

01962¹⁷



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA"

T E S I S

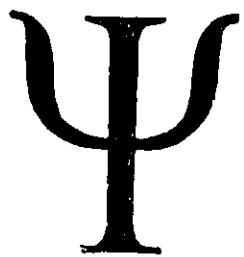
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

MA. DE LOS DOLORES MONTILLA BRAVO

299831

- DIRECTORA DE TESIS: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
COMITE DE TESIS: DR. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO
DR. JORGE CAPPON G.
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la Dra. Isabel Reyes, que gracias a su permanente estímulo y a su leal convicción por la excelencia me dio las armas para concluir con esta meta, un fragmento más del interminable camino en la búsqueda de la verdad.

Al Dr. Benjamín Domínguez por su incondicional interés, su inapreciable apoyo y su afectuosa paciencia.

A la Lic. Alejandra Cruz por haber compartido conmigo de manera tan entusiasta tantas horas de agradable y fructífero trabajo.

A la Lic. Georgina López Tolsa, no solo por la invaluable amistad que nos une, sino por demostrarme una vez más que siempre que necesito de su apoyo y de sus conocimientos cuento con ella.

A la Dra. Teresa Lartigue porque siempre creyó en mí, por sus palabras de aliento que me ayudaban a salir adelante en los momentos difíciles, por todos sus buenos y sensibles consejos.

Al Instituto Nacional de las Ciencias de la Nutrición por su mística que siempre ha sido fuente de inspiración en mi trabajo con los pacientes. Asimismo agradezco todas las facilidades que siempre me dieron para realizar la presente investigación.

A la Lic. Lorena Garza por sus horas de desvelo en el apoyo técnico que me brindó.

A mis hijos Carolina y Sergio Manuel con todo mi amor, por todo el tiempo que tan dulcemente me dieron y que les pertenecía.

A mi esposo Sergio porque sin su comprensión, su cariño y su apoyo constante no hubiera podido darle a este trabajo la dedicación que se merecía.

A mi padre por ser ejemplo en mi vida y por el enorme placer de compartir junto a él uno más de mis logros.

Por ser para mí la amistad un privilegio que tengo la suerte de tener, quiero dedicarle a todas mis amigas y familiares cercanos esta tesis, ya que de ellos siempre recibí palabras de aliento, un permanente estímulo para seguir adelante y todo el apoyo tanto en lo moral como en lo técnico.

A mis pacientes por darme el privilegio de atenderlos y de enseñarme siempre algo nuevo.

“ Y entonces si la cabeza y el cuerpo han de encontrarse bien, debes comenzar por curar el alma; ésta es la primera condición que debe cumplirse. Y la cura, mi querido joven, debe producirse por el uso de ciertos ensalmos, y estos ensalmos son palabras justas; y por ellas la templanza se implanta en el alma, y donde la templanza reina , ahí la salud se esparce rápidamente, no solo a la cabeza, sino a todo el cuerpo.”

Platón (375 A.C.)

“ La muerte en todas sus formas es aborrecible para el hombre, pero la peor de todas es la muerte por hambre”.

Homero

“ La salud es la primera de todas las libertades”

Amiel

“ La libertad estimula el espíritu de los hombre fuertes”

Miguel de Unamuno

“ Nuestras desventuras no provienen de ninguna maldición bíblica, sino de lo irremediamente frágil de nuestra condición humana y de disparates y abusos que las sociedades consienten. La primera fuente de males no admite enmienda, pero la otra ciertamente si”

Fernando Savater.

	<i>TÍTULO</i>	<i>PÁGINAS</i>
RESUMEN		
INTRODUCCIÓN		
CAPITULO I	ANTECEDENTES	
I.1.	Desarrollo Histórico de la Nosología Diagnóstica	1
I.2.	Criterios Diagnósticos	5
I.3.	Alteraciones Fisiológicas en la Anorexia Nervosa	8
I.4.	Aspectos Psicológicos de la Anorexia Nervosa	10
I.5.	Factores de Riesgo	13
I.6.	Características de las Familias de Pacientes con Anorexia Nervosa	16
CAPITULO II	MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL	
II.1.	Modelo Cognitivo	19
II.2.	Manejo Conductual	24
II.3.	Modelo Cognitivo-Conductual	29
CAPÍTULO III	METODOLOGÍA	
III.1.	Justificación y Planteamiento del Problema	37
III.2.	Preguntas de Investigación	40
III.3.	Hipótesis	40
III.4.	Sujetos	40
III.5.	Variables	42
III.6.	Diseño de Investigación	42
III.7.	Instrumentos	44
III.7.A.	Descripción de los Instrumentos	44
III.8.	Escenario	55
III.9.	Procedimiento	56
III.10.	Análisis de Resultados	64
CAPÍTULO IV	RESULTADOS	65
CAPITULO V	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	157
CAPÍTULO VI	RECOMENDACIONES	165
BIBLIOGRAFÍA		166

RESUMEN

En las últimas décadas la anorexia nervosa se ha convertido en un problema de salud creciente cuya diversidad de factores es difícilmente discutible. Países como Estados Unidos de Norteamérica y España registran cifras alarmantes de mujeres que padecen trastornos de la alimentación. El caso de México no es, hoy en día, muy distinto, en los últimos años se ha presentado un aumento en la incidencia del síndrome y de casos subclínicos. Pese a ello, no se cuenta con la información adecuada ni suficiente de las características de esta enfermedad que permita su correcto diagnóstico y su atención oportuna. Unikel (1998) menciona que, en las estadísticas de la Secretaría de Salud sobre mortalidad por anorexia nervosa se contemplan casos que van desde los 15 hasta los 85 años de edad. La amplitud en este rango de edades permite suponer un diagnóstico generalizado en el que se incluyen casos de muerte por anorexia sin distinción de su especificidad, y por lo tanto pone en evidencia lo errático de su diagnóstico, la mala información que existe y la escasa atención que se le ha prestado a estas enfermedades en nuestro país.

En 1982, Garner, Vitousek y Pike (1997) propusieron un modelo de terapia cognitivo-conductual adaptado a las necesidades de las pacientes con anorexia nervosa que consta de 3 etapas: internamiento, manejo externo y consolidación. Así, la presente investigación tuvo como objetivo demostrar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual propuesto por Garner y colaboradores (1982) en pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo y purgativo. Dicho tratamiento fue aplicado a dos pacientes del Instituto Nacional de las Ciencias Médicas de la Nutrición, que participaron en el programa interdisciplinario de trastornos de la alimentación.

En este estudio se llegó a cuatro conclusiones importantes:

- Que el tratamiento cognitivo-conductual adaptado a pacientes con anorexia nervosa de ambos tipos sí funciona.
- Que el tratamiento es más eficaz que las otras modalidades terapéuticas en la fase inicial cuando la enfermedad es más aguda, y además cuando se presentan recaídas o momentos críticos en la evolución.
- Que el apoyo familiar es indispensable para la buena evolución del paciente, siendo los resultados mejores cuando este tratamiento es complementado con
- Psicoterapia psicodinámicamente orientada.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nervosa, es una forma extrema de sufrimiento humano que se debate entre abrirse a la vida o quedarse en el aislado mundo de la dependencia y que provoca azoro y perplejidad por la queja absurda y trivial que tienen estas jóvenes, acerca de lo injusto que es que se les implora comer, aún cuando se encuentren emaciadas. Este asombro llamó la atención de ciertos médicos ya desde fechas tan remotas como 1689, en que aparece el primer reporte médico al respecto por Richard Morton. A partir de entonces, cada 100 años, aparecían en la literatura médica reportes que hacían referencia al padecimiento, atribuyéndose diferentes factores etiológicos según la época. Hoy en día se considera que la anorexia nervosa es una enfermedad biopsicosocial, en la que hay múltiples niveles de organización involucrados, tanto en los factores predisponentes y precipitantes, como en la sintomatología manifiesta y por lo mismo en las intervenciones terapéuticas requeridas.

La anorexia nervosa ha cobrado un interés cada vez mayor, debido a que su presencia en la práctica clínica ha sufrido un aumento notable en los últimos 20 años, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, como es el caso de México. Asimismo, los cuadros subclínicos de la enfermedad cada vez se presentan en mayor número, no sólo en las adolescentes, sino ya a edades tan tempranas como a los 9 años. Además del notable aumento en su incidencia, ya que junto con la bulimia nervosa, es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en la adolescencia, su índice de mortalidad es de un 15% al 20% (Crisp, 1997), lo que la sitúa como la enfermedad psiquiátrica con mayor índice de mortalidad.

Aunque en México la investigación en dicha área aún es incipiente, se han hecho esfuerzos notables en su epidemiología y en la detección de factores de riesgo que favorecen el desarrollo del padecimiento. A nivel clínico, existen pocos reportes escritos, en cuanto al éxito o fracaso de los tratamientos utilizados y sus vicisitudes, por lo que, todavía es importante aumentar los esfuerzos para tener mayor investigación en el área de detección y tratamiento ya que, aunque no representa todavía un problema de la magnitud de otros países industrializados, se ha observado un aumento considerable de casos; así como, del fenómeno de madres que padecieron de anorexia o bulimia nervosa e hijas con los mismos síntomas, pero a edades más tempranas.

Dado que los esfuerzos por combatir las expectativas de delgadez marcadas por la cultura no han sido realmente importantes hasta la fecha, se espera que la incidencia en este tipo de padecimientos pueda seguir aumentando. De aquí que sea importante el desarrollo de modelos terapéuticos eficientes, pero especialmente importante, es el desarrollo de programas de prevención que se lleven a cabo en las escuelas, para favorecer un cambio de actitud en las adolescentes, dando

información educativa acerca de las consecuencias físicas que tiene en el organismo llevar dietas, ejercicio excesivo y uso de medicamentos en forma indiscriminada. Igualmente importante, es trabajar en el desarrollo de cuestionarios sencillos y cortos, para que los maestros, junto con su observación, puedan hacer la detección en las fases tempranas de dichos trastornos. Esto permitiría intervenir con mecanismos preventivos más eficaces y con tratamientos adecuados.

Una de las necesidades básicas de supervivencia en el hombre es la alimentación. En la prehistoria, la vida transcurría entre temporadas en las que la abundancia de alimento satisfacían esta necesidad y otras en las que privaba la escasez. Tales condiciones, llevaron al hombre primitivo a desarrollar una serie de procesos de adaptación que le permitieran enfrentarse a éstas últimas. La acumulación de grasa en el cuerpo ocupó un lugar fundamental dentro de estos procesos de adaptación. Los hallazgos arqueológicos de figurillas primitivas que representan mujeres, muchas de las cuales presentan acumulación de grasa, reitera la importancia de ésta característica como algo deseable ya que era asociada con la fertilidad. Más allá de un código estético, una cadera protuberante simbolizaba la posibilidad de perpetuar la especie, tan vulnerable por la elevada mortandad infantil, la breve esperanza de vida y las múltiples amenazas naturales a las que estaban expuestos.

Miles de años después, a partir de las antiguas civilizaciones, un cuerpo corpulento era considerado como un símbolo de riqueza, status, éxito, poder e influencia. Sin embargo, el avance en la medicina desde el siglo XIX, pero especialmente en los últimos 30 años del siglo XX, han probado que la obesidad es un factor de riesgo para diversas enfermedades, lo que ha influido en el cambio de los modelos estéticos del cuerpo. Por otro lado, la industrialización, las vías de comunicación y los medios de transporte, han favorecido el abastecimiento casi inmediato de los alimentos, por lo que ya no es necesario la acumulación de grasa en el cuerpo para sobrevivir a las épocas de escasez. Estas se controlan gracias a la tecnología que ha permitido ir mejorando el almacenamiento de los alimentos y con ello, poder tener excedentes en el propio hogar.

Sin embargo, los países occidentalizados también experimentaron otros fenómenos de considerable impacto, como la Primera y Segunda Guerra Mundial y el descubrimiento de la píldora anticonceptiva, lo que influyó en el pensamiento y estilo de vida. El rol tradicional de la mujer fue modificándose y con ello se alteraron sus expectativas sociales, enfrentándose así a una serie de nuevas presiones contrapuestas a dicho rol que dificultan la conformación de una identidad sólida. Tanto el aumento de nuevas oportunidades para las mujeres de hoy, como las nuevas presiones, han generado sensaciones de fragmentación, confusión y duda que dificultan el proceso de identidad. Por un lado, la posición social de la mujer requiere que se dedique a la crianza, llenando las necesidades de alimentación y

apego para hacer la vida posible. Cuando los niños nacen, la comida y la madre representan una unidad para ellos: las mujeres son sinónimos de su primera alimentación. Más adelante, cuando las necesidades personales de los niños se vuelven más complejas, las mujeres proveen el apoyo emocional; metafóricamente hablando, proveen el alimento emocional para su subsistencia. Sin embargo y desafortunadamente, la mujer no cuida de la familia desde una posición dignificada, reconocida, respetada y valorada como una labor socialmente necesaria.

Habría que retomar los cambios que se produjeron a nivel social, económico, cultural y psicológico desde el advenimiento de la Revolución Industrial, para comprender por qué en la actualidad las mujeres literalmente “mueren” para ser delgadas, para fortalecer sus músculos y tener completo control de sí mismas (en aras de “ser libres” y vivir una “buena vida”), siendo que ahora tienen más oportunidad de obtener lo que quieren, crece más el número de elecciones dentro del mundo masculino y disminuyen las restricciones de lo que una mujer puede ser profesionalmente.

De acuerdo con Brumberg (1989) y Gutwill (1994), quienes se han dedicado a profundizar en este tema (1994), a partir de la Revolución Industrial, la vida pública occidental se dividió en dos partes distintivas: la comunidad pública y la vida privada centrada en la familia nuclear.

La comunidad pública, que se conformó como la esfera dominante, correspondía al mundo de los hombres y del trabajo remunerado. Aquí, los sentimientos afectivos y de dependencia debían reprimirse y no ser expresados. Otros sentimientos como la competitividad, dominio, el deseo de poder, eran aceptables y congruentes con la producción de ganancias, que ha sido el punto central de la esfera pública en el capitalismo industrial y en la avanzada sociedad de consumo. La conducta en la esfera pública se tornó sistematizada, regulada, civil y formal. El trabajo remunerado, la ley formal y el estado, se definieron por normas abstractas y rígidas que se han opuesto a lo que es considerado como femenino y afectivo, que corresponde al dominio natural de la dependencia e interdependencia de la esfera privada.

La vida privada, se ha centrado en la institución y símbolo de la familia nuclear. La esfera privada ha sido el fundamento de las nociones de mujer, infancia y hogar. Ha representado el mundo de la necesidad emocional y de crecimiento, del dolor privado y la alegría, de esperanzas internas y decepciones. Ha sido el mundo de los sentimientos, tanto placenteros como displacenteros, que privilegian la experiencia subjetiva. En este mundo son las mujeres las que han realizado estas tareas, ya que todos comenzamos la vida absolutamente dependientes y por lo general de una mujer. Aunque es verdad que hoy en día los hombres se dedican a la crianza más de lo que tradicionalmente lo han hecho, el trabajo de criar todavía pertenece principalmente a la esfera privada, donde las mujeres son predominantemente trabajadoras.

