

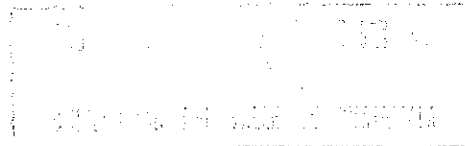
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS:  
REVISION DE UN PROBLEMA ACTUAL Y PROPUESTA  
DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

MAYRA ELEONORA CAAL MORAN



Guatemala  
1996

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS:  
REVISION DE UN PROBLEMA ACTUAL Y PROPUESTA  
DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

MAYRA ELEONORA CAAL MORAN

Guatemala  
1996

---

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS:  
REVISION DE UN PROBLEMA ACTUAL Y PROPUESTA  
DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA.

MAYRA ELEONORA CAAL MORAN

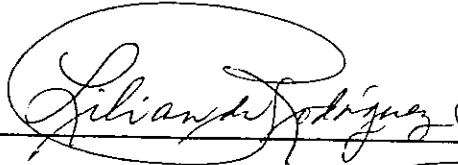
Trabajo de graduación presentado para optar al grado  
académico de Licenciatura en Psicología

Guatemala

1996


PROPUESTA: LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES  
GUATEMALTECOS: REVISION DE UN PROBLEMA Y  
PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE  
CONDUCTA

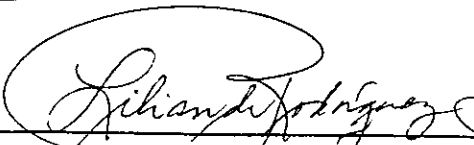
Vo. Bo. :

(f)   
Licenciada Lilian de Rodriguez  
Asesora

Tribunal:

(f)   
Licenciada Josefina Antillon Milla

(f)   
Licenciado Roberto Castillo Giron

(f)   
Licenciada Lilian de Rodriguez

Fecha de aprobación: 30 OCT. 1996

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Resumen	i
I. INTRODUCCION	1
II. Fundamentación teórica	3
A. Anorexia nerviosa	3
1. Definición	4
2. Prevalencia	6
3. Incidencia	7
4. Características	9
5. Sintomatología	11
6. Causas	14
7. Diagnóstico	19
8. Tratamiento	22
B. Conductismo	30
1. Características	32
2. Concepto de reforzamiento	33
3. El castigo	35
4. La ética del condicionamiento operante	36
III. Propuesta: LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS: REVISION DE UN PROBLEMA ACTUAL Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA	38
A. Objetivos de la propuesta	39
B. A quién va dirigido	40
C. Lugar apropiado para el tratamiento	40
D. Recursos necesarios para el programa	40

E. Forma en que se llevará a cabo	43
IV. BIBLIOGRAFÍA	56
APÉNDICE	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
ANEXOS	

## RESUMEN

Para poder optar al título de Psicólogo en el grado académico de licenciado, se elaboró el trabajo de graduación: La anorexia en adolescentes guatemaltecos: Revisión de un problema actual y propuesta de un programa de modificación de conducta.

El documento consta de una Fundamentación Teórica, en donde se explica que las motivaciones básicas para dejar de comer son el temor extremo al sobrepeso, junto con una imagen distorsionada del propio cuerpo. Aun cuando las mujeres con anorexia están muy delgadas, siguen convencidas que tienen sobrepeso. También se hace referencia a la corriente conductista, la cual ha servido como complemento para poder elaborar la propuesta del tratamiento.

Por otro lado, se aplicó una encuesta a veintiocho profesionales, la cual consta de diez preguntas sobre el problema. Esta tiene como propósito averiguar la situación de la anorexia en Guatemala y se dan los resultados por medio de una serie de tablas que facilitan la interpretación de los mismos y que se puede encontrar en el apéndice.

Finalmente, se propone un programa de modificación de conducta para adolescentes con este desorden alimenticio, en el cual se trabajan otras áreas como actitudes, autoestima, integración social, familiar y pensamientos difíciles. También se incluye una dieta sugerida por una licenciada en nutrición para ejemplificar el hábito alimenticio que una joven debe lograr. Del mismo modo existe una sección de anexos, en donde se muestran algunas hojas de trabajo que servirán para llevar a cabo todo el tratamiento.

Es necesario tomar conciencia del tratamiento y cuidado profesional (psicológico, psiquiátrico y médico nutricional) que estos pacientes requieren. Por eso se detalla claramente en la fundamentación, cada una de las situaciones por las que pasa una joven con anorexia nerviosa. Gran parte de estas jóvenes, no reconocen el problema por el que están pasando y por lo consiguiente no cumplen con el tratamiento prescrito, lo cual trae como consecuencias el bajo peso, caída del pelo, agotamiento físico, depresión, problemas de sueño y anomalías hormonales.

Este tipo de desorden lo sufren en su mayoría las jóvenes de la población norteamericana, sin embargo en la investigación que se llevó a cabo con profesionales que tratan el problema, se pudo conocer que también en Guatemala existen fuertes tendencias a padecer algún desorden alimenticio.

Lastimosamente en Guatemala no existe ningún club, asociación u organización que trabaje con pacientes que padecen de algún desorden alimenticio. Por esta razón en el presente trabajo se detalla un programa basado en "Modificaciones de Conducta", el cual puede ser utilizado para trabajar con este tipo de adolescentes.

## I. INTRODUCCION

Los trastornos alimenticios son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, las presiones familiares, una posible sensibilidad genética y vivir en una cultura, en la cual hay una abundancia de comida y una obsesión de la delgadez.

La idea de trabajar en esta área, se originó en el hecho de que en Guatemala el tema de Anorexia Nerviosa es un tema muy innovador, pues existen únicamente 2 estudios, de los cuales uno pertenece a la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el otro al departamento de Psicología de la Universidad Francisco Marroquín y por ésto se considera que es un aporte a la población y que tanto estudiantes como profesionales pueden consultar el documento para fines de investigación o información propia.

Tomando en cuenta lo anterior, se ha elaborado un Modelo de Trabajo Profesional con orientación conductista, el cual puede ser aplicado a pacientes con Anorexia Nerviosa y va dirigido a psicólogos que de una u otra forma se enfrentan a un caso de éstos y se ven necesitados de una herramienta para sacar adelante a su paciente.

El programa consta de cinco etapas, que en ocasiones son intercaladas unas con otras o se trabajan paralelas, dependiendo de las necesidades que de cada paciente vayan surgiendo. Todo el programa abarca un tiempo de aproximadamente 10 a 12 semanas, sin embargo hay que tomar en cuenta que esto podría variar dependiendo de cada caso en particular.

También se elaboró una encuesta para conocer la situación de la anorexia nerviosa en Guatemala, aplicándose la misma a diferentes profesionales que trabajan con este desorden alimenticio.

Finalmente, es necesario que la familia intervenga a lo largo del tratamiento, pues ella podría mantener un continuo refuerzo positivo a la paciente y de esta forma permitirle que incremente su autoestima y que alcance con éxito su trabajo.

## II.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### A. Anorexia Nerviosa

El síndrome de la Anorexia fue descrito por primera vez en la segunda mitad del siglo XVII por R. Morton, en 1689, quien describió a una joven de 17 años que lucía demacrada, presentaba temperatura corporal baja y amenorrea, todo causado por un ayuno voluntario y llamó a este síndrome "Consumo Nervioso", ya que reconoció los aspectos psíquicos de la enfermedad (Barrios, 1988).

Nodow (1789), citado por G.K. Ushakov (en Howells, 1971), describió cierto desorden nervioso, que se caracterizaba por extrema aversión a la comida y asoció estas manifestaciones con algunos rasgos psicopatológicos.

G.K. Ushakov (en Howells, 1971), opina que a pesar de estos hallazgos, el estudio sistemático de la Anorexia Nerviosa empezó en la última parte del siglo XIX, en Francia, con el trabajo de Charles Lasegue en 1873 y en Inglaterra con el trabajo de William Gull en 1874. Ambos dieron independientemente descripciones clínicas muy similares. En Francia se conoció como "Anorexia Mental", término que fue usado por Gushara y luego reemplazado por Lasegue por el de "Anorexia Histérica". Lasegue afirmaba que los pacientes con este síndrome presentaban problemas en relaciones interpersonales. También comentó que algunas de estas personas perdían el apetito pero sin tenerle repugnancia a la comida y otros solo tenían aversión a cierto tipo de alimentos.

Este mismo autor indica que Gull le llamó "Anorexia Nerviosa" y el término fue adoptado y permanentemente utilizado en la literatura rusa, inglesa y alemana.

Por otro lado, E.L. Bliss (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1976) expresan que Gull notó que la mayoría de casos se presentaban en mujeres comprendidas entre los 16 y 23 años. Ocasionalmente podía ocurrir en hombres y frecuentemente existía amenorrea, estreñimiento y pulso lento.

A principios del siglo XX, Janet describió ciertas formas obsesivas e histéricas de Anorexia Nerviosa y más tarde otro tipo de Anorexia asociada con síntomas depresivos psicóticos, los cuales distinguen al tipo de Anorexia anteriormente mencionado E.L. Bliss (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1976).

A finales de 1930 Further demostró que la Anorexia Nerviosa y la "Destrucción de la Glándula Pituitaria" (Enfermedad de Simón) eran enfermedades diferentes. En la segunda mitad del siglo XX los estudios sobre este síndrome fueron enfocados en la baja autoimagen del paciente anoréxico, el temor por el desarrollo sexual y la disfunción hipotalámica asociada con Anorexia K.A. Halmi (en Kaplan y Sadock, 1985).

### 1. Definición

Estos mismos autores describen la anorexia como un desorden relacionado con la pérdida de peso, patrones peculiares en el manejo de los alimentos, miedo intenso a ganar peso, alteración en la auto imagen y amenorrea.

P.R. Lemus y P. Lubin (1993), en su artículo "La Anorexia en el Atletismo" la definen como la alteración del comportamiento alimenticio que se caracteriza por una preocupación excesiva por la comida, el miedo a engordar y el deseo de una imagen corporal de extrema delgadez. Beumot, George y Smart (1976), citados por P.R. Lemus y P. Lubin (1993), observaron episodios de ingesta compulsiva en las pacientes anoréxicas y desde entonces se suelen distinguir dos tipos de anoréxicas: las "Anoréxicas Restrictoras", que son pacientes que pierden peso exclusivamente a través de dietas y ejercicios extenuantes y en las que no se dan los episodios de comida impulsiva. El otro tipo son las "Anoréxicas Bulímicas", cuyos intentos de no comer se ven interrumpidos por la ingestión incontrolada de grandes cantidades de comida, seguida normalmente de vómitos autoinducidos o toma de purgantes.

Del mismo modo, Eissler (s.f), citado por Shaw (1969), diferencia la Anorexia Nerviosa Sintomática de la Anorexia Nerviosa como entidad patológica, pues distingue tres grados en la anorexia:

- a) La anorexia como un cuadro sintomático que no constituye ningún problema terapéutico especial.
- b) La anorexia que involucra una seria preocupación y alcanza una intensidad que puede ser peligrosa.
- c) La anorexia como una entidad patológica, según la describió Gull.

Las investigaciones sobre este desorden han demostrado que el aborrecimiento hacia la comida usualmente se inicia en la adolescencia, entre los 12 y 15 años y es predominante en el sexo femenino y con más frecuencia en la clase social media/alta. G.K. Ushakov (en Howells, 1971).

Ajuriaguerra (1979), expone que las restricciones alimenticias comenzarán a raíz de un choque emocional o evidentes conflictos psicológicos. La mayor parte de las veces, las jóvenes reducen la comida por diversos factores: voluntad propia, prescindiendo de lo que no les gusta, se quejan a veces de molestias digestivas, de estar "embotadas" o ponen en marcha una dieta para reducir de peso. Lo que menos les preocupa es lo que han de comer, mientras que a los padres es precisamente lo que les preocupa, por lo que el problema de hacerlas comer se torna en lo más importante para toda la familia, que tratará de presionarlas para que ingieran algún alimento.

Al principio del problema lo más común es privarse de la comida y después se niega la realidad de los hechos. Lo que en primer momento podría pasar por negarse a comer, pronto se convertirá en una anorexia auténtica. El síndrome psíquico, va acompañado de un síndrome somático caracterizado por un notable adelgazamiento. Hay anoréxicas que llegan a perder la mitad de su peso, adelgazamiento que afecta a todo el cuerpo, la cara palidece, se hundan los ojos y muchas veces se mantendrá lo que se conoce por amenorrea.

También se seca y se arruga la piel, se parte el cabello, aparecen alteraciones digestivas (estreñimiento que no cede ante laxantes) e hipotensión arterial.

Los exámenes de laboratorio muestran un descenso del metabolismo, aumento de colesterol en la sangre, hipoglucemia, aumento de la sensibilidad a la insulina y anemia con disminución del índice de hemoglobina.

Según Garfinkel y Garner, (1982), citados por Lemus y Lubin (1993), en la génesis de la Anorexia Nerviosa se pueden distinguir tres factores: (a) los predisponentes, (b) los precipitantes (los que inician el trastorno), y (c) los perpetuantes (que lo mantienen).

Algunos de los factores predisponentes serían factores genéticos, edad (13-20 años), sexo femenino, trastorno afectivo, introversión/inestabilidad, obesidad, nivel social medio/alto, familiares con trastorno afectivo o con adicciones o con trastornos de la ingesta, obesidad materna y valores estéticos dominantes. Algunos de los factores precipitantes de la anorexia serían: cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales de los padres, inicio de contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de actividad física y acontecimientos vitales o hechos estresantes. Algunos de los factores perpetuantes serían: consecuencias de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones "anoréxicas" y actividad física excesiva.

## 2. Prevalencia

En cuanto a la prevalencia de este desorden se encontró que "Para 1980, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1980), la frecuencia de las jóvenes que padecerían de anorexia era del 1 por 250 adolescentes mujeres".

