

Apoyo psicológico en una joven anoréxica. Un estudio de caso

Psychological support in a young woman suffering from nervous anorexia. A case study

Isabel Pérez Bescanza¹

RESUMEN

Se da cuenta en este trabajo de la intervención psicológica a una joven con sintomatología de trastorno alimentario. El objetivo del estudio fue determinar las fortalezas y debilidades de su núcleo familiar y brindar las orientaciones psicológicas respectivas. El tratamiento estuvo a cargo de un equipo multidisciplinario integrado por un médico internista, un ginecólogo y una psicóloga. Se le aplicó terapia cognitivo-conductual, obteniéndose un progreso significativo y un adecuado manejo de la ansiedad, entre otros aspectos. La familia de la joven logró una buena conducción de las situaciones, convirtiéndose así en un grupo proactivo.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Apoyo psicológico; Grupo familiar; Terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

This paper presents a psychological intervention of a young woman suffering from food-disorder symptoms. The objective of this study was to determine the strengths and weaknesses of her family and to provide psychological guidance. The treatment was carried out by a multidisciplinary team: a medical internist, a gynecologist, and a psychologist. It was applied cognitive-behavior therapy, achieving meaningful progress and an adequate management of anxiety, among other aspects. The family of the patient achieved a good managing of the situations and became a proactive group.

Key words: Nervous Anorexia; Psychological support; Family group; Cognitive-behavior therapy.

La anorexia es un trastorno caracterizado por una distorsión corporal que hace que la persona que la sufre se perciba a sí misma más obesa o con mayor peso que el que en realidad tiene (Fukudo y Hongo, 1995; Mehler, 1999; Striegel-Moore, Schreiber, Pike, Wilfley y Rodin, 1995; Tamburrino y McGinnis, 2002). Ocurre en ellas un deseo incontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria, afectándose con ello la piel, la digestión y el sueño; el estado anímico se torna depresivo, hay aislamiento social y tendencia a usar ropa ancha y oscura. Uno de los indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea o ausencia de menstruación (Hertweck, 1995).

¹ Departamento de Psicología e Investigación Educativa, Universidad de Oriente-Núcleo Sucre, Edificio Instituto Oceanográfico, Piso 3, Oficina 3, Av. Universidad, Cerro Colorado, 6101 Cumaná, Estado Sucre, Venezuela, tel. y fax (58)29-34-00-22-20, correo electrónico: bescanza@gmail.com. Artículo recibido el 17 de octubre de 2007 y aceptado el 23 de junio de 2008.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995) la clasifica dentro del grupo de TCA, junto con la bulimia nerviosa y la obesidad. En la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos: 1) la anorexia nerviosa de *tipo restrictivo*, en que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso y sin que se recurra a atracones ni purgas, y 2) anorexia nerviosa de *tipo compulsivo purgativo*, en que se observan regularmente excesos en el comer y purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (Gurenlian, 2002; Mitan, 2002).

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en la ausencia de un origen orgánico definido sino en la presencia de ciertas características. En este sentido, Félix, Nachón y Hernández (2003) señalan que es conveniente tomar en cuenta los criterios considerados por la mencionada Asociación Psiquiátrica Americana para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (cfr. también Freedman, Kaplan y Sadock, 1984): rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla; miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso, e incluso a un peso inferior al normal; distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo, y, en las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (Gothelf, Alter, Ratzoni y cols. 1995; Mitan, 2002).

De acuerdo al DSM-IV, existen cuatro criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa: un criterio A cuando la persona con el trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla; un criterio B por el que las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas²; un criterio C, que se refiere a una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal, por lo que el nivel de autoestima de las personas que sufren el trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo, y por último un criterio D, que alude a la ausencia de la menstruación.

Es importante realizar una entrevista psiquiátrica o psicológica a fin de proporcionar la información necesaria para un diagnóstico certero; Félix

y cols. (2003) señalan que en la mayoría de los casos los anoréxicos adolescentes asisten a la consulta conducidos por sus familiares. Habitualmente es la familia la que aporta toda la información necesaria, en tanto que el paciente puede defenderse y negar el comportamiento anoréxico. Por lo general, la familia describe algunos de los siguientes síntomas: amenorrea, estreñimiento, preocupación por las calorías de los alimentos, dolor abdominal, preocupación por el frío, vómitos, preocupación por la preparación de las comidas propias y de los demás, restricción progresiva de alimentos, obsesión por el uso de la báscula, preocupación por la imagen, discordancia entre la imagen y la idea, abundancia de trampas y mentiras, hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios sin el disfrute de ellos.

Por todo lo anteriormente planteado, se analizó el caso de una joven adolescente de 17 años con trastornos alimentarios, así como también las fortalezas y debilidades del núcleo familiar para lograr una mejoría efectiva en el déficit del trastorno.

MÉTODO

La presente investigación se planteó como un estudio de caso puesto que se trabajó con una población menor de diez personas. Sabino (1992) lo define como el estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener su conocimiento amplio y detallado.