Con el surgimiento de la esfera privada, se dio sustento al desarrollo de la familia y con esta institución, una cultura que brindaba la posibilidad de nuevos conceptos como el desarrollo personal, satisfacción e identidad.

Conforme la esfera pública fue dominando y proclamándose como democrática, afloraron las contradicciones entre sus promesas y la realidad, ya que en la práctica no se dio la equidad en las oportunidades. En su lugar, las marcadas diferencias de clases, de género y las injusticias raciales, limitaron seriamente el potencial de muchos individuos, no solamente para pertenecer íntegramente a la vida pública sino también, para tener la autoestima básica necesaria en el desarrollo de un saludable sentimiento de subjetividad. Por otra parte, la vida privada, frecuentemente ha sido todo menos el lugar seguro que debería de ser ya que, para las mujeres y los niños puede ser el sitio de mayor abuso emocional, sexual y físico. Ninguna familia, alineada de una vida pública nutriente, ninguna mujer que no tenga el poder de igualar sus responsabilidades, puede encontrarse con la necesidad estimulada por y creada para la vida emocional privada.

Uno de los aspectos más difíciles y demandantes de la labor oculta de la mujer, como consecuencia de esta escisión entre la vida pública y privada, es la disciplina internalizada para modelarse a sí mismas como objetos deseables, no solo para el hombre y el romance, sino en muchas ocasiones, también para el trabajo y las oportunidades sociales. De acuerdo con Fraad (1990) y Bordo (1993), las mujeres ganan del 50 al 65% menos que los hombres y aquellas que viven solas, no pueden salir adelante financiera y socialmente, de la misma manera que las que están vinculadas con un hombre. Esto ha promovido que la mujer se esculpa a sí misma para encajar en un mercado que le permita acrecentar su sentimiento objetivo y subjetivo de seguridad. La mujer alcanza su rol a través del desarrollo de la autocrítica, de la auto-observación y de la disciplina interminable de sí mismas, de sus deseos y sus apetitos.

Es en este ambiente que las niñas pequeñas se transforman en mujeres. Las madres actuales tienen que criar a sus hijas en esta cultura y tienen que criar una hija "apropiada", para que tenga "éxito". De ahí que la crianza, la alimentación y el manejo de la madre provea a su pequeña con mensajes contradictorios: aquellos que estimulan y otros que desalientan la expresión corporal y los apetitos femeninos.

El cuerpo de la mujer, sus necesidades y la comida se han transformado simbólicamente, en un campo de batalla que refleja la lucha entre su aprendizaje para cuidar de los otros, el temor a su propia dependencia, necesidades y vulnerabilidades, y las ideas confusas de su poder e iniciativa.

La imagen publicitada de la mujer delgada, esta asociada a la belleza y salud; esta imagen se ha vuelto central en la noción de "la mujer valiosa que hace su mejor esfuerzo" para verse bien, vivir bien y ser "lo adecuado". Aunque la imagen de delgadez promete en la superficie que la mujer puede "tenerlo todo" (trabajo, familia, sexualidad y libertad), su mensaje oculto más poderoso, es el recordarles que su estatus de mujeres está subordinado al juicio que se haga de sus cuerpos.

El cambio de concepto en relación a la salud y la estética del cuerpo, aunado a las ganancias multimillonarias que obtienen las empresas dedicadas a la moda y a los productos que ayudan a adelgazar, han hecho de la mujer un blanco fácil para promover una cultura de la delgadez que cada vez toma dimensiones más alarmantes. Las mujeres, la industria y la cultura del consumismo masivo, han hecho un buen enganche debido en parte, a las verdaderas necesidades y deseos de la mujer, y en parte, al poder de sugestión de la publicidad, que favorecen las conductas de riesgo en el comer que en muchas ocasiones, desembocan en trastornos severos de la alimentación.

Si tomamos en cuenta que la adolescencia es el período crítico para el desarrollo de la identidad, en la cual el individuo debe conjuntar las experiencias de la niñez, con las demandas y retos de una nueva etapa, entendemos porque es particularmente sensible de perturbarse ante los cambios en los roles sociales y las expectativas culturales.

Como Fichter (1990) menciona, el ideal de delgadez al que están sometidas las adolescentes en la actualidad, tiene una influencia especialmente negativa si tomamos en cuenta a aquéllas, que en el proceso de búsqueda de su identidad, suprimen o no reconocen sus propias capacidades y por lo mismo no pueden expresarlas. Estas jóvenes dependen en gran medida de la atención y reconocimiento de los demás, por lo que desviarse del ideal de delgadez, puede provocar graves crisis y llevar a forzar al cuerpo a conductas anómalas para conseguir dicho ideal.

Los trastornos de la alimentación cubren un amplio espectro que va desde la anorexia y la bulimia nervosa hasta la obesidad mórbida.

La presente investigación fue realizada por la autora, siendo miembro del equipo de investigación y tratamiento de los trastornos de la alimentación del Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de las Ciencias de la Nutrición. Pretende mostrar el modelo de modificación cognitivo-conductual propuesto por Garner (1982,1997), que se utilizó como parte de un programa de enfoque interdisciplinario.

Dado que la anorexia es un padecimiento multideterminado, es importante que el enfoque terapéutico también lo sea, ya que la experiencia tanto propia como ajena, ha demostrado que el manejo aislado de estos casos, limitándose a un punto de vista orgánica o exclusivamente psicológico, produce los más rotundos fracasos terapéuticos. Asimismo, pretende mostrar las ventajas y limitaciones de éste abordaje terapéutico por medio del estudio de casos de 2 pacientes con anorexia nervosa, una de tipo restrictivo y otra de tipo purgativo. Es importante mencionar, que este tipo de enfoque interdisciplinario, fue el primero en llevarse a cabo en el país, por lo que el estudio fue de tipo exploratorio.

CAPITULO I ANTECEDENTES

I.1 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA NOSOLOGÍA DIAGNÓSTICA

A lo largo de la historia de la humanidad, el ayuno ha sido utilizado como una forma de control sobre el sí mismo y sobre los otros. Desde la antigüedad, los “grandes iniciados” practicaban el ayuno prolongado, como forma de purificación corporal y para alcanzar un estado mental especial donde lograban estados de éxtasis o iluminación, su significado era de autocontrol y espiritualidad.

En la Edad Media los cristianos lo utilizaban como práctica ascética y de penitencia, particularmente las mujeres muy religiosas, ya que de esta manera se fundían con Cristo, cuyo sufrimiento había salvado al mundo.

Jacobs (1990) menciona que en el siglo XVI aparecieron las “doncellas milagrosas”, que en la historia de la autoinanición representa el vínculo de los ayunos medievales con el contexto de la tradición cristiana.

A lo largo de la historia, conforme ayuno y religión se fueron disolviendo, la profesión médica fue resaltando el aspecto patológico de los ayunos prolongados. De acuerdo con Unikel (1998) las explicaciones metafísicas fueron cambiadas por otras más realistas, de tal forma que a finales del siglo XIX la autoinanición era considerada una aflicción debida a causas naturales, así las doncellas milagrosas fueron substituidas por las pacientes histéricas o anoréxicas.

La autoinanición a lo largo de la historia siempre ha sido un fenómeno extraordinario, que ha causado intriga y que aún en la actualidad sigue siendo de interés. Sin embargo, como lo menciona Bordo (1990), la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, hizo que la autoinanición se volviera un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

La Anorexia Nervosa resulta ser en un principio, la afirmación de demandas culturales, pero al avanzar la enfermedad, se convierte en una parodia cuyas características son el temor y la intimidación que causa; se transforma en la caricatura del ideal de delgadez obsesivo de la cultura occidental del siglo XX (Unikel, 1998).

Históricamente se pueden identificar diferentes corrientes en la concepción teórica de la enfermedad anorexia nervosa.

El primero en identificar el síndrome fue Richard Morton en 1694, quien lo describió como “un estado de atrofia nerviosa, caracterizado por una disminución del apetito, amenorrea, aversión a la comida, emaciación e hiperactividad”. Escasamente mencionada en los siguientes 70 años, vuelven a aparecer algunos reportes por Robert Whytt en 1767 y De Valangin en 1768, quienes describieron casos clínicos semejantes a los de Morton (en Silverman, 1997). Asimismo, en 1789, Nadaud describe un estado de repudio a los alimentos que generaba una excesiva baja de peso y que atribuía a una enfermedad mental (en Barriguete, 1988).

Tuvieron que transcurrir casi 100 años para que otro estudio significativo apareciera en la literatura médica. Louis-Victor Marcé, alumno de Charcot, presentó un artículo en el que dejaba claro que la enfermedad no era de naturaleza física sino psiquiátrica y que se trataba de una psicopatología profunda (en Silverman, 1997).

Alrededor de 1870, William Gull en Londres y Charles Laségue en París, publicaron numerosos casos de un estado de hambre autoinducido. Gull, habló de perversidad mental como factor etiológico de lo que él denominó “apepsia histórica”, mientras que Laségue, quien definió el padecimiento como “anorexia histórica”, identificó como rasgo característico la creencia que tenían las pacientes de que la comida era dañina y por lo tanto debía ser evitada (en Stoylen y Laberg, 1990). Un año después, el mismo Gull la denominó por primera vez “Anorexia Nervosa”. Charcot en 1885, seguido por Déjerine, describió la presencia de rasgos histéricos en la personalidad de estas pacientes y observaron la necesidad de aislarlas de su núcleo familiar para su recuperación (en Jacobs, 1990).

En 1910 Pierre Janet clasificó la anorexia nervosa dentro de los problemas de alimentación de origen nervioso. En esta etapa, el origen psíquico de la afección se reconoce y se confirma por los resultados más o menos rápidos en la mejoría de los síntomas por la cura en el aislamiento, que consistía en separar a las pacientes de sus familiares, tratándolas en el hospital y prohibiendo las visitas (en Laboucarie y Barrés, 1970).

Alexander (1981) citó que Simmonds en 1914 introdujo el concepto de “caquexia hipofisiaria”, afirmando que la anorexia nervosa se debía a una falta de desarrollo hipofisiario. A partir de entonces y como consecuencia del auge en las ciencias naturales y en el positivismo, el punto de vista prevalente fue el médico y se enfocó la enfermedad como una patología endocrina, confundiéndola con la

apoplejia hipofisiaria (ausencia del funcionamiento de la hipófisis). Mas tarde esto fue esclarecido por Berkman en 1930, quien hizo la diferencia de ambas entidades y puso énfasis en que las anomalías fisiológicas en la anorexia nervosa eran secundarias a una alteración psíquica.

Barriguete (1988) refirió que, en 1938 Sheehan y Mendock publicaron un estudio sobre la forma psicógena de la anorexia nervosa y el diagnóstico diferencial con la caquexia de origen hipofisiario.

Como resultado de las investigaciones anteriores, en los 40's florecen las teorías psicológicas. Sours (1969) y Holmes (1998) afirman que el psicoanálisis entre 1940 y 1960 jugó un papel importante en el estudio de los factores psicológicos en el desarrollo de la personalidad de los individuos, debido a la asimilación de sus conceptos en la psiquiatría teórica y práctica. En relación con la anorexia nervosa, Eissler en 1943, Fenichel en 1945, Boutonier y Lebovici en 1948, y Kaufman en 1954 fueron los autores principales de los artículos publicados en esa época, que orientaron sus estudios al trastorno de la ingesta y al componente oral del padecimiento.

Entre los autores que reconocieron los factores emocionales y situacionales como etiológicos de la anorexia nervosa, se encuentra Hilde Bruch, quien en 1962 describió las alteraciones perceptuales y conceptuales que se presentan en estas pacientes; así como, la negación corporal y de sus propias necesidades. Planteó que los trastornos de la alimentación deberían ser entendidos en términos del desarrollo completo de la personalidad en el contexto familiar, más que por una interpretación en términos del desarrollo psicosexual individual (Bruch, 1962).

Selvini Palazzoli (1976) escribió sobre la psicosis monosintomática que observó en estas pacientes, ya que tenían una severa alteración en el juicio de realidad con relación a su esquema corporal. Asimismo apoyó la importancia de la relación con la madre, tanto para el desarrollo del padecimiento, como para su recuperación.

En los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo por comprender la psicopatología familiar, aplicando los conocimientos de patrones de interacción familiar al tratamiento de la enfermedad a través de nuevas técnicas de terapia familiar (Minuchin, 1978). Asimismo, encontramos como aportaciones terapéuticas, reportes sobre modificación conductual (Agras, 1974; Eckert, 1979; Garfinkel, 1973; Halmi, 1975; Leitenberg, 1968). Más recientemente reportes sobre modificación cognitivo-conductual (Cooper, 1984; Garner, 1986; Hartman, 1997; Stoyleh, 1990; Treasure, 1995; Wilson y Fairburn, 1993). Ambas corrientes han

aportado modificaciones específicas de sus técnicas para el tratamiento de los trastornos de la alimentación, que han reportado buenos resultados y que serán revisados a detalle en los capítulos siguientes.

Actualmente, hay un consenso en cuanto a que la anorexia nervosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia, como consecuencia de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del desarrollo en este periodo, particularmente con relación a definir su propia identidad y autonomía. Gordon (1990, en Unikel, 1998) plantea que los trastornos de la alimentación son la expresión extrema de las expectativas socialmente alteradas de la mujer a partir de la segunda mitad del siglo XX, especialmente desde los años 60's.

En muy poco tiempo, las mujeres han encontrado una serie de nuevas presiones, como: mayores expectativas de logro, competencia e independencia; valores que se contraponen al rol femenino tradicional. Como consecuencia del incremento de oportunidades; así como, de presiones, la dificultad para encontrar una identidad "viable", ha provocado sensaciones de fragmentación, confusión y duda. En términos de una enfermedad de predominio femenino, las personas que sufren de anorexia y bulimia nervosa, viven conflictos psicológicos generalizados en nuestra cultura acerca del rol femenino, centrados en áreas tales como la autoestima, autonomía y logro. La ansiedad, depresión y confusión resultantes, son suficientemente severas para desarrollar síntomas, que a su vez funcionan como defensas ante el estrés psicológico subyacente.

Asimismo, la mayoría de los investigadores concuerdan con que el padecimiento es multideterminado e intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales (Crisp, 1997; Goodsit, 1997; Halmi, 1983; Life, 1998). Por lo mismo, desde hace 15 años, el tratamiento de estas pacientes en el ámbito institucional y por equipos interdisciplinarios se ha incrementado tanto en Estados Unidos, Europa y recientemente en México.

I. II CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ¹

De acuerdo con Halmi (1975), en los últimos 10 años, muchos investigadores han enfatizado la confusión que existe en la clasificación de los trastornos de la alimentación. No obstante, actualmente se cuenta con notables avances al respecto.

