

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Estudio de un caso de una paciente de 13 años con Anorexia desde un modelo integrativo

Verla, Nenía

Tutor: Garber, Claudia

Buenos Aires, 28 de diciembre de 2018

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general	2
2.2 Objetivos específicos	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Trastornos Alimentarios	3
3.2 Anorexia	4
3.2.1 Factores predisponentes	5
3.2.2 Síntomas y expresiones clínicas	7
3.2.3 Diagnóstico diferencial y Comorbilidad	10
3.3 Tratamientos	11
3.3.1 Perspectiva transteórica	14
3.3.2 Modelo integrativo	15
3.3.2.1 Proceso de admisión	17
3.3.2.2 Etapas del tratamiento	19
4. Metodología	20
4.1 Tipo de estudio	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumentos	21
4.4 Procedimiento	21
5. Desarrollo	22
5.1 Objetivo 1	22
5.2 Objetivo 2	25
5.3 Objetivo 3	29
6. Conclusiones	32
7. Referencias bibliográficas	37

1. Introducción

El Trabajo Final Integrador correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología se desarrolló en base a un caso proporcionado por una institución no gubernamental dirigida a la atención de la Salud Mental, a la formación de profesionales y a la investigación desde el modelo integrativo. La asistencia a la misma fue parte de la materia Práctica y Habilitación Profesional V, la cual consistió en concurrir con un total de 280 horas.

A lo largo de cinco meses se recogieron datos acerca de una niña de 13 años en tratamiento, con diagnóstico de anorexia. La menor asiste a encuentros de psicoterapia individual además del trabajo interdisciplinario con psiquiatra, pediatra y nutricionista. A su vez, los padres concurren a sesiones de psicoterapia vincular con la profesional a cargo.

La institución cuenta con diferentes equipos que se encargan de diversas cuestiones, uno de ellos es el equipo “Programa de atención unificado de trastornos alimentarios” (PAUTA) encargado del diagnóstico y tratamiento de trastornos alimentarios. El trabajo que se realiza en la misma es interdisciplinario.

Las tareas llevadas a cabo en la institución fueron la presencia a reuniones de supervisión del equipo de PAUTA, asistencia a supervisiones de niños, de adultos y familiares, observación de casos a través de cámara gesell, desgrabación de sesiones, contacto con el equipo encargado de evaluación y tareas relacionadas con bibliografía perteneciente a la institución.

El trabajo fue realizado por medio del conocimiento de la historia clínica de la paciente, el proceso de admisión y el proceso de evaluación, junto con la desgrabación de sesiones vinculares y entrevistas a profesionales que llevan a cabo el proceso de tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el tratamiento de una paciente de 13 años diagnosticada como Anorexia desde un modelo integrativo.

2.2 Objetivos específicos

Describir los síntomas de una paciente de 13 años cuando inicia el tratamiento.

Describir el proceso psicoterapéutico realizado a lo largo de 10 meses de una paciente de 13 años con Anorexia desde un modelo integrativo.

Describir la evolución de una paciente de 13 años con Anorexia luego de 10 meses desde un modelo integrativo.

3. Marco Teórico

3.1 Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas complejas y multicausales cuyo diagnóstico se da frecuentemente en el inicio o transcurso de la adolescencia destacándose como principales la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios no especificados (López & Treasure, 2011). Según el DSM 5 elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) existen clasificaciones dentro de los trastornos alimentarios tales como el trastorno de rumiación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, trastorno por atracones, trastorno de evitación o restricción de alimentos, otro trastorno alimentario o de ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado. A continuación, se desarrollarán brevemente algunos de los mencionados trastornos.

El trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos se manifiesta por el fracaso para satisfacer las necesidades básicas de nutrición asociado a la significativa disminución de peso, insuficiencia de nutrientes, la sujeción a suplementos orales y las disfuncionalidades que se presentan en el contexto. Se descarta que la explicación esté basada en conductas que son aceptadas culturalmente o que se presente escasez de alimentos. En cambio, el trastorno por atracones se caracteriza por la presencia de reiterados episodios de atracones, los cuales se describen como el consumo de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de las personas consumen en un lapso de tiempo similar y en situaciones parecidas presentando falta de control sobre lo consumido al momento del atracón. Los atracones se encuentran asociados a la ingesta más rápida de lo habitual, el comer hasta llenarse de forma exagerada, comer a pesar de no sentir hambre, el comer en soledad por vergüenza de que lo que se ingiere se basa en altas cantidades y también se asocian con el sentimiento de disgusto con uno mismo. Otra característica del trastorno es la molestia que los atracones le producen a la persona considerando que en promedio ocurren por lo menos una vez por semana a lo largo de tres meses. Los episodios de atracones suceden también en el trastorno bulimia, pero la diferencia se presenta en las conductas compensatorias para impedir el aumento de peso como lo son el vómito autoprovocado, realizar ayunos, desarrollar actividad física de manera excesiva o el uso de laxantes y diuréticos teniendo en cuenta que la evaluación

que la persona realiza sobre si misma se encuentra incidida por su cuerpo y por su peso. En relación a la anorexia se la definirá a lo largo del trabajo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Se considera a los trastornos alimentarios como un problema de salud pública dado su creciente incremento, la gravedad de los síntomas asociados además de la resistencia al tratamiento y la presencia en edades tempranas considerando un promedio de 17 años (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009). Los trastornos de la conducta alimentaria están caracterizados por el impacto causado en la sociedad y especialmente en la población tanto joven como adolescente y principalmente en el sexo femenino. En dicha población la preponderancia de estos trastornos durante los últimos 30 años se fue incrementando, por lo cual se comenzaron a desarrollar en mayor número estudios epidemiológicos para analizar el alcance de los trastornos alimentarios y los factores de riesgo que se le asocian. En sociedades desarrolladas y occidentalizadas los mencionados trastornos se encuentran en la posición número tres de las enfermedades crónicas presentes en mujeres adolescentes y juveniles (Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2005).

En cuanto a la sintomatología se reconoce como un síntoma precoz la alteración en la autopercepción de la imagen corporal entendiéndolo como una distorsión relacionada con el tamaño del cuerpo y la propia insatisfacción con el mismo. La baja autoestima es otro síntoma considerado primordial debido que tiene como base la preocupación por el peso y la insatisfacción con la imagen corporal producto de creencias distorsionadas (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

3.2 Anorexia

Las distintas interpretaciones del concepto de anorexia coinciden en que se trata de un trastorno psiquiátrico que se desencadena generalmente en la adolescencia y se caracteriza por la reducción de la ingesta en relación con las necesidades básicas de cada individuo según la edad, el sexo, el desarrollo y la sanidad física de los mismos, además de peso significativamente bajo teniendo como base el peso mínimo esperado para cada sujeto. El trastorno implica el temor al aumento de peso, a las formas del cuerpo y conductas persistentes que interfieren en la mantención de un peso esperable además de dificultad en la autopercepción de la propia imagen corporal y de la gravedad presente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992; Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, 1990).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) el diagnóstico debe especificar si hubo episodios de purga o atracones, conductas de ayuno recurrentes o la realización exagerada de ejercicio físico. También se debe tener en cuenta el nivel de gravedad del trastorno, el cual varía desde leve hasta extremo basándose en el índice de masa corporal (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El trastorno por anorexia causa deterioros en la persona afectando diferentes niveles: a) cardiovascular: pueden presenciarse la aparición de bradicardia, hipotensión arterial e incluso arritmias lo cual se considera una de las principales causas de defunción, b) aparato gastrointestinal: disminución en el mecanismo de la función intestinal con la presencia de estreñimiento y también insuficiencia pancreática logrando que el trastorno perdure, c) cambios endócrinos: síntomas de amenorrea en mujeres y en varones la pérdida de interés sexual o de potencia sexual demorando el desarrollo de la pubertad e hipotermia, d) debilidad muscular y e) sistema nervioso: se puede llegar a atrofias cerebrales o dilatación de ventrículos (Kirszman & Salgueiro, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992).

3.2.1 Factores predisponentes

En el origen de la anorexia se encuentran factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales predisponen a la enfermedad y también logran que esta se mantenga a lo largo del tiempo. Además, otros factores que derivan del trastorno llevando a que el mismo continúe a lo largo del tiempo, como lo son la malnutrición, las alteraciones que se producen tanto a nivel social como psicológico, el aislamiento social y los cambios fisiológicos (Madruga Acerete, Leis Trabazo & Lambruschini Ferri, 2010).

En cuanto a los factores que producen la enfermedad se encuentran los genéticos, dentro de los cuales se identifica la tendencia a la obesidad que puede llevar a alcanzar el extremo opuesto generando un grado de desnutrición que implicaría riesgo. También la edad y el sexo se consideran variables a tener en cuenta al inicio de la enfermedad dado que las mujeres adolescentes se consideran atravesando una etapa de mayor riesgo para la aparición de la enfermedad. La genética influye durante la pubertad donde se producen cambios a nivel fisiológico, lo cual anticiparía la aparición del trastorno teniendo en cuenta los cambios que se producen en el cuerpo. Los mismos se presentan en las mujeres de manera más rápida e impactante que en los varones y la percepción de un cuerpo cambiado se encuentra distorsionada al igual que la

representación que la propia persona hace de sí (Toro, 1999; Uribe Merino, 2007). Un estudio realizado por Silva Toro, Mesa y Escudero (2014) con alumnos secundarios de Argentina con una edad promedio de 17 años, arrojó como resultado que un 13.7% manifestó a lo largo de su vida riesgo a padecer algún trastorno alimentario encontrándose en las mujeres mayor predisposición genética. Los cambios que se producen a nivel físico y psíquico llevan a que los adolescentes presenten dificultades con su madurez y con su identificación, al desarrollar un cuerpo nuevo que puede resultarles incómodo.

Lo que caracteriza a la anorexia y su permanencia a lo largo del tiempo es la distorsión de la imagen corporal relacionándose con las conductas alimenticias, identificándose como principal signo el rechazo a una alimentación apropiada por temor intenso a la ganancia de peso. También se tiene en cuenta al entorno, considerando que las presiones que pueden estar presentes dentro de las familias constituyen un factor al cual se le debe prestar especial atención teniendo en cuenta el significado que el entorno cultural le da a la delgadez tratándola como un éxito social (Madruga Acerete et al., 2010; Uribe Merino, 2007).

