 4, este criterio hubiese sido determinante en su diagnóstico de anorexia (Behar & Arancibia, 2014). Para aminorar el hambre fuma dos paquetes de cigarrillo por día, ya que como plantearon Brunch (1973) y Pipher (1999) estas pacientes experimentan un dolor constante en el estómago, es decir que están con hambre constante pero lo niegan. Se pesaba todos los días en más de una ocasión y particularmente después de ingerir algún alimento; se miraba reiteradas veces al espejo, ya que refiere que le molestan muchos sus caderas y piernas (Rusztein, 2010). Antes de empezar con el tratamiento tenía episodios en los que se desmayaba en el gimnasio por inanición (Crispo et al.,2011). Durante la mañana María, no desayuna, solo ingiere mate, almuerza una ensalada en el trabajo, por la tarde alguna galleta de arroz y no cena, estas conductas son típicas de la AN como refirieron Morandé y Rodríguez-Cantó (1991) y Yunes (2000). En el trabajo no le permiten comer demasiado porque según ella el jefe le dice “no quiero empleadas gordas”. Entre sus compañeras de trabajo compiten por el peso, centran su atención en observar si se les notan las clavículas o los huesos de sus caderas. Su único tema de conversación gira en torno a la comida como por ejemplo cuales son alimentos prohibidos y permitidos, dietas que resultan efectivas, como señala Maturana (2009), se vuelven expertas en cuestiones dietéticas alimentarias.

En la entrevista la terapeuta narra que la madre menciona que hace un tiempo nota que María posee conductas anómalas en torno a la comida, que nunca tiene hambre, que cuando la invitan a cenar a su casa ella nunca quiere asistir y que cuando lo hace, observa que su tiempo para comer es exageradamente lento, y que nunca termina lo que está en el plato, esta conducta es considerada como característica de la AN (Morandé & Rodríguez-Cantó, 1991). En una oportunidad le comentó a su madre que ella ya no consume hidratos de carbono ni azúcares (Yunes, 2000).

En la historia clínica se detalla que María presenta dificultades para dormir, esta situación según ella manifestó, la conducía muchas veces a consumir marihuana, aunque declara que no la utiliza de manera habitual, pero cuando no puede conciliar el

sueño lo hace. Relata que consume alcohol y marihuana cuando está sola, no lo realiza socialmente, esto es un punto para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial (APA, 2014; Perpiñá, 1995; Yunes, 2000).

La terapeuta contó que María es muy perfeccionista, que siempre cuida al detalles su apariencia, pone especial esmero en el cuidado de su pelo, sus uñas, cada parte de su cuerpo. Menciona que la paciente dedica mucho tiempo en ella, a la perfección física, pero a su vez que ella nunca está conforme con su apariencia. (Borrego, 2000). En su casa sucede lo mismo, es muy rigurosa con el orden y la limpieza. Cuenta que generalmente no desayuna para ponerse a ordenar su casa antes de irse a trabajar, es acá donde aparece sintomatología asociada al TOC, infiere que todas las cosas deben estar a dos cm de distancia, por ejemplo el dobléz de la cortina tiene que estar a dos cm una de la otra, lo mismo sucede entre silla y silla y controles de remoto. Los volúmenes en número par, porque piensa que si está en número impar, algo malo va a pasar. Además la psicóloga relató que tiene una obsesión con el control de calorías, como describen Chávez Flores y Caballero Romo (2008) estos paciente presentan comorbilidad con TOC, pueden mostrar obsesiones y compulsiones que se relacionan con los alimentos (APA, 2014; Perpiñá, 1995; Yunes, 2000).

En la entrevista la médica nutricionista en la entrevista afirmó que la paciente no se encontraba en un peso de riesgo y mencionó que su trastorno no estaba tan marcado por el peso sino por las conductas que ella no podía evitar (APA, 2014).

### **5.3. Descripción de intervenciones y abordajes terapéuticos desde un modelo integrativo.**

El proceso de admisión estuvo compuesto por dos entrevistas, una familiar y una individual a cargo de una terapeuta admisor, además la joven realizó una visita a la médica nutricionista de la institución para controlar su peso y sus exámenes de laboratorio, como bien mencionan Kirszman y Salgueiro (2002) es fundamental que con este tipo de patologías el tratamiento sea interdisciplinario.