Bruch (1973) describió como rasgo característico de la verdadera anorexia nervosa, el rechazo a la comida y el deseo de extrema delgadez como meta para lograr autonomía, autoestima y efectividad a través de un control bizarro del cuerpo y sus necesidades. Señaló la presencia de una triada patognomónica:

1° Alteración de la imagen corporal y conceptos corporales de tipo delirante, expresados fundamentalmente por la falta de interés en la emaciación.

2° Alteraciones en la agudeza de percepción o de interpretación cognitiva de los estímulos que surgen del cuerpo, de manera que fallan en interpretar señales enteroceptivas que indican necesidades nutricionales. Esto lleva a una desorganización nutricional, alimentación bizarra, sobreactividad con negación de la fatiga e inhabilidad para reconocer afectos internos y reacciones emocionales.

3° Sensación paralizante de ineffectividad ante las demandas de los otros, negativismo y desafíos de terquedad.

Por otra parte, el criterio de clasificación de Feighner (1972) para la anorexia nervosa es:

1° Edad de inicio anterior a los 25 años.

2° Anorexia con una pérdida de peso de por lo menos 25% del peso original.

3° A.- Una actitud distorsionada e implacable hacia el comer y hacia la comida.

B.- Negación de la enfermedad con una falla de conocer las necesidades nutricionales.

¹ Se puede decir que, clasificar las entidades clínicas es importante para cuatro propósitos: 1° se clasifica para propósitos de comunicación, es decir, que los clínicos necesitan conocer de lo que están hablando para comunicarse significativamente; 2° las entidades clínicas son clasificadas para propósitos de investigación, de tal manera que los hallazgos de las investigaciones puedan ser reproducidas; 3° las entidades clínicas son clasificadas para propósitos de delucidar el fenómeno que está uno examinando, ya que una vez que una entidad clínica está clasificada, la investigación procede en cierta dirección; y 4° las entidades clínicas son clasificadas para propósitos de tratamiento (Salinas y Camacho, 1985).

C.- Un aparente gozo en la pérdida de peso, con una manifestación abierta de que el rechazo a la comida es algo valioso.

D.- El deseo de una imagen corporal en exceso delgada, con evidencia abierta de que es un placer para el paciente mantenerla en este estado.

E.- Hay un atesoramiento y manejo poco común de la comida.

4° Ninguna enfermedad médica que fuera responsable de la anorexia o de la pérdida de peso.

5° Ningún otro trastorno psiquiátrico de base, especialmente esquizofrenia, neurosis obsesivo-compulsivo y neurosis fóbica.

6° Al menos dos de las siguientes manifestaciones:

A.- Amenorrea

B.- Lanugo

C.- Bradicardia

D.- Períodos de hiperactividad

E.- Episodios de bulimia

F.- Vómitos (pueden ser autoinducidos)

La anorexia y la bulimia nervosa fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III, 1980). El avance en el conocimiento de estas enfermedades ha dado como resultado el replanteamiento de nuevos criterios diagnósticos, conjuntados ahora en la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1995).

Los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa son:

A.- Rechazo contundente a mantener el peso corporal igual o por encima del valor normal considerando la edad y la talla, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% esperable.

B.- Temor intenso a engordar o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal y que no disminuye aunque la pérdida de peso progrese.

C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso corporal.

D.- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Para la anorexia nervosa se plantean dos subtipos en base a la presencia o ausencia de episodios de ingesta voraz y/o uso de purgas:

El tipo restrictivo Donde la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.

El tipo compulsivo/purgativo Donde el episodio de anorexia nervosa, se caracteriza porque el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocándose vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Por su parte, Button y Whitehouse (1981, en Unikel, 1998), han planteado la existencia de lo que ellos denominaron anorexia subclínica o síndrome parcial de los trastornos de la alimentación. Mencionan que el seguimiento de dietas por razones estéticas, puede traer consigo el desarrollo de conductas de tipo anoréctico o aún el desarrollo de anorexia nervosa y que la detección de casos subclínicos puede ser de gran ayuda, para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

I. III ALTERACIONES FISIOLÓGICAS EN LA ANOREXIA NERVOSA

Frankenburg (1984) propone que el estudio de las alteraciones metabólicas y endócrinas en pacientes con anorexia nervosa es un punto importante, ya que por un lado las consecuencias de un bajo peso ponen en peligro su integridad física y por otro lado, también influye en el proceso psicoterapéutico, pues tiene efectos importantes tanto en el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de las pacientes.

La mayoría de los cambios metabólicos que se presentan en la anorexia nervosa también están presentes en estados de emaciación, debidos a otras causas (guerras, enfermedad de Simmonds, síndrome de mala absorción, hiperparatiroidismo, tumores cerebrales) y vuelven a la normalidad al recobrar su peso y un buen estado nutricional (Collings, 1994; Fichter, Pirke y Holsboer, 1986). Así, en la fase de emaciación aguda (pérdida de más del 25% del peso corporal) se encuentran: alteraciones gastrointestinales, alteraciones del sueño, edema, desvanecimientos, disminución de la fuerza muscular, pérdida de cabello, parestesias, hipotermia, hematopoesis, leucopenia, hipercarotemia y elevaciones significativas de los precursores de la vitamina A.

De acuerdo con Mitchell (1997), Kleinfelter fue el primero en describir la hipercolesterolemia, que es un reflejo del estado hipocalórico. La alcalosis hipocalémica se encuentra comúnmente en las pacientes que se inducen el vómito y usan laxantes o diuréticos. Como consecuencia de las alteraciones electrolíticas se producen alteraciones cardíacas, bradicardia, taquicardia y arritmias; sin embargo, estos cambios se revierten con el aumento de peso (Kreepe y Harris, 1992), el cual debe ser paulatino, ya que de lo contrario se compromete el buen funcionamiento del corazón.

También se encuentran alteraciones en el electroencefalograma: los ritmos base se vuelven más lentos y hay disritmias. Asimismo, se presenta una disminución en la actividad y porcentaje de sueño REM, lo que provoca alteraciones del sueño (Halmi, 1983). A nivel gastrointestinal, hay lentificación en el vaciado intestinal y se reduce la capacidad secretora gástrica, lo que se traduce en estreñimiento y dificultad para la digestión, como consecuencia de la disminución general del metabolismo (Geliebter y Melton, 1992; Kinzl y Herold 1993).

En cuanto a los estudios endócrinos, se ha encontrado una respuesta retardada de TRH a TSH y una disminución de T3, esto último se debe a que se requiere de una

dieta adecuada en carbohidratos para la producción normal del T3 en el hombre (Strain,1981; Thomas y Rebar, 1990).

Igual que en los pacientes deprimidos, en la anorexia nervosa se presenta disminución de cortisol; una supresión incompleta de ACTH y cortisol con dexametasona, y una respuesta disminuída de la hormona de crecimiento (Halmi,1983; Fichter,1986; Rich y Caine 1990).

La alteración endócrina más común es la amenorrea, que ocurre por lo menos en 1/3 de las pacientes y antecede a la pérdida importante de peso. Russell (1969) propone que la amenorrea es causada parcialmente por una alteración en la función hipotalámica; sin embargo, su expresión total se debe al estrés psicológico (Fichter,1986; García,1986; Halmi,1983; Laue, Richmond y Chrousos, 1991; Mitchell, Pomeroy y Adson, 1997). Por otro lado, Méndez (1987) sugiere que la malnutrición perpetúa la amenorrea pero no la provoca. El regreso de los ciclos menstruales se retarda después de haber recuperado su peso normal. Sin embargo, como lo señala Tena (2000), la amenorrea se presenta como un mecanismo de compensación del organismo para no continuar perdiendo sustancias protéicas y nutritivas. También se presentan alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis- ovario como: disminución de la secreción de estrógenos; una defectuosa retroalimentación positiva de la liberación de la LH a la estimulación de estrógenos en la fase aguda y una recuperación parcial al haber corregido el déficit ponderal (Halmi,1983; Prike y Fichter, 1987).

Otra alteración que se encuentra en las pacientes con anorexia nervosa es la osteoporosis, causada por hipo o anestrogenismo. No obstante, las pacientes que muestran hiperactividad se encuentran protegidas de este fenómeno ya que, el ejercicio fija el calcio en los huesos (García,1986).

Aunque las investigaciones en pacientes con anorexia nervosa y con pacientes sanos, sometidos a dieta experimental, demuestran que todas las alteraciones endócrinas y metabólicas son secundarias a la disminución de peso, existe una minoría de pacientes en que esta recuperación es incompleta después de corregido el peso corporal (Bachrach, Katzman y Litt, 1991; Rigotti y Nussbaum, 1991). De aquí se desprende la importancia de tener un perfil endocrinológico y metabólico adecuado, tanto al inicio del tratamiento como cuando las pacientes son dadas de alta (Mitchell et al., 1997).

I. IV ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Para comprender los aspectos psicológicos de la anorexia nervosa, es necesario referirse a ciertos aspectos importantes de la adolescencia. La adolescencia es un proceso social y emocional que comienza con la biología, pero termina en la cultura. Es la transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta; una fase dinámica en el continuo de la vida, en la cual se presentan profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y de personalidad (Unikel, 1998).

El proceso se inicia en la pubertad y lleva a la madurez sexual, que es cuando el individuo es capaz de reproducirse. La pubertad en las mujeres se inicia antes de la menarca, generalmente entre los 9 y 11 años. Los primeros cambios que se producen son generalmente experienciales y conductuales, como agresión y depresión, provocando un fuerte impacto tanto en el individuo mismo como en los padres. A nivel físico una de las primeras señales de maduración, es el incremento notable en la estatura y peso. La cadera se ensancha como consecuencia del crecimiento de la pelvis y de la acumulación de grasa en esta zona y los senos comienzan a desarrollarse. La menarca es el principal signo de la maduración sexual. En el 80% de las mujeres se presenta entre los 11 y 15 años de edad, estas variaciones se deben a factores genéticos y nutricionales. Este aumento de peso y de la alteración en las formas del cuerpo, puede provocar ansiedad y como consecuencia el inicio de dietas restrictivas, que en casos extremos derivan en anorexia o bulimia nervosa. (Crisp, 1997).

Aunado a los cambios físicos y fisiológicos, la entrada a la pubertad y a la adolescencia misma conlleva nuevos retos y problemas, como cambios en el estado de ánimo, independencia emocional de la familia, cuestionamiento de los valores familiares y culturales, conflictos familiares, nuevas formas de relación con los pares, enfrentamiento a la sexualidad, expectativas de desempeño, etc.

La pubertad, adolescencia y concepción son procesos que pueden ser experimentados con sentimientos ambivalentes, negativos o de rechazo, que amenazan al propio individuo o a alguna parte del sistema familiar. Todos estos cambios y conflictos pueden provocar en la adolescente fuertes sentimientos de inseguridad o estrés, que la lleven a hacer dietas como medidas de autocontrol y reestablecimiento de la confianza en sí misma (Garner, Vitousek y Pike, 1997).

En relación a los aspectos psicodinámicos del padecimiento, los síntomas de la anorexia nervosa pueden ser tanto expresiones de deseos inconscientes como defensas (modelo del conflicto-impulso-defensa); expresiones simbólicas de un

“self” pobremente estructurado e indiferenciado y de sus representaciones de objeto (modelo de relaciones de objeto); o medidas de emergencia, que pueden o no ser simbólicas, que son utilizadas para defenderse de las amenazas internas que ponen en peligro la cohesión del “self” (modelo de la psicología del “self”).

Dentro del modelo psicodinámico, Hilde Bruch (1962, 1973, 1974) hizo importantes aportaciones tanto a la comprensión etiológica del síndrome, como a las técnicas psicoterapéuticas. Propuso que la autoemaciación en estas pacientes representa una lucha para adquirir autonomía, control, competencia y autorrespeto. De acuerdo con su punto de vista, la incapacidad de la madre para reconocer las necesidades de independencia y libre expresión de la niña, provoca en ésta confusión interna, que se manifiesta en tres áreas perceptivo-conceptuales patognomónicas en la anorexia nervosa: 1) Alteraciones en la imagen corporal, en la que hay una tendencia a sobreestimar el tamaño del cuerpo. 2) Alteraciones interoceptivas, que se reflejan en la incapacidad para identificar y responder a sensaciones internas como hambre, cansancio, sentimientos sexuales y estados afectivos. 3) Sentimientos de ineffectividad y de pérdida de control.

Bruch (1974) propone que la psicoterapia debe ir dirigida a reetiquetar las malas interpretaciones y errores de pensamiento provocadas por las experiencias fallidas del desarrollo. Reconocer, definir y cuestionar las aseveraciones y pensamientos erróneos es primordial para que puedan ser abandonados. La psicoterapia debe ayudar a la paciente a descubrir su verdadero “self”, alentado y validando las expresiones auténticas de pensamientos y sentimientos. El énfasis que ella puso en las creencias y supuestos de las pacientes durante el proceso psicoterapéutico, sirvió como puente para el tratamiento cognitivo contemporáneo del padecimiento.

En las pacientes con anorexia nervosa encontramos rasgos característicos en su personalidad como: motivación para adelgazar, dependencia, inmadurez emocional, miedo a madurar, ineffectividad, desconfianza interpersonal, sentimientos de baja autoestima, sensibilidad a la crítica externa, autocrítica, inseguridad, labilidad afectiva rasgos obsesivos como perfeccionismo, poca flexibilidad y rigidez.

Asimismo, encontramos que en la esfera cognitiva, emocional y conductual se presentan los siguientes efectos de la emaciación:

I.- Esfera emocional - Depresión, ansiedad, irritabilidad, coraje, labilidad, aislamiento y fatiga.

II.- Cambios cognitivos - Perseveración, disminución en la concentración, pobre juicio, apatía, empobrecimiento de la capacidad de asociación e imaginación, retardo del pensamiento, poca capacidad para tomar

decisiones, incapacidad de estar alerta con su cuerpo, disminución del interés sexual y del rango de intereses en general.

III .- Actitudes y conductas hacia la comida - Preocupación exagerada por los alimentos, hábitos alimenticios poco usuales, aumento significativo en el consumo de café y té, tendencia a presentar episodios bulímicos (Andersen, 1992; Garner, 1986; Jan, 1982.)