La búsqueda en internet acerca del área salud se ha ido incrementando en la población adolescente principalmente orientada al aspecto corporal, diferentes tipos de dietas y problemas alimenticios. Además del buscador online se encuentran a disposición de la población blogs, foros y redes sociales donde se promueven las enfermedades tratándolas como estilos de vida, brindando contenidos riesgosos ante la vulnerabilidad de las personas que podrían desarrollar un trastorno alimentario. Los blogs más frecuentes entre las personas que padecen trastornos alimentarios se denominan “pro-Ana” y “pro-Mía”, los cuales contienen información perjudicial para la salud de los usuarios debido que proporcionan técnicas para bajar de peso sin tener en cuenta los controles médicos adecuados (Lladó, González-Soltero & Blanco, 2017).

Se considera que la exploración por parte de los adolescentes se ha ido incrementando con el paso de los años reconociendo, de acuerdo a un protocolo realizado en el año 2015 sobre la búsqueda de palabras claves como anorexia, bulimia, trastornos de la conducta alimentaria, estilos de vida saludables y obesidad, entre otros, se encontró que la palabra anorexia arrojaba gran cantidad de resultados, superando ampliamente otras palabras claves utilizadas en el estudio (Lladó et al., 2017).

Para resguardar a los adolescentes de este tipo de material mencionado, se proponen por parte de instituciones y asociaciones el cierre de las páginas y la creación

de contenido de calidad para que la población pueda acceder fácilmente de manera online obteniendo beneficios para su salud. Como inconveniente se encuentra la presencia de las redes sociales, contra las cuales no se puede competir por su nivel de difusión, especialmente entre la población joven (Lladó et al., 2017).

A nivel psicológico la personalidad se considera una variable a tener en cuenta dado que son personas que se exigen en exceso, se destacan por ser trabajadoras además de ser muy aplicados en los estudios y personas con gran ambición, aunque presentan inconvenientes al expresarse acerca de sus propias emociones y al interpretar las mismas. La apariencia y el éxito son variables a las que se le da mucha importancia a nivel familiar, resaltando que los hijos antes de que la enfermedad se inicie son obedientes y dependientes de sus padres, el madurar y separarse de estos les resulta muy difícil dado que la única rebeldía que manifiestan se da hacia el rechazo a la alimentación. Otros síntomas psicológicos presentan en las personas con anorexia son irritabilidad, inestabilidad en el humor, ansiedad, dificultad para mantener la atención, consideración de falta de inclusión en la sociedad, insomnio, pensamientos obsesivos, sentimientos depresivos además de la dificultad en la toma de decisiones (Borrego Hernando, 2000).

3.2.2 Síntomas y expresiones clínicas

Las expresiones clínicas de la anorexia son multisistémicas porque afectan al organismo en su mayor porcentaje como resultado de una mal nutrición. Según la fase evolutiva por la que esté atravesando el paciente se combinan en diferentes grados manifestaciones clínicas que son secundarias al trastorno psiquiátrico y de conducta y otros que se relacionan con la mal nutrición (Madruga Acerete et al., 2010).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) establece para el diagnóstico de la anorexia diversos criterios. El primero refiere a la reducción de la ingesta calórica según las necesidades básicas de los individuos, lo cual lleva a la disminución significativa del peso corporal según la edad, el sexo, la etapa de desarrollo por la cual se atraviesa y la salud física de la persona. El segundo criterio establecido es el temor a engordar o la presencia de conductas que frenan el aumento de peso a pesar de estar en un peso bajo y, por último, la alteración en la auto percepción de la persona en relación a su cuerpo y la falta de reconocimiento de la gravedad por la que está atravesando.

Los síntomas presentes en el trastorno se relacionan con la priorización de la imagen corporal, considerando esta última como la representación mental que la

persona hace de su cuerpo, manteniendo una mirada negativa hacia el propio cuerpo realizándose una evaluación de los alimentos según su ganancia ponderal. La realización de dietas con baja cantidad de calorías sin tener sobrepeso u obesidad, presencia de ayuno o semiayuno intercalados con una ingesta normal y el temor a ganar demasiado peso o a volverse obeso, son síntomas del trastorno que contribuyen para realizar un diagnóstico precoz junto con una histórica clínica para llegar al pronóstico. Al encontrarse alterada la percepción del peso y de la imagen corporal las personas con anorexia se consideran obesas o con un peso mayor al que desean, aunque esto no suceda así, también la consideran partes del cuerpo gruesas o grandes llevando a una excesiva preocupación. La distorsión de la imagen corporal conlleva a que el trastorno se mantenga porque se genera ansiedad en relación con la mantención de dietas y conductas propias de la anorexia. El interés por el sexo se encuentra disminuido porque el desarrollo sexual está demorado por la baja ingesta calórica hallándose el desarrollo de la propia persona interrumpido (Bravo Rodríguez, Pérez Hernández & Plana Bouly, 2000; Madruga Acerete et al., 2010).

En la anorexia la predominancia de los pensamientos relacionados con la delgadez se convierte en un punto central a tener en cuenta dado que conduce a conductas rígidas que influyen en la vida de las personas que no pueden reconocer la gravedad del trastorno. En muchos casos se recurre al ejercicio físico para alcanzar una imagen corporal idealizada, dado que no se percibe el cansancio proveniente del mismo manteniendo exigencia hacia el propio cuerpo para no llegar a tener sobrepeso (Bravo Rodríguez et al., 2000). La preocupación por el físico lleva a la persona con trastorno alimentario a realizar conductas directamente vinculadas con el control de la propia apariencia como el pesarse de manera regular, realizar mediciones de partes del cuerpo por percibir las de manera superior a lo que realmente es o controlar cuan ajustadas les queda la ropa por sentir vergüenza de su cuerpo (Fairburn, 1998).

No solo se presenta el rechazo hacia la comida, sino que los pacientes desarrollan interés particular hacia la comida investigando sobre la misma, buscando recetas de cocina y cocinando su propia comida o para la familia. Las personas con anorexia toleran las sensaciones de hambre y consumen una cantidad mínima de calorías, consiguiendo en muchos casos la pérdida de control sobre sí y recurriendo a atracones desatados por el vómito autoinducido. Las personas con anorexia que presentan características más restrictivas tienden a aislarse socialmente en un grado mayor que aquellas con conductas purgativas o compulsivas, y también presentan

dificultades sexuales. La amenorrea que puede manifestarse en jóvenes con anorexia se diferencia en primaria y secundaria, la primera conlleva a que la persona tenga mayor dependencia por su inmadurez, en cambio la secundaria se destaca por mayores grados de depresión y comportamientos ansiosos. La menstruación comienza cuando el peso aumenta y la masa corporal llega a un 22% (Bravo Rodríguez et al., 2000).

La realización de ejercicio físico excesivo, la restricción de la ingesta calórica, el aislamiento y los sentimientos de enojo, fatiga, vacío, entre otros, llevan a que un tercio de las personas que padecen el trastorno recurran a comer compulsivamente recurriendo a pequeñas cantidades de comida pero que la persona considera una pérdida de control sobre sí misma. La interrupción en la alimentación con atracones se considera un hábito entre las personas que padecen anorexia por la rigidez presente en relación a la comida, lo cual se manifiesta de manera constante además de la preocupación por la imagen corporal. Se diferencian tres formas en que las personas organizan su alimentación, en primer lugar, algunas evitan comer a lo largo de varios días o pueden llegar a dejar de comer durante el día y a la noche aparecer atracones, la restricción en la cantidad de alimentos que se ingieren y por último el rechazo hacia algunas comidas por considerarlas peligrosas o prohibidas porque engordan. En muchos casos el llevar adelante una alimentación estricta conlleva a que la persona esté pendiente constantemente de la comida y su vida diaria se encuentre modificada dado que la concentración se encuentra alterada (Fairburn, 1998).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) distingue a la anorexia según la sintomatología en dos tipos restrictivo o con atracones/purgas. El primero está determinado si en el transcurso de los últimos tres meses no ocurrieron episodios de atracones o purgas y la disminución del peso estuvo dado por la realización de dietas, ayuno o ejercicio físico excesivo, manifestándose este último de manera compulsiva logrando que la persona no pueda dejar de ejecutarlo, aunque no le traiga beneficios. El segundo tipo también tiene en cuenta los últimos tres meses, pero si aparecieron episodios de atracones o purgas, determinando la utilización indebida de diuréticos, laxantes o enemas, como también el vómito provocado por la propia persona (Fairburn, 1998).

Según la Organización Mundial de la Salud (1992) la anorexia presenta diferentes niveles de gravedad, los cuales van a estar identificados por el índice de masa corporal (IMC) de cada persona: si el valor del IMC es igual o mayor a 17 la gravedad

es leve, entre 16-16,99 moderada, entre 15-15,99 grave y en el caso que sea menor a 17 será extrema (Madruga Acerete et al., 2010).

La remisión del trastorno puede ser parcial, es decir que la disminución de la ingesta calórica no se presente por un periodo considerado pero el miedo a ganar peso y/o la alteración de la percepción sobre el propio cuerpo si se cumple. En el caso que la remisión sea total los criterios no se cumplieron en un periodo continuado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Las relaciones sociales ante la enfermedad presentan cambios por la rigidez y las obsesiones presentes en el trastorno, además de la dependencia familiar por sentirse en soledad, con características depresivas. Otro síntoma recurrente es la baja autoestima por desconfiar de sí mismos, por perder el control y sentirse inútiles para llegar a su cometido de bajar de peso. El perfeccionismo presente en la sociedad y en la persona que padece la enfermedad lleva a la autoexigencia, la sumisión a ideales de belleza contribuye con el trastorno experimentado en muchos casos alteraciones en el sueño. Las obsesiones y compulsiones son características del trastorno alimentario diferenciándose en algunas personas mayor hiperactividad que en otras. A nivel físico el sistema hipotalámico y endocrino sufren cambios con el trastorno a raíz de la mal nutrición presente, además puede aparecer hipotermia, baja tensión arterial, bradicardia, estreñimiento, intolerancia al frío y sequedad en la piel, entre otros (Bravo Rodríguez et al., 2000). A nivel cerebral se encuentran alterados a raíz del trastorno algunos neurotransmisores destacándose especialmente la serotonina, la cual se vincula con la alimentación por contribuir en el control de la misma y en la apetencia por los alimentos (Fairburn, 1998).

La evolución del trastorno puede ser diferente, logrando una mejora luego de atravesar un episodio único, que después de episodios variables donde logran el aumento de peso se presenten recaídas o si no se lleva a cabo un proceso terapéutico la desnutrición presente en el trastorno puede terminar en el suicidio o muerte a causa de la misma (Bravo Rodríguez et al., 2000).