Pope, Hudson, Yugerlum-Todd y Hudson (1976), citado por J. Rasic Lacheumeyer y P. Muni-Brander, (1988), encontraron que aumentó la prevalencia tanto en la bulimia, como en la anorexia. En la investigación que ellos realizaron, se concluyó que el 7% de 300 mujeres comprendidas entre los 13 y 40 años se ajustaba a los criterios diagnósticos del DSM-II.

En 1988 J. Rasic Lachenmeyer y P. Muni-Brander reportaron un estudio sobre la prevalencia de "Desórdenes Alimenticios" en adolescentes. Ellos mencionan que en 1976 Crisp, Palmer y Kalucy estudiaron la prevalencia de la anorexia en mujeres adolescentes.

Los sujetos fueron estudiantes de nueve colegio de Londres. Los autores usaron estrictos criterios para diagnosticar anorexia nerviosa y en todos los casos se había perdido el 30% del peso, existía amenorrea y se mostraron actitudes anormales ante la comida. Estos mismos resultados demostraron que el 1% de las mujeres de 16 años o más, que pertenecían a algunos de estos colegios, manifestaban severos desórdenes de anorexia.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R), para 1987 la prevalencia de la anorexia oscila entre 1 de cada 800 hombres y 1 de cada 100 mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Finalmente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) la prevalencia de la anorexia es del 0.5% - 1.0%.

### 3. Incidencia

La anorexia se manifiesta sobre todo en el sexo femenino. Entre las mujeres da una proporción de 9 a 1 respecto a los hombres y el 95% de las mujeres tienen edades comprendidas entre los 14 y 23 años de edad.

Ajuriaguerra (1979) explica que la anorexia nerviosa es muy rara en hombres, sin embargo cuando un joven presenta este síndrome aparece retraso en el desarrollo físico y genital. En cuanto a su personalidad, pueden existir

hombres anoréxicos obsesivos, fóbicos, histéricos o esquizoides. El ambiente familiar de estos muchachos es muy especial. La relación madre hijo es de enfrentamiento o excesiva dependencia.

K.A. Halmi (en Kaplan y Sadock, 1985) comprueba que el 16% de las madres y el 23 % de los padres de pacientes anoréxicos, tienen historias significativas de peso muy bajo o fobia a ser gordos. Sin embargo, a la fecha no existen conclusiones válidas de que este desorden sea totalmente hereditario.

H. Kaplan y B. Sadock (1991), expresan que la anorexia nerviosa es de 10 a 20 veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Para ellos la incidencia es mayor en grupos de la clase socioeconómica alta y en mujeres profesionales que se dedican al modelaje, baile o cualquier otro tipo de profesión en donde se requiere de una figura extremadamente esbelta.

A.R. Lucas (en Melvin y Lewis, 1991) citan que por algunos casos de anorexia referidos a clínicas psiquiátricas y a hospitales, se ha llegado a conocer que la incidencia anual en Europa y Estados Unidos se ha incrementado de un 0.5 por 100,000 de la población en 1950 a un 5 por 100,000 en los 80s.

"Tomando en cuenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, 1987) se puede reportar una incidencia del 95% predominante en el sexo femenino".

P.R. Lemus y P. Lubin (1993) expresan que antes existía una mayor incidencia entre las adolescentes de clase alta, pero últimamente empieza a extenderse en todos los estratos sociales y su incidencia se está incrementando enormemente.

En estos últimos 10 años, muchas de las evidencias vienen de reportes de pacientes diagnosticados y tratados en varias clínicas psiquiátricas y hospitales.

Ellos citan también que en colegios ingleses existía al menos 1 caso severo de anorexia nerviosa en cada 200 jóvenes comprendidas entre los 12 y 18 años de edad.

#### 4. Características

R.E. Muuss (1985) en su artículo "Desórdenes alimenticios en adolescentes: Anorexia nerviosa", comenta que las características del síndrome son las siguientes

##### a) Ingesta limitada de comida

Se ingiere poca comida con pocas calorías y algunos anoréxicos se convierten en vegetarianos. Los carbohidratos y comidas muy condimentadas son eliminados de la dieta diaria. Los anoréxicos muestran obsesiva preocupación por el contenido calórico en los alimentos y el peso corporal.

##### b) Preocupación y pensamientos constantes sobre los alimentos.

Todo lo que gira alrededor de su vida está relacionado con la comida y la preocupación por la misma. Generalmente, los anoréxicos compran la comida e incluso la pueden cocinar y preparar, sin embargo se rehusan a comerla y se niegan a compartir los alimentos con los demás miembros de la familia. La mayor parte del tiempo desarrollan malos hábitos, como cortar la comida en pequeños pedazos, acomodar la comida alrededor del plato o tirarla en cualquier lado para hacer creer a los demás que ya se la terminaron.

##### c) Reducción de peso

Las anoréxicas prefieren comidas bajas en calorías como la lechuga, zanahorias y bebidas dietéticas. Estas personas son más exitosas en llevar una dieta que cualquier otra persona normal y generalmente sobrepasan el número de libras que deseaban perder. Es impresionante la satisfacción que las anoréxicas experimentan cuando se suprime el hambre, además se sienten

exitosas cuando ven que bajan rápidamente de peso. Algunas empiezan a preocuparse por la figura y esto hace que inicien una rutina exagerada de ejercicios (bicicleta, caminata, aeróbicos, jogging), hasta el punto de que se fatigan.

El estreñimiento es común, ya que la ingesta de alimentos es muy reducida, por lo tanto empiezan a usar laxantes y diuréticos. Las anoréxicas pueden llegar a desarrollar una dependencia de los laxantes y necesitar cada día dosis más fuertes para que éstos hagan el efecto deseado. El abuso de los laxantes puede causar incomodidad física, dolor abdominal y ardor anal.

Inducirse el vómito es otro método para reducir peso. Las anoréxicas que a menudo se inducen el vómito frecuentemente tienen marcas dentales y el esmalte de éstos empieza a dañarse.

Algunas drogas para reducir peso, como las anfetaminas, se usan sin receta o prescripción médica. A menudo, las anoréxicas pierden el 25% de su peso original. Si no se someten a un tratamiento profesional (médico, psicológico, nutricional) seguirán perdiendo peso hasta llegar probablemente a la muerte.

#### d) Preocupación por la talla y el peso

La psicopatología es obvia únicamente cuando la imagen corporal se distorsiona. Las anoréxicas se perciben a sí mismas como gordas y con sobrepeso. Usualmente se sienten preocupadas por el peso y se sienten muy satisfechas cuando comprueban que su talla de vestir disminuye.

#### e) Condiciones médicas

La pérdida excesiva de peso puede causar complicaciones como: bradicardias (latido lento del corazón), hipotensión (pérdida en la presión normal de la sangre), anormalidades en la piel (piel reseca y con color amarillento, resultado de un alto nivel de caroteno), hipotermia (temperatura corporal más baja de los 35 centígrados). Existirán también cambios

metabólicos como hiperactividad o letargo. Las anoréxicas usualmente se sienten con frío y en lugares cálidos necesitan usar varias prendas de vestir para mantener la temperatura del cuerpo.

## 5. Sintomatología

Howells (1971) expone que durante el periodo inicial y durante la primera etapa de rechazo a la comida, los pacientes presentan una conducta hiperactiva en todo lo que hacen, llegando a dormir poco y evitando las siestas. Muchos de los pacientes que antes disfrutaban de sus actividades empiezan a decaer, el peso corporal baja considerablemente hasta el punto de que se tiene que hospitalizar a las personas.

Síntomas depresivos y sentimientos frecuentes de tensión y ansiedad se han observado durante todo el periodo de la enfermedad.

En el inicio del síndrome, se presentan reacciones de tensión, irritación y depresión cuando se fuerza al paciente a comer.

Por razones didácticas y para una mejor comprensión, Schutze (1983) expone la sintomatología del síndrome anoréxico en manifestaciones somáticas y manifestaciones psíquicas.

En toda el área somática se encuentran aspectos como estreñimiento crónico, amenorrea y en algunos casos el uso de laxantes y aparición del vómito después de las comidas.

Como consecuencia de la baja ingesta calórica se origina una serie de manifestaciones somáticas secundarias. Entre éstas se presenta un aspecto seco de la piel, lanugo, alopecia y estreñimiento.

En las manifestaciones psíquicas existen tres fases y se mencionan según la forma en que aparecen durante la enfermedad (antes, durante y después del síndrome).

a) Manifestaciones psíquicas antes del comienzo de la enfermedad. Se ha encontrado que se trata de niños ejemplares, buenos y sumisos que han adoptado la conducta de sus padres en la fase del desarrollo prepuberal, con lo cual logran una perfecta normalidad. En este tipo de niños se desarrollan tempranamente trastornos relativos a su esquema y funciones corporales. Sin embargo, existen algunos autores que no encuentran personalidad premórbida típica en los anoréxicos.

b) Manifestaciones psíquicas durante la enfermedad: paralelamente a la sintomatología anoréxica, se van dando pequeñas diferencias de las distintas pacientes, para finalmente, dar lugar a un cuadro clínico bastante unitario. La capacidad intelectual de estas pacientes, superior al término medio, asociada a su hiperactividad, su tenacidad y su marcada capacidad de abstracción, les proporciona unos resultados escolares sumamente notables. Los momentos de ocio y relajamiento, los suprimen por ocupaciones enérgicas y eficientes.

Únicamente en los estadios finales de la enfermedad se produce un estado de agotamiento generalizado.

Observando la personalidad anoréxica, también se pueden comprobar actitudes contradictorias. Pasan de ser sumamente meticulosas, formales, limpias y ordenadas a ser (con el desarrollo de la enfermedad) descuidadas en todo aspecto.

Durante todo el transcurso de la enfermedad, siempre se destaca la insuficiencia de ingesta alimenticia, que debe considerarse en los momentos iniciales, cuando todavía se conserva la sensación de hambre.

c) Manifestaciones psíquicas en el estadio final.

Muchos autores interpretan la extrema restricción alimenticia, apasionada y fanática, como expresión del instinto de muerte de las pacientes, es decir, de sus deseos de morir. El estado general de las anoréxicas es bastante deficiente. Persiste el estreñimiento y los espasmos. En su mayoría rechazan

las relaciones sexuales, sólo una pequeña parte de estas mujeres, en general frías, han contraído matrimonio y, en este caso, no tienen hijos.

P.R. Lemus y P. Lubin (1993), le han llamado "Síntomas Fisiológicos", en vez de manifestaciones somáticas y dentro de ellos mencionan: estreñimiento crónico, pérdida continua de peso, amenorrea, exceso de frío, bradicardia, pérdida del pelo y piel seca.

P.R. Lemus y Lubin (1993) no describen una sintomatología psíquica, sino una cognitiva en la cual mencionan: sensación de vacío y delgadez corporal como algo agradable, mientras que la sensación de plenitud y ganancia de peso es vivida negativamente; rechazo a comer por el miedo patológico a engordar; una imagen corporal deformada, ya que se ve gorda aun estando demacrada, un concepto de autocontrol; síntomas de ineficacia, depresiones y baja autoestima; niegan su problema y sensación de llenura.

Es importante mencionar que P.R. Lemus y Lubin (1993) agregan una tercera etapa dentro de la sintomatología, a la cual le han llamado: "Síntomas Conductuales" pudiendo manifestar: miedo por haber engordado, realización de un régimen bajo en calorías, hiperactividad y exceso de ejercicios, poco sueño, abuso de laxantes y diuréticos y creación de hábitos alimenticios peculiares tales como trocear la comida, esconder pequeñas cantidades de comida por la casa y guardarla en la servilleta.

Estos mismos autores expresan que la sintomatología asociada a la anorexia es muy parecida en sus comienzos a la de una fuerte anemia causada por una dieta insuficiente. La persona que los padece, carece de brillo en el pelo, siente cansancio y tiene mareos causados posiblemente por la tensión baja. El número de glóbulos rojos puede reducirse hasta los 3 millones, en vez de los 4.3 a 4.5 millones que suelen tener las mujeres. En este estadio de la enfermedad la recuperación puede lograrse tomando hierro. Si no se toma

ninguna medida, la paciente puede pasar de tener los síntomas de una dieta deficiente a tener los síntomas de la anorexia nerviosa.

## 6. Causas

Algunos autores, están de acuerdo en que esta alteración suele coincidir con la pubertad. Opinan que rehusarse a comer, con la consiguiente pérdida de peso e imposibilidad de desarrollarse, son formas de eludir responsabilidades del adulto y de tipo sexual. Dally (1975), citado por J. Johnson, W. Rasbury y Siegel (1992).

Johnson y otros (en Burns y Lavigne, 1984) manifiestan que existen cuatro grandes áreas sobre las posibles causas de la anorexia:

### a) Teorías Orgánicas o Biológicas

Muchos de los síntomas reportados de la anorexia son característicos de una deficiencia hipotalámica. El hipotálamo ha sido llamado la "Glándula Maestra" y controla la secreción glandular. Se supone que el mal funcionamiento de esta glándula, podría estar asociada con la anorexia. Una de las causas más consistentes es la amenorrea (Muuss, 1985), la cual se conoce por la ausencia del período menstrual y en las pacientes con anorexia ocurre aún antes de que se desarrolle la pérdida de peso. Las causas de la amenorrea se deben a desnutrición y al trastorno psiquiátrico que desencadena la restricción alimenticia (ambos de origen hipotalámico).

"También son comunes los hallazgos característicos de un estado hipotiroideo que incluyen: estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, piel reseca, uñas y cabellos quebradizos". (Barrios, 1988).

### b) Teoría Psicodinámica

La teoría Psicodinámica afirma que existe algún trauma sufrido durante la infancia que posiblemente ha creado distorsiones en el ego, que más tarde se

manifiestan como anorexia nerviosa. B. Johnson y Otros (en Burns y Lavigne, 1984).

Por otro lado, Ajuriaguerra (1979) expresa que en los estudios actuales se ha pasado del impacto oroalimenticio a unos conceptos que están mucho más en la línea de la vivencia corporal.

La personalidad en la anorexia se manifiesta a través de la vía oroalimenticia, que es elegida en un momento determinado del desarrollo de la personalidad.