En primer lugar como indicaron Kirszman y Salgueiro (2004) es importante la utilización de criterios diagnósticos, por este motivo este equipo interdisciplinario diagnosticó a la paciente con anorexia nerviosa mixta, es decir que es de tipo restrictivo y con atracones/ purgas, según los criterios del DSM 5. También observaron comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo por los síntomas anteriormente descriptos.

A pesar de que María atribuye el inicio de su enfermedad a la separación de sus padres, asume que siempre desde pequeña estuvo pendiente de su peso, que era habitual en ella el uso de dietas para bajar de peso y que nunca le agradó el cuerpo que tenía, esto marca lo importante de que la paciente detecte cuales fueron las causas externas del origen de su patología pero es aún más relevante que cuente con cierto grado de atribución interna para poder comenzar con el proceso terapéutico (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Teniendo en cuenta la información recabada, el equipo interdisciplinario, comenzó a diseñar el tratamiento a medida de esta paciente y familia. Deciden que la modalidad sea ambulatoria, la cual se utiliza dentro de este modelo porque observan que la paciente se encuentra con una gravedad leve. Al igual que Kirszman y Salgueiro (2002) intentan no afectar al paciente en sus actividades cotidianas, sino que pueda continuar con su ritmo habitual.

La terapeuta revela en la entrevista que al momento de la devolución diagnóstica a la paciente como a su familia, María asiste sola comunicando que los padres habían tenido un inconveniente de último momento, por lo cual la terapeuta admisoras decidió postergar la propuesta de tratamiento para otra fecha en la que todos los miembros pudiesen asistir, ya que la presencia de su núcleo familiar es imprescindible para dar comienzo al proceso terapéutico (Kirszman & Salgueiro, 2002).

La profesional relata que la alianza terapéutica la fue construyendo desde una escucha activa, desde la validación a la paciente al contar los hechos significativos para ella, haciendo hincapié en las actitudes positivas de María, es decir siempre resaltando lo positivo y dejando de lado lo negativo, teniendo en cuenta una aceptación plena hacia la paciente, no juzgándola como persona sino detectando conductas que son beneficiosas o perjudiciales para su vida. Esta sólida alianza terapéutica facilitó que posteriormente pudieran explorar terrenos prohibidos para la paciente (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En la primera fase del tratamiento como refieren en su bibliografía Kirszman y Salgueiro (2002) se intentó proponer una mejoría en el aspecto sintomático de la paciente y de esta manera comenzar a disminuir las conductas disfuncionales de la ingesta alimentaria, para lograr esto la psicoeducación fue una de las herramientas psicoterapéuticas utilizadas.

La psicóloga tratante en los espacios de supervisión describió que en las primeras sesiones intentó identificar cuáles son los factores que mantienen este malestar. Lo primero que observa es la relación disfuncional que María tiene con su actual pareja,

ya que cuando estaban separados seguían comunicándose, él le enseñaba fotos y le hacía comentarios de las mujeres con las que salía en ese momento. Esa situación provocaba que se agudice la sintomatología, que recurra más seguido al gimnasio, que invierta el doble de tiempo en la producción de su apariencia. Muchas veces de repente él deja de hablarle y de contestarle mensajes, es ahí donde ella se comienza a sentir muy culpable, haciéndose responsable de esa situación, cuestionándose que hizo ella para que él se ofenda. Esta situación evidencia que esta relación afectiva es totalmente disfuncional y colabora en el mantenimiento y el agravamiento de la sintomatología de María.

En primera instancia la profesional que lleva adelante el tratamiento propuso plantear objetivos, esto permitió que las primeras sesiones estuvieran dedicadas a estas formulaciones, ya que las mismas deben realizarse en conjunto con su terapeuta (Fernández Álvarez, 2003). Las inquietudes a trabajar traídas por la paciente fueron la autovaloración, desapegarse de las personas y de buscar la perfección en las cosas, tratar el tema de los abortos que siente que todavía no logra superarlos y dejar de culparse. Por último trabajar con la aceptación de los vínculos familiares e interpersonales.