3.2.3 Diagnóstico diferencial y Comorbilidad

Para determinar la presencia de un trastorno de alimentación como la anorexia en primer lugar se deben descartar enfermedades médicas que presenten disminución de peso como la diabetes tipo I, el hipertiroidismo, las neoplasias, celiaquía, enfermedades infecciosas crónicas como el SIDA, abuso y dependencia de sustancias, entre otras. A su

vez se deberán descartar alteraciones del propio cuerpo provenientes de la epilepsia y el trastorno dismórfico corporal (Del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009; Gaete, López & Matamala, 2012). Para llevar a cabo la evaluación del trastorno se examinan síntomas específicos de la anorexia y síntomas inespecíficos como lo son depresión, obsesiones, ansiedad, impulsividad e incluso ideas de muerte para incluir un diagnóstico diferencial (Madruga Acerete et al., 2010).

La anorexia presenta comorbilidad con diferentes trastornos, pero en mayor medida con los trastornos de personalidad especialmente aquellos con caracteres obsesivos, evitativos y dependientes. Estos trastornos presentan características similares con la anorexia como las dificultades en la flexibilidad ante las situaciones y la adaptación a las mismas, además de que el aprendizaje de estrategias de afrontamiento se torna difícil ante los problemas cotidianos que se relacionan con conflictos en las relaciones llevando a que se limite la vida social de las personas que padecen la enfermedad por su gran malestar subjetivo. La personalidad de las personas con anorexia se percibe como obsesiva, dependiente, introvertida y con dificultades en las relaciones en sociedad, sumado un trastorno de personalidad estas características se encuentran aumentadas y con mayor frecuencia se presentan dificultades. La depresión también se vincula con la anorexia y debe ser diferenciada, dado que muchas veces se produce a causa de la falta de alimentación y de retraimiento social que la persona con anorexia manifiesta (Echeburúa & Marañón, 2001). A raíz del trastorno alimenticio pueden presentarse rasgos del trastorno límite de personalidad que luego de sobrepasado el problema alimentario desaparecen y en el caso contrario requerirían de un tratamiento realizado con mayor intensidad. Algunos rasgos del trastorno límite que pueden manifestarse en personas con anorexia son la inestabilidad en las relaciones, alteraciones en la percepción sobre sí mismo, irregularidades en el estado de ánimo, conductas impulsivas, ideación suicida y/o autolesiones (Fairburn, 1998).

La anorexia, como los demás trastornos alimentarios, afecta la vida diaria de las personas. En muchos casos se presenta depresión de forma secundaria al trastorno alimenticio y luego de que se consigue una mejora en el mismo la depresión desaparece o en el caso contrario los sentimientos de inferioridad siguen manifestándose más allá de un cambio en relación con el problema en la alimentación. Además, se manifiestan muchas veces problemas que se vinculan con la ansiedad por el aislamiento social que el trastorno produce, originándose cambios en el estado de ánimo de la persona manifestándose en mayor medida estados de irritabilidad con exaltaciones violentas e

incluso un número menor llega a lesionarse a sí mismo para establecer la tensión presente o vincularse con excesos como el alcohol y las drogas (Fairburn, 1998).

3.3 Tratamientos

Para llevar a cabo el tratamiento del trastorno se realiza en primer lugar una evaluación nutricional, la cual considera la masa corporal de la persona al momento de la consulta y periódicamente a lo largo del tratamiento. Además, se toman datos acerca de la historia clínica nutricional de la persona, es decir, el peso regular que ha mantenido a lo largo de su vida, el peso actual, los cambios en el mismo, la realización de actividad física o de consumo de laxantes y/o diuréticos, vómito, como también la vida diaria que lleva a cabo la persona teniendo en cuenta las medidas del cuerpo (Berghella & García, 1999). En la historia clínica debe constar una evaluación del grado de reducción calórica y como se alimenta el paciente. Es importante que se monitoree la valoración de las medidas del cuerpo dado que la anorexia presenta una nutrición desequilibrada que se instaura de manera progresiva y el cuerpo atraviesa un proceso de adaptación. La utilidad de realizar un análisis nutricional permite el establecimiento de periodos en que se encuentra la enfermedad según cuan severa es la afectación en los pacientes teniendo en cuenta que las personas con anorexia, en su mayoría, tienden a consumir vegetales especialmente zanahoria, zapallo y de hojas además de lácteos descremados y de un alto consumo de líquidos, rechazando alimentos hipercalóricos, con aportes de grasas y carnes (Babio, 1999; Madruga Acerete et al., 2010).

Para que el tratamiento se realice de manera ambulatoria la persona debe contar con la motivación suficiente para el mismo además de contención familiar o social, que la pérdida de peso no se haya producido de modo brusco y el estado físico se encuentre controlado sin ser inferior al 70% del peso medio para la altura de la persona, buscándose la recuperación de la condición nutricional y a largo plazo tanto el aumento de peso como la aceptación de los cambios corporales que se producirán. Se deben tener en cuenta las características propias del trastorno al momento de establecer una relación terapéutica indagando las creencias y conductas alimentarias que el paciente mantiene como también su entorno (Babio, 1999). Teniendo en cuenta al organismo y cuan comprometido esté se categoriza al deterioro en leve, moderado o severo basándose en el área proteica y calórica del mismo, teniendo como parámetro las medidas del cuerpo, la cantidad de linfocitos y el índice de masa corporal (Berghella & García, 1999).

Es importante tener en consideración los riesgos presentes en la persona que padece el trastorno evaluando los criterios que existen para llevar a cabo una internación. Los mismos son una desnutrición superior al 30% en especial si el descenso de peso ocurrió en un tiempo menor a 6 meses o luego de un tratamiento ambulatorio sin éxito, bradicardia en un grado significativo, niveles bajos de azúcar en sangre, hipotermia, hipotensión ortostática, conductas autoagresivas, deshidratación y falta de contención familiar. Teniendo en cuenta el nivel de gravedad de las diferentes manifestaciones y la edad del paciente los requisitos del tratamiento resultan variables (Berghella & García, 1999).

En el caso de que se requiera internación se buscará establecer los niveles de hidratación en el cuerpo teniendo en cuenta el proceso de nutrición que requiere la persona y la diferenciación de tiempos de la misma. El primer tiempo de la nutrición es la alimentación, la cual tiene una etapa vinculada con la ingesta de alimentos y otra con la digestión y la absorción de los mismos. La ingestión refiere a la deglución de la comida y la masticación de la misma, y por otro lado la digestión comienza cuando los alimentos llegan al estómago. En el caso de la anorexia la restricción de alimentos conlleva a que en ésta primera etapa de incorporación de nutrientes la consistencia, el volumen y la frecuencia de las comidas llevarán a un retraso del vaciamiento gástrico. El metabolismo constituye el segundo tiempo de la nutrición teniendo como objetivo utilizar la energía proveniente de los alimentos dado que a raíz del trastorno hay una disminución en el mínimo de energía necesaria. Por último, el tercer tiempo de la nutrición tiene que ver con la exteriorización de los nutrientes que no se utilizaron de las sustancias que fueron ingeridas y residuos de las mismas a raíz de los procesos metabólicos (Berghella & García, 1999).

Los tres tiempos antes mencionados están vinculados entre sí sin considerarse procesos aislados ya sea en condiciones normales o patológicas, dado que la alimentación influye directamente en el metabolismo y las características de éste sobre la excreción constituyendo un proceso único donde la alteración de uno de éstos tiempos traería consecuencias en los demás (Berghella & García, 1999).

En relación al tratamiento farmacológico de la anorexia ningún fármaco se ha caracterizado por ser específicamente útil. Muchos antipsicóticos utilizados en pacientes mal nutridos causaban efectos adversos como hipotermia, trastornos gastrointestinales, alteraciones en el hígado, entre otros, sin lograr beneficios para la persona. La utilidad de los mismos es considerada si el trastorno alimentario presenta una evolución crónica,

agitación y ansiedad elevada. En el caso que se presente ansiedad, vinculada a la alimentación, se utilizan en pacientes internados ansiolíticos en dosis bajas teniendo en cuenta la dependencia y el abuso que éstos provocan. En el caso que los pacientes con anorexia presenten comportamientos obsesivos o compulsivos y/o depresión se recurre a antidepresivos serotoninérgicos (Facchini, 1999).

3.3.1. Perspectiva transteórica

Desde una perspectiva transteórica para el cambio, propuesta por Prochaska y DiClemente, se tratan los procesos de cambio teniendo considerando una mirada integradora. Se tienen cuenta, para el logro de los cambios, la motivación de la persona, sus mecanismos de defensa, la oposición o aceptación hacia la realización de terapia y el modo de vincularse. El cambio terapéutico se estudia en dos niveles denominados etapas de cambio y procesos de cambio. El primero refiere al momento en el que ocurren los cambios de las conductas y de las emociones, y el segundo trata de entender cómo se sucedieron los mismos (Calvo Sagardoy, Alba Fernández, Serván García & Pelaz, 2001; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1994).

Las etapas de cambio representan aspectos del cambio intencional considerando la motivación de la persona. El cambio constituye un periodo de tiempo, serie de habilidades y tareas que contribuyen al avance a través de diferentes etapas. La primer etapa de pre contemplación, tiene que ver tanto con en el área cognitiva como con la emocional y como las personas procesan información mínima acerca del problema que atraviesan sin manifestar intenciones de cambio. Luego sigue le etapa de contemplación donde las personas logran tener consciencia de los problemas, cuanto ellos las implican y se encuentran predispuestas a afrontarlos. Sin embargo, en algunos casos, se encuentran con baja energía para realizar esfuerzos que le permitan el paso a la siguiente etapa. La tercer etapa, denominada preparación, se distingue por ser una etapa donde aparece la disponibilidad de la persona para el logro de cambios a corto plazo, reconocer los propios errores y poder formular planes, siguiendo a la etapa de acción donde las personas se encuentran con la creencia de contar con la autonomía necesaria para lograr cambios exitosos en su vida. Por último, la etapa de mantenimiento se vincula con el logro para evaluar posibles riesgos o recaídas, como también dar cuenta de los propios recursos de afrontamientos con los que cuenta la persona. Se considera

esta última etapa como un compromiso con los cambios obtenidos. (Calvo Sagardoy et al., 2001; Prochaska et al., 1994).