Según la teoría psicodinámica, la anorexia se puede tratar a veces de una reacción frente a cierta obesidad adquirida por la madre en el período menopáusico, pero lo más frecuente es que el deseo de adelgazar se deba a un rechazo a la femineidad.

El artículo de la revista *Adolescentes*, "Desórdenes alimenticios en adolescentes: Anorexia Nerviosa, escrito por R. Muuss en 1985, concuerda con lo que afirma Ajuriaguerra, ya que Muuss manifiesta que existen problemas en aceptar el rol femenino, temor a las características sexuales secundarias y a la intimidad sexual. La Anorexia según R. Muuss, es una defensa efectiva contra la sexualidad y está asociada con amenorrea, pérdida de la libido y dilatar o regresar el desarrollo psicosexual.

La anorexia es un autocastigo y el hecho de disminuir la fuerza acarrea nuevos sentimientos de culpabilidad. La anorexia no sólo teme incorporarse por vía oral, sino también teme al contacto físico, proximidad emocional y todo lo que significa tomar y recibir, ya que debido a su sentimiento de impotencia, se siente incapaz de probar su poder en relaciones interpersonales, lo cual lleva a ocuparse plenamente de una relación interpersonal con su propio cuerpo.

Las anoréxicas no suprimen del todo el alimento, lo reducen de forma absurda y juegan con la muerte, comportándose con su cuerpo de forma mágica, sin contacto con la realidad.

c) Teoría familiar:

B. Johnson y otros (en Burus y Lavigne, 1984), encontraron que la teoría familiar proviene de la teoría psicoanalítica y de la teoría de Sistemas Familiares. Los teóricos psicoanalíticos han enfocado sus estudios en un problema de "Simbiosis", mientras que los otros examinan los problemas de comunicación en las familias de jóvenes anoréxicas.

Al hablar de "Simbiosis" Dally (1969), citado por B. Johnson y otros (en Burus y Lavigne, 1984), manifiesta que la mayoría de las pacientes anoréxicas son de una clase social media-alta, en donde ambos padres trabajan y la familia se caracteriza por una dominación materna. Este mismo autor afirma que la anorexia es el resultado de la fase de separación - individualización.

Por otro lado, existen terapeutas familiares que estudian la mala comunicación dentro de la familia y cómo ésta repercute en las pacientes anoréxicas. Ellos han aplicado sistemas familiares básicos para entender la etiología. De acuerdo a esta teoría, existen patrones disfuncionales de comunicación dentro de la familia acompañados casi siempre de serios disgustos conyugales.

Palazzoli (1974), citado por B. Johnson y otros (en Burus y Lavigne, 1984), concluye que la anorexia no puede entenderse simplemente como un proceso intrapsíquico, ni se puede tratar únicamente a través de terapia individual, ya que siempre se deberá incluir a la familia.

Según este mismo autor los anoréxicos presentan:

- a) Comunicación deficiente.
- b) Normas y reglas secretas que más de algún miembro de la familia impone. Casi siempre son los padres los que las imponen y no las dan a conocer.
- c) Carencia de una verdadera autoridad dentro de la familia. En pocas palabras existe "Desorganización familiar".

S. Muchin (1979) y M. Palazzoli (1985), citado por R. Muuss creen que el conflicto existe dentro de la familia anoréxica. También afirman que las anoréxicas vienen de familias distinguidas y de una clase social preferencial, las cuales son sobreprotectoras, rígidas e ineficientes para solucionar sus problemas. Estos fenómenos interfieren con la formación de la identidad. Por lo tanto, la patología está dentro de la familia, pero se desplaza hacia el adolescente, quien presenta el problema.

Por otro lado, también han descubierto que muchas pacientes suelen tener madres o hermanas que luchan con el mismo problema, lo que ayuda a crear la idea de que la comida es un problema de familia. Algunas otras proceden de familias en las cuales un familiar en primer grado (padre, madre, hermanos) tiene algún otro trastorno emocional, como depresión.

Existen indicios de que las anoréxicas son excesivamente dependientes de sus padres. Muchas anoréxicas tratan de satisfacer el cien por ciento de las expectativas y necesidades de sus padres, y al hacerlo dejan de expresar sus propias necesidades y deseos.

Gran cantidad de anoréxicas aseguran que sus padres tienen depositadas altas expectativas en ellas, que de un modo u otro no logran alcanzar. De todo esto surge la imagen de una familia que aparentemente valora a la muchacha más por lo que puede hacer por la familia, antes que por lo que es como individuo.

La anorexia nerviosa puede desarrollarse en una atmósfera familiar de tensión, disputa y otros problemas como alcoholismo u otras formas de dependencia. Muchos terapeutas creen que de hecho, el trastorno de la ingesta puede significar en parte un intento subconsciente de la niña de salvar a sus padres, porque si se centran en ella tienen que descuidar los problemas de ellos mismos (N. Tannenhaus, 1995).

#### d) Teoría Social

Gran cantidad de autores están de acuerdo en que el incremento de la anorexia es el resultado de actitudes culturales que refuerzan el hecho de ser esbelto y castigar la obesidad.

El modelo de actrices esbeltas o de ídolos femeninos, crean en las adolescentes la idea de someterse a dietas rigurosas, trayendo como consecuencia conductas anoréxicas. B. Johnson y otros (en Burus y Lavigne, 1984).

Salir a comer con otras personas es una norma en la sociedad. La comida es una parte integral de nuestra vida diaria. A lo largo del crecimiento, la alimentación viene a estar asociada con experiencias negativas y positivas. Cuando una persona desarrolla anorexia, casi no participa en eventos sociales, y si se participa se es muy estricto con sus hábitos. Muchas personas con este desorden, deciden que mejor van a comer solos, pues odian hacerlo con amigos o familiares. Otros empiezan a rechazar cualquier tipo de comida con alguien más. (D. Reiff, 1991)

La obsesión de estar delgado, el énfasis en dietas, refuerza la motivación psicológica de las jóvenes a estar extremadamente delgadas. Todos estos aspectos han contribuido dentro de la sociedad a que las mujeres compitan por una buena figura.

Comidas ricas en carbohidratos y sodio, comidas rápidas (hamburguesas, hot-dogs, etc), el hábito de comer mientras se ve televisión y las refacciones, han contribuido a aumentar la frecuencia de malos hábitos en las dietas ingeridas por las adolescentes. Tanto hombres como mujeres, tienden a adoptar hábitos erróneos de alimentarse. En esto se espera que la mujer se vea más afectada que el hombre, ya que ellas se guían más por su imagen corporal y son más aptas a renunciar a los alimentos por miedo a no engordar. A.R. Lucas (en M. Lewis, 1991)

## 7. Diagnóstico

Una gran cantidad de criterios y diagnósticos, han sido desarrollados para utilizarlos tanto en el tratamiento, como en investigaciones clínicas. Estos criterios están más que todo enfocados en lo esencial de la anorexia y no en las consecuencias de la inanición. Gracias a estos criterios, es posible diferenciar a las personas con anorexia de las personas que dejan de comer por otras razones.

Algunos autores como Tuper, Escamilla y Lisser (s.f), citados por G.K. Ushavoc (en Howells, 1971) proponen los siguientes criterios para diagnosticar pacientes con sospecha de anorexia:

- a) Temor a las características sexuales secundarias.
- b) Pérdida del cabello y "dentadura muy rara".
- c) Frecuentemente rechazan cualquier oferta de ayuda y se niegan a someterse a cualquier clase de tratamiento.
- d) Los pacientes se convierten en hiperactivos, son muy sensibles y con fuertes aspiraciones por alcanzar sus metas.

Así mismo, la Asociación Americana de Psiquiatría, a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (1980) aprobó como criterios diagnósticos los siguientes:

- a) Que el paciente rehuse a mantener un peso corporal normal.
- b) Pérdida de más del veinticinco por ciento del peso corporal original.
- c) Alteración de la imagen corporal.
- d) Que ninguna enfermedad médica conocida, sea consecuencia de la pérdida de peso.

En este mismo manual toman un diagnóstico diferencial de los desórdenes físicos con pérdida de peso, desórdenes depresivos y esquizofrenia con patrones raros de alimentación.

En el DSM-III-R (1987), se afirmó que los criterios diagnósticos eran:

- a) rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo la persona se queja de que se encuentra obesa aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta desproporcionada, incluso estando por debajo del peso normal.
- d) En las mujeres, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.

“En el DSM-III-R (1987), proponen como diagnóstico diferencial a los Trastornos Depresivos y cierto tipo de Trastornos Somáticos, ya que pueden haber pérdidas de peso, aunque no hay una alteración en el esquema corporal, ni miedo irracional a convertirse en obeso. En la esquizofrenia pueden observarse patrones alimenticios bastante raros, sin embargo, pocas veces aparece el síndrome completo de la anorexia nerviosa; si se diera, hay que establecer los dos diagnósticos. En la bulimia nerviosa (no relacionada con la anorexia nerviosa), puede haber miedo a la obesidad y la pérdida de peso puede ser considerable, aunque el peso no se encuentra por debajo de su valor mínimo. En algunos casos, la anorexia nerviosa aparece en personas con bulimia nerviosa y en estos casos hay que hacer los dos diagnósticos.”

En el DSM-IV (1994), ya se consideran los siguientes criterios para diagnosticar anorexia:

- a) Negativa a mantener el peso corporal encima de un peso normal mínimo para la edad y altura. Ejemplo: pérdida de peso dirigida a mantener menos del ochenticinco por ciento menos de lo esperado, o dejar de aumentar tanto durante un período de crecimiento, dejándole al peso corporal menos del 85% de lo esperado.
- b) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura del cuerpo.

Para el DSM-IV (1994), en condiciones médicas generales (por ejemplo: trastornos intestinales, tumores cerebrales y SIDA), puede ocurrir pérdida extrema de peso. Sin embargo, las personas con este trastorno no presentan distorsiones en la imagen corporal. En la depresión mayor, puede ocurrir pérdida severa de peso, pero los pacientes con depresión mayor no temen ganar peso, ni tampoco están preocupados por perderlo. En la esquizofrenia se manifiesta pérdida de peso, pero raramente se presenta temor a ganar libras.

M. Shills y V. Young (1994), también afirman que los desórdenes asociados con la pérdida de peso deben ser diferenciados de la anorexia. Algunos trastornos que podrían estar relacionados son los orgánicos, la depresión y la esquizofrenia.

Ch.R. Shaw (1969), concuerda muy bien con el Manual de Desórdenes Mentales y con M. Shills, ya que afirman que la anorexia debe ser diferenciada de diversos estados en que la característica más importantes es la pérdida de peso. También deben ser diferenciados de la anorexia, la desnutrición intencional y la desnutrición del medio ambiente. En el diagnóstico diferencial, debe excluirse la posibilidad de un trastorno obsesivo compulsivo.

Para H. Kaplan y B. Sadock (1991), los desórdenes depresivos y la anorexia tienen muchos aspectos en común, tales como sentimientos de tristeza, llanto, dificultades en el sueño y ocasionalmente pensamientos

suicidas. Sin embargo, estos desórdenes tienen bastantes aspectos que los distinguen a cada uno. Generalmente, un paciente con depresión no es tan activo como un anoréxico. La preocupación del contenido calórico de los alimentos y de la preparación de los mismos es típica en los pacientes anoréxicos y no se presenta en los pacientes con depresión. Las personas depresivas no le temen a la obesidad, ni tampoco perciben distorsionada su imagen corporal, como los anoréxicos.

Fluctuaciones en el peso, vómitos y juego con la comida pueden ocurrir en los desórdenes somáticos. En muy raras ocasiones un paciente puede llenar todos los criterios de un desorden de somatización y de anorexia. Generalmente, la pérdida de peso en los desórdenes de somatización no es tan severa como en la anorexia nerviosa.

Un paciente con esquizofrenia raramente se preocupa por ser obeso y no presenta la hiperactividad de los anoréxicos.

## 8. Tratamiento

Ajuriaguerra (1979), opina que es imposible el tratamiento de discusión de la anorexia dentro del marco familiar y que siempre se requiere el más absoluto aislamiento, lo cual supone liberar al anoréxico de visitas y correspondencia mientras no se haga evidente una palpable mejoría. Junto al aislamiento se requiere una progresiva reeducación en cuanto a la comida, con un control riguroso.

También afirma que para que el tratamiento sea eficaz, es necesario ayudar a estos pacientes a descubrir en ellos mismos, la capacidad de iniciativa y autodirección.

Asimismo insiste en que cada caso plantea un problema especial y se ha de adaptar el tratamiento según las características que la paciente presente.

G. Schütze (1983) está de acuerdo en que el tratamiento de los jóvenes debería perseguir el establecimiento de un pacto de confianza, lleno de flexibilidad, simpatía y tolerancia. El terapeuta debe ser lo suficientemente equilibrado como para dejar que su actitud sea puesta de cuando en cuando, en tela de juicio. No debe ser excesivamente pasivo, debe estar abierto a otras técnicas de tratamiento que no sea las suyas.

Este mismo autor también pone de relieve la singular importancia que tienen las relaciones entre los distintos miembros de la familia a la hora de elaborar el esquema terapéutico. Rechaza todo tipo de tratamiento farmacológico, ya que podría ser un tanto ineficaz. Las normalizaciones del peso que eventualmente se observan, así como el cese de la amenorrea, no llegan a ser estables. Sin embargo, en la actualidad parece imponerse, de un modo general, el criterio de que el tratamiento farmacológico sería conveniente, siempre y cuando los casos sean especialmente problemáticos y siempre como medida de sedación complementaria de los distintos esquemas terapéuticos.

Según R.E. Muuss (1985), el problema es similar al de los alcohólicos, ya que la paciente no acepta su problema y le cuesta reconocer que necesita ayuda. En muchas ocasiones la paciente sabe que necesita ayuda, sin embargo su temor a engordar hace que se resista a cualquier tipo de tratamiento.

Para H. Kaplan y B. Sadock (1991), lo más importante en el tratamiento de las anoréxicas, es normalizar a la paciente en el área nutricional, ya que las complicaciones de enflaquecimiento, deshidratación e inanición pueden causar la muerte.