El estudio constó de dos fases: una fase de evaluación inicial, en que se procedió a la aplicación de pruebas psicológicas y entrevistas a la paciente y al núcleo familiar, y una fase posterior referente a la terapia utilizada para resolver el problema.

Primera fase

Se procedió para evaluar a la joven con pruebas psicológicas que permitieran obtener el diagnóstico de la presencia de anorexia nerviosa, entre las cuales se aplicaron las siguientes pruebas proyectivas: Test de Warteg, Test "Persona bajo la lluvia" y Test de Autoestima de Coopersmith; dicha aplicación se realizó en el consultorio y se utilizó además una entrevista semiestructurada a la pa-

² Por lo común, tal miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, aumenta pese a que éste vaya disminuyendo.

ciente y a sus familiares, específicamente a sus padres y hermano.

Segunda fase

Una vez diagnosticada la anorexia nerviosa, se procedió a la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (cfr. Halgin y Krauss, 2004) en sesiones semanales, hasta un total de seis sesiones, las que luego se distanciaron a cada quince días hasta sumar veinte. El núcleo familiar, conformado por sus padres y hermano menor, recibieron terapia familiar para poder comprender la situación de la paciente y brindarle el mejor apoyo psicológico posible.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelaron en la primera fase lo siguiente. En el caso de la Prueba de Autoestima de Coopersmith, la joven presentó autoestima baja, con una puntuación de 24, evidenciándose rasgos importantes entre el temor a la crítica, desagrado de su imagen corporal, poca aceptación a la crítica y baja autoaceptación.

En el Test de Wartteg se observó una disminución en los trazos, con rasgos de inseguridad, baja motivación hacia la resolución de conflictos, tendencia a la evasión de los problemas y escasa valoración de las normas sociales, personalidad ansiosa y baja tolerancia a la crítica. En el momento de dicha evaluación se percibió a la paciente con una valoración reducida.

En el test "Persona bajo la lluvia", el trazado de esta prueba reafirma algunos rasgos obtenidos en el Test de Wartteg y muestran a una persona ansiosa, insegura ante la posibilidad de resolver los conflictos personales, baja tolerancia a la crítica, tendencia a la perfección y una figura humana minimizada, lo que refleja una autoestima débil y emocionalmente inestable.

Es importante resaltar que la joven, en el momento de las entrevistas, mostraba tendencia hacia la perfección, sensibilidad a la crítica, autoexigencia e intolerancia al desorden (cfr. Kaye, Bastiani y Moss, 1995). La paciente recién había finalizado sus estudios de bachillerato y se hallaba en un intercambio cultural en el extranjero que no pudo culminar porque sus padres debieron regresarla al

país por sus problemas de salud, lo que significó para ella una gran frustración sobre sí misma. Además, las antedichas entrevistas mostraron una joven con predominio ansioso, rechazo del diagnóstico de anorexia nerviosa y resistencia a reconocer que su imagen corporal había cambiado.

Los resultados obtenidos son coherentes con las descripciones clínicas de mujeres anoréxicas, así como con investigaciones previas. Se evidenciaron en mayor medida los criterios A, B y D, así como una anorexia de tipo restrictiva. La familia de la joven estaba muy interesada en cómo poder ayudarla, sobre todo la madre, quien refirió angustia y sentimientos de culpa por no haberse percatado a tiempo del problema de su hija.

De acuerdo a la clasificación de Minuchin (1977, 1998), la familia tenía las características de ser sobreprotectora.

El apoyo interdisciplinario logrado a través de los diferentes especialistas fue de considerable importancia para la paciente y su grupo familiar. Los especialistas del área médica fueron, como se dice antes, un médico internista, un nutricionista y un ginecólogo, con quienes se trabajó de manera interdisciplinaria reevaluando el caso para medir los progresos de la intervención. Esto permitió una rápida y eficiente mejoría de la paciente.

En la segunda fase, referente a la terapia psicológica utilizada, se lograron cambios favorables no solamente en la paciente sino en la familia de la joven.

Terapia familiar

Como ya se ha señalado anteriormente, la familia desempeñó un importante papel en el tratamiento de la anorexia. Alonso y cols. (2003) señalan que los sentimientos de intensa culpabilidad y ansiedad que experimentan los cuidadores de minusválidos son probablemente similares a aquellos que se producen por vivir con alguien que se halla desesperado. Unos padres demasiado involucrados pueden incluso fomentar el trastorno alimenticio a través de su propia identificación con los valores culturales de delgadez. En este caso, fue importante que los padres entendieran totalmente el peligro del trastorno, así como también la necesidad de controlar la sobreprotección hacia sus hijos, acrecentada después del diagnóstico.