El proceso de cambio tiene que ver con aquellos elementos básicos con los que la persona se compromete para lograr cambios y modificar sus pensamientos y conductas en relación a problemáticas que estén atravesando. Los procesos intervinientes son: a) autoconciencia, tiene que ver con el esfuerzo para poder analizar información novedosa sobre uno mismo para comprender el problema, b) condicionamiento, se logra sustituir los problemas de conducta con comportamientos alternativos, c) alivio dramático, poder experimentar sentimientos relacionados con el problema tratando de encontrar soluciones posibles, d) reevaluación ambiental, se tiene en cuenta como el problema impacta en el medio físico y social de la persona, e) relaciones de ayuda, aceptación del acompañamiento de otras personas que contribuyan a los intentos de cambio, f) control de sistemas interpersonales, evitación de la vida social que aumente la conducta problema, g) manejo del refuerzo, recompensarse a sí mismo o recibir recompensas por el logro de los cambios, h) auto liberación, lograr un compromiso con el cambio logrado y con la propia capacidad de cambio, i) auto reevaluación, reevaluar emocional y cognitivamente aspectos vinculados al problema, j) liberación social, aceptar y considerar posibles estilos de vida diferentes, k) control de estímulos, controlar las situaciones y causas que contribuyen a la conducta problema y l) uso de sustancias, aquellas dirigidas al apetito, metabolismo o emociones. El énfasis está puesto en cómo se integran los procesos y las etapas, lo cual contribuye con el proceso terapéutico. La toma de consciencia, la experiencia de sentimientos vinculados al problema y la expresión de los mismos se toman como procesos que deben desarrollarse desde un principio para favorecer los cambios (Calvo Sagardoy et al., 2001; Prochaska et al., 1994).

3.3.2 Modelo integrativo

En el año 1970 se produjo un aumento de psicoterapeutas que combinaban técnicas provenientes de perspectivas distintas, para responder a esta metodología se tuvieron en cuenta el surgimiento de los modelos eclécticos y de los modelos integrativos. En la década de 1980 se desarrollaron en el ámbito de la psicoterapia numerosos enfoques integrativos considerando los enfoques originales y su manera de abordar las problemáticas. Se tuvieron en cuenta propuestas comunes y opuestas de los mismos que permitieron el desarrollo de los modelos integrativos basándose en la unión

de diversos enfoques terapéuticos, lo cual comenzó a expandirse por el mundo convirtiéndose en un campo de congregación entre fundamentos tanto teóricos como técnicos (Fernández Álvarez, 1996; 2017). El interés principal de los modelos integrativos estaba focalizado en encontrar coincidencias entre los distintos tipos de psicoterapias con la finalidad de lograr una psicoterapia integrativa que cuente por lo menos con un grado mínimo de efectividad (Vega, 2011).

La mirada integrativa en psicoterapia busca establecer entre los diferentes enfoques todo aquello que pueda integrarse y de qué manera realizarlo. Debido a la cantidad de enfoques psicoterapéuticos se recurre a una clasificación basada en dos ejes, donde el primero se vincula con los procesos psicológicos que originan trastornos tratando la variable como un continuo donde se sitúa en un extremo la motivación (enfoque psicodinámico) y en el otro el aprendizaje (enfoque comportamental) para poder explicar la conducta. El segundo eje se relaciona por un lado con un enfoque humanístico-existencial y por otro con el enfoque sistémico, teniendo en cuenta la experiencia del sujeto y el contexto interaccional de los mismos. La selección de los cuatro enfoques se vincula con la representación que cada uno tiene para ubicarse en los ejes que el modelo integrativo pretende plantear (Fernández Álvarez, 1996).

El abordaje del modelo integrativo se aplica a diversas patologías como lo son los trastornos alimentarios, donde se piensa el tratamiento comprendiendo la etiopatogenia de los trastornos. Las personas que padecen de un trastorno alimentario atraviesan un padecimiento específico y la forma de entenderlo se vincula con el movimiento integrativo (Kirszman & Salgueiro, 2004). Según Fernández Álvarez (1996) la manera en que se padecen estos tipos de trastornos tiene que ver con el entrecruzamiento de la presencia de un determinante histórico, de una actualización del sufrimiento dado que éste sino se perdería, de la manera en que cada uno padece y un contexto que sostenga, mantenga y refuerce el padecimiento (Kirszman & Salgueiro, 2004). Lo que caracteriza a los trastornos alimentarios son fundamentalmente factores cognitivos que se presentan constantemente en la evolución del padecimiento, desde su origen hasta el mantenimiento del trastorno a lo largo del tiempo (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Teniendo en cuenta la complejidad presente en la anorexia, como también en los demás trastornos alimentarios, el modelo integrativo considera que se requiere de la conformación de un equipo compuesto por profesionales de distinta índole que puedan atender a las distintas manifestaciones presentes en el trastorno logrando diseñar

intervenciones eficientes para las mismas. El trabajo con estos pacientes compromete modalidades de psicoterapia individual y en caso de niños o adolescentes también familiar. A su vez se requiere de asistencia médico-nutricional para lograr un proceso eficiente y en muchos casos se recurre a otros profesionales como psiquiatras o médicos. Desde el modelo, trabajando de manera unificada, recurren en primer lugar a una evaluación del paciente, luego pasan a diseñar el tratamiento que se llevará a cabo y por último acuerdan una propuesta de tratamiento que va a ser transmitida al paciente (Kirszman & Salgueiro, 2008).

3.3.2.1 Proceso de admisión

El proceso de admisión comienza con la consulta del paciente o de la familia, dado en muchos casos porque es poco frecuente que la persona que tiene un trastorno de la conducta alimentaria consulte por su misma. El proceso está compuesto por cinco entrevistas como mínimo, teniendo en cuenta que la cantidad podría ser mayor, y es llevado a cabo por un profesional denominado admisor que es quien lleva a cabo las entrevistas tanto individuales como familiares e indica una entrevista con nutricionista y otra para que se lleve a cabo la evaluación por medio de técnicas. El admisor es quién finalizado el proceso se encarga de dar la propuesta del tratamiento tanto al paciente como a su familia (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Se tiene presente la variabilidad de situaciones clínicas y la particularidad de las mismas considerando que puede suceder que luego de una primera consulta no se siga el proceso y deba orientarse hacia áreas diferentes la consulta. El proceso de admisión se desarrolla en tres momentos: evaluación, diseño del tratamiento y planteo de la propuesta de tratamiento a la paciente y su familia, contando dichas etapas con el equipo interdisciplinario. Según la gravedad del problema las decisiones se tomarán de manera inmediata o con el tiempo necesario para llevar a cabo las etapas de manera ordenada (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En la etapa de evaluación la búsqueda tiene que ver con alcanzar una descripción detallada del trastorno, tratando no solo criterios diagnósticos sino también buscando la determinación de todas las variables que intervienen. Las variables que se tienen en cuenta se diferencian en cuatro apartados. El primero es el diagnóstico, basado en los criterios del DSM 5 y del CIE 10 dado que es requerido por obras sociales o por los seguros médicos para autorizar tratamientos, aunque en varios casos se presenta

dificultad al categorizar a los pacientes porque muchas veces el cuadro no encuadra dentro de las categorías. En esta parte también se tienen en cuenta trastornos que tengan comorbilidad. En segundo lugar, el nivel de gravedad se interesa en la evolución del trastorno desde su comienzo, si fue abrupto o gradual, y los cambios que sufre a medida que transcurre el tiempo. Además, se tiene en cuenta el contexto a través del cual se manifiesta y la edad de inicio, sin dejar de evaluar los tratamientos previos. Distintos aspectos intervienen para evaluar el grado de gravedad, tanto biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. El tercer apartado es la evolución de la demanda, que se relaciona con la formación de la consulta, teniendo en cuenta que dice el paciente, como llega a la institución, quienes son los que asisten a consultar indagando también el motivo de la consulta en ese momento determinado teniendo en cuenta si ha realizado otros tratamientos. El último apartado es el nivel de disponibilidad, el cual se relaciona con la disposición de tiempo y recursos, tanto materiales como afectivos, esenciales para llevar a cabo un proceso de tratamiento. Dentro de la evaluación se recurre a baterías de técnicas con el objetivo de añadir información a la observación comparando los resultados con lo visto en la clínica (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Se destaca la importancia de la demanda, la cual es estructurada y se distinguen aspectos como la relación que se puede establecer con la definición que la persona plantea acerca de lo que le está pasando y el interés que manifieste el paciente o la familia tratando de notar las divergencias que pueden presentarse entre los miembros y su forma de describir el problema, teniendo en cuenta siempre la gravedad que ellos mismos consideren. La demanda tiene que ver por otro lado con el motivo por el cual se realiza la consulta, porque la persona o la familia cree que les pasa el problema y a que atribuyen ese malestar considerando las causas que crean relevantes. La atribución puede ser interna o externa, pero la primera es fundamental para llevar a cabo la psicoterapia. Como último aspecto de la demanda se identifica qué se busca con el tratamiento, las expectativas que el paciente y la familia trae consigo teniendo presente las diferencias que pueden presentarse entre ellos (Kirszman & Salgueiro, 2002).

El diseño de tratamiento constituye la segunda etapa dentro del proceso de admisión, en este momento se entrecruzan las variables resultantes de la evaluación con los recursos con los que se cuenta para realizar el tratamiento, por lo tanto, cada uno es a medida del paciente teniendo en cuenta las opciones presentes según la modalidad y el enfoque. En cuanto a la modalidad puede ser ambulatorio, con internación domiciliaria o institucional, el recurrir a hospitales de día y la intervención durante las crisis. Por

otro lado, el enfoque tiene que ver con la terapia, ya sea individual, familiar o de pareja, además de la asistencia de médicos, nutricionistas y psiquiatras. Además, se incorporan la concurrencia a talleres que se relacionen con técnicas en grupo, corporales o expresivas (Kirszman & Salgueiro, 2002).

Por último, la propuesta de tratamiento al paciente y su familia es la etapa final del proceso de admisión donde se tiene preparada la propuesta de tratamiento que se va a brindar a cada paciente en particular y a la familia de los mismo. La propuesta debe ser detallada especificando como se entiende al problema y como se planea abordarlo, también se detalla el precio, el tiempo del proceso, la frecuencia con que se realizaran los encuentros y quienes se considera que deben intervenir en el tratamiento. Lo ideal es que cada paciente conozca detalladamente en qué consistirá el tratamiento y las fases tanto con sus objetivos como con sus posibles obstrucciones. Durante esta etapa se adelantan posibles recaídas en la continuación del proceso por lograr mejoras en la parte sintomática de la problemática, previendo que puede llegar a pasar. El momento de devolución constituye una etapa fundamental dentro del tratamiento, porque va a ser teniendo en cuenta lo hablado durante lo que se extienda el tratamiento (Kirszman & Salgueiro, 2002).