Existen muchos tipos de tratamiento para normalizar a una persona anoréxica, entre las modalidades que frecuentemente recomiendan están:

#### a) Hospitalización

R.E. Muuss (1985) recomienda la hospitalización únicamente para casos muy severos en los cuales hay extrema pérdida de enflaquecimiento, depresión prolongada, ideas suicidas, e incapacidad para afrontar situaciones muy estresantes.

#### b) Psicoterapia

J. Herskowitz y N. P. Rosman (1982) manifiestan que la psicoterapia es un agente muy valioso en el tratamiento de la anorexia. Debe incluir atención al estado físico del paciente, fantasías y temores hacia su imagen corporal y asuntos familiares.

#### c) Psicoterapia familiar

Muuss (1985) recomienda la psicoterapia familiar cuando la paciente tiene 16 años o menos o si ella vive todavía con su núcleo familiar. Frecuentemente la psicoterapia familiar se inicia cuando la paciente está hospitalizada.

G.R. Leon y P. White Phelan (en B.B. Lahey y A.E. Kazdin, 1985) indican que las familias anoréxicas se caracterizan por sobreproteger, por la poca tolerancia a los cambios y permitir que no exista independencia en sus hijos. Estos conflictos según ellos, ocurren durante la adolescencia, así es que la psicoterapia familiar debe ir orientada a la transformación del sistema familiar completo.

#### d) Modificación de conducta

Para G. Schütze (1983) la aplicación del conductismo a la anorexia debe aplicarse junto al empleo de refuerzos positivos en forma de un condicionamiento operante o de distintos refuerzos del tipo de motivaciones sociológicas.

En cuanto a los estudios alemanes se refiere, probablemente haya sido G. Schutze (1983) el primero en referir experiencias terapéuticas en pacientes anoréxicos, inicialmente con el uso de refuerzos positivos.

G.R. León y P. White Phelan (1985) comentan que lo básico en el tratamiento de la anorexia nerviosa desde el punto de vista conductista, ha sido premiar al paciente por cada número específico de libras que el paciente gane.

e) Fármacos

Según (N. Tennenhaus, 1995) los médicos han experimentado con una amplia serie de medicamentos para tratar anorexia, con distintos grados de éxito.

Los médicos algunas veces pueden recetar uno o más de estos medicamentos si ven que el paciente no responde adecuadamente a la psicoterapia.

A continuación se describen los medicamentos con mayores probabilidades de ser usados en el tratamiento de la anorexia.

a) Antidepresivos

b) Carbonato de litio, el cual induce a aumentar de peso y a realzar el estado anímico. Efectos secundarios más comunes: se encuentra la náusea o erupción los cutánea.

c) Carbohidrato de fluoxetina, más conocido como Prozac constituye un tratamiento eficaz y bastante seguro para mitigar la depresión. Pueden producir erupciones cutáneas o debilitación del funcionamiento del hígado y los riñones, los cuales son raros, pero pueden ser graves.

d) La Metoclopramida estimula los movimientos del tracto digestivo y al parecer ayuda a que las anoréxicas aumenten de peso y toleren la comida. Los efectos secundarios de este medicamento incluyen somnolencia, desvanecimiento y agotamiento.

La autora anteriormente mencionada concluye opinando que correctamente utilizados en el contexto de un programa completo, algunos medicamentos pueden ayudar a las pacientes a superar la depresión. Así que, el tratamiento de la anorexia con medicamentos es útil, pero deben ser

recetados por un médico familiarizado no sólo con los medicamentos; sino con su utilización específica en enfermos de anorexia.

Anteriormente se expusieron los diferentes tipos de tratamiento que se le puede dar a una persona anoréxica. Es evidente que es muy difícil llegar a un total acuerdo entre cuál es el mejor tratamiento para las anoréxicas. Algunos expertos están a favor de la intervención psicológica, otros de la nutricional y otros de la fisiológica. Es de esta controversia que nace la idea de formar un "Equipo Multidisciplinario" para que exista más amplitud y flexibilidad en la forma de aplicar el tratamiento.

D.W. Reiff (1991) define a un equipo multidisciplinario como a un grupo formado por profesionales de varias disciplinas cuya función común es la de prevenir, detectar, valorar y supervisar la problemática que se les presenta.

El enfoque multidisciplinario, en ocasiones se relaciona con los pacientes en sesiones de evaluación diagnóstica y valoración de sus actitudes personales. Los principios que sustentan al equipo multidisciplinario son: establecimiento de una sectorización del servicio, normalización del entorno clínico y una visión global de los problemas.

Este mismo autor, opina que como equipo, es necesario que se ajusten a las siguientes fases:

- a) Análisis de casos, mediante la observación directa y entrevista con la paciente y sus padres.
- b) Establecimiento de objetivos a largo y corto plazo.
- c) Orientación y asesoramiento sobre los programas y técnicas de intervención que pueden emplearse en cada caso.
- d) Evaluación de la intervención con respecto a los objetivos y la decisión en caso de continuar con el programa.

Para D.W. Reiff (1991), un equipo multidisciplinario es importante porque la información entre profesionales se distribuye más fácilmente. Los servicios

se integran no se departamentalizan, se refuerza la comunicación, cohesión y colaboración entre el personal o equipo y se mantiene contacto continuo con la familia.

La posición y el rol del equipo en la organización de trabajo descansa en una doble serie de premisas, cualidades personales muy evidentes, optimismo y buen equilibrio.

B. Zas Ross, M. Martin C, N. Rial B y J. Gran A. (1995), están de acuerdo en que la organización del trabajo multidisciplinario requiere, en primer lugar, de la incorporación de los conocimientos científicos más actuales en la práctica asistencial. Esto obliga a buscar formas organizativas flexibles que permitan el autoperfeccionamiento, lo que no se puede lograr sin la comunicación y el intercambio multidisciplinario. Es un requisito indispensable lograr un diagnóstico que integre los determinantes bio-psico-sociales e implementación de intervenciones terapéuticas consecuentes.

Estos mismos autores señalan que la implementación práctica del enfoque multidisciplinario, es un reto a la flexibilidad del pensamiento, a la capacidad de organización y a las habilidades para comunicarse con otros especialistas y con los propios pacientes. Para lograrlo no se depende tanto de la adquisición de tecnología costosa, como de la adecuada capacitación del personal que deberá enfrentarse a esa tarea.

Los profesionales que comúnmente deben involucrarse en un caso de anorexia son lo siguientes:

- Médico

Se encarga más que todo, de hacer un diagnóstico clínico-médico. Este tipo de diagnósticos se hacen, en base a la historia familiar, a exámenes de laboratorio o estudios hormonales.

También se encarga de todo lo referente a la hospitalización del paciente cuando éste lo requiere.

El médico deberá hospitalizar a la paciente si hay deterioros físicos graves o que presentan un riesgo para la vida, si detectan trastornos concurrentes como abuso de drogas, alcohol o miedos inmotivados.

#### - Psicólogo

Se encarga de aspectos psicológicos y se determinan cuándo es necesaria la terapia para el anoréxico y su familia. El psicólogo necesita tener a su lado otros miembros del equipo, ya que en ocasiones necesita confrontar las emociones del paciente y cambios drásticos en su conducta. Cuando existen situaciones críticas, las sesiones deberán ser más frecuentes. Sin embargo, lo más común es mantener semanalmente una sesión. Mucha gente alterna las sesiones psicológicas con las del nutricionista y el médico.

#### - Nutricionista

Ayuda a la persona a adquirir hábitos alimenticios y a enseñar a la joven a mantener su peso normal. Es importante que el nutricionista informe a los demás profesionales del equipo, de cualquier cambio o conducta regresiva que exista en el paciente. Lo ideal es que la persona anoréxica asista al nutricionista una vez por semana, ya que no es tan fácil que la persona haga cambios en sus patrones alimenticios y en el peso.

Según N. Tennenhaus (1995), el objetivo de un nutricionista es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo ella debe estar libre de su temor de que todo lo que coma le hará engordar. Es aquí donde debería empezar la intervención del psicólogo y del psiquiatra.

- Psiquiatra

D.W. Reiff (1991), lo describe como la persona encargada de evaluar a la paciente anoréxica para comprobar si existe algún otro desorden y recetar algún medicamento. Las anoréxicas empiezan con una consulta de chequeo general, para luego tener citas bimensuales. Si la persona experimenta molestias con el medicamento o se presentan cambios emocionales, las sesiones con el psiquiatra aumentarán hasta lograr que la paciente se estabilice.

Dentro de las principales responsabilidades de los psiquiatras están hacer un diagnóstico basado en una evaluación psiquiátrica, recetar el medicamento más apropiado, llevar a un control del medicamento recetado y resolver asuntos relacionados con la terapia y el medicamento.

D.W. Reiff en 1991 manifestó que el trabajo del equipo multidisciplinario le trae muchas ventajas a la paciente con anorexia.

Dentro de ellas, se pueden mencionar:

- La satisfacción y el apoyo que la anoréxica experimenta al saber que hay varias personas trabajando con ella.
- La persona con anorexia se beneficia mucho al estar en manos de varios profesionales especializados en el caso.
- La combinación de hombres y mujeres dentro del grupo de profesionales proporciona una gran oportunidad a la persona con anorexia, ya que se desarrolla una mejor relación para resolver problemas de relaciones interpersonales, autoestima e higiene mental.
- El equipo multidisciplinario involucra a los demás miembros de la familia, quienes ayudan a solucionar determinados conflictos que la anorexia experimenta.

Este mismo autor también explica que existen ciertas desventajas dentro de un equipo multidisciplinario:

- La persona que recibe tratamiento podría estar inconforme con algún miembro del equipo.
- Algunos profesionales pueden tener dificultades en compartir opiniones con los otros miembros del equipo.

P. Barreto (1994), también aporta ciertas ventajas y desventajas respecto a cualquier paciente que esté bajo tratamiento de un equipo multidisciplinario.

Las ventajas más sobresalientes son:

- Aumenta el respeto a su integridad física, psicológica, social y espiritual en la estructura hospitalaria.
- Se ofrece a la paciente un aspecto más amplio de prestaciones.
- Las desventajas que P. Barreto menciona son las siguientes:
- Diferencia de valores y divergencia de percepciones.
- Sentimientos de pérdida de identidad, por el soplamiento de roles.
- Reticencia de adherirse a un proyecto común
- Desacuerdo en la toma de decisiones
- Exigencia de la disponibilidad del tiempo
- Dificultad para regirse a una disciplina común.

Es importante tomar en cuenta que estas dificultades solo deberán ser un reto para maximizar el grado de eficacia de los equipos. Como ya se mencionó anteriormente, el objetivo es común, las necesidades son muchas, ninguna profesión aisladamente puede abordar el problema en su totalidad, la tarea es compleja, pero el mantenimiento de la dignidad de la vida humana merece esfuerzo P. Barreto (1994).

## **B. Conductismo**

Según L. Petersen (1983), la investigación sistemática del condicionamiento fue iniciada por Ivan Pavlov, psicólogo ruso. Al estudiar los procesos digestivos de los perros, observó que estos salivaban cuando oían los pasos de las personas que acostumbraban alimentarlos. Como la saliva fluía

antes que los perros siquiera vieran la comida, Pavlov concluyó que se trataba de un proceso psicológico.

Este mismo autor describe un segundo tipo de condicionamiento, el cual se basa en el principio de que la conducta está influida por sus consecuencias. El condicionamiento instrumental, impone creer que una cierta consecuencia depende de la ejecución de una respuesta. "Cuando un perro alza la pata en presencia de su dueño y éste le tira un poco de comida, el animal ejecutará esta respuesta con mayor frecuencia si se le sigue recompensando cada vez que levanta la pata. (Pág. 31)

Hasta la fecha la figura contemporánea más destacada de esta corriente es B.F Skinner de la Universidad de Harvard, quien descubrió los principios básicos del condicionamiento operante, los sistematizó en libros y artículos y los aplicó a la educación, a los problemas clínicos y a los problemas sociales. A. Musso (1985), en su trabajo de graduación "Reforzamiento de conducta cooperativa en niños de preparatoria: La maestra como agente de cambio afirma que los principios del condicionamiento operante describen la relación entre conducta y los variados eventos conductuales que la influyen. Aunque los antecedentes y las consecuencias pueden alterar la conducta, la mayoría de aplicaciones de los principios de reforzamiento operante, enfatizan las consecuencias que siguen a la conducta.

Por otro lado, R. Ardila (1970), describe al condicionamiento operante como un proceso de ejercer control sobre la conducta de un organismo en determinado ambiente, utilizando la aplicación del refuerzo. J. Fadiman y R. Franger (1979), afirman que esta corriente es el proceso de dar forma y mantener una conducta particular por medio de sus consecuencias. Por esto se toma en cuenta no solo lo que se presenta antes de que haya una respuesta, sino lo que sucede después de ella.

R. Smith, Y. Sarason y B. Sarason (1984), opinan que el enfoque conductista tiene sus orígenes en el empirismo inglés, una escuela de filosofía del siglo XVII.

Estos mismos autores refieren que la gran importancia concedida a la función de la experiencia en el comportamiento, llevó a los conductistas a realizar investigaciones para descubrir las leyes que gobiernan el aprendizaje y el rendimiento, mientras que H. Bee y K. Mitchell (1984), definen el conductismo como el uso de recompensas y castigos para modificar la conducta.

Finalmente, R. Ardila (1970), propone que el condicionamiento operante como método, como técnica y como escuela psicológica, tiene características muy definidas. Hoy el condicionamiento operante, es el enfoque de la psicología que crece con mayor rapidez y sus principios, sus aplicaciones y sus seguidores se multiplican aceleradamente.

### 1. Características

R. Ardila (1970), continúa exponiendo que una de las razones para ello, es que el condicionamiento operante tiene características muy claras y definidas, las cuales se describen a continuación:

#### a. Interés en el control del ambiente

Cuando el sujeto es sometido a una situación experimental, se le coloca en un ambiente a prueba de ruidos, sin variaciones de iluminación, sin estímulos extraños y se trata de controlar toda la situación con el fin de poder variar la conducta del sujeto cambiando el ambiente.