De acuerdo con Holtz (2000), cuando en las jóvenes se dan las características de personalidad antes mencionadas, los factores que pueden desencadenar el padecimiento son:

- Eventos traumáticos
- Ambiente familiar controlador
- Período prolongado de dolor emocional
- Presentar trastornos afectivos
- Comentarios desfavorables acerca de su figura y peso
- Descubrimiento de adicciones o trastornos de la alimentación en los padres
- Elección de una carrera en la que sea muy importante la apariencia física

I. V. FACTORES DE RIESGO

Actualmente, el seguimiento de dietas para controlar o disminuir el peso corporal constituye una obsesión en países occidentales industrializados y en países en vías de desarrollo, principalmente entre las mujeres (Unikel, Mora y Gómez, 1999). Son las mujeres, adolescente e inclusive las niñas, quienes se ven más influenciadas que los hombres por la presión social de alcanzar el ideal estético de un cuerpo delgado, lo que como consecuencia ha provocado que las mujeres más que los hombres, desarrollen con mucha más facilidad trastornos de la alimentación, se sometan a dietas, a la práctica de ejercicio excesivo y a cirugía plástica para reducir la masa corporal y conseguir así ser “más delgada, más deseable y exitosa” (Gómez Peresmitré, 1999). Los valores asociados a la delgadez están influenciados por condiciones socioculturales y se transmiten en la medida en que la gente se mueve de una cultura a otra. Sin embargo, en la actualidad dicha transculturación puede darse sin la movilización física de los individuos gracias a la globalización en los medios de comunicación y se ha extendido principalmente entre pre-adolescentes y adolescentes con peso normal o menor a éste. El seguimiento de dietas sin prescripción ni vigilancia médica, es una práctica socialmente aceptada; aún cuando existen centros especializados para el control de peso, la gente recurre a otros métodos más accesibles, por ejemplo productos dietéticos, consejos de personas cercanas como amigos, familiares o farmacéuticos, quienes favorecen el uso inadecuado de medicamentos o métodos de purga para controlar o reducir el peso corporal (Gómez Peresmitré y Acosta, 2000).

En los países en desarrollo la investigación acerca de los desórdenes de la alimentación es prácticamente inexistente. En México el estudio de los trastornos alimenticios es muy incipiente, Gómez Peresmitré y colaboradores (Avila, Lozano y Ortiz, 1997; Gómez Peresmitré, 1993; 1995; 1996; 1997; 1998; 2000; Gómez Peresmitré y Acosta, 1998; González, Rodríguez, Reidl y Joya, 1999; Llopis, Archilla, García y Gómez Peresmitré, 1999; Unikel, 1998; 1999) han realizado diversas investigaciones a nivel de prevalencia y de factores de riesgo que confirman los hallazgos reportados en la literatura internacional. En estas investigaciones se ha encontrado que los factores de riesgo más importantes son:

1.- Ser mujer – Los estudios retrospectivos que evaluaron las expectativas corporales para las participantes en concursos de belleza y revistas de moda, encontraron que las dimensiones corporales de la mujer habían ido descendiendo significativamente de 1959 a 1988, además de que al unisono aumentó el número de anuncios en revistas populares femeninas relacionados con dietas reductivas, productos para

bajar de peso y aparatos para realizar ejercicios que quemaran calorías (Garner y Garfinkel, 1997).

2.- Motivación para adelgazar – Excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto por el deseo de perder peso, como por un temor exagerado a ganarlo.

3.- Realización de dietas – Las jóvenes que realizan dietas tienen más propensión a desarrollar trastornos de la alimentación, ya que la restricción calórica y/o la práctica de ayunos, provoca un aumento en el apetito que puede desembocar en atracones; así como, también provocar una disminución del metabolismo corporal que conduce a alteraciones en el peso.

4.- Insatisfacción con la imagen corporal – Inconformidad o disgusto con lo que uno es, desde el punto de vista físico.

5.- Presión social – Influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios sociales para que una persona adelgace.

6.- Miedo a engordar – Miedo exagerado a ganar peso aún teniendo peso normal.

7.- Deseo de tener una figura ideal delgada y muy delgada independientemente de que se tenga un peso normal o se encuentre por debajo de éste.

8.- Inefectividad – Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.

9.- Desconfianza interpersonal – Aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas.

10.- Miedo a madurar – Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

11.- Baja autoestima a causa de la apariencia – Valoración de sí mismo a partir de la percepción de la imagen corporal.

12.- Participación en actividades que involucren una presión alta para mantener el cuerpo delgado, y en las que además existe un alto grado de exigencia y competitividad como son el modelaje, medio artístico, atletismo, ballet y patinaje. (Mancilla, Mercado, Manríquez y Alvarez, 1999; Salazar, Martínez y Gómez Peremitré, 1999 ; Unikel, Mora y Gómez Peresmitré, 1999)

La vinculación de los factores de riesgo, junto con ciertas características de personalidad, complejas perturbaciones psicológicas y diferentes modalidades disfuncionales de la vida familiar, permiten tener una idea más clara de la etiología de los trastornos alimenticios como la anorexia nervosa. Los factores de riesgo por sí mismos son de gran relevancia pues permiten la detección de otros trastornos alimenticios subclínicos que comprometen la salud y el destino de un gran número de púberes, adolescentes y mujeres jóvenes.

I. VI CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA

La familia constituye el lugar natural en el que día a día se va estructurando al niño y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se de origen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primero y más activo agente para la socialización, que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos. En el proceso de socialización, los padres y la familia son sumamente importantes para el aprendizaje del niño, ya que no solamente ellos manipulan los reforzamientos ante las diferentes acciones y actitudes del pequeño, sino porque además, aportan modelos y ejemplos que muestran al infante la conducta apropiada o convencional esperada por otros en su sociedad y cultura.

La concepción que los padres tienen sobre la niñez, su desarrollo físico, necesidades afectivas y sociales, determinan el tipo de crianza que los padres adoptarán para la transmisión de normas, creencias, actitudes, hábitos y tipos de interrelación. De la misma manera, las prácticas de crianza están influenciadas por las normas que ha impuesto la cultura y la sociedad y que son diferentes para cada sexo, proponiéndose ideales masculinos para el hijo y femeninos para la hija. En las sociedades industrializadas es común que a los niños se les presione para valerse por sí mismos, buscando el logro; mientras que, a la niña se le presiona a que sea obediente y hacendosa, enfocándose más su educación hacia la crianza. De esta manera, vemos que las actitudes de los padres hacia los hijos derivan de la interrelación existente entre las necesidades y demandas infantiles, y las situaciones específicas en que se encuentran los padres para satisfacerlas; así como, de su propio fondo de experiencia de patrones culturales, sociales y éticos (Saucedo, 1997).

La familia funcional es aquella que actúa para mantener estabilidad y promover el cambio y crecimiento. Estos objetivos son válidos tanto para la familia como organización, como para los miembros individuales. Asimismo, la familia provee un sentimiento de pertenencia y apoyo, y al mismo tiempo promueve diferenciación y adaptación a la cultura (Salinas y Camacho, 1985).

En las familias con un hijo que padece de anorexia o bulimia nervosa, se ha encontrado que las actitudes parentales negativas más frecuentes son el rechazo, la sobreprotección y el perfeccionismo. El rechazo parental en general, se manifiesta como hostilidad, negligencia y abandono a través de actitudes como violencia, castigos severos, comparaciones desfavorables y ofensas. Hay otras formas más

sutiles, pero igualmente lascivas como cuando la crianza se deposita en manos de niñeras, familiares o instituciones. En cuanto a la sobreprotección, ésta se traduce por el permanente contacto del niño con su madre, con una marcada tendencia a infantilizarlo y a impedir su expansión y relación social con otras personas en detrimento de su progresiva madurez psicológica. Las preocupaciones se centran alrededor de los peligros que amenazan al niño, se le impide realizar actividades normales como correr, andar con amigos, mojarse, ensuciarse, etc. Y se crea un ambiente de ansiedad respecto a la posibilidad de que el niño pueda independizarse de la tutela familiar. En cuanto al perfeccionismo, nos encontramos que por razones de la propia historia y personalidad de los padres, éstos se avocan a perfeccionar al niño, exigiéndole hábitos de limpieza y orden tempranos, modales refinados, excelente rendimiento, etc. El daño provocado se traduce muchas veces en rasgos obsesivo-compulsivos marcados, fuerte inseguridad y falta de autoconfianza del niño (Saucedo, 1997).

De acuerdo con Piazza, Piazza y Rollins (1980) tanto Palazzoli como Minuchin han postulado que, ciertas relaciones familiares están estrechamente vinculadas con el desarrollo y el mantenimiento del síndrome y que la enfermedad juega un rol importante en la preservación de la homeostásis familiar.

Selvini Palazzoli (1974) describió ciertas características de las familias anoréxicas:

- 1.- Generalmente estas familias se comunican en forma coherente, con un despliegue de drama y sufrimiento.
- 2.- Es común encontrar que en estas familias se descalifican los mensajes enviados por otros miembros.
- 3.- Hay dificultad de los padres por tomar el rol de liderazgo de la familia. Nadie asume la responsabilidad por las cosas que no resultan.
- 4.- Formación de coaliciones encubiertas.
- 5.- Existe un espíritu de "auto-sacrificio"
- 6.- La relación marital se caracteriza por una fachada de unidad que encubre conflictos de pareja.

Minuchin (1978) también describió una serie de características en este tipo de familias, que han sido corroboradas en otros estudios (Eisler, 1996; Fernández, Turon y Siegfried, 1995; Vanderlinde y Vandereycken, 1991):

- 1.- Amalgamamiento - Forma extrema de proximidad e intensidad de las interacciones familiares que impide la comunicación directa, falta de privacidad y la autonomía de sus miembros, ya que los límites subsistémicos son pobres, débiles y fácilmente se traspasan. Se sacrifica la autonomía en aras de la lealtad.

2.- Sobreprotección y alta preocupación de los miembros familiares, en especial por la salud física y psicológica del paciente.

3.- Rigidez - Como el compromiso por mantener el "status quo" es muy alto, en periodos en que es necesario el cambio y el crecimiento, se experimenta gran dificultad y ansiedad, insisten en mantener los métodos acostumbrados de interacción. Son familias que se presentan como "normales" (excepto por el problema **médico** del paciente con la anorexia) y niegan cualquier necesidad de cambio.

4.- Falta de resolución del conflicto.

5.- Involucración del hijo en el conflicto parental a través de coaliciones del paciente con uno de los padres, lo que permite el desplazamiento del conflicto marital.

Blinder, Freeman y Stunkard (1970), Bruch (1973) y muchos otros autores reportan que en muchas de las pacientes con anorexia nervosa, la mejoría lograda después de haber sido dadas de alta, no se mantiene en sus hogares, por lo que sostienen que un óptimo acercamiento terapéutico debe incluir también a la familia tanto en la fase aguda para una mayor rapidez en el aumento de peso, como en el manejo externo, lo que permite que la familia se reestructure y ayude a prevenir recaídas (Dare y Eisler, 1997; Liebman, Minuchin y Bake, 1974).

CAPITULO II MODELO COGNITIVO - CONDUCTUAL

II. 1 MODELO COGNITIVO

La orientación de los conductistas hacia el trabajo clínico, como fue descrito en los años 50's y 60's, reflejó una importante desviación de lo que constituía la práctica terapéutica tradicional. La terapia conductual fue definida como la aplicación de los principios del aprendizaje a la conducta mal adaptativa. En ese entonces, la mayoría de los métodos terapéuticos originalmente utilizados tenían sus raíces en el condicionamiento clásico u operante. Quizás como una reacción a las terapias de "insight", los primeros desarrollos de la terapia conductual tendían a disminuir la importancia de las capacidades cognoscitivas humanas, evitando hacer referencia a los procesos de pensamiento de los individuos que trataban (Goldfried, 1979; Wolberg, 1977). En contraste, los desarrollos más recientes en la terapia conductual incluyen el reconocimiento de las variables cognitivas en el entendimiento y la modificación de la conducta humana; así como, en la persistencia de los efectos terapéuticos. Las investigaciones de los factores cognoscitivos en la teoría conductual, han subrayado el hecho de que los eventos ambientales per se, aunque importantes, no tienen una importancia primaria, lo significativo es la interpretación que la persona hace de dichos eventos (Cooper y Steere, 1995; Ellis, 1980; Guidano y Lotti, 1983; Hollon y Beck, 1994; Risley y Hart, 1968). Destacan el papel de la mediación en el aprendizaje, o sea, de los procesos cognoscitivos y simbólicos que influyen en la conducta. Estos procesos incluyen la percepción y la interpretación de sucesos ambientales, sistemas de creencias, sistemas de códigos verbales y de imágenes, pensamiento, planificación y solución de problemas. Estos procesos permiten entender la interrelación entre el individuo y los sucesos del entorno (Beutler y Machado, 1994; Garner, 1986, 1992; Mahoney, 1974; Orlinsky, 1994).

La terapia cognitiva es un enfoque terapéutico cuya principal forma de acción es la modificación del pensamiento y sus premisas, las creencias y actitudes que subyacen a las cogniciones del paciente. El foco de la terapia se centra en el contenido ideacional involucrado en el síntoma, principalmente en los pensamientos irracionales y en sus premisas. El terapeuta trata de familiarizarse con el contenido del pensamiento, sentimientos y conductas para poder comprender sus interrelaciones (Beck y Freeman, 1990; Grieger y Boyd, 1980; Meichenbaum, 1974; Mitchell, 1996; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Stoylen y Laberg 1990).

De acuerdo con Garner (1997), los terapeutas cognitivos asumen que la estructura de creencias es la que ocasiona los trastornos y por lo tanto, es a la que se deben dirigir los esfuerzos de modificación.

Garner (1985) propuso 5 rasgos principales de la terapia cognitiva:

- 1) Mayor énfasis en las experiencias conscientes y preconscientes que en motivaciones inconscientes.
- 2) Enfatiza que las cogniciones y sus significados son las variables mediadoras causantes de pensamientos y emociones maladaptativas.
- 3) El uso del cuestionamiento como herramienta terapéutica.
- 4) Involucramiento activo y directivo por parte del terapeuta.
- 5) Apego metodológico a la psicología científica y conductual; así como, una revisión continua de la teoría a partir de los hallazgos empíricos.

En relación al tratamiento de la anorexia nervosa, la aproximación cognitiva se distingue por su preocupación explícita en las creencias, valores y percepciones que el paciente tiene. Más aún, en la medida en que las intervenciones terapéuticas sean relevantes para el sistema de creencias del paciente, el modelo cognitivo no requiere adherirse a una teoría en particular y retiene su integridad conceptual cuando hecha mano de las valiosas observaciones de otras teorías clínicas (Garner y Bemis, 1986; Garner y Needleman, 1997).

Las técnicas cognitivas convencionales deben ser adaptadas a las necesidades del paciente anoréxico tomando en cuenta (Garner, 1986; 1997; Glenn, 1997):

- 1) Las creencias ideosincráticas relacionadas a la comida y al peso.
- 2) La interacción entre los componentes físicos y psicológicos de la alteración.
- 3) El rechazo del paciente a cooperar con el tratamiento y de retener ciertos síntomas.
- 4) El desarrollo de la motivación para el tratamiento con énfasis en la evolución gradual de una relación terapéutica de confianza.
- 5) Los déficits en el autoconcepto del paciente, relacionados a su pobre autoestima y a la poca confianza en su estado interno.
- 6) La duración más prolongada del tratamiento, debido a la necesidad de reestablecer el estado físico deteriorado del paciente y por la naturaleza de los síntomas.