La diversidad de factores y la complejidad presente en la anorexia visto desde el modelo integrativo considera que se requiere del despliegue de gran diversidad de técnicas y abordajes como también de recursos y habilidades para llevar a cabo el proceso de tratamiento. Se reconoce una ventaja del modelo y es que éste considera a cada situación de malestar o de sufrimiento como única más allá de que pueda compartir ciertas similitudes con otras promoviendo a la realización de una demanda por parte de la persona que padece de este malestar específico y que lo vive de manera sumamente personal (Kirszman & Salgueiro, 2002).

3.3.2.2 Etapas del tratamiento

Las intervenciones del tratamiento de la anorexia se dividen en tres fases o etapas acompañadas de trabajo terapéutico sobre el contexto familiar, especialmente en los adolescentes, dado que se busca profundizar las circunstancias cercanas al inicio de los problemas. También se explora como influyó el trastorno sobre los estilos de vida buscando que tanto paciente como familia acuerden condiciones necesarias para avanzar hacia el objetivo (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En cada etapa se establecen objetivos buscando avanzar en el proceso de tratamiento. La primera etapa o fase inicial se basa en el establecimiento de la relación terapéutica para que el paciente pueda explorar independientemente sus ideas, sentimientos y conductas, trabajando fundamentalmente en el objetivo de lograr cambios o mejorías en la sintomatología. Se busca alcanzar en primera instancia un mejor estado de nutrición y tratar de controlar las conductas alimentarias que se encuentren exacerbadas. En esta primera etapa, a su vez, se analizan las creencias, distorsiones cognitivas y trastornos perceptuales vinculados a la experiencia del malestar. La intención está centrada en lograr una participación del proceso de manera continuada contando con la motivación necesaria para lograr los objetivos propuestos que se relacionan con los cambios y fundamentalmente con el poder aplacar la conservación de los síntomas. El enfoque está puesto en el ofrecimiento de apoyo, en la centralización sobre la experiencia de sufrimiento del paciente, trabajar el significado que para cada uno tiene la problemática y también distintas creencias disfuncionales que puedan presentarse. Es frecuente que en el periodo que transcurre esta etapa la familia comience a evidenciar la naturaleza del problema reconociendo situaciones que antes pasaban por alto (Kirszman & Salgueiro, 2004).

Luego de que los objetivos propuestos fueron alcanzados, es decir que el cuadro inicial mejoró, ya se encuentra establecida una relación terapéutica y no se perciben riesgos clínicos se considera el paso a la segunda etapa o fase intermedia. En ella encara la temática que funciona como base de la patología, es decir, aquellos significados asociados a lo sintomático como algo deseable, modos de procesamiento de información circundante, sensaciones y experiencias negativas, baja autoestima y autoconfianza, y en adolescentes especialmente el funcionamiento autónomo (Kirszman & Salgueiro, 2004). En esta segunda etapa el recorrido hacia el cumplimiento de objetivos se realiza de forma gradual teniendo en cuenta las características de los pacientes, especialmente la dificultad presente en la expresión afectiva (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En el ámbito familiar se evalúa el paso a la segunda etapa a través de la aparición de situaciones confrontativas de manera intrafamiliar o en algunas oportunidades con el equipo terapéutico. Esta fase trabaja el tratamiento de prevención sobre posibles recaídas, pero más específicamente es la tercera fase, denominada de seguimiento, la que se encarga de perseguir específicamente este objetivo, tratando de resolver no solo situaciones cotidianas de malestar sino buscando la anticipación de

situaciones donde es probable que el malestar surja. Por lo tanto, esta última etapa tiene como base detectar aquellas señales de malestar e intensificar el reconocimiento de las propias limitaciones y de la búsqueda de mantener los cambios logrados hasta el momento (Kirszman & Salgueiro, 2004).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio de caso.

4.2 Participantes

El presente trabajo se basó sobre el caso de una niña, Lucía, de 13 años de edad la cuál convive con sus padres en un barrio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En la actualidad la menor concurre a un colegio dentro de la Capital Federal, se encuentra en tratamiento desde el mes de agosto del año 2017 y está medicada con olanzapina (0,25 mg.). En relación a su familia el padre (60 años) desarrolla su actividad laboral como abogado y su madre (55 años) es ama de casa. Tiene dos hermanos por parte de su padre, el cual enviudo de su matrimonio anterior. Los mismos tienen alrededor de 30 años.

En relación a los profesionales que atienden tanto a la menor como a sus padres, se encuentra la terapeuta personal de Lucía, licenciada en psicología con posgrado en psicoterapia y un master en la Universidad de Valencia, la misma trabaja en la institución hace cinco años. La terapeuta familiar es Dra. en Psicología, docente de distintas universidades, coordinadora del programa PAUTA y trabaja en la institución desde los comienzos de ésta.

4.3 Instrumentos

Observación no participante en espacios de supervisión del equipo PAUTA basado en diagnóstico y tratamiento de trastornos alimentarios.

Desgrabación de sesiones familiares.

Entrevistas semiestructuras a los profesionales que manejan el caso sobre la historia clínica de la paciente, el proceso de admisión y de evaluación, poniendo énfasis en la sintomatología, las reacciones de la familia, el vínculo entre paciente y padres, evolución de la menor. Sobre las intervenciones realizadas se analizaron los puntos relacionados al tratamiento de la sintomatología inicial, cuestiones vinculadas a las

herramientas brindadas a la paciente y cómo se mantuvieron los logros a medida que el proceso avanzaba.

4.4 Procedimiento

Para la realización del trabajo se concurrió a la institución seis veces por semana para recabar información sobre el caso contando con la aprobación de la misma y con la disposición de los profesionales pertinentes a ella.

Se observó de manera no participante espacios de supervisión vinculados a la temática de trastornos alimentarios con duración de una hora y media aproximadamente, realizados cada 15 días por el equipo interdisciplinario del programa PAUTA.

Para contar con más datos se realizaron desgrabaciones de sesiones anteriores y se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas, una a la terapeuta personal de la menor y otra a la terapeuta que trabaja la parte familiar del asunto. Las entrevistas duraron aproximadamente 30 minutos realizándose dentro del ámbito de la práctica.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de la sintomatología al comienzo del tratamiento

La paciente llega a la institución acompañada por su madre, lo cual es frecuente en personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria según Kirszman y Salgueiro mencionan (2002).

Según lo informado por la terapeuta, el tratamiento con la menor comenzó en el mes de agosto de 2017 derivada por su nutricionista tras haberse encontrada internada 37 días por trastorno de anorexia, lo cual se desarrollará más adelante.

Es importante tener en cuenta la edad de la paciente (13 años) porque la anorexia es un trastorno que se manifiesta frecuentemente en mujeres adolescentes, considerándolas en una etapa de la vida con mayor riesgo a contraer la enfermedad (Toro, 1999; Uribe Merino, 2007).

Teniendo en cuenta los criterios establecidos por el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) en la institución se identificaron síntomas de anorexia, de acuerdo a lo informado por la terapeuta en la entrevista realizada, como la restricción hacia los alimentos, el temor a engordar, comportamientos que interferían en el aumento de peso y alteración en la autopercepción, los cuales se desarrollarán a continuación.

La restricción de alimentos, debida a la anorexia, influía en la paciente quien realizaba conductas tendientes a la propia elección de la comida e incluso cocinar ella misma eligiendo según su criterio la variedad de alimentos que ingeriría, lo cual suele

presentarse en personas con anorexia según Bravo Rodríguez et al. (2000). Esto estaba sostenido por la red familiar dado que sus padres mencionan, en una de las entrevistas desgrabadas, que permitían que su hija realice dichas conductas hasta que reconocieron la gravedad de la situación. Según lo informado por la terapeuta familiar los padres atribuían externamente los problemas de su hija sin hacerse cargo de la problemática.

La madre de Lucía cuenta, durante una sesión vincular, que ésta solía mirarse al espejo mientras se tocaba las piernas y se quejaba por sentirse gorda, lo cual puede identificarse con el temor a engordar presente en las personas con anorexia de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

La terapeuta de Lucía detalla en la entrevista que un síntoma presente era el exceso de actividad física que la menor realizaba, tal como es considerado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013). El mismo consistía en concurrir, además de colegio doble escolaridad, a natación, gimnasia artística y baile, dos veces por semana cada actividad demostrando un alto nivel de actividad. Sus padres buscaban que la menor continuase con las actividades, pero la terapeuta consideró un tema importante que debía suspenderse por lo menos un tiempo.

Según la información brindada por la terapeuta vincular Lucía sufría de una alteración en la auto percepción de su cuerpo, de acuerdo a que les había manifestado a sus padres, en varias oportunidades, sentirse en desagrado con el mismo. Este síntoma contribuye a que el trastorno se mantenga a lo largo del tiempo de acuerdo a Bravo Rodríguez et al. (2000) y Madruga Acerete et al. (2010). Vinculado con el trastorno, en la percepción de su imagen corporal se presenta en la paciente un nivel de auto estima bajo, consecuencia del trastorno de anorexia que atraviesa, promoviendo el aislamiento social de la misma de acuerdo a la información brindada por su psicóloga en la entrevista y por sus padres en los encuentros desgrabados. La problemática se encuentra descripta por Borrego Hernando (2000) y por Moreno González y Ortiz Viveros (2009).

De acuerdo a lo informado por la terapeuta de Lucía, a nivel físico la menor presentaba sensibilidad al frío y amenorrea primaria por su estado de desnutrición. La amenorrea primaria se vincula con la edad de la paciente y con la anorexia, considerando que su desarrollo se encuentra perturbado. La problemática fue explicada a los padres, quienes no registraban los cambios hormonales que deberían sucederle a su hija porque, según las entrevistas realizadas a las profesionales, no prestaban atención a las explicaciones brindadas por el equipo. Estos síntomas son explicados por Bravo

Rodríguez et al. (2000), Kirszman y Salgueiro (2002) y la Organización Mundial de la Salud (1992) cómo característico del trastorno anorexia.

Es relevante, para estudiar el caso, tener en cuenta que la menor estuvo internada por 37 días por presentar un diagnóstico de anorexia. Según la información recabada de las desgrabaciones de las sesiones vinculares, Lucía había manifestado síntomas relacionados con el trastorno alimentario meses antes de su internación. Su madre describe que su alimentación se había tornado selectiva dejando de lado las carnes y comiendo, en su mayoría, vegetales y cereales, lo cual es común entre las personas que padecen de anorexia (Babio, 1999; Madruga Acerete et al., 2010).