#### b. Control del comportamiento

Cuando el sujeto en situación experimental produce la respuesta deseada, se le refuerza inmediatamente, y esto lleva al sujeto a volver a emitir

la respuesta una y otra vez. Por medio del refuerzo, administrado según estos programas, se controla la conducta del sujeto.

c. Estudio intensivo del sujeto

El comportamiento de cada sujeto, se registra independientemente en forma de registro acumulativo. No se promedian los datos de un grupo de sujetos, porque según los psicólogos operativos, esto llevaría a confundir las variables y a introducir fuentes de error. El grupo de psicólogos consideran que cada sujeto puede dar suficiente información y que el experimentador tiene como propósito controlar la conducta del sujeto.

d. Interés en el comportamiento y sus leyes

Las leyes del aprendizaje se han descubierto a nivel de conducta, no a nivel fisiológico. Lo importante es el comportamiento y la manera de controlar a través del reforzamiento.

M. Bigge y M. Hunt (1970), concuerdan muy bien con R. Ardila (1970) ya que ellos también están de acuerdo en que el interés de los conductistas se encuentra en el análisis de la conducta en sí, en vez de los mecanismos nerviosos que los originan. En ocasiones, podría interesarles las formas en que se enlazan los estímulos y las respuestas, pero ya no tanto la operación real y precisa del mecanismo fisiológico que se cumple entre unos y otros.

## 2. Concepto de Reforzamiento

Con el objeto de lograr lo anteriormente expuesto, se utiliza el reforzamiento, el cual Bluckey y Walker (1980), citado por A. Musso (1985), lo definen como las consecuencias ambientales que promueven la adquisición de conductas y los perpetúan, clasificándose en tres categorías: sociales (eventos sociales que conllevan a sonrisas, elogios o contacto físico) tangibles (adornos,

puntos, dinero, estampas, etc.) e intrínsecos (tener éxito, resolver algún problema, sentido de orgullo en las realizaciones o gratificar el propio adelanto).

En los últimos años se ha notado un interés cada vez mayor en lo que se refiere a la aplicación de programas basados en el reforzamiento, logrando con ellos una mejoría en la conducta a modificar. Es por esto que L. Peterson (1983), opina que la manera más rápida de incrementar la frecuencia o intensidad de una respuesta, consiste en reforzarla cada vez que se da. Es decir que la respuesta se refuerza en forma continua. Sin embargo, una vez que haya alcanzado un nivel aceptable, es necesario cambiar a otro programa de refuerzo, para que ésta se conserve. En base a lo anterior describe cuatro programas principales de reforzamiento, los cuales se mencionan a continuación:

a) Refuerzo de razón fija

Se refuerza un comportamiento en cada cierto número de respuestas.

b) Refuerzo de razón variable

Se utiliza para mantener el nivel de respuestas al reforzamiento, siempre y cuando se haya logrado el nivel adecuado de conducta mediante el programa de razón fija.

c) Refuerzo de intervalo fijo

Cuando se refuerza la primera respuesta, después de un determinado intervalo de tiempo, lo cual da como resultado una aceleración de las respuestas. En otras palabras, se refuerza el tiempo en que se produce la respuesta, no el número de éstas.

d) Refuerzo de intervalo variable

Se refuerza al azar, con tiempos variables, pero en relación a un cierto promedio. Según R. Ardila (1970), se acostumbra designar estos programas por la longitud promedio de los intervalos usados. En un programa de esta naturaleza, los reforzamientos también son imposibles de predecir, pero en este

caso es la relación de respuestas la que cambia de manera irregular. Finalmente, opina que este programa es el mejor, ya que da más resistencia a la extinción.

M.E. de Farrington (1986), menciona en su trabajo de graduación: "Los padres como agentes de cambio:" Efectos de un programa basado en reforzamiento social y economía de puntos sobre el rendimiento académico de niños de primaria, que los programas basados en las teorías conductuales de reforzamiento pueden ser aplicados en una gran variedad de situaciones y se ha demostrado que son fáciles de enseñar. También opina que son métodos efectivos para modificar la conducta y que una gran ventaja que tienen es que los mismos pueden ser implementados por personas no profesionales en el campo de la psicología.

### 3. El Castigo

G. Blackman y A. Siberman (1973), refiere que todos los métodos empleados para controlar la conducta, el castigo es el que probablemente se ha utilizado con mayor frecuencia, el cual define como "la supresión de privilegios" (pág 69). Del mismo modo opina que el castigo sirve para advertir que no se debe realizar un comportamiento inapropiado, pero no indica al alumno cuáles son las conductas apropiadas en determinada situación.

Finalmente, R. Craig, W. Mehrens y H. Clarizio (1979), mencionan ciertos delineamientos para un empleo más efectivo del castigo, los cuales se describen a continuación:

- a. El castigo se ha de emplear para corregir. Está ideado para ayudar al sujeto a que mejore y no es un desquite por las malas acciones.

- b. La idea es que se experimente el resultado desagradable, pero natural o lógico de sus propias acciones. Si se aplica así, podemos reducir o evitar los peligros que comportan que un ser humano imponga su castigo a otro.
- c. El agente castigador debe evitar los gritos y los regaños, ya que éstos fuerza el comportamiento inaceptable y podría indicar que la actitud es de venganza.
- d. Una vez se está de acuerdo respecto de alguna norma, al faltar a ésta deben experimentarse las consecuencias desagradables de su mala conducta. No debe haber escapatoria de las consecuencias desagradables de su mala conducta.
- e. Estar seguro de que al aplicar el castigo, éste no se asocia con algún reforzamiento. Por ejemplo, si el apartar a la persona del grupo sirve como refuerzo, entonces no será efectiva para modificar el comportamiento.

#### 4. La ética del conocimiento operante

El principal objetivo es proporcionar un máximo beneficio al paciente y a la sociedad. Podrá notarse que los problemas éticos del condicionamiento operante parecen ser más agudos que los de otras terapias, ya que en la mayoría de veces el uso de éste modifica mucho más eficazmente que las terapias tradicionales.

Debe tratar de usarse el condicionamiento operante sólo después de haber seguido un tratamiento minucioso y extenso con los principios y la práctica del conductismo.

Se debe insistir en que los que planean y ponen en práctica los programas, tengan una formación completa en el estudio y análisis experimental de la conducta. La ética del condicionamiento operante no es diferente de la

ética de cualquier otro procedimiento del que se pueda abusar. El problema ético primario debe ser siempre el bienestar del paciente. R. Ulrich y otros (1974).

### III. PROPUESTA: LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS: REVISION DE PROBLEMA ACTUAL Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

En general la anorexia nerviosa es uno de los desórdenes alimenticios que más afectan a las mujeres adolescentes. Ocurre generalmente entre las edades de 14 a 18 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. El 90% de los pacientes con anorexia, son mujeres y sólo el 10% de personas con trastornos de comer son hombres. Por esta razón, en los documentos sobre el tema hacen referencia al sexo femenino.

Se ha encontrado que no hay una causa única que provoca los trastornos alimenticios. Algunos factores, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes emocionales y los trastornos de la personalidad, son las causas más frecuentes de la anorexia. Es importante mencionar que las presiones sociales sin duda desempeñan una función principal en el desencadenamiento de la anorexia. Las campañas publicitarias propagan programas para la reducción de peso, mientras que otros venden golosinas y comidas altas en grasa. Del mismo modo, la ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas.

Por otro lado, se sabe que la pérdida de peso, se debe básicamente a las dietas excesivas acompañadas de una imagen corporal distorsionada. A menudo se exceden en hacer ejercicios, los pacientes pueden experimentar pérdida de cabello, la piel puede estar seca y cubierta con pelo fino y su pensamiento puede estar confundido.

Desafortunadamente, tratar estas dificultades es bastante difícil, ya que el paciente cree firmemente que todo es normal, aún peor, la familia misma puede negar el problema y ser obstructiva o manipuladora. Es muy importante que la paciente esté informada acerca de las potencias graves de estas enfermedades y la importancia de recibir ayuda inmediata.

Finalmente, es importante mencionar que en estos momentos ningún programa de tratamiento para anorexia nerviosa es completamente eficaz. En un estudio se encontró que cerca de la mitad eran de peso normal y socialmente integradas después de cinco años de tratamiento.

A continuación se propone un programa de tratamiento para trabajar con adolescentes que presentan el trastorno. El programa se basa específicamente en la corriente conductista, en donde la paciente aprende cómo reconocer todo pensamiento negativo y trabajar actitudes falsas hacia la imagen corporal. Debe notarse que en el programa también se da orientación diferente a la conductista, ya que existen estudios sobre que este método no es muy eficaz cuando se emplea sólo, pues se concentra sólo en cambiar los hábitos dietéticos.

#### A. Objetivos de la propuesta

##### Objetivo General

Que la paciente reconozca que está afrontando un problema de anorexia nerviosa y que a través del programa modifique tanto sus hábitos alimenticios como su imagen corporal.

##### Objetivos Específicos

- a. Que el psicólogo verifique constantemente con el médico nutricionista que la paciente esté cumpliendo con el menú de la dieta establecida, para que de esta forma vaya aumentando de peso o al menos lo mantenga.
- b. Enseñar a la paciente a comer normalmente y a disfrutar de una relación más relajada con la comida.
- c. Que la paciente cambie a lo largo del programa los pensamientos destructivos en relación con el peso y la comida.
- d. Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representen una amenaza para la salud.

## B. A quien va dirigido

Este programa va dirigido a psicólogos profesionales que, de una u otra forma tienen que enfrentarse con muchachas que están pasando por alguna etapa de desorden alimenticio, que en este caso es la Anorexia Nerviosa y se ven necesitados de una herramienta que les facilite sacar adelante dicho caso.

## C. Lugar apropiado para el tratamiento

Este programa deberá llevarse a cabo en la clínica del profesional y en la casa del paciente, aunque las bases más importantes se trabajan conjuntamente con el psicólogo. Se sugiere que para mayor reforzamiento se dejen algunas tareas para la casa.

## D. Recursos necesarios para el programa

Se deberá contar con el siguiente material antes de iniciar el programa de modificación conductual:

### 1. Material para la evaluación

#### a) Cuestionario de Anorexia y Bulimia

Es un cuestionario que ha sido traducido libremente del inglés al español para evaluar tanto a pacientes anoréxicas, como pacientes bulímicas. Tiene como objetivo conocer las actitudes de alguien hacia el peso y la figura. Este instrumento consiste de 22 preguntas destinadas a medir la presencia de patrones trastornados de la ingesta y a ayudar a determinar si la paciente sufre de algún trastorno alimenticio.

Es importante comprender que, en sí mismo, este cuestionario no se puede usar para diagnosticar trastornos de la ingesta, pero sí puede indicar quién es más propensa a tener un desorden alimenticio.

#### b) Cuestionario de autoestima

Para evaluar la autoestima de los sujetos se utilizará el Five Scale Test of Self Steem for Children, elaborado por Pope y Colaboradores en 1988, traducido y adaptado por Guido Aguilar y Hade D. de Eduardo en 1990. El cuestionario evalúa cinco áreas de autoestima, pero en este caso se utilizarán únicamente tres: imagen corporal, familiar y social, ya que son las tres áreas que más se adecuan la problemática.

c) Para llevar a cabo la evaluación de Técnicas Proyectivas (Figura Humana y Familia) se usarán únicamente hojas bond en blanco tamaño carta y un lápiz Mongol No.2.

## 2. Hoja de registro para control de la alimentación

Tiene como fin reconocer algunas de las actitudes alimenticias que la paciente presenta. En esta se incluyen: hora en que come, lugar en el que come, posición física en la que come, con quién come frecuentemente, actividad asociada con la alimentación, estado emocional al comer, tipo y cantidad de alimentación.

Esta hoja de registro, deberá ser entregada a la paciente durante la etapa de entrevista y de este modo poder llevar un control de la forma y condición en que suele alimentarse.. (Ver Anexo 1).

### 3. Listado de reforzadores

Se le dará a la paciente una hoja con una lista de reforzadores sugeridos y se le pedirá que ella misma aporte sus ideas de las cosas que más le atraen o quisiera recibir como recompensa. (Ver anexo 2)

### 4. Dieta alimenticia

Unicamente se da a conocer un ejemplo de la dieta, la cual podría usarse en un caso de anorexia que no ha llegado a ser profundo. Cuando el caso ya es demasiado grave se empezará con nutrición parental para ir estabilizando a la paciente de una forma más adecuada.

Se establece un menú con el objetivo de que la paciente pierda el miedo de que todo lo que coma la hará engordar y de esta forma recuperará poco a poco el peso que ha perdido.

Se da cierta cantidad de alimentos para que se puedan ir sustituyendo en la dieta ya establecida, dependiendo de lo que la joven quiera comer. (Ver anexo 3)

### 5. Registro de Fichas

Este registro, consiste en ir acumulando los puntos necesarios para poder dar el refuerzo al paciente. Cada vez que la joven cumpla con el menú, un miembro de la familia dará una ficha y al juntar semanalmente la cantidad de fichas indicadas se le dará el premio, el cual servirá como refuerzo positivo.

### 6. Contrato

El contrato tendrá ciertos datos, los cuales deberán ser llenados con la joven para que ella se comprometa a cumplir con los requisitos del programa al cual está sometida (Ver anexo 4).

## 7. Hoja de análisis de decisiones

Servirá para elaborar el ejercicio de la segunda etapa. Tiene como objetivo organizar pensamientos y calificar sentimientos que los pacientes tienen acerca de sus hábitos alimenticios. (Ver anexo 5)

## 8. Récord de pensamientos disfuncionales

Tiene como objetivo ayudar a la paciente a enfocar las situaciones y experiencias del problema. La hoja de Récord de Pensamientos tiene cinco columnas, en las cuales se anotarán situaciones, emociones, pensamientos, metas y las opciones posibles para mejorar el problema. (Ver anexo 6)

## E. Forma en que se llevará a cabo

Este programa se trabajará en base a cinco etapas o fases, las cuales se han denominado como etapa de entrevista, etapa de autodescubrimiento, etapa de modificación de conducta, etapa de integración y etapa de seguimiento. A lo largo del programa, se podrán intercalar las etapas o trabajar paralelamente unas con otras, dependiendo de las necesidades de la paciente.