Garner y Bemis (1982) encontraron varios tipos de distorsiones cognitivas causantes de creencias erróneas que son peculiares a la anorexia nervosa:

- 1) Razonamiento dicotómico - Involucra pensar en términos absolutistas, extremistas y de todo o nada. Esto se refiere principalmente a la comida, al comer y al

peso. Este tipo de pensamiento está presente en todas las evaluaciones que el paciente hace de sí mismo y de los demás y se extiende a su entrega fanática del ejercicio, a la escuela y a la universidad.

El paciente anoréxico frecuentemente cree que ciertos atributos como el autocontrol, la independiencia, autoconfianza, habilidad social y moralidad deben mantenerse por completo en forma permanente. Esto lleva a (Bruch,1974; Garner, 1986; Sunday y Halmi, 1997):

- 2) Nociones idealizadas e inalcanzables de felicidad y éxito.
- 3) Personalización y autorreferencia - Se refiere a la interpretación egocéntrica de eventos impersonales. Esto provoca una gran sensibilidad a la desaprobación de otras personas
- 4) Pensamiento supersticioso - Refleja la creencia de relaciones causa-efecto de eventos no contingentes e involucra frecuentemente pensamiento mágico.
- 5) Magnificación - Involucra una sobrevaloración en las consecuencias que puede tener una conducta no deseable.
- 6) Abstracción selectiva - Se caracteriza porque la persona se enfoca a detalles aislados ignorando información contradictoria u otros datos importantes.
- 7) Sobregeneralización - Se extrae una regla sobre la base de un solo evento y se aplica a situaciones que no son semejantes.
- 8) Pensamiento ideosincrático.
- 9) Alteraciones del concepto de sí mismo - El concepto de sí mismo tiene 2 componentes: A.- La autoestima, que es la atribución que uno da a su propio valor. B.- La autoconciencia que se define como la habilidad de identificar y responder adecuadamente a experiencias internas

Asimismo, Mahoney (1974) propuso algunos pasos para que el paciente pueda tomar conciencia y detectar sus creencias, pensamientos e ideas maladaptativas a través de ciertas técnicas como:

- 1.- Monitoreo del pensamiento o aumento de la conciencia de su proceso de pensamiento.
- 2.- Reconocimiento de las conexiones entre ciertos pensamientos, las conductas y las emociones.
- 3.- Examinar la evidencia de la validez de estas creencias particulares.
- 4.- Substituir las por creencias más reales y apropiadas.
- 5.- Modificar gradualmente las aseveraciones subyacentes que son determinantes de creencias más específicas.

Beck (1976), Garner (1986; 1997), Grieger y Ellis (1980) y Mavisakalian (1982) propusieron 10 técnicas cognitivas adaptadas a pacientes con anorexia nervosa:

- 1.- Articulación de pensamientos – El terapeuta tiene la importante función de clarificar, sintetizar y condensar aquéllas ideas complicadas que el paciente presenta durante la sesión para traducirlas en ideas más claras y concisas. Se le presentan al paciente los pensamientos disfuncionales en una forma más simple.
- 2.- Operacionalizar las creencias - La definición precisa de un constructo ideosincrático puede conducir a un pensamiento más objetivo, pues lleva al cuestionamiento de la validez que tienen las inferencias que formula el paciente.
- 3.- Descentralizar - Se evalúa una creencia en particular desde una perspectiva diferente. Se pueden utilizar las analogías para corregir su distorsionado marco de referencia.
- 4.- Descatastrofizar - Se utiliza para combatir la ansiedad resultante de magnificar las consecuencias negativas que puede tener una situación en particular. La catastrofización puede ser vista como una demanda absolutista de que algo debe o no suceder, esta instancia psicológica suele llevar a ansiedad sin importar cuales sean los resultados. Se deben trasladar las predicciones catastróficas implícitas y vagas a términos más realistas haciendo preguntas como: “¿Qué es lo peor que sucedería si la situación temida ocurriera?” “¿Realmente sería tan devastadora cómo te imaginas?” “¿Es posible desarrollar estrategias para lidiar con esta situación?”, etc.
- 5.- Poner en tela de juicio los deberías - Los pensamientos extremos que se manifiestan en el razonamiento dicotómico, magnificación y sobregeneralización se reflejan en el énfasis que hacen estas pacientes de las palabras “debo” y “tengo” cuando dirigen sus acciones. La “tiranía de los deberías” es la base de los trastornos neuróticos. El conflicto entre “como me debería de sentir” y entre “como me siento” no siempre es patente. Generalmente darse atracones, vomitar o hacer ejercicio en forma excesiva puede interrumpir estados emocionales que se consideran “inaceptables” por la paciente, como por ejemplo: “ sólo puedo estar enojada si tengo una razón lógica para estarlo” o “sólo podría deprimirme si fuera débil, como tengo que ser fuerte, no puedo deprimirme”. Por medio de preguntas se puede legitimar los sentimientos incipientes de enojo, depresión o angustia; se confirman y se llevan a una articulación más clara de la emoción en particular.
- 6.- Poner en tela de juicio las creencias a través de ejercicios conductuales - La interdependencia entre el cambio cognitivo y conductual es fundamental, por lo que es erróneo considerarlos en forma aislada, particularmente en las áreas de comida y peso el cambio conductual es un vehículo importante para modificar actitudes y emociones. Es importante motivar a la paciente para que el progreso que vaya logrando a nivel conceptual, lo pueda poner en práctica para consolidarlo; lo conceptual y emocional debe trasladarse a conductas específicas que sean consistentes con metas establecidas.
- 7.- Prueba de hipótesis - Se refiere a generar predicciones y conclusiones específicas que pueden ser probadas y evaluadas a través de experimentos

conductuales. Cuando se realizan los experimentos conductuales es importante la retroalimentación de otras personas; sin embargo, debe prepararse al paciente para interpretar posibles resultados negativos de una manera no destructiva.

8.- Técnicas de reatribución - Pretende alterar ideas erróneas que tienen de su autoconcepto modificando las interpretaciones de experiencias tales como hambre vs. saciedad, tamaño corporal y cantidad de comida ingerida. Debido a que, la percepción de sí mismo que tiene el anoréxico es crucial para el mantenimiento del síndrome, es importante cuestionar la validez de las experiencias subjetivas de su cuerpo.

9.- Técnicas paliativas - Es común que las pacientes con anorexia nervosa no sean capaces de utilizar técnicas cognitivas más sofisticadas para enfrentar sus pensamientos maladaptativos o por su bajo peso o por ansiedad intensa. Las técnicas paliativas de "distracción" o "parroting" pueden combatir la urgencia de engancharse a conductas autodestructivas. Esta técnica pretende cambiar el canal cognitivo, más que modificar las creencias. La ansiedad o los pensamientos mal adaptativos pueden ser interrumpidos con actividades distractoras como escuchar música, ver televisión, dar un paseo, tener una visita, hacer ejercicios de relajación que hayan sido manejados previamente con el terapeuta, etc. Estas técnicas son más útiles en fases tempranas de la terapia, cuando la capacidad de pensamiento del paciente se encuentra disminuida o en etapas posteriores, cuando el paciente ha adoptado un pensamiento más adaptativo, pero se encuentra temporalmente agobiado por la ansiedad de una situación problemática en particular. Asimismo, son útiles en la prevención de recaídas.

10.- Poner en tela de juicio ciertos valores culturales en cuanto a la figura y peso - La cultura ejerce una gran influencia en el moldeamiento de las creencias, valores y expectativas de las personas. En las últimas décadas, las mujeres han sido víctimas de una trágica serie de normas para mantenerse delgadas, mismas que las mantienen bajo una intensa presión de someterse constantemente a dietas. La anorexia nervosa ha sido "glamourizada" por las personas, por su asociación con atributos positivos como su pertenencia a una clase social alta, inteligencia, perfeccionismo y autodisciplina. Ha sido motivo de novelas, dramas de televisión, etc. En estos casos las técnicas cognitivas deben alentar al paciente a atribuir la enfermedad al fracaso más que al éxito y enfocarse a las deficiencias del concepto de sí mismo, que llevaron al paciente a identificarse con la enfermedad.

II. 2 MANEJO CONDUCTUAL

El modelo de modificación conductual ha resultado muy útil en el tratamiento de la anorexia nervosa, ya que permite cambios considerables y rápidos en el peso de las pacientes, sobretodo en la fase aguda del padecimiento, cuando son evidentes la conducta anormal de alimentación y el bajo peso (Agras, 1974; APA, 1993; Touysz, Garner y Beaumont, 1995; Touyz y Beaumont 1997; Windauer Lennerts y Talbot, 1993). Su interés se ha centrado sobretodo en la búsqueda de un diseño que resulte eficaz para el procedimiento terapéutico.

De acuerdo con Brady y Rieger (1972) la conducta de la anorexia es el resultado de una fobia a comer o a aumentar de peso. De este análisis surgieron 2 procedimientos conductuales:

- 1.- La desensibilización sistemática para reducir la ansiedad y así permitir que surjan los hábitos normales de alimentación, y
- 2.- El condicionamiento operante en el que se utilizan poderosos reforzadores contingentes² a la conducta de comer o al aumento de peso, dejando aquí que la ansiedad se maneje por sí misma.

Aproximadamente en la misma época, Lang y Hallsten (1973) utilizaron las técnicas de relajación e inhibición recíproca, para contrarrestar la ansiedad, el miedo a la desaprobación y extinguir la fobia al sobrepeso. Los estudios reportaron resultados alentadores.

En un estudio realizado en 1965 por Bachrach, Erwin y Mohr; así como, por Halmi y Powers en 1975, se utilizó el aislamiento como técnica operante de tratamiento. El paciente era aislado en su cuarto en absoluto reposo sin poder tener visitas. Se utilizaron reforzamientos positivos como privilegios sociales contingentes a la cantidad de comida ingerida por el paciente. Sin embargo, Leitenberg en 1968 reportó mejores resultados cuando los reforzadores eran contingentes al aumento de peso.

Siguiendo con esta línea de investigación Agras, Barlow, Chapin, Abel y Leitenberg en 1974, emprendieron una serie de estudios para clarificar las variables terapéuticas que estuvieron influyendo en el tratamiento propuesto por Leitenberg (1968). Las variables manipuladas fueron: 1) Retroalimentación al paciente en

² Reforzamiento contingente – Administrar contingentemente un reforzador consiste, en dispensarlo siguiendo a una conducta deseada (cuya frecuencia se quiere aumentar) y cuidar que el reforzador sea otorgado inmediatamente después de la conducta deseada (Rimm y Maters, 1974).

cuanto a la variabilidad de su peso. 2) Cantidad de comida asignada. 3) Aplicación de reforzamientos positivos y negativos. Al igual que Leitenberg, estos investigadores encontraron que en la fase de extinción, la conducta no regresaba a su línea base, se mantenía igual o incluso aumentaba. Al revisar su metodología encontraron que la hospitalización (ambiente rígido), actuaba como un reforzador negativo; es decir, que el paciente comía más y aumentaba de peso para disminuir su estancia en el hospital. En otra investigación, éstos mismos autores, manejaron la hospitalización de tal manera que no fuera vista como un reforzador negativo y manipularon cada una de las variables para ver su efecto específico sobre el aumento de peso. Encontraron que la retroalimentación en cuanto al peso, era la variable que ejercía más efecto sobre la conducta alimenticia, después el reforzador positivo y por último la cantidad de comida servida. Cabe mencionar que, la combinación de las 3 variables es aún más efectiva.

En 1970 Blinder, Freeman y Stunkard, utilizaron la hiperactividad como reforzamiento positivo contingente al aumento de peso. Si lograba aumentar 0.23 kg. en un período pre-establecido de tiempo, se le permitía hacer ejercicio. Después de una semana de acceso al ejercicio contingente al aumento de peso, los pacientes tuvieron un aumento consistente en el peso. Sin embargo, una de las pacientes hizo un intento de suicidio; por lo que, los autores recomendaron que el uso de técnicas se haga con sumo cuidado, ya que el aumento de peso puede darse disociado de la mejoría en otras áreas. Este punto también es muy tomado en cuenta en los estudios de Bruch (1974).

En 1972, Stunkard sugirió que se podrían considerar además otros reforzadores y en 1973, Garfinkel junto con otros investigadores tomaron en cuenta esta sugerencia e implementaron un programa de reforzamiento operante con una amplia variedad de reforzadores. En 1979, Eckert, Goldberg, Casper, Davis y Halmi utilizaron el mismo modelo. En ambos estudios se observó una modificación en relación a modelos anteriores: tanto las metas, como la manera de obtener los privilegios, estuvieron claramente definidos en conjunto con el paciente antes de comenzar el tratamiento y se hizo claro que el paciente tenía la total responsabilidad en su aumento de peso (con lo que se evitaron conflictos de poder entre el paciente y el terapeuta). Otra modificación importante, fue el manejo externo del paciente una vez que fue dado de alta de la hospitalización, lo que abarcaba la atención de las necesidades insatisfechas (como manejo de angustia ante ciertos alimentos y apoyo educativo en relación a horarios de comida) del paciente que eran responsables del surgimiento del cuadro (Halmi y Powers1975).

En 1974, Bhanji y Thompson y en 1975 Brady y Grieger, usaron un programa conductual en unión a medicamentos psicoactivos. Ambos reportaron resultados

similares, viendo que el empleo de la droga no ocasionaba diferencias significativas en cuanto a los resultados reportados por Garfinkel (1973). Sin embargo, éste último autor enfatizó en que si el paciente requiere de drogas psicoactivas, su manejo debe ser muy cuidadoso, ya que pueden desencadenar procesos bulímicos, como es el caso de la clorpromacina.

Blue (1979) reportó el caso de una anoréxica adolescente tratada con la técnica de castigo, luego de que todos los intentos previos de tratamiento (psicoterapia de apoyo, psicofármacos, terapia racional emotiva y condicionamiento operante) habían fracasado. La paciente se encontraba en un estado crítico donde su vida peligraba. La aplicación del castigo (electroshock) se daba cada vez que la paciente tiraba la comida o hacia alguna rabieta. Además se le daban reforzamientos verbales positivos. En los resultados, la tasa de respuestas maladaptativas disminuyó hasta desaparecer. El autor concluyó que el castigo junto con reforzamientos verbales positivos, pudo ayudar a disminuir los hábitos alimenticios no deseables y que a pesar de que el tratamiento aversivo, no era un tratamiento de primera elección, podía ser una alternativa cuando fallan los otros tratamientos.

Liebman y Minuchin (1975 en Blue, 1979), teóricos prominentes del enfoque sistémico de familia, realizaron un estudio en el que mezclaron variables familiares y conductuales contingentes³ al aumento de peso (llamadas telefónicas y visitas de los familiares, permisos especiales para acudir a eventos importantes de la familia). Encontraron que involucrar a la familia en las etapas tempranas del tratamiento, aceleraba el aumento de peso. Asimismo el destapar y modificar patrones disfuncionales entre los miembros de la familia; así como, continuar la terapia familiar después de dada de alta la paciente, permitía continuar la reestructuración necesaria de la familia y ayudaba a prevenir futuras recaídas.