Con respecto a la autovaloración, ella insiste que quiere sentirse mejor consigo misma, que quiere aumentar su autoestima. Esto originó que la terapeuta fuese desmenuzando estas ideas, haciendo preguntas abiertas, como por ejemplo ¿qué tendría que pasar para que vos te sientas mejor? ¿Qué es sentirse mejor? Ella define la autovaloración como amor propio, que lo pierde con los actos que empezó a hacer con su cuerpo. Manifiesta que siempre hace cosas en contra de sí misma. La autovaloración tiene que ver con que ella se siente insegura consigo misma como mujer, se pregunta todo el tiempo si ella es merecedora de todo lo bueno que le pasa, que quiere verse con los mismos ojos que otros la ven. Al oír esto, la terapeuta le pregunta del uno a al diez ¿cuánto sería tu autovaloración?, a lo que ella responde dos, esto hace referencia a lo planteado por Kirszman y Salgueiro (2002) que si bien se necesita recoger información sobre sus creencias a través de estratégicas preguntas pero a la vez ir fijando dudas sobre las mismas.

En lo que concierne al sentimiento que tiene la paciente con respecto cómo la ven los otros, la terapeuta le pidió realizar una tarea que consistió en que tres personas significativas para ella, le realizaran comentarios positivos acerca de su persona. La paciente eligió a una amiga, a su madre y al novio. Luego de que ella trajo su tarea, en conjunto fueron extrayendo las características positivas que los demás veían de ella y las anotaron en una hoja, a lo que María tuvo que ponerle un puntaje en las cosas que ella también se reconocía. Según palabras de la paciente, fue la tarea más difícil de

realizar durante el tratamiento. Esta etapa que transitó la paciente pertenece a la fase intermedia que trabaja sobre los grandes temas que sostienen el trastorno tal como fue descrita por los autores mencionados en el párrafo anterior.

Al comienzo en los espacios de supervisión se expuso que María ponía resistencia cuando tenía que asistir a la médica nutricionista, porque según ella esta profesional iba a controlar su peso y además afirma “va a querer que coma más y que aumente mi peso”. La principal intervención con la médica fue el intento de que la paciente adquiriera el hábito de la cena, o sume más alimentos a su dieta, como mencionan Kirszman y Salgueiro (2004) es importante que el tratamiento brinde ayuda a la paciente a poder organizar su alimentación.

La terapeuta afirma en la entrevista que se observa en ella un miedo profundo a engordar, es por este motivo que evita ir a los controles nutricionales, porque cree que asistiendo engordará. María afirma “siempre cuando me controlan el peso, pienso que engorde 30 kg”, por este motivo gran parte del trabajo en la primer etapa de este proceso es la psicoeducación, no solo en el espacio de la médica nutricionista sino también en los espacios de terapia individual (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En los espacios de la terapia se le propuso realizar un ejercicio, preguntándole qué parte de su cuerpo le molestaba más, a lo que ella contesta mis caderas y piernas, entonces le indicó que con sus manos marcara la distancia que ella cree que existe entre sus caderas, luego la hizo poner de pie para poner esas medida sobre su cuerpo, para que pudiese ver la distorsión cognitiva que tiene con respecto a esa parte física que la perturba; lo mismo hizo con sus piernas. Este ejercicio se relaciona con la idea de Kirszman y Salgueiro (2002) que no solo se necesita revelar algunas creencias que refuerzan el trastorno sino que las mismas puedan ser confrontadas y reemplazadas.

María es una persona que tiene dificultades en decir que no, la terapeuta cuenta en la entrevista que un día hicieron un ejercicio preguntándole que pasaba si ella un día le decía que no podía atenderla, a lo que ella le contesto que si se enojaría. Con respecto a esto, intentó trabajar con esta creencia, haciendo hincapié en que no es que no la quería ver a ella, sino que a veces pueden surgir complicaciones que imposibiliten el encuentro. Ahí es donde ella reconoce que por este motivo perdió muchos vínculos cercanos.