De acuerdo a la información brindada por la profesional sobre la primera entrevista realizada con Lucía, la paciente expresa desconocer el motivo de consulta actual y en relación a la internación que atravesó días antes de comenzar el tratamiento, cuenta que fue a raíz de que se encontraba en una época de mucho nerviosismo por que tenía que rendir un curso de ingreso al secundario. Estas características demuestran la falta de reconocimiento de la gravedad del trastorno, que se da en muchos casos de trastornos alimentarios (Bravo Rodríguez et al., 2000).

Considerando la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) el tipo de trastorno presente en la paciente sería restrictivo porque el descenso de peso fue a raíz de la restricción de alimentos, la realización de ayunos y el exceso de actividad física, sin presentarse síntomas de purgas o atracones.

De acuerdo a la entrevista realizada a la terapeuta familiar los padres demostraron haber notado ciertos cambios en la paciente pero que no les llamó la atención porque lo vinculaban con la edad y la personalidad de su hija. Los padres plantean que su hija comenzó a comer de manera más saludable, se la veía delgada, pero mantenía un peso esperado y realizaba sus actividades físicas sin ninguna demostración de cansancio, además por su edad se encontraba en una etapa de pleno crecimiento físico por lo tanto no llegaron a focalizar la gravedad de la situación que la menor venía atravesando. En cuanto a la actividad física, según Bravo Rodríguez et al. (2000), es usual que las personas que padecen la enfermedad no reconozcan el cansancio.

En una de las entrevistas desgrabadas, el padre describe a su hija con características frecuentes en las personas con trastornos alimentarios, menciona que es una alumna aplicada, autoexigente en sus actividades escolares y ambiciosa en cuanto a sus compromisos (Borrego Hernando, 2000).

Según Madruga Acerete et al. (2010) y Uribe Merino (2007) el significado que el entorno, y principalmente las familias, le dan a la imagen corporal impacta negativamente en las personas con anorexia. Esto se ve reflejado en el caso de Lucía, de acuerdo a la información obtenida de las sesiones vinculares, donde su madre cuenta haber asistido a una institución para bajar de peso debido a que se veía excedida en el mismo. Mientras duró su tratamiento en la casa se trataba a la delgadez como un éxito, dado que su marido la felicitaba cada vez que bajaba de peso y ella se mostraba conforme, sin pensar en que podría impactar en su hija de manera negativa.

La terapeuta de la paciente describe en la entrevista que en un lapso de tres meses Lucía había bajado cinco kilos, realizaba ayunos y la ingesta de alimentos era reducida. El riesgo que presentaba la paciente por la desnutrición se considera un criterio para llevar a cabo una internación, tal como Berghella y García (1999) explican. Los padres insistieron en que no se realice la internación, pero la nutricionista en conjunto con el pediatra decidió llevarla a cabo y posteriormente iniciar el tratamiento psicoterapéutico. Según la información brindada por la terapeuta, lo que provocó dicha decisión fue que la menor hacía dos semanas que no comía.

La terapeuta vincular comenta, en la entrevista, que durante el tiempo de la internación la menor fue alimentada a través de una sonda nasogástrica por el bajo peso que presentaba y que la madre mencionó que fue una etapa muy dura para toda la familia en la cual se trabajó en conjunto con el pediatra, la psiquiatra, la nutricionista y psicólogas pertenecientes a la clínica donde se llevó a cabo la intervención. Además contó que el vínculo con las psicólogas nunca llegó a consolidarse y en el caso de la psiquiatra se pudo realizar un trabajo que derivó en la indicación de olanzapina por la evolución del cuadro, como Facchini (1999) menciona el uso de antipsicóticos es considerado ante enfermedades crónicas como la anorexia.

5.2 Descripción del proceso psicoterapéutico realizado desde un modelo integrativo

En este apartado se realizará una explicación sobre el proceso psicoterapéutico realizado en la paciente, teniendo como base un modelo integrativo considerando las etapas planteadas por Kirszman y Salgueiro (2004) en relación a la problemática de trastornos alimentarios. El proceso de admisión contó con una entrevista con la menor y otra con la familia, lo cual es indispensable para realizar el proceso de acuerdo a

Kirszman y Salgueiro (2002). Además, se tuvo en cuenta la información brindada por la nutricionista de Lucía, que fue quién la derivó.

Lucía es derivada a la institución porque se considera indispensable un tratamiento psicoterapéutico para acompañarla a atravesar el trastorno anorexia que padece y superar la internación.

En relación a las entrevistas realizadas se reconoce que se tuvieron en cuenta diversas variables como la edad de la paciente y las características de los padres, quienes no llegaban a comprender la gravedad de la situación y mostraban cierto rechazo a realizar un proceso en conjunto con diversos profesionales. Kirszman y Salgueiro (2008) explican que el trabajo en el caso de los trastornos alimentarios implica diferentes modalidades de psicoterapia. En el caso de adolescentes se requiere de psicoterapia individual y familiar. Además, de acuerdo a la información obtenida, el trabajo fue realizado en conjunto con el pediatra de la menor, su psiquiatra y su nutricionista. Todos los profesionales pertenecen a la clínica donde había estado la paciente internada y la nutricionista, a su vez, trabaja en la institución en la cual Lucía siguió el tratamiento psicoterapéutico.

El tratamiento psicoterapéutico se realizó de manera ambulatoria, estableciendo con la paciente y sus padres encuentros semanales según las profesionales entrevistadas. Las sesiones individuales con la menor se realizaron en el consultorio privado de la psicóloga, y las sesiones vinculares dentro de la institución. Para poder llevar a cabo la metodología de tratamiento se consideró que el estado físico de Lucía se encontraba controlado, lo cual es indispensable para que el proceso se ejecute de esta manera de acuerdo a Babio (1999).

De acuerdo a la información obtenida de las entrevistas, para comenzar con el proceso se realizó una evaluación psicológica a través de técnicas considerando su importancia, como Kirszman y Salgueiro (2002) mencionan, para obtener detalles acerca del trastorno del paciente. Lucía se mostró en principio ansiosa por comenzar el proceso, pero brindando respuestas mínimas ante las preguntas de los profesionales. De las técnicas se infiere una personalidad introspectiva, perfeccionista y pendiente de la mirada ajena, lo cual podría vincularse con el trastorno según Borrego Hernando (2000) explica. Además, coincide con el relato proporcionado por el padre de la paciente en los encuentros desgrabados, quien cuenta que su hija no puede exponer sus sentimientos y se aísla de su entorno.

Luego de realizada la evaluación y diseñado un plan de tratamiento se explicó el método de trabajo a los padres de la menor y a la misma, tal como detallan las terapeutas entrevistadas.

En relación a la menor, la terapeuta tuvo en cuenta la personalidad introvertida de ella y comenzó a trabajar en aquellas conductas vinculadas a su área nutricional. Fue favorable el logro de una alianza terapéutica con Lucía teniendo en cuenta que no había logrado vincularse con su terapeuta anterior. Kirszman y Salgueiro (2004) destacan la importancia de una relación terapéutica exitosa.

Al desarrollarse el trastorno en edad temprana, la terapeuta cuenta en la entrevista que le explicó a Lucía la importancia de la alimentación para su desarrollo, considerando que aún no había tenido su menarca, carecía de mamas y de vello púbico. De acuerdo a Bravo Rodríguez et al. (2000) la amenorrea ocurre en los adolescentes mostrando un alto nivel de inmadurez biológica, lo cual logra identificarse en el caso de Lucía teniendo en cuenta las características hormonales y físicas anteriormente detalladas.

La terapeuta de Lucía informa en la entrevista que la paciente se mostraba confundida ante las explicaciones, remarcando su temor a engordar y, según mencionó a la terapeuta, el desagrado con su cuerpo. Comenta que no quiere parecerse a su madre, la cual es de contextura grande, y por eso al verla se tocaba las piernas intentando medirlas y buscando diferencias con las de ella. Este síntoma se trabajó en el proceso teniendo en cuenta la alteración presente en la auto percepción, lo cual es frecuente en personas con anorexia según Bravo Rodríguez et al. (2000) y Madruga Acerete et al. (2010).

Por otro lado, fue indispensable según la terapeuta la intervención sobre la cantidad de horas que la paciente dedicaba a la actividad física. Esta conducta es frecuente en personas que tienen miedo a engordar, por lo tanto, se le suspendieron algunas actividades acordando que las retomarían cuando recupere peso.

Es probable que las personas con anorexia que le dedican demasiado tiempo al ejercicio físico recurran a atracones, convirtiéndolo en un hábito según Fairburn (1998). Es importante resaltar que en el caso trabajado no se llegó hasta este extremo.

La terapeuta menciona, en la entrevista realizada, que hacer engordar a una menor es fácil pero la importancia del proceso se orienta a lograr que esté motivada para alimentarse de una buena manera y hacerlo por su propia voluntad. Esta explicación fue

trabajada por la terapeuta vincular con los padres, quienes presentaban una negativa del trastorno hasta que comprendieron la gravedad de la situación.

En la entrevista realizada la terapeuta vincular comenta que los padres no lograban comprender la dinámica de trabajo institucional y tampoco la gravedad del trastorno. Esto fue explicado teniendo en cuenta que comenzaba una etapa donde ellos reconocerían el trastorno presente en Lucía y la importancia del trabajo interdisciplinario para llevar a cabo un buen tratamiento (Kirszman & Salgueiro, 2004). El padre se mostraba enojado con la situación y agresivo hacia el equipo manifestando que la forma de trabajo no llegaba a convencerlo porque, según sus palabras, el pediatra y la psiquiatra le decían que su hija estaba bien, pero las terapeutas manifestaban lo contrario.

La terapeuta familiar cuenta que fue quién se encargó de establecer ante los padres que el trabajo era conjunto, y que ningún profesional daba cuenta de que la menor se encontrara en buenas condiciones. Tras un debate entre los padres y los profesionales los mismos pudieron comprender los motivos por los que la menor no estaba bien. Ellos manifestaban rechazo hacia los comentarios dados por la terapeuta acerca de que Lucía se encontraba en una etapa de angustia, mencionando verla bien y contenta. El padre describe a su hija como “una artista consumada” por mostrarse con la terapeuta de una forma distinta a como lo hacía con ellos, sin comprender que por la enfermedad se presentan dificultades con el poder expresar sentimientos, pero en el caso de Lucía lo había logrado en terapia, como Borrego Hernando (2000) detalla es frecuente que esto suceda en personas con trastornos alimentarios.