Powers y Powers (1984 en Garner, 1986), describieron un programa para la restauración del peso en pacientes con anorexia nervosa. Utilizaron un manejo conductual individual con reforzamientos positivos, acompañado de psicoterapia y terapia familiar. Se lograron resultados positivos en la mayoría de los pacientes tratados, con un aumento substancial del peso que se mantuvo al ser dados de alta y en estudios de seguimiento posteriores.

Cabe mencionar que, el uso inadecuado de los programas de modificación conductual, fuera de proveer insight, han distorsionado la efectividad de dichos tratamientos en la anorexia nervosa (Agras, 1974; Frenstein, 1974). Eckhert,

³ Variables conductuales contingentes - Se refiere a las conductas que van a ser reforzadas de manera contingente: presentar el reforzador en forma inmediata al emitirse la conducta (Delgado, 1983).

Goldberg y Halmi (1979) diseñaron un estudio para comparar la terapia conductual con psicoterapia que no tuviera ninguna contingencia conductual al aumento de peso. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas en los 2 grupos de terapia. Esto pudo deberse al tipo de programa, ya que los reforzadores individuales han mostrado ser más efectivos que los constantes. Por otro lado, como menciona Touysz (1997) es bien sabido que el uso de reforzadores contingentes con un programa de reforzamientos diarios es más efectivo que el uso de reforzadores retardados.

Hasta 1975, el reporte de Halmi con 8 pacientes tratados exitosamente con modificación conductual, sin medicamentos y usando criterios diagnósticos estrictos, era el estudio más largo y puro reportado en la literatura (Halmi y Powers, 1975).

Blinder (1970), Bruch (1974; 1976), Cooper (1997), Eckert (1979), Gerlinghoff (1990), Goldfried (1982), Halmi (1983) y Sturmey (1992), sostienen que aunque los resultados de la terapia conductual en anorexia nervosa son positivos y optimistas, su evaluación es complicada y difícil por varias razones:

- 1) Existen muy pocos estudios controlados que evalúen su efectividad, sobretodo a largo plazo.
- 2) Comúnmente se dan psicofármacos al unísono; por lo que, es difícil valorar cual tratamiento es el efectivo.
- 3) Los criterios diagnósticos no están cuidadosamente especificados; por lo que, se incluyen otro tipo de pacientes.
- 4) La mayoría de los estudios tienen grupos de pacientes muy pequeños.

A partir de estas críticas, los investigadores han puesto mayor énfasis en los criterios diagnósticos y han hecho ciertas modificaciones a los programas de modificación conductual. Se ha hecho hincapié en la necesidad de individualizar el programa de acuerdo a las variables específicas que mantienen la conducta de cada paciente. Asimismo, se ha valorado la importancia que tiene, que el terapeuta cuente con un buen equipo de trabajo, como enfermeras y nutriólogas, para que pueda focalizarse con mayor efectividad en los aspectos subyacentes a la conducta de las pacientes con anorexia nervosa (Beaumont, Russell, Touyz, 1993; Beaumont, Beaumont, Touyz, Williams, 1997; Gerlinghoff, 1990; Sletner, 1992; Touyz y Beaumont 1991).

A partir de 1985, el manejo del paciente se ha dividido (Touysz y Beaumont) en un programa integral que consta de 2 partes: 1.- El reestablecimiento del peso y 2.- El mantenimiento del peso.

Igualmente, se han desarrollado nuevos programas de condicionamiento operante más flexibles, con un programa de recompensas modificado y un programa de

ejercicio supervisado, que no comprometa el peso y la salud del paciente (APA, 1993; Beaumont, 1993; Beaumont, 1997; Long y Hollin, 1995). De acuerdo con los autores, las ventajas de utilizar este nuevo modelo más flexible son:

Los pacientes aceptan mejor este programa; están mejor motivados para llevar a cabo otros aspectos del programa; se requiere menos tiempo de atención por parte de las enfermeras y por lo tanto resulta más económico; por último, les da a los pacientes menos oportunidad de manipular al estaf (Beaumont, 1993; Touyz y Beaumont, 1997; Wilson y Fairburn, 1993).

Se ha observado también que el uso de la retroalimentación a través de la filmación de las comidas ayuda significativamente a mejorar la conducta anormal de comer en las pacientes (Touyz, Williams, Marden 1994; Treasure, Todd y Brolly, 1995).

La técnica de exposición⁴ y prevención de respuesta⁵, de acuerdo con el modelo de Jansen, Broekmate & Heymans (en Kennedy, Katz, Neitzert y Ralevski, 1995) ha demostrado ser de gran utilidad para aquellas pacientes anoréxicas del tipo compulsivo, purgativo (Fahy, Eiler y Russell, 1993)

Por último, de acuerdo con la literatura de los últimos 6 años, el promedio de sesiones que se han manejado con esta modalidad terapéutica conductual es de 20 y los resultados han demostrado facilitar el aumento de peso en un período de tiempo menor, lo que disminuye significativamente el número de días de hospitalización y por lo tanto, disminuye el costo del tratamiento. Durante la fase aguda de la enfermedad, ya sea como paciente interno o externo, es la modalidad terapéutica que ha demostrado mejores resultados; sin embargo, a largo plazo y para modificar otros aspectos de la enfermedad, la psicoterapia cognitivo-conductual es más eficiente y reporta mejores resultados (Attia, Haiman, Walsh, Flater, 1998; Cooper y Steere 1995; Long y Hollin, 1995; Low, 1994; Quiles, Alonso y Toledo, 1992; Schmidt, 1998; Stoylen y Laberg 1990; Treasure, Todd y Brolly 1995).

⁴ Exposición de respuesta - Permite reducir la ansiedad por medio de la exposición gradual o prolongada a la situación temida (Marks, 1978).

⁵ Prevención de respuesta - Se expone al paciente ante los estímulos que causan el pensamiento obsesivo, la ansiedad y la conducta compulsiva; entonces, se evita que el paciente se entregue a la conducta ritualizada, lo que inicialmente provoca un aumento de la ansiedad y el pensamiento obsesivo (Caballo y Buela-Casal, 1991). Después de una serie de sesiones, la ansiedad y las obsesiones suelen reducirse gradualmente. El procedimiento se basa en la extinción (Williamson, 1985).

II. 3 MANEJO COGNITIVO - CONDUCTUAL

En 1984, con Cooper y Fairburn surgió el primer reporte clínico con el uso conjunto de técnicas cognitivas-conductuales, específicamente para el tratamiento de anorexia nervosa. Con este modelo de tratamiento, pretendieron modificar los hábitos alimenticios, las creencias y valores anormales de estos pacientes en relación con la comida y el peso. Los procedimientos terapéuticos que incluyeron fueron técnicas conductuales como: control de estímulos y reforzamientos, y técnicas cognitivas por ejemplo: resolución de problemas y reestructuración cognitiva. Las primeras dificultades que enfrentaron estos investigadores fueron: la pobre o nula motivación de estas pacientes para el tratamiento y la necesidad urgente del aumento de peso. El grupo de estudio consistió de 5 pacientes que tenían diagnóstico de bulimarexia y que tuvieron en promedio 20 sesiones. Las primeras sesiones fueron para investigar los temas que las pacientes vivían como problema. Se discutió con las pacientes que la inanición contribuía considerablemente a esos problemas; por lo que, aceptar un aumento de peso controlado les ayudaría a disminuir sus quejas. El aumento de peso no se presentó como un fin en sí mismo, sino como un importante paso en el inicio de la terapia y se les aseguraba que mientras aumentarían de peso, se les ayudaría a mantener el control de su alimentación. La segunda fase del tratamiento se inició cuando ya habían recuperado peso utilizando los métodos cognitivos descritos por Bemis (1987) y Garner (1997). Se les daba asesoría para manejar su alteración del esquema corporal. En la última fase del tratamiento se procuró asegurar que el progreso logrado fuera mantenido. Tres de las pacientes tuvieron buena evolución, una recibió más sesiones en forma externa, lo que le ayudó a controlar el vómito, pero no aumentó significativamente de peso, ni modificó su actitud hacia el comer y la comida, ni cambió su diaria y rígida rutina de peso. Otra paciente también con sesiones extras, no tuvo cambios significativos ni en sus hábitos ni en su peso. Al final se deprimió y tenía ideas suicidas. Los autores concluyen que este tipo de acercamiento parecía mejor para pacientes con episodios de bulimia.

Andersen (1985) presentó una comparación e integración de 4 tratamientos para la anorexia nervosa: conductual, cognitivo-conductual, farmacológico y psicoterapia psicodinámica. Para alcanzar una resolución de la enfermedad, fue necesario situarla en el contexto de desarrollo del paciente a lo largo de su vida. Ya que la terapia conductual y cognitivo-conductual aporta pocos datos al respecto, fue necesario para su comprensión y tratamiento, incluir métodos psicodinámicos y cuando era necesario psicofármacos. Propuso que el tratamiento debería ser interdisciplinario, ya que cada uno de estos tratamientos aportaba valiosos procedimientos que en conjunto provocaban mejores resultados. Para él la terapia

cognitivo-conductual tenía efectos positivos en: conducta de emaciación, en patrones anormales de alimentación, en atracones (“binge eating”), conducta de laxarse, ejercicio compulsivo, distorsión perceptual, ansiedad generalizada, pensamiento obsesivo. Sin embargo, para la baja autoestima, distorsión perceptual, déficits en sus relaciones sociales y manejo de los afectos, las terapias psicodinámicas eran más efectivas.

En lo que respecta a la evaluación psicológica, Clark en 1989, hizo una crítica a los cuestionarios que se utilizaban para valorar las actitudes maladaptativas en pacientes con anorexia y bulimia nervosa, ya que de acuerdo con él, fallaban al no poder distinguir entre cognición, afecto y conducta. Los cuestionarios se enfocaban a medir la frecuencia de pensamientos negativos sin tomar en cuenta otras dimensiones como intensidad emocional, habilidad para controlarse y grado de creencia.

Clark (1989) diseñó un cuestionario, en el cual tomó más en cuenta las dimensiones mencionadas que las frecuencias. Encontró que los pensamientos de pérdida y fracasó únicamente predecían disforia, mientras que las cogniciones relacionadas con preocupación por la comida e insatisfacción corporal se asociaban únicamente con la alteración alimenticia (anorexia y bulimia nervosa). Concluye que, aunque es necesaria más investigación en el tema, las diferencias en los diálogos internos de estas pacientes son importantes para individualizar las técnicas de tratamiento.

Aunque ha habido una proliferación de nuevas formas de autorreportes, existen 2 instrumentos bien validados, el Test Revisado Para Bulimia (BULIT-R) (Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991) y el Inventario Para Trastornos de la Conducta Alimentaria – 2 (EDI-2) (Garner, 1991). El EDI-2, permite evaluar las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos de la alimentación. Su mayor ventaja es que genera un perfil psicológico que es útil para diseñar las metas del tratamiento. Consta de 3 escalas clínicas: I.- Impulso a la delgadez; II.- Escala de bulimia; III.- Insatisfacción con el propio cuerpo. Tiene 4 escalas que dan consistencia a las anteriores: IV.- Inefectividad; V.- Perfeccionismo; VI.- Desconfianza interpersonal – Aislamiento; VII.- Conciencia de estados internos; VIII.- Miedo a madurar. Por último, tiene 3 escalas complementarias: IX.- Ascetismo (virtud por medio de ideales espirituales y control de necesidades corporales); X.- Regulación de impulsos; XI.- Inseguridad social. El EDI – 2 tiene buena consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez.

El BULIT-R tiene buenas características psicométricas y discrimina a los individuos que padecen bulimia nervosa, de aquéllos que padecen anorexia nervosa y de aquéllos que no presentan trastornos de la alimentación. Asimismo, es capaz de detectar la severidad de la bulimia.

En México el EDI-2, fue traducido y validado por Holtz (1992), y encontró que hay diferencias culturales, de tal manera que, las escalas de Miedo a madurar (VIII), Regulación de impulsos (X) y la de Inseguridad social (XI), salen más elevadas que en los países sajones.

Hay otros investigadores mexicanos (González, Lozano y Péresmitré, 1999; Péresmitré, 1999), que también se han dedicado a la medición de los trastornos de la alimentación, a la imagen corporal y de los factores de riesgo, como el cuestionario que explora hábitos alimentarios, problemas alimentarios, relaciones familiares, auto-atribución (es uno de los procesos a través de los cuales se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como resultado de la interacción social; describe cómo nos vemos y nos percibimos a nosotros mismos) e imagen corporal (la representación del propio cuerpo). Unikel y Péresmitré (1999), han utilizado en sus investigaciones sobre prevalencia y factores de riesgo, un formato mixto, con algunos reactivos del EDI-2, más otros creados específicamente para dichas investigaciones.

Steiger (1991) retoma el consenso actual de que la anorexia nervosa es una alteración multideterminada, en la que la vulnerabilidad biológica, predisposición psicológica, ambiente familiar y clima socio-cultural aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. Teóricamente, la anorexia y la bulimia nervosa implican alteraciones en las relaciones de objeto y problemas en la etapa de separación-individuación⁶. Tomando en cuenta este punto, el autor sostiene que la integración de ciertas técnicas psicodinámicas a las técnicas cognitivo- conductuales, es de gran beneficio para las pacientes, ya que neutraliza las defensas y resistencias a la terapia, así como también, favorece el acceso a conflictos clave y a rasgos de carácter. (Davanloo 1979, 1980.).

En la misma línea, Friedlander y Siegel (1990, en Goodsitt, 1997) realizaron un estudio para probar el vínculo teórico entre los problemas del período separación-individuación (que son reflejo de teorías psicodinámicas y de sistemas), las

⁶ Por separación-individuación se entiende la secuencia que tiene el desarrollo normal para alcanzar el sentido de ser una entidad individual separado.

cogniciones y conductas que han demostrado ser los indicadores en los trastornos de la alimentación.

En el estudio participaron 124 estudiantes femeninos de “college” con una edad media de 20 años. Fue un diseño ex-post-facto que incluyó 6 variables predictivas: 4 escalas del “Psychological Separation Inventory” y las Escalas de Diferenciación del “Self” y Permeabilidad de límites . Las 4 escalas son:

- 1.- Independencia funcional
- 2.- Independencia emocional
- 3.- Independencia conflictiva
- 4.- Actitudes hacia la independencia

Cabe mencionar que en los resultados se encontró que los conflictos de dependencia y una pobre diferenciación de sí mismo con otros eran predictivos de bulimia, búsqueda de enflaquecimiento, inhabilidad para discriminar sentimientos y sensaciones, desconfianza de otros, inmadurez y pensamientos de inadecuación. Concluye proponiendo una terapia integrada con orientación cognitivo-conductual, orientación psicodinámica y apoyo familiar.

En la presente investigación también se utilizó el enfoque de trabajo interdisciplinario, con integración de las diferentes modalidades terapéuticas, agregando la terapia de grupo, intervención médica y fisioterapia.

Stoylen y Laberg (1990) sostienen que la terapia cognitivo - conductual lleva a una reducción de los atracones, vómitos y psicopatología asociada.