Intervención cognitivo-conductual

Las sesiones con la paciente, en las que se le asignaron ciertas tareas cognitivas-conductuales, lograron que tuviera una mayor comprensión de su enfermedad y eliminaron de manera progresiva los reforzadores positivos que la mantenían. Estas sesiones permitieron además un afrontamiento positivo, y la resolución del problema en forma sucesiva hizo posible ayudarlo en la toma de conciencia sobre el problema en cuestión, un mejor manejo de la ansiedad, menor temor a engordar, mejor control en la ingesta de los alimentos, mayor aceptación de la crítica, mejora en la imagen corporal y, por último, un adecuado manejo de sus relaciones familiares de independencia-dependencia. Las sesiones continuaron de manera progresiva hasta que fue dada de alta, cuando había mejorado considerablemente de la enfermedad y en su imagen corporal.

La anorexia nerviosa es un problema de salud con graves consecuencias (Götestam y Agras, 1995; Russell y Hunt, 1996). Es por ello que debería ocupar una mayor atención de las autoridades gubernamentales de salud y organizaciones no gubernamentales, así como de médicos, psicoterapeutas, psicoterapeutas familiares y nutricionistas, entre otros profesionales; asimismo, es necesario informar sobre esta condición a los padres de familia y al personal dedicado a la educación de niños, jóvenes y adolescentes.

Este problema no puede entenderse sin el contexto de hábitos y valores socioculturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben conseguir, pues sin duda es en el mundo occidental donde se muestra a la mujer delgada como sinónimo de éxito. Es en los medios que estos factores cobran una singular importancia y ejercen una gran influencia en los jóvenes, pero a la vez dichos medios ofrecen la oportunidad de realizar una gran labor preventiva. La influencia de los medios de comunicación y algunos

elementos escolares pueden establecer un nivel de exigencia desmedida de cierta apariencia física, y los factores familiares desempeñar un rol crucial tanto en el desarrollo como en la perpetuación de esta enfermedad.

La familia no tiene por qué ser la causante de la anorexia nerviosa, pero, afectada por la enfermedad de uno de sus miembros, la suele mediatizar y complicar. Los familiares actúan de modo paralelo a como evoluciona y actúa la persona anoréxica (Selby y Moreno, 1995). Una familia cuyos miembros se apoyan, respetan y quieren mutuamente será el factor preventivo más importante (Onís, 1990).

Quien se dedique a la atención de la salud deberá conocer las manifestaciones clínicas de esta enfermedad; podrá, entonces, orientar al paciente y a su familia sobre la mejor manera de tratar el padecimiento oportunamente. Por lo tanto, se recomienda lo siguiente:

- Promover la realización de estudios sobre los trastornos del comportamiento alimentario dada la heterogeneidad de síntomas, diagnósticos y soluciones propuestas en la literatura especializada.
- Coordinar las actuaciones asistenciales y diseñar líneas específicas de actuación, incorporando grupos sociales de autoayuda.
- Establecer los cauces, el flujo de pacientes y las responsabilidades del nivel primario, el especializado ambulatorio y el hospital.
- Facilitar el diagnóstico precoz a través de la atención primaria.
- Procurar una vigilancia especial a la población de riesgo para aplicar medios de prevención primaria.
- Potenciar el conocimiento de estos problemas entre los profesionales de la atención primaria.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Félix, G., Nachón M., G. y Hernández P., T. (2003). Anorexia nerviosa; una revisión. *Psicología y Salud*, 13(1), 121-134.
- Freedman, A., Kaplan, H.I. y Sadock, B. (1984). *Compendio de psiquiatría* (2a. reimp.). México: Salvat.

- Fukudo, S. y Hongo, M. (1995). Etiology and physiopathology of obesity: eating behaviors and their disorders. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*, 84(8), 1226-1230.
- Götestam, K.G. y Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 119-126.
- Gothelf, D., Alter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman R., Tyano, S. y Pfeffer, C. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1648-1654.
- Gurenlian, J. R. (2002). Eating disorders. *Journal of Dental Hygiene*, 76(3), 219-237.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de las anormalidades*. México: McGraw-Hill.
- Hertweck, S.P. (1995). Anorexia nervosa: Issues for the obstetrician and gynecologist. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 7(5), 371-374.
- Kaye, W.H., Bastiani, A.M. y Moss, H. (1995). Cognitive style of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 287-290.
- Mehler, P.S. (1999). Eating disorders. *New England Medicine*, 341(8), 614-615.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital Family Therapy*, 24(4), 397-403.
- Mitan, L.A. (2002). Eating disorders in adolescent girls. *Current Women Health Reports*, 2(6), 464-467.
- Onís, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Russell, J.D. y Hunt, G.E. (1996). Anorexia nervosa: more than an eating disorder. *Nature Medicine*, 2(4), 366-367.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.
- Selby, M.J. y Moreno, J.K. (1995). Personal and familial substance misuse patterns among eating disordered and depressed subjects. *International Journal of Addictions*, 30(9), 1169-1176.
- Striegel-Moore, R.H., Schreiber, G.B., Pike, K.M., Wilfley, D.E. y Rodin, J. (1995). Drive for thinness in black and white pre-adolescent girls. *International Journal Eating Disorders*, 18(1), 59-69.
- Tamburrino, M.B. y McGinnis, R.A. (2002). Anorexia nervosa. A review. *Panminerva Médica*, 44(4), 301-311.