En términos generales, se trabajará en sesiones de 45 minutos, dos o tres veces por semana.

### 1. Etapa de entrevista inicial

#### - Objetivo

Conocer por medio de la evaluación cómo está la condición física y emocional de la paciente.

#### - Descripción

En esta etapa se llevará a cabo una entrevista con la paciente, se evaluará su área emocional se revisarán aspectos generales que ayudarán a facilitar el curso del programa.

La primera etapa de este programa se refiere a la entrevista inicial. En esta entrevista se tratarán aspectos del estilo de vida del paciente, su peso actual, historial de dieta, fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso y la figura. No solo es importante profundizar en estos aspectos, sino también debe investigarse la asistencia a clases, la relación con la familia, los amigos y los intereses, pues todos estos aspectos dan información sobre el grado de independencia y la medida de su aislamiento. Desde luego que el psicólogo deberá tener mucho interés en averiguar los intentos pasados y presentes de estar a dieta, estados de ánimo durante las comidas, patrones de la ingesta y sentimientos acerca de tener el peso y la figura "correctas".

Antes de empezar a trabajar con la paciente, se conocerá su estado físico, lo cual se podrá hacer por medio de la evaluación que haya hecho el nutricionista. Si la paciente aún no ha sido evaluada a nivel físico, el psicólogo deberá recomendarlo. Es de vital importancia que ambos profesionales estén siempre en contacto, para que el psicólogo lleve un control de las fluctuaciones de peso que la paciente tenga.

Luego de abordar los aspectos anteriormente mencionados, se procederá a evaluar a la joven.

Dentro de lo que corresponde a la etapa de la "Entrevista Inicial", se evaluará a la paciente en las siguientes áreas:

#### - Cuestionario de anorexia y bulimia

Fue tomado del "Eating Disorders Nutrition Therapy in the Recovery process", el cual está traducido literalmente del inglés al español. Dicho

instrumento consta de 22 preguntas y tiene como propósito indicar las tendencias que existen hacia la bulimia y la anorexia nerviosas. Fue diseñado para averiguar conductas que se presentan comúnmente en personas con este problema.

- Revisión de la evaluación física

El psicólogo deberá estar constantemente comunicándose con el nutricionista, para ir llevando el control de peso de la paciente, ya que de esto dependerá el tipo de reforzamiento que se le de a la joven.

Uno de los principales objetivos de la evaluación física, es que el psicólogo se entere de cómo está el paciente en cuanto a peso, para que exista un punto de partida. El psicólogo no deberá intervenir mucho en el trabajo profesional del nutricionista (pesar a la paciente, medirla, controlar dietas, etc.), pero sí debe mantenerse comunicando con él para ir controlando los avances de programa.

- Evaluación de tipo Emocional

Se pasará el test de la Figura Humana para saber la forma en que la paciente se percibe a sí misma y para tener un indicador de la autoestima de la joven. Del mismo modo, será interesante aplicar también, el test de la Familia, pues esto proyectará de una u otra forma la dinámica familiar de la paciente.

Para evaluar la autoestima de los sujetos se utilizará el Five Scale Test of Self - Steem for Children elaborado por Pope y Colaboradores, en 1988, traducido y adaptado por Guido Aguilar y Hade D. de Eduardo en 1990. El cuestionario evalúa cinco áreas de autoestima, pero en este caso se utilizarán únicamente tres: imagen corporal, familiar y social, ya que son las tres áreas que más se adecuan a la problemática. Para calificar la prueba, se darán dos puntos si contesta que "casi siempre" se siente de esta manera. La sumatoria

de las tres áreas constituye la autoestima total del sujeto. El punteo será directamente proporcional al grado de autoestima, es decir que a mayor puntaje, mayor nivel de autoestima.

Con esto se dará fin a la Etapa de Entrevista. Por ser la primera relación psicólogo-paciente habrá de dejarse las puertas abiertas para las próximas visitas.

## 2. Etapa de autodescubrimiento

### - Objetivo

Que la paciente descubra por medio los ejercicios establecidos, las actitudes negativas que tiene hacia la comida y a la imagen corporal.

### - Descripción

En general se trabajarán las actitudes negativas que la paciente presente, utilizando para esto las actividades que abarcan el área de autoestima, ya que éste es el punto clave para modificar actitudes.

Después de haber entablado una relación amistosa con la paciente y de haber entendido los problemas por los que está pasando, deberá iniciarse con la "Segunda Etapa".

En esta fase, se iniciará con una pequeña discusión de los beneficios que le traerán el estar sometida a un programa como éste y se le explicará a grandes rasgos en lo que va a consistir el tratamiento. A lo largo de la etapa se confrontarán los valores, intereses, preocupaciones, autoestima y alimentación.

También se deberá enfatizar en las pacientes, que este tipo de programas es un tratamiento que requiere que tanto paciente como terapeuta estén siempre en contacto.

Debe seguirse trabajando con la historia de la paciente y cómo fue que se inicio su desorden alimenticio y cómo ha sido desde su inicio. Basándose en la descripción de la paciente es importante abordar las formas en que el

problema ha ido surgiendo, cómo lo ha tomado su familia y cómo están las relaciones interpersonales. En esta fase el psicólogo explicará que uno de los principales objetivos del tratamiento es trabajar juntos para clarificar las situaciones que hacen que el desorden se mantenga y empezar a pensar algo que le ayude a la paciente a adaptarse y a encontrar soluciones fáciles al problema.

El psicólogo enfatizará primordialmente los aspectos que mantienen vivo el desorden alimenticio. Cuando la paciente tenga bien identificados los pensamientos y patrones de conducta más relevantes de su problema, el psicólogo la ayudará a que enfrente los sentimientos relacionados con el peso y la forma, a generar patrones saludables de alimentación y a desarrollar destrezas para tratar con pensamientos problemáticos.

Lo más importante es trabajar el origen de las actitudes negativas, lo cual se puede hacer de la siguiente manera:

- Deben examinarse los mensajes que la familia y amigos le han mandado a la joven. Ella logrará de esta forma reconocer que la sociedad está obsesionada con las figuras esbeltas y que reciben negativamente la gordura y la obesidad, ya sea porque es poco estético o poco saludable. Entendiendo las bases de su autopercepción negativa, podrá romper con este estereotipo.
- Para que le sea más fácil a la paciente clarificar todas las actitudes negativas se trabajará con la Hoja de Análisis de Decisiones, en la cual se deberá desarrollar varios tipos de decisiones y de esta forma abarcar más áreas de su pensamiento.

A continuación se dan como ejemplo algunas ideas alternas que podrían trabajarse con la paciente:

- Si yo
  - Como con el resto de mi familia
  - Me relaciono con las personas más cercanas a mí
  - Llevo un ritmo moderado de ejercicios
  
- Si continúo
  - Comiendo aisladamente
  - Alejándome de las personas más cercanas a mí
  - Excediéndome en la actividad física

Como se ha analizado en la Fundamentación Teórica, la baja autoestima es una característica común de los diferentes trastornos de la ingesta. La preocupación por el peso, el miedo a engordar y el conceder una importancia excesiva al aspecto físico. Uno de los objetivos de un buen programa para este tipo de trastorno es conseguir que la paciente aprecie su propia valía interna, desde luego no guarda relación con su aspecto o la manera en que come. Por esta razón es muy importante que en las primeras etapas se empiece a trabajar y a reforzar la autoestima, instruyendo a la paciente en lo que respecta a su apariencia física y psicológica.

Los ejercicios básicos que se deberán realizar con estas jóvenes serán los siguientes:

- Relajación del cuerpo y la mente

Incluye la relajación progresiva de los músculos, respiraciones y ejercicios físicos simples. Durante esta relajación se puede utilizar una música suave en fondo. Todas estas técnicas de relajación se trabajan para ir manejando el descontento de la imagen.

La paciente, conjuntamente con el psicólogo, elaborarán dos listas. La primera incluirá todo aquello con lo que la paciente esté descontenta, en forma

general; la segunda, lo que se refiere específicamente a situaciones o eventos que implican desagrado por la imagen corporal. La técnica del espejo, se usará tanto en la clínica, como en la casa. En la clínica, la paciente se pondrá frente a un espejo donde pueda verse de cuerpo entero y se autodescribirá. El psicólogo irá anotando la descripción que la paciente haga de sí misma y luego lo discutirán. En casa se trabajará de la misma forma. Lo único que cambiará será que la paciente realizará la técnica sin ropa y ella misma anotará cómo se observó durante la actividad, cómo se sintió y cuál fue su experiencia en general. Todo esto lo discutirán con el psicólogo en su próxima sesión.

Se podrá trabajar también la “Técnica de Necesidades”, la cual consiste en darle a la joven una lista de necesidades que a continuación se detallan.

Necesidad de:

Relacionarse con otras personas

Pertenecer y sentirse parte del grupo

Ser diferente y único entre otros

Cuidar y ayudar a otras personas

Poder en nuestras vidas y relaciones interpersonales

Para completar la actividad se le dará a la joven una revista para que busque una fotografía que ilustre una de las necesidades de las que aparecen en la lista anterior. Se le explicará que la lámina debe ser tan clara que de a entender la necesidad que quiere dar a entender.

Cuando la paciente haya terminado de trabajar se discutirá la necesidad que ilustró y se concluye diciendo que la identificación de las necesidades es una parte importante para conocerse a uno mismo.

### 3. Etapa de modificación de conducta

#### - Objetivo

Que al utilizar el método conductista la paciente modifique poco a poco el rechazo que tiene ante la comida y el temor que tiene a subir de peso.

#### - Descripción

Se utilizarán los fundamentos de la corriente conductista para lograr cambios en la conducta de la paciente y de esta forma lograr que disminuya el rechazo hacia la comida.

##### a. Línea base

Se tomará como línea base el peso con el que la paciente llega a la clínica, comparado con su estatura.

##### b. Conducta objetivo

Que la paciente disminuya el rechazo a la comida.

##### c. Establecimiento del contrato

Con el objeto de establecer un acuerdo entre paciente-psicólogo de la forma en que se trabajará durante el programa, se utilizará un contrato de contingencia el cual se detalla en el anexo.

##### d. Selección de la dieta

Después de que el médico nutricionista haya evaluado el estado físico de la paciente es necesario que elabore la dieta que ella empezará a consumir. El objetivo de la dieta es lograr la rehabilitación nutricional de la joven y tratar de establecer los patrones básicos de alimentación.

Los nutricionistas generalmente sugieren una dieta como la que se muestra en el anexo 3.

No será necesario que el psicólogo se vuelva un experto en nutrición, pero sí será de mucha utilidad que conozca fundamentos de nutrición, ya que

tendrá que estar en contacto con el médico nutricionista y manejando ciertos términos relacionados con esta disciplina.

e) Identificación de reforzadores

Con el objetivo de que los reforzadores sean efectivos, se le dará a la paciente una lista de reforzadores sugeridos y se le pedirá que ella misma aporte sus ideas de las cosas que más le atraen o quisiera recibir como recompensa.

Esta hoja de reforzadores, deberá llevar el nombre de la paciente y la fecha en la que fue llenada por ella, (Anexo 2).

f) Establecimiento del sistema de fichas

En esta etapa será muy valiosa la colaboración de la familia, pues ellos se encargarán de llevar el registro de sistema de fichas.

Este sistema funcionará de la siguiente forma:

- Por cada tiempo de comida que la paciente se alimente con el menú correspondiente a la dieta establecida por la nutricionista, ella recibirá una ficha.
- Durante la primera semana, la paciente deberá juntar mínimo 5 fichas, es decir 1 ficha al día.
- Al llegar a la segunda semana deberá tratarse de que la paciente gane al menos 2 fichas al día, es decir, por lo menos 10 fichas a la semana.
- A partir de la tercera semana, la paciente deberá estar ganándose las 3 fichas diarias al cumplir con la dieta establecida durante los tres tiempos de comida.
- Al final de la semana, la joven podrá cambiar sus fichas por el premio correspondiente, siempre y cuando tenga el número de fichas de la semana de trabajo.

- Del mismo modo que se ofrecen recompensas al comer, se deberá usar el castigo (negación de los privilegios) cuando la paciente no quiera comer. Es importante que el castigo sea lo suficientemente fuerte para promover el cumplimiento de la dieta.
- Cuando la conducta deseada ya esté instalada, se seguirá reforzando a la joven en forma imprevista, para que de esta forma se utilice el reforzamiento de razón variable, lo cual se hace atendiendo a lo que J. Walker y T. Shea (1987) opinan: el refuerzo es más efectivo cuando el individuo cuya conducta se está modificando no está consciente de cuándo ocurrirá el reforzamiento. No obstante sabe que será recompensado por realizar determinada conducta. Por otro lado, es importante que los padres de familia informen al psicólogo de cómo va progresando la economía de fichas, las reacciones de la joven ante los reforzadores, si se han observado cambios y si éstos han sido positivos o negativos. También se sugiere que se refuerce socialmente, utilizando frases como: Qué bien lo has hecho, eso es, sigue así, vas progresando, etc.

#### 4. Etapa de Integración

- Objetivo

Que la paciente se integre poco a poco a las personas que conviven con ella, tanto en el hogar como fuera de éste.

- Descripción

En esta etapa deberá discutirse conjuntamente con la paciente la importancia que tiene para todos los individuos el relacionarse con las demás personas y sobre todo con la familia, ya que diariamente tiene que convivir con ellos. También se da una serie de sugerencias para tratar con adolescentes que están atravesando por este problema.