Al igual que otros autores (Garner,1997;2000; Grieger y Boyd,1980; Mitchell, 1997), que han reportado estudios recientes concluyen:

- 1.- La terapia cognitivo - conductual es efectiva para la mayoría de las pacientes, especialmente las que tienen atracones y vómitos.
- 2.- Aunque la mayoría de los estudios tienen problemas metodológicos, su calidad va mejorando.
- 3.- Las condiciones necesarias y suficientes para el éxito terapéutico siguen siendo vagas.
- 4.- La terapia cognitivo - conductual no es el único tratamiento efectivo.
- 5.- La terapia cognitivo - conductual es más efectiva que los psicofármacos.
- 6.- Es necesario identificar indicadores pronósticos más confiables.
- 7.- Los efectos terapéuticos siguen enriqueciendo la comprensión de este padecimiento.

Sin embargo, hoy en día existe una amplia evidencia clínica que apoya el uso de esta modalidad terapéutica con buenos resultados a mediano y corto plazo (APA, 1993; Boutelle, 1998; Cooper, 1997; Garner, 1992; Garner y Friedman, 1994; Garner y Rosen, 1994; Pike, Loeb, Vitousek, 1996; Sunday y Halmi 1997; Whittal y Zaretzky 1997).

Garner, Vitousek y Pike (1997) han propuesto un modelo de terapia cognitivo-conductual adaptado a las necesidades de las pacientes con anorexia nervosa que consta de 3 etapas o fases. Es importante mencionar que con estas pacientes hay que tener mayor conciencia de hospitalización u hospital de día. Asimismo, dado los marcados déficits de estas pacientes, es necesario involucrar a la familia y sacar a luz temas interpersonales en las primeras fases de la terapia (Beck y Freeman 1990; Cochrane, 1993; Fernández, Bel y Jiménez 1997; Glenn, 1997; Kleifield, Wagner y Halmi, 1996; Linehan, 1993; Liotti, 1993). Las fases de las que consta su modelo son: Fase I: Motivación, relación terapéutica y establecimiento de parámetros del tratamiento; Fase II: Cambio de creencias relacionadas a la comida y peso. Ampliación del campo de acción de la terapia; Fase III: Prevenir las recaídas y preparar la terminación del tratamiento.

Fase I – Motivación, relación terapéutica y establecimiento de parámetros del tratamiento. Esta fase comprende el primer mes del tratamiento, consta de 8 sesiones, 2 por semana. A esta fase se le dedica mucho tiempo, para maximizar las probabilidades de alcanzar la etapa II.

Dado que estas pacientes son particularmente reticentes a comprometerse con la principal meta del tratamiento (aumento de peso), es de radical importancia despertar y mantener la motivación por el cambio.

Ya que la anorexia nervosa es frecuentemente una alteración crónica, la premisa de que el cambio es posible, debe presentarse al inicio y enfatizarse durante todo el curso del tratamiento.

Los puntos que deben manejarse en la fase I son:

- 1.- Construir una alianza terapéutica positiva (Beck, Rush y Shaw 1979; Kliefield, Wagner y Halmi, 1996; Linehan, 1993; Liotti, 1993).
- 2.- Determinar los rasgos principales del trastorno de alimentación (Vitousek y Hollon, 1990; Williamson, Anderson y Gleaves, 1996).

- 3.- Proveer información educativa sobre la inanición y sus repercusiones en el pensamiento y los afectos (Garner, 1997).
- 4.- Evaluar y tratar las complicaciones médicas (Powers, 1997).
- 5.- Explicar las múltiples funciones de la sintomatología anoréctica (Stroeber, 1997).
- 6.- Diferenciar las 2 vías de tratamiento: A) Una vía del tratamiento se relaciona al peso, atracones, vómito, dieta exhaustiva y otras conductas relacionadas al control de peso. B) La otra vía se relaciona con temas psicológicos como la autoestima, autoconcepto, autocontrol, perfeccionismo, regulación de impulsos, expresión de afectos y conflictos familiares. Se pone mayor énfasis en la vía "A" al principio de la terapia, aunque en la práctica hay una alternancia de una a otra durante el tratamiento (Garner, 1986).
- 7.- Explicar al paciente las metas del tratamiento.
- 8.- Dar asesoría educativa acerca de la recuperación del peso y de una nutrición adecuada. Implementar intervenciones iniciales cognitivo-conductuales (Garner, 1997).
- 9.- Implementar el auto-monitoreo y la planeación de comidas (Wilson, Christopher y Agras, 1997).
- 10.- Interrumpir los atracones y el vómito utilizando estrategias cognitivo-conductuales (Freeman, 1998; Whittal y Zaretsky, 1997).
- 11.- Confrontar los valores culturales relacionados al peso y figura (Life, 1997; Sears, 1992)
- 12.- Determinar y fomentar el nivel óptimo de involucramiento familiar (Bergh, 1998; Dare y Eisler, 1997).

Fase II – Cambio de creencias relacionadas a la comida y peso. Ampliación del campo de acción de la terapia. Las metas principales de la fase II del tratamiento son: identificar los significados particulares y funciones de los síntomas para el paciente y ayudarlo a encontrar otros medios más adaptativos para alcanzar metas constructivas.

Se introducen métodos cognitivo-conductuales más formales como la reestructuración de pensamientos y se amplía el campo de acción de la comida y el peso, al significado personal que ha adquirido para el paciente el estar delgado.

El número de sesiones es de 1 por semana durante 1 año.

Los puntos que deben manejarse en la fase II son (Garner y Vitousek, 1997):

1.- Continuar el énfasis en subir de peso y normalizar la dieta para obtener un buen funcionamiento biológico.

2.- Reetiquetar las recaídas - La evolución nunca es lineal, por lo que es importante que al haber recaídas, el paciente reetiquete el evento sin utilizar su habitual forma de pensamiento dicotómico y perfeccionista. El terapeuta debe motivar y ayudar al paciente a practicar las "4R" para reetiquetar las recaídas:

A) Reetiquetar el evento como un "resbalón" y no como "una recuperación echada a perder".

B) Renovar el compromiso hacia una recuperación de largo plazo.

C) Regresar al plan de comidas regulares sin utilizar conductas Compensatorias.

D) Reinstituír controles conductuales que interrumpen recaídas futuras.

3.- Identificar pensamientos disfuncionales, esquemas y patrones de pensamiento (Beck, 1979; Fiske y Taylor, 1984; Markus, 1990; Teasdale y Barnard, 1993).

4.- Desarrollar habilidades cognitivas reestructurantes - La reestructuración cognitiva es un método para examinar y modificar pensamientos disfuncionales que consiste de los siguientes pasos (Garner, Vitousek y Pike, 1997):

A) Monitorear los pensamientos y aumentar la conciencia de los patrones de pensamiento.

B) Identificar, clarificar, destilar y articular creencias o pensamientos disfuncionales en su forma más simple.

C) Llegar a una conclusión evaluando la evidencia de los pros y los contras.

D) Hacer cambios conductuales consistentes con la conclusión obtenida.

E) Desarrollar controversias de pensamiento que sean creíbles y llegar a interpretaciones más realistas.

F) Gradualmente modificar supuestos subyacentes que se reflejan en creencias más específicas.

7.- Modificar el auto-concepto (Lemberg, 1995; Vitousek y Ewald, 1993).

8.- Desarrollar un foco interpersonal en terapia - Los síntomas de la anorexia nervosa generalmente tienen un mensaje interpersonal o tiene una función interpersonal (Baucom y Epstein, 1990; Bergh, 1998; Palazzoli, 1976).

9.- Involucrar a la familia en la terapia.

Fase III – Prevenir las recaídas y preparar la terminación del tratamiento. En esta fase los pacientes necesitan desarrollar confianza de que pueden enfrentarse con los retos de la vida solos. Esta etapa dura 6 meses y las sesiones se van espaciando de una vez a la semana a una vez al mes (Garner, 1997). Los aspectos fundamentales de esta etapa son:

- 1.- Resumir el progreso.
- 2.- Revisar las cuestiones fundamentales que hicieron posible el progreso.
- 3.- Resumir las áreas de continua vulnerabilidad.
- 4.- Revisar las señales que alertan una posible recaída.
- 5.- Aclarar cuando regresar al hospital o a la terapia.

Aunque el tratamiento pueda parecer largo, hay suficiente evidencia de que los tratamientos muy breves o aquellos que terminan cuando la paciente ha alcanzado el peso, sin tomar en cuenta el amplio espectro de la enfermedad, llevan a constantes recaídas y a la cronificación del síndrome. Esto representa un grave problema, pues hoy en día nos enfrentamos con el hecho de que mujeres que padecieron el síndrome, pero no se restablecieron completamente, al tener a sus hijas, éstas también presentan síntomas de anorexia y/o bulimia.

Es importante mencionar que debido a que la anorexia nervosa es una alteración multideterminada, en la que la vulnerabilidad biológica, predisposición psicológica, ambiente familiar y clima sociocultural, aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. La posibilidad de combinar terapia cognitivo-conductual con otras modalidades de tratamiento, como la terapia de grupo, la terapia de familia, terapia psicodinámica y en algunos casos psicofármacos, aumentan la probabilidad de una buena evolución y permanencia de ésta (Attia, Haiman, Walsh y Flater, 1998; Fairburn, 1997; Fernández, Bel y Jiménez, 1997; Garfinkel y Walsh, 1997; Garner y Needleman, 1997; Hoffman y Halmi, 1993; Holmes, 1998; Johnson, Tsoh, Varnado, 1996; Kliefield, 1996; Mitchell, Hoberman y Peterson, 1996; Polivy y Federoff, 1997; Schmidt, 1998; Wilson y Fairburn, 1993; Wilson, 1996).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

III. I JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de anorexia y bulimia nervosa en población general en países occidentales, se estima que va de 1.43/100 000/ h en mujeres entre 12 y 15 años de edad, hasta 50/100000/ h en mujeres de 18 años (Unikel,1998). Estos datos de prevalencia provienen de poblaciones de mujeres jóvenes, blancas, de clase media y alta. La anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de éstas entre los 12 y 18 años de edad.

El riesgo de mortalidad de estas pacientes que han acudido a tratamiento, es entre el 10 y 15 % en la primera década del padecimiento. Durante los 2 primeros años posteriores al tratamiento, un considerable número de pacientes desarrollan bulimia nervosa. Antes de los 6 años del padecimiento y con algún tipo de tratamiento, solo el 50% de las pacientes se han recuperado. Después de 12 años del padecimiento, el 10 % de las pacientes siguen entrando en el diagnóstico de anorexia nervosa. El resto, en gran número conservan un peso bajo y rasgos cognitivos típicos de la anorexia nervosa, como el perfeccionismo y el constreñimiento; asimismo, un 40% aproximadamente desarrollan depresión a lo largo de su vida.

En Estados Unidos, una de las causas para que no se desarrolle un tratamiento adecuadamente, es que los seguros de gastos médicos no cubren la totalidad del tiempo de tratamiento requerido; por lo que, las pacientes lo abandonan prematuramente y no logran recuperarse completa e integralmente (Newsweek, 1999) . En México una causa importante es que la Secretaria de Salud ha prestado poca atención a estas enfermedades en nuestro país, de aquí que no se les haya dado la difusión requerida y no se desarrollen programas de prevención (Unikel,1998); por otro lado, los pocos programas de tratamiento que se han desarrollado (de tipo privado) no siempre están al alcance económico de todas las pacientes.

Considerando que, actualmente en los países desarrollados occidentales, el 1% de los adolescentes padecen algún trastorno de la alimentación importante y 5% mueren como consecuencia, este padecimiento hace que sea el trastorno psiquiátrico de mayor mortalidad entre los adolescentes (Bergh, 1998; Eckert, Halmi y Marci, 1995; Herzog, Schellberg, Deter, 1997; Life, 1998; Lyon, Chatoor y Atkins, 1997; Sullivan et al, 1998; Time, 1997).

En la actualidad se observa que, los trastornos de la alimentación ya no se presentan exclusivamente en los países industrializados, sino que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades que no presentan un alto desarrollo económico, pero que tienen como común denominador la cultura de la delgadez. Esto se debe quizás y en parte, al bombardeo masivo de los medios de comunicación, pero también al hecho de tener nuevas presiones en relación con el rol femenino tradicional.

En México, investigadores como Holtz (1992,2000), Mancilla (1999), Martínez, Manríquez, Mercado y Péresmitré(1999,2000), Péresmitré (1997,1998,1999,2000), Unikel (1998,1999) y Salazar (1999) en los últimos años han trabajado en la prevalencia de trastornos de la alimentación en población de estudiantes que van de 9 a 25 años, con un promedio de 2000 sujetos tanto de escuelas privadas como públicas. Han encontrado que el 90% de los sujetos femeninos desean tener una figura delgada, a pesar de estar en su peso o por debajo de éste. Se encontró que el deseo de estar delgadas tenía connotaciones de éxito, estatus y atractivo sexual. Estos estudios son importantes, ya que reportan la presencia de factores de riesgo hacia el comer en pre-adolescentes mexicanos, lo que resulta alarmante, ya que en algunos casos pueden ser el inicio de un trastorno de la alimentación más severo.

En diversas investigaciones que llevó a cabo Péresmitré en México (1998,1999,2000), encontró que en mujeres de clase media y alta, que cursan el bachillerato y que son profesionistas, que el 70% del total de la muestra hacen dietas para control de peso, el 20% realiza ejercicio excesivo, 21% realiza atracones. En cuanto a hábitos alimenticios y otras conductas compensatorias para control de peso, encontró que el 24 % evitan 1 o varias comidas al día, el 15% realiza ayunos, el 15 % usa laxantes, el 9% usa diuréticos, el 4% utiliza anfetaminas y 3% de vómito autoinducido. Se encontró que el 8% de los sujetos presentaron un trastorno de la alimentación en general, el 5% de los cuales eran de anorexia nervosa y 3% de bulimia nervosa.

Aunque en México, la anorexia y bulimia nervosa no representan un problema de la magnitud como se presenta en algunos países occidentales desarrollados (como Estados Unidos y España), sí se ha observado un aumento de incidencia en los últimos años, como lo corrobora el hecho de que centros especializados como el Instituto Nacional de la Nutrición (INNSZ) y otras clínicas privadas confirmen el diagnóstico de anorexia y bulimia nervosa a razón de unos 30 casos por mes (Dpto. de Neurología y Psiquiatría del INNSZ, 2000).

Por otro lado, en las estadísticas de la Secretaria de Salud (Unikel, 1998), sobre mortalidad por anorexia nervosa, se presentan casos que van desde los 15 hasta los 85 años de edad, lo que presupone que no todos los casos son de anorexia nervosa, sino que se incluyen casos de muerte por anorexia debida a otras causas (cáncer, padecimientos neurológicos, demencia senil, etc.) y que están mal diagnosticados. Esto refleja la información poco atinada que existe y la escasa atención que se ha prestado hasta la fecha a estos trastornos en nuestro país.