La importancia del entorno y de la red de contención familiar es fundamental tal como Babio (1999) menciona, pero en el caso de Lucía no se daba debido a las actitudes de sus padres. De acuerdo a la información brindada por la terapeuta en la entrevista realizada, la madre le comentó una situación donde se mostró triste ante su hija al volver de la sesión vincular que realiza con el marido. La menor le ofreció cocinar para ambas, pero la madre le rechazó la comida y la menor terminó comiendo sola un yogurt. La actitud de la madre podría influir negativamente en la paciente, según explica la profesional en la entrevista, porque la paciente podría sentir culpa del estado emocional de su mamá.

Según la información brindada por la terapeuta de Lucía en la entrevista, consideró que era importante hablar con la paciente acerca de las sesiones de los padres, para que pudiera manifestar la angustia que le producía situaciones donde veía a sus

padres llegar de los encuentros desanimados. Para ello también se contactó con la madre, quien reconoció haber analizado el tema y entendido que la gravedad del trastorno conlleva un trabajo extendido a lo largo del tiempo. Kirszman y Salgueiro (2004) mencionan que a lo largo del proceso es común que aparezcan disputas familiares como lo sucedido en el caso trabajado.

Es importante para la concreción de objetivos que la paciente pueda comprender la problemática del trastorno y acepte el acompañamiento tanto de profesionales como del entorno, como describen Calvo Sagardoy et al. (2001) y Prochaska et al. (1994). Lo cual se refleja en el caso de Lucía, quien logró una buena relación terapéutica que le sirvió para trabajar los pensamientos distorsionados acerca de su propio cuerpo y las conductas que impedían la ingesta de alimentos, de acuerdo a la información brindada por la profesional a cargo de los encuentros individuales con la menor.

La terapeuta cuenta que a los cuatro meses de comenzado el tratamiento la paciente pudo relatar el proceso de internación que había atravesado, demostrando sentirse angustiada por ello y por el temor a recaer. La validación a la exposición de sus sentimientos fue clave para que el vínculo terapéutico se mantenga, explicándole la importancia de que se encuentre motivada a realizar el proceso psicoterapéutico y sus padres también contribuyan en el mismo asistiendo a sus sesiones (Babio, 1999).

La terapeuta informa en la entrevista que Lucía logró contar como había sido su alimentación durante la internación a través de una sonda nasogástrica hasta que pudo comenzar a comer por sí misma, admitiendo que lo hacía porque quería irse rápido del lugar.

El metabolismo se encontraba alterado dado su grado de desnutrición, por lo cual fue importante el incorporarle nutrientes a través de la sonda nasogástrica para comenzar a cumplir con los procesos de alimentación buscando conseguir la energía proveniente de la comida (Berghella & García, 1999).

5.3 Descripción de la evolución de la paciente durante 10 meses de tratamiento

En el presente apartado se describe la evolución de la paciente durante el tratamiento, el cual actualmente sigue desarrollándose en una etapa de mantenimiento, donde se busca conservar los cambios obtenidos trabajando en el seguimiento del caso (Kirszman & Salgueiro, 2004).

El trabajo comenzó en agosto del año 2017 y evolucionó de acuerdo a lo esperado. Las terapeutas resaltan el cambio logrado tanto por los padres como por la

paciente en cuanto al registro de la gravedad de la situación y el compromiso que tomaron con el tratamiento.

Según lo informado por las profesionales entrevistadas, con las intervenciones realizadas a lo largo del proceso psicoterapéutico se logró que la paciente mejore su estado físico, dado que recuperó el peso y se mantiene estable según lo esperado para su edad. Se siguieron trabajando las conductas vinculadas con los alimentos, indagando sobre sus gustos. Lucía menciona, de acuerdo a su terapeuta, que le interesa la comida naturista, vegetales y cereales dejando de lado aquellos alimentos grasos y con elevada cantidad de carbohidratos. Ésta característica es trabajada por la terapeuta para poder analizar si el criterio de elección de alimentos de la menor es debido al gusto personal o por temor a recaer y aumentar de peso, porque es frecuente en las personas con anorexia que evalúen a los alimentos según sus calorías (Bravo Rodríguez et al., 2000; Madruga Acerete et al., 2010).

En cuanto al entorno, los padres resaltan que desde hace un tiempo a su hija le empezó a gustar comer saludablemente, lo cual ellos apoyaron. La terapeuta relata en la entrevista que Lucía cuenta que muchas veces se sienta a almorzar o cenar con su madre, pero ésta en algunas ocasiones no come. El significado que la madre le da a la delgadez influye en la niña, considerando que las presiones que puede haber en el entorno impactan negativamente en las personas con el trastorno según Madruga Acerete et al. (2010) y Uribe Merino (2007) detallan. Se considera fundamental que la familia contribuya con los hábitos alimenticios de la casa. El padre comenta, durante uno de los encuentros desgrabados, que nota a su hija ocupada en el cumplimiento de las comidas, pero que sin embargo no come entre comidas.

Es importante la explicación de las posibles recaídas en el caso de que la restricción de alimentos sea excesiva. Teniendo en cuenta la desgrabación de sesiones vinculares, se reconoce una situación en la que el padre cuenta que sigue habiendo rigidez en la alimentación a la hora de salir a cenar o si tienen algún evento o reunión, donde el lugar de salida es elegido según los gustos de Lucía y en el caso de algún acontecimiento come anteriormente. Ésta característica es trabajada por la terapeuta vincular, según informa, sin dejar de reforzar que en otras etapas quizás la menor no hubiera salido o no hubiera comido.

En cuanto a la hiperactividad presente en la paciente, se manejó exitosamente considerando la información brindada por su terapeuta en la entrevista. En primera instancia las actividades fueron suspendidas y al momento que la menor recuperó el

peso se acordó entre la terapeuta y ella el volver a comenzarlas de manera progresiva. Es importante resaltar el manejo de este síntoma, considerando que podría haber concluido en la realización de atracones, tal como suele suceder en personas con anorexia de acuerdo a lo explicado por Fairburn (1998).

De acuerdo a la entrevista realizada a la terapeuta individual, el aislamiento que la menor presentaba fue desapareciendo a medida que el proceso evolucionaba, lo cual fue positivo en relación al tratamiento debido a que es considerado un síntoma psicológico en personas con anorexia (Borrego Hernando, 2000). La terapeuta comenta que Lucía volvió a reunirse con sus amigas e incluso pudo contarles lo que estaba atravesando, lo cual le generó un alivio. La alimentación se encontraba alterada en el momento de establecer relaciones sociales porque Lucía reconocía que uno de sus problemas eran los cumpleaños donde se encontraba con comida que no le apetecía. El tener conciencia de los problemas constituye un cambio a tener en cuenta en el tratamiento de personas con trastornos alimentarios (Calvo Sagardoy et al., 2001). Tampoco comía chocolates por el temor a engordar, pero con las intervenciones realizadas por la terapeuta y al apoyo de la nutricionista pudo comenzar a incorporarlos en su vida diaria.

En la entrevista realizada a la profesional a cargo de los encuentros vinculares, detalla que la relación con los padres mejoró, aunque todavía Lucía no logra expresarles sus sentimientos. El padre dice que su hija es “políticamente correcta” y que quizás ese sea el motivo por el cual solo le habla sobre la escuela y no sobre sus emociones. La madre asiente lo que dice el padre, pero manifiesta no lograr un vínculo con su hija que permita que ella le exprese su angustia. La intervención realizada por la terapeuta se basa en explicarles a los padres que la personalidad de su hija dificulta el poder expresar sus sentimientos debido al trastorno que padece, y se les resalta la importancia de lograr una red de contención para la menor, considerando los intereses de la misma para que el proceso de tratamiento progrese de acuerdo a lo esperado (Kirszman & Salgueiro, 2002).

En la última entrevista desgrabada de los padres, se notó tranquilidad por parte de los mismos, quienes argumentaron que en la casa está todo mucho mejor, su hija se encuentra contenta, integrada socialmente y con buenas notas en el colegio.

La madre cuenta durante ese encuentro que en el colegio realizaron evaluaciones psicodiagnósticas a los alumnos con el fin de identificar dificultades en algún área de la currícula. El resultado de Lucía fue exitoso y recibieron comentarios positivos de parte

del colegio, mencionando que la menor se encontraba en una etapa de mayor participación en clase e incluso proponía actividades, lo cual la escuela resaltaba. Es importante en el proceso de cambio que la menor atravesaba, la aceptación del apoyo del entorno y la contribución del mismo (Calvo Sagardoy et al., 2001). La terapeuta vincular refuerza la mirada externa que recibieron dado que favorece en la evolución de la menor.

Según la terapeuta de la menor, el foco sigue estando en el temor a engordar y en la autopercepción de su figura, lo cual vuelve vulnerable a la paciente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Por lo tanto, el trabajo se basa en el impacto emocional respecto a los cambios de su cuerpo por encontrarse en una etapa de pleno crecimiento. La buena relación con la terapeuta se considera un factor muy importante, porque se siente acompañada y con la motivación necesaria para continuar el proceso (Kirszman & Salgueiro, 2004).

El desarrollo de la menor, de acuerdo a su terapeuta, sigue perturbado debido a la ausencia de la menarca, la cual comienza en el momento que el peso aumente y la masa corporal alcance determinado grado (Bravo Rodríguez et al., 2000).

En cuanto al tratamiento farmacológico, la terapeuta vincular detalla en la entrevista que la psiquiatra luego de hablar con el equipo decidió quitarle la medicación para evitar la dependencia y posibles efectos adversos, dado que no hay estudios que demuestren la completa efectividad de los fármacos (Facchini, 1999).

6. Conclusiones

El presente apartado presenta las conclusiones acerca del proceso realizado a lo largo de este trabajo final integrador. Está orientado, en primer lugar, a corroborar el cumplimiento de los objetivos planteados, en segundo lugar a detallar las limitaciones presentes durante la realización de la práctica y aquellas propias del trabajo, en tercer lugar busca realizar un aporte a la problemática y plantear preguntas surgidas durante el proceso de trabajo, analizando los resultados obtenidos en relación con el sustento teórico. Por último, propone alguna nueva línea o problema de investigación considerando aspectos faltantes en el trabajo.

En el objetivo general del presente trabajo se propuso describir el tratamiento de una paciente de 13 años con anorexia desde un modelo integrativo durante el proceso de

acompañamiento psicoterapéutico en una institución dedicada a la atención de la salud mental. La pasante de mencionada institución recabó información a través de entrevistas a las terapeutas participantes del proceso, la desgrabación de sesiones vinculares y el proceso de evaluación de la paciente, lo cual en conjunto con el marco teórico posibilitó la realización del trabajo.