#### **5.4. Evolución de la sintomatología durante el primer año de tratamiento de una paciente con anorexia nerviosa.**

El presente apartado propone realizar un recorrido por la evolución de la sintomatología de María en relación con el tratamiento pautado al cabo de un año. Cabe mencionar que la joven continúa actualmente en tratamiento en la institución.

Los primeros cambios que se manifestaron en cuanto a la sintomatología tuvieron que ver con diferentes tipos de intervenciones, por un lado las sesiones de su terapia individual y por el otro las consultas con la médica nutricionista. Estas intervenciones que se realizaron de manera conjunta posibilitaron los avances que se describirán a continuación, como mencionan Kirszman y Salgueiro (2001) el trabajo en equipo es un factor de efectividad del tratamiento y también actúa como factor protector y de sostén para los profesionales intervinientes.

En lo que se refiere a su síntoma principal que consistía en la compulsión al vomito cuando consumía cantidades o alimentos que ella consideraba como inadecuadas (APA, 2014), fue disminuyendo hasta lograrse una remisión total de la compulsión. Según refiere la psicóloga en la entrevista, la paciente atribuye este logro a una intervención psicoeducativa en la que la médica nutricionista le informó las consecuencias perjudiciales del acto purgativo para su salud. Esta intervención posibilitó que cuando la paciente sentía la necesidad de utilizar el vómito como purga, atendiese a un listado de consecuencia que tenía visiblemente pegadas en su heladera y desistiera de ello tal, como consideraron Kirszman y Salgueiro (2002) es imprescindible intentar transmitir que las conductas disfuncionales solo son efectivas a corto plazo, pero que pueden resultar adversas a largo plazo.

Otro de los síntomas que relata la terapeuta en la entrevista y en los espacios de supervisión en los cuales se observó un cambio positivo fue en la ingesta progresiva de la incorporación de la cena en sus hábitos alimentarios. Esta inclusión posibilitó que tuviera una variedad en la incorporación de alimentos que al mismo tiempo provocó que pueda superar el síntoma de la constipación que generaba en ella un sentimiento de incomodidad constante (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

La incorporación progresiva de alimentos nutritivos, que fue producto de un trabajo colaborativo con la médica nutricionista arrojó modificaciones positivas en los resultados de los análisis de laboratorio, en los cuales se evidencian una disminución de la anemia que ella padecía (Morandé & Rodríguez- Cantó, 1991).

Otro de los síntomas que pudo ir revirtiéndose de manera favorable fue la regularización de la actividad física, la misma pasó de ser de cuatro horas diarias a una. En este contexto se hizo ver la importancia de la necesidad de incluir algún alimento que sostuviera esa actividad, ya que como refirió en algún momento iba al gimnasio

solo habiendo consumido solo el almuerzo y eso la había llevado en ocasiones a tener desmayos o mareos. Esto se logró por medio del diálogo con su terapeuta quien marcó las ventajas y las desventajas que tiene esa conducta en ella, provocando la toma de conciencia y el acercamiento al cambio (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En lo que concierne a su situación laboral, luego de que en varias sesiones se hablara de lo perjudicial que resultaba ese entorno de trabajo para su tratamiento, ya que el mismo consistía en la fabricación y comercialización de productos dietéticos, ella comprendió que esa actividad y contexto de trabajo no colaboraban favorablemente para superar este trastorno. Por este motivo renuncia al su puesto de venta y al cabo de un mes de búsqueda, la paciente logra emplearse como secretaria de un odontólogo.

En lo que respecta al uso de la balanza como una medida de control excesiva en relación con su peso, al cabo de unos meses de sesiones, logró que esta conducta fuera disminuyendo progresivamente y actualmente la realiza solo una vez al día. Según indicó la psicóloga, este comportamiento como así también la mirada constante en el espejo, son objetivos a seguir trabajando a medida que avanza el tratamiento, ya que como indican Kirszman y Salgueiro (2002) como parte del tratamiento es importante ayudar a la paciente a renunciar a los rigurosos controles de peso pero a su vez ir aumentando los niveles de conciencia para ser reemplazados por afrontamientos más eficaces.

Otro avance significativo que presentó María, luego de una intensa búsqueda en conjunto con su terapeuta, fue la inspiración de una actividad placentera que a ella le brindara bienestar y goce; como resultado de este proceso comenzó a tomar clases de canto.