Para lograr lo anteriormente descrito se sugieren trabajar en las siguientes áreas:

- Comparar características y habilidades de otras personas e identificar sus fortalezas
- Comparar su tipo de personalidad con la de los miembros de la familia y amistades e identificar sus rasgos en particular.
- Discutir sus responsabilidades como miembro de una sociedad activa
- Proveer ejemplos de cómo sus decisiones pasadas han afectado la relación con su familia y sus compañeros de estudio.
- Analizar la importancia de una buena relación familiar y cómo están formados como grupo.
- Analizar cómo la resolución de problemas y conflictos internos ayudan a desarrollar destrezas de relaciones interpersonales.
- Valorar las cualidades positivas de las personas que conviven con el paciente, lo cual incluye a la familia, compañeros de estudios y amigos.
- Analizar con la paciente cómo controla y dirige sus sentimientos
- Describir situaciones del hogar y del colegio y analizar cómo afecta su conducta a las personas que están frecuentemente con ella
- Describir situaciones en las cuales la paciente necesita tener más control en sus actos
- Especificar las características y habilidades que la paciente aprecia de sí misma y de las demás personas
- Ayudar a la paciente a que valore la importancia de mantener buenas relaciones interpersonales a lo largo de su vida.

Además de esto, se pueden usar procedimientos generales de resolución de problemas, lo que permite ayudar a la paciente a obtener los detalles de los problemas a los que se enfrenta al estar sometida al programa. Para lograr esto se trabajará con el récord de pensamientos disfuncionales. Para llevar a cabo

este registro se le explicará a la joven que poco a poco debe ir enlazando sus pensamientos, emociones y conductas para determinar cómo afectan éstos.

Para este ejercicio se requiere que la paciente se centre en una experiencia única. Al identificar esta experiencia la paciente expresa los sentimientos y pensamientos que ésta le provoca, luego deberá formular las posibles soluciones a la experiencia negativa y por último anotar los resultados que desea obtener.

En muchos casos la paciente necesita seguir trabajando con el Récord de Pensamientos Disfuncionales, enfatizando más que todo en las metas que se quieren alcanzar hasta que se logre el cambio en la conducta.

Por otro lado, una de las partes más importantes que se deberán trabajar en esta etapa, es todo aquello que se relaciona con los pensamientos y las emociones. Esta modificación, se inicia conectando las emociones a los pensamientos y trabajando con las experiencias más relevantes.

- El psicólogo debe mostrar preocupación por la paciente, pero de una forma serena y comprensible.
- Siempre existirá resistencia por parte de la paciente, por tal razón el profesional deberá tener mucha paciencia. Existe la posibilidad de que ella anteriormente reciba con agrado su preocupación, y recuerde que la mayor parte de las jóvenes con trastornos alimenticios se sienten atemorizadas. Las enfermas de anorexia nerviosa, por lo general aseguran encontrarse en perfecto estado de salud. Manténgase firme si la paciente se enoja o niega su problema.
- Hay que dejar bien claro que el psicólogo interviene porque le preocupa su salud y su vida y no porque piense que ella es una mala chica.
- Es necesario que se le haga responsable de su conducta. Si le faltan energías para ir a clases por la mañana, ella sigue siendo responsable de mantener sus calificaciones. Nadie puede obligar a comenzar una terapia a una persona que no lo desea, pero sí es posible confrontarla con las consecuencias

de sus acciones. Además, si se establecen ciertas reglas básicas, le será más fácil restablecer un poco de orden y estabilidad en su propia vida.

#### 5. Etapa de seguimiento

##### - Objetivo

Proporcionar a la paciente, material de apoyo para que refuerce en su hogar los aspectos trabajados con el profesional.

##### - Descripción

Es importante que la paciente refuerce en su hogar algunos aspectos que ha venido trabajando con el psicólogo. Por lo tanto, se sugiere a continuación una serie de tareas que pueden dejarse para que la joven realice fuera de las sesiones:

- Elaborar una historia acerca de su peso y cómo ha influido en su organismo la dieta que está llevando.
- Elaborar una lista de las actividades que ha dejado de hacer a causa de tener actitudes negativas acerca de la alimentación e imagen corporal.
- Escribir todos los aspectos negativos de su cuerpo y cómo le ayudará el estar trabajando en un programa de Modificación Conductual.
- Que busque en diferentes revistas las fotografías de modelos femeninas, para hacerle ver que estar delgada no significa dejar de alimentarse.
- Revisar las dietas y otros métodos de control de peso y en base a esto sacar una lista de aspectos negativos y positivos de lo encontrado.

## IV. BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, de J. Manual de psiquiatría infantil. Barcelona, 1977 España, Editorial Toray-Masson, S.A.
- Ardila, Ruben. Psicología del aprendizaje. México, D.F., Editorial siglo veintiuno Editorss S.A. 1973
- Barreto, P. Cuidados pallativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinario. Revista de Psicología General y Aplicada, 47(2), 204-205. 1994
- Barrios J.M. Anorexia en Guatemala. Tesis Guatemala, Facultad de Medicina, Universidad Francisco Marroquín. 1988
- Bee, H. y Mitchel, S, El Desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. Segunda Edición México, D.F. Editorial Harla 1984
- Binge, M. y Hubt P. Bases psicológicas de la educación. México: 1970 Trillas.
- Blackman, G. y Silberman, A. Como modificar la conducta infantil. 1993 Argentina: Kapelusk
- Bliss, E.L., Anorexia nervosa (Anorexia nerviosa). En A.M. Freedom, H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (Vol.2). Baltimore Maryland: The Williams & Wilkins Company. 1976
- Cash, T. Cognitive - behavioral therapy : a practical guide. En J.K. Thompson (ed.), Body image, eating disorders and obesity. Washington: American Psychiatric Association. 1996
- Cohen, J. Conducta y condicionamiento operantes. México, D.F.: 1973 Trillas.
- Craig, R. y otros. Psicología educativa contemporánea. Concepto, temática y aplicaciones. México: Limusa. 1979
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3er. Ed.), 1980 American Psychiatryc Asociation. Washington, DC: Author

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3er. Ed.),  
1987 American Psychiatric Association. Washington, DC:  
Author
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3er. Ed.),  
1994 American Psychiatric Association. Washington, DC:  
Author
- Fadiman, J. y Frager, R. Teorías de la personalidad. México, D.F.  
1979 Editorial Harla
- Farrington, M.E. (de). Los padres como agentes de cambio: efectos  
de un programa basado en reforzamiento social y  
economía de puntos sobre el rendimiento académico de  
los niños de primaria. Guatemala, Universidad  
Francisco Marroquín, Facultad de Humanidades,  
Departamento de Psicología.  
1986
- Halmi, K.A. Anorexia nervosa (Anorexia nerviosa). En H. Kaplay B.  
1985 Sadock (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry  
(Vol 2). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Herskowitz. J., Rosman, Rosman, N.P., Pediatrics, neurology and  
psychiatry comun ground. New York: Editoprial  
1982 Collier Macmillan.
- Howells, J. G. Anorexia Nerviosa. En J.K. Uskiakow (Ed),  
1971 Modern perspectives in adolescent psychiatric. New  
York, New York.
- Johnson, B. y otros. Anorexia nerviosa and bulimia: an overview. En  
1984 W.J. Burns y J.V. Lavigne (eds.), Progress in Pediatric  
Psychologic. Orlando, Florida: Grune y Strataon, Inc.
- Johnson, J. H. y otros. Métodos de tratamiento infantil. Introducción  
a la teoría, investigación y práctica. México: Limusa.  
1992
- Kaplan H. y Sadock B., Synopsis of psychiatric. Behavioral Science.  
Clinical psychiatric. Synopsis de psiquiatría. Ciencias  
1991 Conductuales. Psiauitría clínica). Baltimore: Maryland:  
Editorial Williams & Wilkings.

- Leon G.R. y White Phelan, P., Anorexia nervosa (Anorexia nerviosa).  
1985 En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), Advances in clinical child psychology. New York Plenum Press.
- Lemus, P. y Lubin, P. La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y aplicada, 46(4), PP 454-464.  
1993
- Levine, M., y otros., Developmental behavioral pediatrics.  
1983 Estados Unidos: W.B. Saunders Company.
- Lucas, A.R., Eating disorders (Desordenes alimenticios). En M.  
1991 Lewis (Ed). Child and adolescent psychiatric. A comprehensive textbook. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Musso, A. Reforzamiento de conducta cooperativa en niños de preparatoria: la maestra como agente de cambio.  
1985 Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología.
- Muus, R. Adolescent eating disorders: Anorexia Nervosa.  
1985 Adolescence, 20(46), 525-536
- Petersen, L. Aprendizaje. México: Trillas.  
1983
- Pope y otros. Five-Scale Test of Self-Esteem for Children. Traducido  
1988 y adaptado por Guido Aguilar y colaboradores. En H. de Eduardo, Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. Guatemala, Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología.
- Rasic, L. y Muni-Brander P. Eating disorders in a non clinical  
1988 adolescent population: implications for treatment. Adolescence, 23(90), 303-312.
- Reiff, D.W. Eating disorder nutrition therapy in the recovery process.  
1992 Maryland: Editorial Ruth Bloom.
- Rim, D. y J. Masters. Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos  
1987 empiricos. México: Trillas.
- Shaw, Ch. R. Psiquiatría infantil. México, D.F.: Editorial  
1969 Interamericana, S.A.

- Shills M. y Young, V. Modern nutrition in health and disease Estados Unidos de América. Publicaciones Lea y Febiger.  
1994
- Shütze, G. Anorexia Nervosa. México: Editorial Trillas  
1983
- Sour, J.A. The Primary anorexia nervosa syndrome (Síndrome de la anorexia nerviosa primaria). En J.D. Noshpitz (Ed)., Basic handbook of Child psychiatric (Libro básico de Psiquiatría infantil). Vol.2 New York: Basic Books, Inc  
1979
- Tannenhaus, N. Anorexia y bulimia. España  
1995 Editorial
- Ulrich R. y otros. Control de la conducta humana. México: Trillas  
1974
- Walker J. y Shea T. Manejo Conductual. El Manual Moderno.  
1989 Editorial
- Zaas, B. y otros. El tratamiento psicológico del dolor: un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. Revista Latinoamericana de Psicología, (27)1, 10.  
1995

## PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla 1

Reporte del número de pacientes anoréxicos, atendidos por distintas especialidades, en los últimos cinco años de ejercicio profesional.

Profesionales	Si		No		Número de Pacientes con Anorexia					
	No.	%	No.	%	0-1	2	3	4	5	6+
Psiquiatra	12	43%	-		3	1	1	1	1	5
Psicologo	11	39%	1	4%	4	2	2			2
Médico Nutricionista	4	14%	-							4

43% de los Psiquiatras han trabajado con al menos un caso de anorexia. En cuanto a la rama de la psicología, se obtuvo que un 39% de los psicólogos encuestados han trabajado con pacientes anoréxicos y en el área de los médicos nutricionistas se encontró que el 14% de ellos han tratado con este tipo de pacientes. Sin embargo, parece interesante que de los 12 psicólogos encuestados, únicamente 1 de ellos jamás había tenido la oportunidad de trabajar con pacientes que tuvieran algún tipo de desorden alimenticio.

Tabla 2

Reporte de la edad promedio en años de pacientes con anorexia nerviosa.

Profesionales	Edad promedio en años									
	14-19		20-24		25-29		30-34		35 a +	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Psiquiatra	8	40%	4	20%						
Psicólogo	5	25%	1	5%						
Medico Nutricionista	2	10%								

La gran parte de profesionales coincidieron en que los casos de anorexia nerviosa son más frecuentes en las jóvenes que oscilan entre 14 y 19 años, pero también hubo profesionales que incluso han visto casos de anorexia a los 20 o 24 años de edad, lo cual indica una señal de alarma para todas las personas que están entre estas edades y por alguna razón están manifestando señales de trastorno.

Tabla 3

Número de personas, por profesión, que describen una misma característica en casos de anorexia nerviosa (expresando en números y porcentajes).

Características que describen un caso de Anorexia Nerviosa	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- Perfeccionismo	1	8%					1	4%
- Autocastigo	1	8%					1	4%
- Dificultad en Relac. Interper.	1	8%	4	33%	2	50%	7	25%
- Temor a la obesidad	6	50%	4	33%	-	-	10	36%
- Distorsión Imagen Corporal	9	75%	8	29%	2	50%	19	68%
- Pérdida de peso	7	58%	8	29%	-	-	15	54%
- Rechazo a alimentarse	3	25%	8	29%	2	50%	13	46%
- Amenorrea	5	42%	-		-		5	18%
-Resistencia a intentos externos por superar el problema.	1	8%	-		-		1	4%
-Melancolía/Depresión	2	17%	2	17%	-		4	14%
-Rituales elaborados alrededor de la comida.	2	17%	2	17%			4	14%
- Programas fuertes de ejercicios			2	17%	2	50%	4	14%
Baja autoestima	1	8%	2	17%	2	50%	4	14%

Aparentemente, una de las características más fuertes que describen un caso de anorexia es la distorsión de la imagen corporal, esto según el 75% de los psiquiatras encuestados, con lo cual también coincidieron el 50% de los médicos nutricionistas. Mientras que el 50% de los psicólogos, opinaron que un problema de anorexia se caracteriza por el temor de que las jóvenes tienden a la obesidad y los nutricionistas reportaron que un programa fuerte de ejercicios caracteriza un problema de anorexia.

Tabla 4

Sexo más afectado por la Anorexia Nerviosa, (Expresado en números y porcentajes).

SEXO	
Profesionales	Femenino
Psiquiatras	
Psicólogos	Por Unanimidad
Médicos	

Todos los profesionales encuestados estuvieron de acuerdo en que el sexo femenino es el más afectado por la anorexia, lo cual coincide tanto en investigaciones realizadas como en toda la información recopilada para la fundamentación teórica.

Tabla 5

Causas más comunes que se presentan en un caso típico de anorexia nerviosa, (Expresados en números y porcentajes).

Causas	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Etiología Desconocida	2	17%	-	-	-	-	2	7%
Factores sociales	4	33%	4	33%	2	50%	10	36%
Factores Biológicos	4	33%	-	-	-	-	4	14%
Factores Psicológicos	10	83%	8	67%	4	100%	22	79%

Tabla 5a

Desglose de los factores psicológicos involucrados en un caso de Anorexia Nerviosa, descrito por profesión, (expresados en números y porcentajes).