Los objetivos específicos proponían la descripción de la sintomatología de la menor, llamada Lucía, al comienzo del tratamiento como también el desarrollo del proceso psicoterapéutico y la evolución de la paciente a lo largo de 10 meses. Los mismos pudieron cumplirse considerando el alcance de la información obtenida, lo cual se desarrollará más adelante dentro de las limitaciones presentes para la realización del trabajo.

Se considera que al momento de iniciado el tratamiento la paciente demostraba falta de reconocimiento acerca de la gravedad del trastorno y la importancia de tener acompañamiento para atravesar el mismo, lo cual pudo modificarse a lo largo de las intervenciones realizadas tal como se desarrolla en el presente trabajo (Bravo Rodríguez, et al., 2000).

En cuanto a los síntomas presentes en la menor, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), la profesional a cargo pudo identificar la restricción de alimentos, el temor a engordar, conductas que impedían el aumento de peso y alteración en la autopercepción. Entre las conductas realizadas por la paciente se pudo identificar primordialmente el exceso de ejercicio físico sin reconocer el cansancio producido por el mismo y la selección de alimentos, comportamientos característicos en personas con anorexia (Bravo Rodríguez et al., 2000). Las mencionadas características se encuentran explicadas en el desarrollo del trabajo, además de la evolución lograda a través de la realización del proceso psicoterapéutico.

A nivel físico se destaca la presencia de amenorrea primaria, lo cual suele suceder en personas que padecen de anorexia (Kirszman & Salgueiro, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992). Éste síntoma continua actualmente y es explicado a la paciente destacando la importancia del aumento de peso tanto para el desarrollo de su madurez como el desarrollo físico.

El proceso psicoterapéutico fue realizado considerando, en primera instancia, el proceso de admisión realizado, de acuerdo al funcionamiento de la institución. Luego se llevó a cabo una evaluación psicológica para obtener detalles acerca del trastorno y

poder proseguir con las etapas planteadas para el tratamiento de trastornos alimentarios, tal como plantean Kirszman y Salgueiro (2002).

El trabajo se realizó contando con un equipo interdisciplinario compuesto por el pediatra, la psiquiatra, la nutricionista y la terapeuta de la menor, además de la terapeuta focalizada en el trabajo con los padres (Kirszman & Salgueiro, 2008). El método de trabajo conjunto es considerado fundamental por la institución para el logro de los objetivos pautados en el tratamiento.

Durante el proceso se trabajó con la paciente principalmente la alteración en la autopercepción del cuerpo por el temor a engordar que la misma manifestó en reiteradas ocasiones (Bravo Rodríguez et al., 2000; Madruga Acerete et al., 2010). Con los padres se trabajó el reconocimiento de la gravedad del trastorno y la importancia del apoyo familiar para la menor, lo cual es fundamental para acompañar al paciente con anorexia (Babio, 1999).

En cuanto a la evolución de Lucía a lo largo de 10 meses de tratamiento, se podría concluir que fue exitosa debido a que recuperó el peso perdido, el exceso de actividad física fue manejado realizando una regulación de la cantidad de horas y se logró que la menor comience a vincularse con su entorno. También se tiene en cuenta que la paciente comprendió la gravedad del trastorno y la importancia de contar con ayuda tanto profesional como de su entorno (Prochaska et al., 1994).

Sin embargo, algunos síntomas siguen presentes y se siguen trabajando, como la selección que realiza de alimentos y la ausencia de la menarca explicados anteriormente en el desarrollo del trabajo.

En referencia a las limitaciones presentes en el desarrollo del trabajo la pasante no pudo realizar una observación directa de la paciente, sino que contó con información de las entrevistas a las terapeutas encargadas de llevar a cabo el proceso y de las desgrabaciones de las sesiones de los padres de la menor. Hubiera sido beneficiosa la observación de la paciente para poder realizar una descripción de su comportamiento durante las sesiones en el intercambio con la terapeuta y para dar cuenta, en su propio relato, de la sintomatología del trastorno.

Se hallaron a su vez limitaciones teóricas vinculadas con el modelo que la institución tiene como base y en relación al cual los profesionales realizan las intervenciones, dado que se encuentran especializados en el mismo.

La búsqueda bibliográfica estuvo orientada plenamente al modelo integrativo, lo cual se considera una limitación, por ser un abordaje terapéutico único dentro de la

institución a la cual la pasante asistió. Por lo tanto, no se pudo realizar una comparación entre diferentes tipos de tratamientos en relación a la problemática, lo cual hubiera resultado atractivo para el presente trabajo.

Se logró vincular, en el marco teórico, el modelo con el proceso de cambio explicado por el modelo transteórico, lo cual fue gratificante para aportar una mirada distinta a lo trabajado e incorporar conocimientos acerca del tratamiento de los trastornos alimentarios.

Otra restricción al momento de desarrollar el trabajo fue que la pasante no pudo acceder a la historia clínica, la cual es primordial para comenzar un tratamiento, como Berghella y García (1999) explican, dado que brindaría información acerca del estado nutricional de la paciente que no pudo desarrollarse en el trabajo.

Se concluye que no existieron grandes limitaciones para realizar el trabajo por el aporte brindado por los profesionales y los instrumentos a los que se accedió en la pasantía.

Se destaca el aporte personal de la pasante, la cual pudo incorporar conocimientos novedosos acerca del modelo, considerando que el mismo no se desarrolló a lo largo de la carrera y resultando un beneficio de la práctica para un crecimiento tanto personal como profesional.

Respecto a la perspectiva crítica se realizan diferentes comentarios teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad psiquiátrica multicausal (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992; Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, 1990) y el tratamiento basado en el modelo integrativo (Kirszman & Salgueiro, 2004).

En función del trabajo desarrollado con el establecimiento nutricional de la paciente y la sintomatología presente, podría sugerirse el uso de un registro de comidas donde se especifique el alimento, la cantidad, los horarios y los sentimientos de la paciente. Se buscaría trabajar la restricción de la ingesta, resaltando conductas favorables para la evolución del trastorno y marcando aquellas conductas que deberían cambiarse. La idea de la intervención estaría focalizada en reforzar positivamente a la menor y lograr que se mantengan los cambios logrados a lo largo del proceso, tal como indican Prochaska et al. (1994).

Otro aspecto que se podría haber considerado para trabajar en los principios del tratamiento sería la falta de inclusión social presente en Lucía. Considerando que la menor se encuentra en plena adolescencia podría haberse indagado en profundidad

aspectos vinculados al entorno en relación a las amistades, colegio y sentimientos hacia los demás. Teniendo en cuenta las características de personalidad descritas por los informantes, acerca de la imposibilidad de lograr expresar sus sentimientos y el perfeccionamiento existente en relación a cumplir normativamente con el colegio. Hubiera sido provechoso trabajar estos aspectos vinculados a la edad por que la paciente había manifestado nerviosismo por un curso de ingreso al secundario, lo cual está vinculado con el trastorno por ser características presentes la ambición en relación al estudio siendo aplicados en el mismo (Borrego Hernando, 2000).

Por último, teniendo en cuenta la información recabada para la realización del trabajo, podría sugerirse la asistencia a encuentros grupales entre personas que atraviesen la problemática de los trastornos alimentarios. Esta sugerencia se vincula a la necesidad de contención en pacientes con anorexia, para evitar que caigan en la búsqueda de información acerca del trastorno en internet dado que actualmente existen contenidos riesgos para los mismos (Lladó et al., 2017).

La realización del presente trabajo contribuye al conocimiento de la problemática de los trastornos alimentarios, específicamente anorexia, desde un modelo integrativo generando la proposición de nuevas líneas de investigación.

En relación al modelo trabajado se plantea la posibilidad de realizar una investigación acerca de la efectividad del mismo en trastornos alimentarios, teniendo en cuenta la consideración que el mismo realiza acerca del padecimiento (Fernández Álvarez, 1996). Además, se sugiere la comparación con otros modelos teóricos que traten a la temática de manera similar y/o distinta.

De acuerdo a lo trabajado quedaron por fuera del trabajo aspectos sociales que se vinculan a la patología y a los cuales debería brindarse suma importancia. Podría considerarse una posible nueva línea de investigación el análisis específico de dicho aspecto en la anorexia relacionado con el impacto de la tecnología en el trastorno, la cual puede impactar negativamente en la persona con anorexia (Lladó et al., 2017).

7. Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Babio, N. (1999). Tratamiento Ambulatorio. En R. Labanca, G. Ortensi & M. Facchini. *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento* (116-122). Buenos Aires: SAOTA.
- Berghella & García (1999). Tratamiento en Internación. En R. Labanca, G. Ortensi & M. Facchini. *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento* (129-145). Buenos Aires: SAOTA.
- Borrego Hernando, O. (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.
- Calvo Sagardoy, R., Alba Fernández, V., Serván García, I., & Pelaz, S. (2001). Procesos de cambio y factores de resistencia en trastornos de la alimentación según el modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente. *Clínica y Salud*, 12(2), 237-251.
- Del Bosque-Garza, J. M., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525.
- Facchini, M. (1999). Abordaje Psicofarmacológico. En R. Labanca, G. Ortensi & M. Facchini. *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento* (146-149). Buenos Aires: SAOTA.
- Fairburn, Ch. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (2017). Psicoterapia en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(3), 255-260. doi: 10.24205/03276716.2017.1033
- Gaete, P. M. V., López, C. C., & Matamala, B. M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte I. Epidemiología, clasificación y

- evaluación inicial. *Revista médica clínica las condes*, 23(5), 566-578. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70351-6
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. del C. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. del C. (2008). Trastornos alimentarios: el equipo como instrumento. En H. Fernández Álvarez. *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (567-592). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. del C. (2004). Una mirada integrativa a los trastornos alimentarios: ¿cómo abordarlos?. En H. Fernández Álvarez & R. Opazo. *La integración en psicoterapia: manual práctico* (311-334). Barcelona: Paidós.
- Lladó, G., González-Soltero, R., & Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.
- López, C. C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini, F. N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNPAEP*, 325-39.
- 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. doi: 10.4067/S0718-48082009000200004
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Peláez Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J., & Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 131-144.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C., & Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET: revista de toxicomanías*, (1), 3-14.

- Silva Toro, N. Y., Mesa, M., & Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios e adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en nutrición*, 15(4), 89-98.
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (1990). Recuperado de <http://www.saota.org.ar/?q=node/34>
- Toro, J. (1999). Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicología*, 1999, 30(2), 79-95.
- Uribe Merino, J. F. (2007). *Anorexia: Los factores socioculturales de riesgo*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Vega, E. (2011). Un Modelo Integrativo en el Abordaje de Niños y sus Familias. Su aplicación en psico-neonatología y salas generales de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 175-185.