Por último, se intentó otorgarle según narra la terapeuta herramientas que colaboraran para que ella pudiera mantener una relación con su pareja más funcional y armónica, es decir que se pudiera correr del lugar de constante culpa. Con este objetivo se trabajaron aquellos pensamientos y creencias distorsionados con respecto a situaciones concretas como por ejemplo cuando ella le mandaba un mensaje y el novio no le contestaba el pensamiento inmediato de no me quiere más, o qué hice yo, fue sustituido por otros que no la llenaran de angustia y culpa, como mencionaron Kirszman y Salgueiro (2002) la forma de vinculación que poseen estas pacientes se caracteriza por la vulnerabilidad ante la influencia de los demás y sentimientos de inferioridad.

## **6. Conclusión**

Este apartado expone las conclusiones que se recabaron del recorrido realizado a lo largo de este trabajo final de integración y que fundamentalmente intentaron verificar, en primer lugar, si se han cumplido los objetivos propuestos, en segundo lugar informar las limitaciones o restricciones que se fueron presentando tanto en la práctica como en la elaboración del informe, en tercer lugar realizar una valoración del abordaje terapéutico que se llevó a cabo con la paciente participante y elaborar comentarios y preguntas de los lineamientos trazados, y por último proponer alguna futura línea de investigación que pueda contemplar otros aspectos no expuestos en el trabajo.

En cuanto al objetivo del presente trabajo, se propuso a describir el abordaje terapéutico de una paciente de 23 años con anorexia nerviosa desde un modelo integrativo, durante su paso por una fundación que se dedica a la salud mental y tiene como objetivo otorgar una mayor calidad de vida las personas que lo requieran, ofreciéndoles ayuda y tratamiento. Para poder cumplir con cada uno de los objetivos específicos, la información fue recabada por la residente a través de diversas fuentes como entrevistas a la terapeuta y nutricionista a cargo del tratamiento de la joven, la historia clínica y través de la observación y escucha en el espacio de supervisión en el área de trastornos de la alimentación de la institución, todo esto posibilitó que los objetivos puedan llevarse a cabo con éxito y a su vez poder relacionarlos con los conceptos centrales desplegados en el marco teórico.

María llegó a la institución presentando una diversidad de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos descritos anteriormente (Morandé & Rodríguez-Cantó, 1991) que al principio intentó ocultar. Fue diagnosticada por el grupo especializado en trastornos de la alimentación con anorexia nerviosa mixta, es decir que es de tipo restrictivo y con atracones/purgas; su gravedad es leve ya que su IMC es de 18 (APA, 2014). En la fundación se diseñó un tratamiento a medida de la paciente y su familia. El mismo fue ambulatorio para no afectar su ritmo cotidiano y le posibilite continuar con sus actividades de la vida diaria (Kirszman & Salgueiro, 2002). El abordaje fue interdisciplinario es decir con intervenciones terapéuticas y nutricionales, ya que como mencionan Kirszman y Salgueiro (2001) el trabajo en equipo es un factor de efectividad del tratamiento.

Se logró recabar información sobre el abordaje e intervenciones realizadas desde el modelo integrativo que propone Fernández Álvarez (2003) que se caracteriza por usar técnicas biológicas, psicológicas y sociales para brindarle ayuda a sus consultantes intentando a la vez encontrar propuestas integradoras identificando factores que resulten de mejor pronóstico para que se pueda llevar a cabo el cambio terapéutico.

Para concluir se pudo describir cambios y avances que fueron manifestándose en la joven luego de un año de tratamiento en la institución con respecto a su sintomatología.

En lo que se refiere a las limitaciones con las que se enfrentó la pasante, la primera fue que no se pudo observar directamente a la paciente, sino que todos los datos recabados fueron a través de entrevistas, historia clínica y los datos aportados en la supervisión del caso. Haber podido presenciar algunas de las sesiones del proceso terapéutico hubiese sido fundamental para agregar información acerca de la gestualidad, comportamiento, emocionalidad que surgen de la interacción paciente y profesional. Al mismo tiempo hubiera sido enriquecedor para la residente observar esta patología específica tratada desde el modelo que propone la institución.