Factores Psicológicos	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Personalidad vulnerable	3	25%	2	17%	-	-	5	18%
Estado depresivo	4	33%	2	17%	-	-	6	21%
Baja autoestima	1	8%	6	50%	-	-	7	25%
Inestabilidad emocional	1	8%	4	33%	2	50%	7	25%
Inmadurez	2	17%	2	17%	-	-	5	18%
Evasión de conflictos	-	-	2	17%	-	-	2	7%
Conflictos por temor a desarrollar una sexualidad inmadura	3	25%	-	-	-	-	3	11%
Inadec. Relac. Madre-Hija	3	25%	2	17%	-	-	5	18%
Problemas interacción familiar	1	8%	-	-	-	-	1	4%
Modelaje inadecuado o errático	-	-	-	-	2	50%	2	7%

El 79% del total de los sujetos encuestados respondieron que las causas más comunes del trastorno alimenticio se debe a factores psicológicos y aquí es curioso notar que en esta misma pregunta el 100% de los nutricionistas concordaron en que estos factores son las causas más significativas para un caso de anorexia, mientras que el 83% de los psiquiatras y el 67% de psicólogos coincidieron en lo mismo. Asimismo, se hizo un desglose de los factores psicológicos que más afectan a la paciente con anorexia y se concluyó en que para el 33% de los psiquiatras el estado depresivo es el más involucrado en estas jóvenes, mientras que el 50% de los psicólogos se lo atribuyeron a una autoestima baja y el 50% de los médicos nutricionistas opinaron que únicamente la inestabilidad emocional y un modelaje inadecuado podría causar problemas de tipo alimenticio.

Tabla 6

Problemas principales a los que se enfrentan los padres del paciente anoréxico y la utilidad de cada profesional en su especialidad

a. PROBLEMAS	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- Falta de centros de atención a este problema	1	8%	-	-	2	50%	3	11%
- Ignorancia	3	25%	-	-	-	-	3	11%
- No comprobar el mensaje inconsciente	1	8%	-	-	-	-	1	4%
-Relación inadecuada padres-hijos	3	25%	6	50%	2	50%	11	39%
-Sentimientos de culpa y/o impotencia	2	17%	-	-	2	50%	4	14%
-Reconocimiento del problema	2	17%	-	-	2	50%	4	14%
<b>b.UTILIDAD</b>								
- Desorientación sobre el manejo de la alimentación y sus implicaciones psicológicas	3	25%	-	-	4	100%	7	25%
-Brindar Psicoterapia al paciente	1	8%	4	33%	2	50%	7	25%
-Realizar exploración de causa efecto	1	8%	2	17%	-	-	3	11%
- Formular terapia para resolución integral	1	8%	-	-	-	-	1	4%
-Brindar psicoterapia familiar	1	8%	6	50%	-	-	7	25%

También se quisieron investigar los principales problemas a los que se enfrentan los padres del paciente anoréxico y se concluyó en que el 39% de la totalidad de sujetos encuestados coincidieron en que la relación inadecuada padres-hijos es el problema más fuerte y debido a esto es que el 50% de los

psicólogos respondieron que pueden ser útiles brindando psicoterapia familiar. No obstante el 25% de los psiquiatras y el 100% de los nutricionistas opinaron que la paciente podría tener más provecho al recibir orientación sobre el manejo de la alimentación y sus implicaciones psicológicas. Sin embargo, al observar los resultados de esta pregunta se puede notar claramente que todos los profesionales estuvieron de acuerdo en que se puede ser útil al brindar psicoterapia familiar e individual y dando orientación sobre el manejo adecuado de los alimentos.

Tabla 7

Tratamiento más apropiado debe utilizarse en pacientes anoréxicos, según profesionales encuestados (expresados en números y porcentajes).

TRATAMIENTO	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- Psicoterapeutico								
a. A nivel familiar	9	75%	6	50%	-	-	15	54%
b. A nivel individual	11	92%	8	67%	4	100	23	82%
- Psicofarmacológico	7	58%	-	-	-	-	7	25%
- Psicosocial	1	8%	-	-	-	-	1	4%
- Médico								
a. Nutricional	3	25%	2	17%	4	100%	9	32%
b. Con hospitalización	2	17%	2	17%	-	-	4	14%
ENFOQUES								
PSICOLOGICOS								
Conductual	2	17%	4	33%	-	-	6	21%
Interpersonal	1	8%	-	-	2	50%	3	11%
Psicodinámico	3	25%	-	-	-	-	3	11%
Cognitivo	2	17%	-	-	-	-	2	7%

Fue interesante analizar que todos los profesionales encuestados (incluyendo el 100% de los nutricionistas), coincidieron en que el tratamiento más apropiado para un caso de anorexia, es a nivel psicoterapeutico, utilizando para ello el enfoque conductual, interpersonal y psicodinámico.

Tabla 8

Recomendaciones a pacientes anoréxicos nerviosos dados de alta, para evitar reincidencias.

RECOMENDACIONES	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Seguimiento del plan terapéutico y/o control regular	4	33%	4	33%	4	100%	12	43%
Psicoterapia de larga duración	7	58%	-	-	-	-	7	25%
Intervención familiar	2	17%	4	33%	-	-	6	21%
Contacto con equipo multidisciplinario	2	17%	-	-	-	-	2	7%
Consultar pronto ante primeros síntomas	3	25%	-	-	-	-	3	11%
Grupos de apoyo	-	-	4	17%	-	-	2	7%
Programación de la actividad física	-	-	-	-	2	50%	2	7%

Las recomendaciones que el 58% de los psiquiatras dan a las pacientes anoréxicas, es que mantengan un tratamiento de psicoterapia por un período de tiempo largo (no señalaron con exactitud cuánto tiempo es el recomendable), el 33% de los psicólogos y el 100% de los médicos nutricionistas recomendaron un seguimiento del planteamiento terapéutico y/o control regular.

Tabla 9

Profesionales que deben integrar un grupo multidisciplinario para tratar pacientes con Anorexia Nerviosa. (Expresada en números y porcentajes).

PROFESIONALES	Psiquiatras		Psicólogos		Médicos		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Psiquiatras	12	100%	6	50%	4	100%	22	79%
Médicos Internistas	11	92%	10	83%	2	50%	23	82%
Pediatra	2	17%	-	-	-	-	2	7%
Nutricionista	4	33%	10	83%	4	100%	18	64%
Psicólogo	11	92%	10	83%	2	50%	23	82%
Trabajador Social	6	50%	-	-	-	-	6	21%
Terapeuta ocupacional	5	42%	2	17%	-	-	7	25%
Enfermera	3	5%	2	17%	-	-	5	18%
Terapeuta Familiar	1	8%	-	-	-	-	1	4%
Gastroenterólogo	1	8%	-	-	-	-	1	4%

Es importante mencionar que para tratar un caso de desorden alimenticio, es necesario recurrir a un grupo de profesionales, para que de esta forma se trate el problema desde diferentes puntos de vista. Por esta razón, se quiso averiguar cuáles son los profesionales que debieran integrar un equipo adecuado en el tratamiento de este desorden y se obtuvo que el 100% de los psiquiatras opinaron que definitivamente un profesional en su rama debe estar involucrado, asimismo el 92% de ellos están de acuerdo en que tanto un psicólogo como un médico internista deben formar parte del equipo. Mientras tanto el 82% de los psicólogos afirmaron que ellos y los nutricionistas son los más indicados para atender un caso como el investigado. Finalmente, el 100% de los médicos nutricionistas opinan que ellos y los psicólogos no deben faltar en el tratamiento de pacientes anoréxicos. Tomando en cuenta el gran total, se concluyó que el 82% de los profesionales le dan mucha importancia al psicólogo y a los médicos nutricionistas y por otro lado creen que los menos involucrados deberían ser los terapeuta familiares y los gastroentérolgos.

Tabla 10

¿Existe en Guatemala algún club, organización o sociedad que se ocupe de la asistencia de personas anoréxicas?

Profesionales			
Psiquiatras	Psicólogos	Médicos Nutricionistas	Centros asistenciales que brindan ayuda a pacientes con anorexia.
			No por unanimidad

Finalmente, el 100% de los profesionales encuestados, manifestaron que no existe en Guatemala ninguna organización, club o sociedad que dé asistencia a pacientes con este tipo de problemas, lo cual afecta en gran parte al avance del tratamiento y recuperación de las jóvenes involucradas.

## ENCUESTA APLICADA A PROFESIONALES

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con el tema de anorexia nerviosa. Se agradece anticipadamente su colaboración al responderlas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tratado a pacientes con anorexia nerviosa? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿Cuántos en los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

2. Mencione la edad promedio, en años, de los pacientes con anorexia nerviosa \_\_\_\_\_

3. De acuerdo a lo que usted conoce sobre el tema, ¿qué características describen un caso de anorexia nerviosa?

---

---

---

---

---

4. ¿Qué sexo es el más afectado por la anorexia nerviosa? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son las causas más comunes de la anorexia nerviosa? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

6. ¿Cuáles son algunos de los problemas a los que se enfrentan los padres de un paciente con anorexia nerviosa y en qué forma puede ser útil un profesional en su ramo?

---

---

---

---

---

7. ¿Qué tratamiento debe utilizarse con un paciente anoréxico nervioso?

---

---

---

---

---

8. ¿Qué recomendaciones daría a un paciente anoréxico nervioso que fue dado de alta y regresa a su hogar, para evitar una reincidencia?

---

---

---

---

---

9. ¿Qué profesionales cree usted que deben integrar un Equipo Multidisciplinario para tratar a un paciente anoréxico nervioso?

---

---

---

---

---

10. ¿Sabe usted si en Guatemala existe alguna asociación, club u organización que se ocupe de la asistencia de personas anoréxicas nerviosas?

Si su respuesta es afirmativa, por favor nombre, teléfono y dirección de la entidad

---

---

---



## ANEXO 2

### LISTA DE REFORZADORES

Nombre de la

paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Esta es una lista de diferentes cosas y actividades. Marca con una "X" las cosas que más te gustan. En el espacio que queda en blanco escribe tus propias ideas de lo que más te gusta hacer.

Oír música

Discos Compactos

Leer

Salir de compras

Mascotas

Objetos para arreglo personal

Ir al cine

Cocinar

Hacer deporte

Ver televisión

Tocar instrumentos musicales

Rompecabezas

Patinar

Coleccionar algún artículo

---

En el espacio que queda en blanco escribe tus propias ideas de lo que más te gusta hacer.

---

Tomado de J.E. Walker (1989)

Adaptado por Mayra Caal (1996)

### ANEXO 3

#### DIETA ALIMENTICIA

##### Desayuno:

½ taza de jugo

1 ½ taza de cereal con leche entera y dos cucharaditas de azúcar

1 huevo cocinado con margarina

1 rodaja de pan blanco con jalea y mantequilla

##### Almuerzo:

2 onzas de carne

½ taza de ensalada y agregarle panitos, tocino, huevo o aderezo

½ taza de frutas con 2 cucharaditas de azúcar

Refresco, café o té

endulzado con 2 ó 3 cucharaditas de azúcar

1 ó 2 rodajas de pan o tortillas

##### Cena:

2 onzas de carne

½ taza de verdura

1 rodaja de pan blanco untado con margarina, jalea o queso

½ taza de fruta con dos cucharaditas de azúcar

Refresco, café o té endulzado con

2 ó 3 cucharaditas de azúcar

El modelo de la dieta anterior puede ir sustituyéndose con algunos alimentos que aparecen a continuación:

Lácteos:

Leche  
Yogurt  
Quesos  
Huevos

Cereales:

Pan Blanco  
Cereales enteros  
Arroz  
Pasta

Frutas:

Manzanas  
Bananos  
Naranjas  
Melón

Condimentos:

Ketchup  
Mayonesa  
Mostaza

Vegetales:

Brócoli  
Coliflor  
Papa  
Apio  
Zanahoria  
Lechuga  
Tomates

Carnes:

Pollo  
Pavo  
Carne de res  
Mariscos

Bebidas:

Milk Shakes  
Refrescos  
Té  
Café

Licuada de frutas

y bebidas sustanciosas (ensure, sustagen, etc.), que también puedan agregarse 2 ó 3 veces al día como refacciones.

---

Dieta elaborada por Licda. Claudia Nieves, específicamente para este trabajo (1996)

ANEXO 4

CONTRATO

FECHA \_\_\_\_\_

ESTE ES UN COTRATO ENTRE \_\_\_\_\_

Y \_\_\_\_\_

LA VIGENCIA DEL CONTRATO SE INICIA EL \_\_\_\_\_

Y TERMINA EL \_\_\_\_\_, EL CONTRATO SE REVISARA

EL \_\_\_\_\_.

SE CONVIENE QUE:

EL NIÑO SE COMPROMETE A \_\_\_\_\_

EL PROFESIONAL SE COMPROMETE A \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA JOVEN

FIRMA DEL PROFESIONAL

Elaborado por Mayra Caal especialmente para este documento, 1996

## ANEXO 5

### HOJA DE ANALISIS DE DECISIONES

Tipo de Decisión	Consecuencias a corto plazo		Consecuencias a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
<b>SI YO</b> Por ejemplo: Gano peso y Cumplo Con la dieta				
<b>SI CONTINUO</b> Por ejemplo Perdiendo Peso y rehusó a comer				

Thomas Cash (1996)

Traducida y adaptada por Mayra Caal (1996)

ANEXO 6

RECORD DE PENSAMIENTOS  
DISFUNCIONALES

SOLUCION DESCRIBIR: Una situación reciente que le cause una emoción desagradable	EMOCION Especificar si la emoción es de tristeza, enojo, ansiedad, etc.	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS Anotar todos los pensamientos que preceden a las emociones. Identificar los pensamientos disfuncionales	RETOS Anotar todos los retos para cambiar esos pensamientos disfuncionales	ALTERNATIVAS PARA CAMBIAR

Thomas Cash (1996)

Adaptado para este trabajo por Mayra Caal