La residente tampoco tuvo acceso a las grabaciones de las entrevistas de admisión y a los resultados de las pruebas psicológicas que se le realizaron al comenzar este proceso. Estos datos, habrían aportado información que hubiese ilustrado más detalladamente la sintomatología descrita. Asimismo no se tuvo acceso a las sesiones familiares que se realizaron durante el proceso de admisión de María; estas grabaciones hubieran sido ilustrativas para la residente para observar la dinámica y las distintas visiones que tenían los miembros de la familia acerca del trastorno alimentario que sufría la paciente, ya que como mencionan León y Aizpuru (2010) es en el contexto familiar donde se establecen las primeras normas, hábitos y costumbres que inciden en las conductas alimentarias de las personas.

En cuanto al modelo teórico que la institución plantea, la bibliografía con la que se construyó el marco teórico puede considerarse una limitación, porque solo se pudieron utilizar los libros y publicaciones con las que cuenta la fundación ya que su forma de abordaje terapéutico es única. Por otra parte este abordaje exclusivo imposibilitó que se pudiesen mencionar otras formas de tratamiento para estos trastornos alimentarios acotándose el marco teórico a una forma específica de intervención terapéutica. Esto provocó una restricción a la hora de poder comparar la efectividad de este modelo integrativo con otros existentes.

A su vez, la bibliografía que presenta este modelo integrativo es escasa, no existiendo variedad de material sobre el mismo en relación con los modos de abordaje de la anorexia nerviosa.

Otra restricción surgió a la hora de entrevistar a los participantes de este caso y tuvo que ver con la imposibilidad de entrevistar a la psicóloga admisora, quien realizó el proceso de admisión de la paciente al llegar a la institución; sólo se pudo acceder a los

escritos realizados por esta profesional que se hallaban en la historia clínica de María. Haber podido sumar su aporte, hubiese enriquecido aún más el motivo de consulta y la sintomatología de la paciente al ingresar a la institución.

Para concluir estas consideraciones acerca de las limitaciones, puede decirse que no existieron grandes limitaciones para la realización de este trabajo, ya que tanto la institución como los participantes tuvieron muy buena predisposición hacia la residente. Al mismo tiempo la concurrencia a esta fundación aportó la visión de un modelo novedoso, que no formó parte de la currícula de la carrera, motivo que enriqueció la práctica.

En lo que concierne a la perspectiva crítica, al centrarse en la dinámica del tratamiento se pueden hacer las siguientes observaciones. En primer lugar y de acuerdo con la patología descrita que remite a una enfermedad psiquiátrica, compleja y multicausal (APA, 2014) y a la sintomatología que se desprende de las fuentes de información, se infiere que los espacios de supervisión para estos casos son cada 15 días y se estima que este tiempo es demasiado extenso para las exigencias que demanda esta patología tan severa. Ya que las supervisiones de las demás patologías tratadas en la institución se realizan semanalmente. Además, las pacientes se encuentran en un sistema ambulatorio el cual no ofrece una atención sostenida, concurriendo solamente una vez por semana y de forma esporádica a la nutricionista.

Un aspecto que podría incluirse para trabajar la anorexia nerviosa desde el modelo integrativo y que no se ha visto en este caso, sería intentar ir identificando o encontrando con la paciente algún proyecto de vida que pueda correrla de la patología o del rótulo de la que padece, la enferma, para que pueda ir desplegando potencialidades y recursos que la hagan conectarse con la vida, saliendo de ese lugar que la restringe para comenzar a trabajar sobre su autonomía, su determinación, sus deseos. Indagar sobre estas cuestiones podría constituir una motivación que al mismo tiempo que saca la atención del foco de la enfermedad, conduce a conectarse con una visión más plena de sí misma. Explorar esos motivos en el marco de la terapia podría ser una intervención muy enriquecedora para una paciente con AN; en definitiva, sería abrir la pregunta acerca de qué es eso que la motiva a seguir viviendo y no a querer morirse (Góngora, 2010).

En lo que respecta a los aportes que podrían agregarse al tratamiento que recibió María, los mismos se relacionan con la incorporación de terapia grupal dentro del proceso terapéutico, es decir que la paciente tenga espacios grupales en los cuales se trabaje comprensión y aceptación hacia la enfermedad que padece, con el fin de poder ir

dejando de lado las críticas y los prejuicios para poder tener la posibilidad de conocerse en relación con su padecimiento y a la vez verse reflejada e identificada en la vivencia de los otros. En este sentido, se pudo observar en otras actividades dentro de la práctica que la institución tiene los recursos y los profesionales especializados para poder hacerlo, ya que hay grupos conformados en base a otras patologías que se tratan en la fundación. A su vez esto podría colaborar para ir disminuyendo unos de los síntomas principales que tiene la patología que es el aislamiento social (Morandé & Rodríguez-Cantó, 1991).

Otro aporte que podría sugerirse es la aplicación de mindfulness en el tratamiento, Baer, Fischer y Huss, (2005) demuestran la eficacia de estas nuevas técnicas al tratamiento de anorexia nerviosa.

Los aportes que posee esta práctica podrían ser de gran utilidad para poder disminuir la sintomatología de la AN. Esta herramienta puede ayudar a las pacientes a ser más conscientes de lo que el cuerpo necesita para poder tomar las riendas de sus conductas, regular las emociones y poder identificar aquellas que pueden desencadenar actos de purga. Trabajar además con el sentimiento del hambre, que es rechazado por este tipo de pacientes para reemplazarlo por el comenzar a sentir las necesidades físicas que durante tanto tiempo han estado desatendidas.

Pensando en la prevalencia de esta patología, la cual anteriormente se pensaba que era más común en poblaciones de clases altas en las culturas occidentales, Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan que actualmente han aumentado frecuentemente en las clases medio bajas e incluso bajas. Es por este motivo que sería de gran importancia, que la fundación, como lo hace con otro tipo de patologías, tenga un programa para la gente con bajo recursos económicos, ya que este tipo de patologías requieren un tratamiento prolongado al cual no todos tienen acceso.

Por último, un aporte interesante al caso de María, sería poder sumar al proceso terapéutico un tratamiento efectivo para el TOC, ya que como manifestó en sus síntomas, posee obsesiones y compulsiones que muchas veces son disfuncionales para su vida. Esto sería útil para este caso específico y para otros, ya que como menciona APA (2014) existe una tasa de comorbilidad relativamente alta entre la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo compulsivo.

Con lo que se recopiló del trabajo, se podría pensar que las futuras líneas de investigación podrían centrarse en los cuatro factores que predisponen a este trastorno mencionado en el marco teórico. Estas posibles causas, quedaron por fuera dentro de los

objetivos del presente trabajo y serían de gran importancia para comprender todos los aspectos que intervienen en esta patología.

En el caso específico de María, sería enriquecedor indagar acerca de los factores biológicos, psicológicos, acerca de su núcleo familiar en relación con esta enfermedad y por último analizar el factor social, que como mencionó Salazar (2008) que es aquel que crea un clima oportuno para la aparición de los TCA. Una perspectiva que indague la AN desde esos lugares, enriquecería el modelo terapéutico y el tratamiento que se planteó para este caso.

Otra posible línea para investigación en el futuro, poder realizar un estudio para comparar la efectividad del tratamiento de la AN desde este modelo integrativo que plantea la institución con otros modelos de tratamientos como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual (TCC) que demuestra efectividad para el abordaje de trastornos de la alimentación (Saldaña, 2001).

Si esta forma de abordaje integrativa no es eficaz por sobre otras, podría ser beneficioso poder incluir técnicas que lo sean para así poder enriquecer el tratamiento; pero si esta forma de intervención resulta más eficaz en relación a otros, podría resultar beneficioso que los demás tratamientos la incluyan para ayudar a este tipo de pacientes.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
- Baer, R. A., Fischer, S., y Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281-300.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334. [doi 10.4067/S0717-92272010000500007](https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007).
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 22-33.
- Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(2), 103-114.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000200006>
- Borrego, A. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A., & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría*, 72(4), 300-305.
- Chávez Flores, A., & Caballero Romo, A. (2008). Sintomatología Obsesivo-Compulsiva en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: Una muestra de pacientes mexicanas. *Liberaddictus*, 72(4), 243-259.

- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2011). *Anorexia y bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525
- Elizathe, L., Murawski, B. M., Arana, F. G., Diez, M., Miracco, M., & Rutzstein, G. (2010). Detección de trastornos alimentarios en niños: adaptación lingüística y conceptual del Children's Eating Attitudes Test (CHEAT). *Anuario de Investigaciones*, 17, 33-40.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1998). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos (pp.356-382)*. Barcelona: Paidós
- Fernández Álvarez, H., García, F. S., & Scherb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q
- Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia. Más allá de la integración. *Revista argentina clínica psicológica*, 12(3), 229-246.
- Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Barcelona: Paidós.
- Góngora, V. (2010). Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicodebate*, 10, 279-296.
- Herscovici, C. R., (2000). Tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En J. Meneghello R. y A. Grau Martínez (comp.). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia* (pp. 298-305). Buenos Aires: Panamericana.
- Herscovici, C. R., & Bay, L. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía* (pp.21- 116). Buenos Aires: Paidós.

- Kaplan, H. I & Sadok, B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica* (pp.816-829). Madrid: Panamericana.
- Kirszman, D., & del Carmen Salgueiro, M. (2001). La experiencia de sufrimiento en los trastornos alimentarios: hacia un modelo integrativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(1), 49-62.  
doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.1.2001.3904>
- Kirszman, D., & del Carmen Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*: Madrid. Tea.
- Kirszman, D., & del Carmen Salgueiro, M. (2004). Una mirada integrativa a los trastornos alimentarios ¿Cómo abordarlos? En H. Fernández Álvarez & R. Opazo. *La integración en psicoterapia* (pp.311- 333). Barcelona: Paidós.
- Ley 26 396. Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la República Argentina, 03 de Septiembre 2008 (núm. 31481).
- León, R. C., & Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 112-118
- León, G. R. & Dinklage D., (1986). Obesidad infantil y anorexia nerviosa. En T. Ollendick y M. Harsen (comp.). *Psicopatología infantil*. (pp. 349-379). Barcelona: Martínez Roca.
- López C. & Treasure J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Marín, B. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29(2), 86-91.
- Maturana, A. (2009) Tratarnos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. En C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (comp) *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.429-444). Santiago: Mediterráneo.
- Morandé, G. & Rodríguez- Cantó (1991). Anorexia y bulimia nerviosa. Trastornos del apetito y de la alimentación en adolescentes. *Medicine*, 5, 3281- 3287.

- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Moreno Dominguez, S. & Villar Rodriguez, S. (2011) Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. Caballo & M. A. Simón. (comp). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. (pp.261-288). Madrid: Pirámide
- Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247
- Perpiña, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos. (comp.) *Manual de psicopatología*, vol. 1. (pp. 531-544). Madrid: Mc Graw Hill
- Pipher, M. (1999). *Hambre a la moda: el infierno de los trastornos de la alimentación* (pp.114- 129). Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Buenos Aires: Planeta.
- Rodríguez, S., Díaz, S., Ortega, B., Mata, J. L., Delgado, R., & Fernández, M. C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, (9), 21-23.
- Silva Toro, N. Y., Mesa, M., & Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 15(4), 89-98.
- Rosas, C. E. B. (2015). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología.*, 12(1), 13-50.
- Rutzstein, G. (1994). Anorexia Nerviosa: ¿enfermedad de nuestro tiempo? *Anuario de Investigaciones*, 3, 1992-1993.

- Rutzstein, G. (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(29), 103-128.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Armatta, A. M., Leonardelli, E., Diez, M. & Maglio, A. L. (2010). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 55-68. doi:10.5460/jbhsi.v2.i1.07
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13 (3), 381-392.
- Sámano, L. F. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42.
- Society for Exploration of Psychotherapy Integrationhttp (SEPI) (S/F). Recuperado de://www.sepiweb.org/.
- Woerwag, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.010>
- Yunes, A. (2000). Clínica de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En J. Meneghello R. y A. Grau Martínez (comp.). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia* (pp.284- 297). Buenos Aires: Panamericana.