Debido a la alta morbilidad y mortalidad asociada a estos padecimientos, es importante realizar esfuerzos para detectarlos y tratarlos en sus fases iniciales, ya que la probabilidad de éxito terapéutico es mayor que cuando se trata en su fase más aguda. Asimismo, es importante que en México se reporte en la literatura los diferentes procedimientos psicoterapéuticos, sus técnicas y sus vicisitudes, para obtener así un aprendizaje más profundo del padecimiento y de su terapéutica.

Dentro del espectro psicoterapéutico, la terapia cognitivo-conductual adaptada a pacientes con anorexia nervosa, ha sido descrita como un procedimiento útil, tanto en las fases iniciales del padecimiento, como cuando éste se encuentra muy avanzado; así como, para el control de atracones y de conductas compensatorias (Boutelle, 1998; Cooper, 1997; Garner, 1992; 1997; Garner y Friedman, 1994; Pike, Loeb y Vitousek, 1996, 1996; Whittal y Zaretzky, 1997). Otros autores como, Friedlander y Siegel (1990), Stoylen y Laberg (1990), han sostenido que la integración del modelo cognitivo-conductual, la psicoterapia con orientación psicodinámica y la terapia familiar, promueven una mejor evolución del padecimiento y evitan la cronificación del síndrome.

Debido a que en México no existían reportes en la literatura cuando se llevó a cabo la presente investigación, se determinó que sería importante aplicar el modelo propuesto por los autores ya mencionados, especialmente por Garner (1986), dentro de un programa interdisciplinario, donde además tendrían terapia familiar, de grupo y psicodinámicamente orientada.

Aunque para la presente investigación se contó con los datos correspondientes a 10 pacientes, se decidió realizar este estudio utilizando únicamente dos de los casos aplicando la metodología de Estudio de Caso. La razón de no haber incluido a los ocho restantes, fue que dos de ellos abandonaron el tratamiento en su fase inicial por no haberse adherido a las normas de la institución donde se llevó a cabo la investigación y los otros seis pacientes tuvieron semejantes resultados que los presentados en este estudio (tres pacientes con buena evolución y tres con resultados parciales). El presentar los resultados de dos pacientes por medio del Estudio de Caso nos permitió profundizar más en la información obtenida de ellas como

individuos, de sus familias, su entorno, del desarrollo del tratamiento y de sus vicisitudes, lo que facilita la posibilidad de replicar en futuras investigaciones los procedimientos terapéuticos que se llevaron a cabo con mayor éxito y modificar los que no fueron pertinentes.

III. 2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- A) ¿Es efectivo el tratamiento cognitivo-conductual para pacientes con Anorexia Nervosa?
- B) ¿Existe alguna etapa del padecimiento en que la modificación cognitivo-conductual surta un mejor efecto?
- C) ¿Qué características de personalidad prevalecen en las adolescentes con Anorexia Nervosa?

III. 3 HIPÓTESIS

- A) El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para pacientes con el síndrome de Anorexia Nervosa.
- B) La eficacia de los resultados con modificación cognitivo conductual varía de acuerdo a la etapa del trastorno.
- C) Las adolescentes con anorexia nervosa presentan características de personalidad reportadas en la literatura.

III. 4 SUJETOS

La muestra se compuso de 2 pacientes femeninas, con diagnóstico de Anorexia Nervosa Primaria, de tipo restrictivo (DSM-IV), que fueron referidas a la Unidad Metabólica Infantil y al Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), por ser dicha institución la única que tenía un programa interdisciplinario y un lugar específico para el manejo de estos padecimientos.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES**“PRE – TRATAMIENTO PSICOLÓGICO”**

DATOS	PACIENTE “ A “	PACIENTE “ B “
EDAD	19	18
SEXO	FEMENINO	FEMENINO
EDO. CIVIL.	SOLTERA	SOLTERA
ESCOLARIDAD	3° DE PREPARATORIA	3° DE PREPARATORIA
NIVEL SOCIECONÓMICO	MEDIO	MEDIO-ALTO
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	3 AÑOS	1 AÑO
ESTATURA	1.58 M.	1.62 M
PESO MÁXIMO	61.000 KG.	60.000 KG.
PESO MÍNIMO	29.500 KG.	37.000 KG
PESO INGRESO	37.100 KG.	37.100 KG
INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PREVIAS	ENDOCRINOLOGO Y ACUPUNTURISTA	GINECÓLOGO
EJERCICIO	2 A 3 HRS. DE AEROBICS DIARIOS	ATLETISMO Y 2 HRS. DE AEROBICS DIARIAS
AMENORREA	POSITIVO	POSITIVO
DIURÉTICOS	NEGATIVO	NEGATIVO
LAXANTES	NEGATIVO	NEGATIVO
VÓMITO	NEGATIVO	NEGATIVO
RÉGIMEN ALIMENTICIO AL INGRESO: DESAYUNO	2 HUEVOS TIBIOS	JUGO DE NARANJA TÉ
COMIDA	3 REBANADAS DE JAMÓN 4 LIMONES 1 CHAYOTE 3 NARANJAS 2 REBANADAS DE MELÓN 1 YOGOURT	50 GRS. DE CARNE LECHUGA CON LIMÓN
CENA	NADA	1 GELATINA
HALLAZGOS A LA EXPLORACIÓN MÉDICA	LANUGO, HIPERCAROTEMIA, ANEMIA	

III. 5 VARIABLES

1.- Variable independiente - Tratamiento cognitivo-conductual

2.- Variable dependiente - Peso corporal

Definición Conceptual de Tratamiento Cognitivo-Conductual. La terapia cognitivo-conductual es un conjunto de técnicas cognitivas y conductuales específicas para el tratamiento de la anorexia nervosa, cuyo objetivo terapéutico pretende modificar los hábitos alimenticios, los pensamientos irracionales y sus premisas, las creencias y actitudes que subyacen a las cogniciones del paciente (Garner, 1997; Grieger y Boyd, 1980).

Definición Conceptual y Operacional de Peso Corporal. El peso se define como el resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos (Salvat, 1978). De acuerdo con Crowther y Sherwood (en Goldner, Birmongham y Amye, 1997 El "peso normal" va de acuerdo con la edad y la talla; es el peso en el que una persona se encuentra físicamente sana y que puede mantener alimentándose normalmente, con una dieta balanceada y sin restricciones. En el caso de los adolescentes, el peso debe permitir que continúe el crecimiento a una tasa normal. El peso ideal se establece por medio del Índice de Masa Corporal ($I.M.C. = P = Kg/m^2$) y tablas percentiles de crecimiento de acuerdo con la edad. Entre los 14 y 15 años, el I.M.C. debe ser entre 18.5-19.5; de 16 años en adelante entre 20-25.

III. 6 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizó el diseño de Estudio de Casos de Intervención, ya que la muestra examinada fue de una N pequeña; además porque se aplicó un procedimiento terapéutico y se evaluó su efectividad (Krotochiwill, R.T., Mott, E.S. y Dodson, L.C., 1989). También se puede considerar un estudio de caso de intervención de tipo exploratorio (Pick, S. y López, A.L., 1986) debido a que fue la primera en México en que se utilizó el Tratamiento Cognoscitivo Conductual para la Anorexia Nervosa con el modelo de Garner (1986); por lo que, se desconocía hasta cierto punto su efectividad en este tipo de padecimientos en población mexicana.

Entre las ventajas y limitaciones de utilizar el estudio de casos se encuentran:

Ventajas (Krotochiwill, R.T., Mott, E.S. y Dodson, L.C., 1989):

- 1.- Proporciona un conocimiento base importante en la investigación terapéutica, que es imposible de obtener mediante diseños tradicionales de grandes N en los grupos.
- 2.- Las metodologías de caso, están especialmente adaptadas a la evaluación del tratamiento que implican un solo sujeto.
- 3.- Es difícil realizar estudios grandes en determinados padecimientos.
- 4.- Supone una alternativa respecto a los diseños tradicionales de grupos de grandes N; ya que a menudo han surgido diferentes consideraciones éticas y legales de las objeciones éticas de no ofrecer tratamiento a los sujetos del grupo control de no-tratamiento. Los estudios de caso son una alternativa donde el tratamiento puede a menudo llevarse a cabo inmediatamente.
- 5.- Ha permitido el desarrollo de una tecnología de medición que puede asociarse repetidamente en el proceso terapéutico, por ejemplo distintas mediciones de resultados como: observación directa, escalas de puntuación, mediciones psicofisiológicas, autoprregistros, etc. Que pueden utilizarse como medidas control de la evolución del paciente durante el tratamiento.
- 6.- Ha aportado diferentes opciones para ser replicados, supone un importante paso en la generalización de los resultados de investigación en la práctica
- 7.- Brinda bastante información sobre el desarrollo y las funciones psicológicas de los individuos en estudio.
- 8.- Constituye una de las principales fuentes de hipótesis, las cuales se pueden someter a comprobación con algún método de investigación tan preciso y riguroso, como un experimento.

Limitaciones (Zinser,O., 1992):

- 1.- No permite indagar las relaciones de causa y efecto en razón a que éste no tiene control sobre las condiciones involucradas en dichas relaciones.
- 2.- Los investigadores dependen por completo de la memoria de las personas que presenciaron la historia vital del sujeto en estudio (relato retrospectivo).

III . 7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Historia clínica
- Entrevista
- Pruebas psicológicas
- Báscula metabólica para registro del peso corporal
- Diario personal de las pacientes

III . 7. A. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

HISTORIA CLÍNICA Y ENTREVISTA

La historia clínica es la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos relativos a un paciente, con el objetivo de facilitar el establecimiento de un diagnóstico correcto y el despliegue de un tratamiento apropiado (MacKinnon y Michels, 1973; Salvat, 1978). Los datos para una historia clínica se organizan alrededor de la enfermedad actual, de la historia pasada y de la historia de la familia. Los datos pueden obtenerse por medio de cuestionarios en forma de machote o pueden obtenerse por medio de la entrevista. Si embargo, es más recomendable obtenerlos por medio de la entrevista, ya que ésta permite no sólo la recolección de datos, sino la posibilidad de observar al paciente, sus reacciones, su lenguaje corporal, sus emociones, el lenguaje que utiliza y su forma de pensamiento.

Para el psicólogo clínico, uno de los instrumentos más útiles que tiene para obtener información acerca del paciente es la entrevista, ya que como se mencionó, no sólo permite la recolección de datos sino además la posibilidad de establecer una relación más humana y cercana con el paciente; así como, la obtención de otro tipo de datos que sólo se dan por medio de la interrelación entrevistador-paciente y de la observación. Aunque parte del contenido se transmite verbalmente, puede valorarse también la comunicación que se da por medio de la conducta no verbal; durante el proceso de la entrevista puede valorarse la manera en que se relaciona con el entrevistador. La entrevista permite que el paciente informe acerca de sus sentimientos y experiencias, da la posibilidad de que el paciente exprese sus afectos en relación con los temas que se tocan y permite al entrevistador calificado y especializado, observar los procesos mentales del paciente (percepción, pensamiento, estado de conciencia, orientación, memoria, juicio e "insight") (Baz, 1994; Gregory, 1999; MacKinnon, 1980; MacKinnon y Michels, 1973).

Básicamente existen 2 tipos diferentes de entrevista: la entrevista directiva, en la que se le hacen al paciente preguntas concretas y directas en relación a temas obtención de otro tipo de datos, que solo se dan por medio de la interrelación entrevistador-paciente y de la observación. relevantes para obtener información que permita llegar al diagnóstico y la entrevista no directiva, donde se deja hablar al paciente libremente, siendo él quien elige los temas a tratar (Wolberg, 1977). Dado que las pacientes con anorexia nervosa no suelen ser muy precisas en sus observaciones y suelen ocultar información acerca de su padecimiento para protegerse y por sentimientos de vergüenza, es importante combinar preguntas directas con otras poco estructuradas para desarrollar un mejor rapport y transmitirles un clima de aceptación e interés genuino por su persona.

En la presente investigación, los datos de la historia clínica, se obtuvieron por medio de 3 entrevistas de una hora cada una.

Los datos que se obtuvieron en la historia clínica fueron:

Antecedentes heredofamiliares. Si hay antecedentes de trastornos de la alimentación en algún familiar. Si hay antecedentes cercanos de diabetes, enfermedad tiroidea, problemas cardiovasculares, cáncer y problemas psiquiátricos.

Antecedentes personales no patológicos. Nivel socioeconómico, condiciones de vivienda e higiene. Información acerca de la familia, quienes la conforman, escolaridad. Antecedentes ginecobstétricos. Aspectos relevantes del desarrollo.

Antecedentes personales patológicos. Enfermedades a lo largo de su vida, consecuencias y tratamientos. Si ha habido intervenciones quirúrgicas, motivo y evolución.

Padecimiento Actual. a) En relación al peso: Cuál es su estatura y peso actual. De acuerdo a la estatura actual, cómo ha fluctuado su peso. Cómo fue su peso en la infancia y en el transcurso de la adolescencia; si había o no sobrepeso. Si hubo alguna relación entre aspectos de la vida significativos y/o cierto tipo de emociones y fluctuaciones en el peso. Cómo se percibía ella y qué actitudes en la familia recuerda en relación al peso.

b) En relación a la imagen corporal: Si hay alteraciones en la percepción de partes específicas de su cuerpo. Si hay alteración cognitiva y de los afectos en relación a la evaluación de su cuerpo. Si hay alguna alteración conductual en relación a evitar situaciones que impliquen exponer su cuerpo. Investigar sus sentimientos, pensamientos y valores con respecto al significado que tiene subir o bajar de peso.

- c) **Conductas anormales de alimentación:** Historia de las dietas que ha realizado y desde cuando. Qué tipo de dieta realiza: si hay selectividad de los alimentos, si la hay, en base a qué la realiza. Si existe algún tipo de ritual en relación con los alimentos y comidas. Si existen atracones, valorar si tiene la sensación de pérdida de control durante los mismos y qué circunstancias lo provocan. Si hay alimentos que le provoquen angustia y/o alimentos que disguste pero evite.
- d) **Medidas para el control de peso:** Averiguar acerca de sus métodos preferidos para hacer dietas; cuándo comenzó con ellas y con qué frecuencia. Si se presentan métodos compensatorios para prevenir el aumento de peso como: uso de laxantes o enemas, uso de supresores del apetito u otros medicamentos, ayuno, exceso de ejercicio. Qué tipo de ejercicio realiza, con qué frecuencia y con qué duración. Si ha existido alguna relación entre situaciones estresantes e inicio de las dietas. Qué sentimientos y pensamientos la llevan a utilizar laxantes, diuréticos, inducción del vómito o ejercicio exagerado, y qué consecuencias a nivel de pensamientos y afectos hay cuando lo realiza.

Historia Menstrual. Cuándo se presentó la menarca. Si ha habido irregularidades menstruales. Si dejó de presentarse la menstruación, desde cuándo. Qué pensamientos, afectos y actitudes hay hacia la menstruación.

Historia escolar y laboral. Grado de escolaridad. Desempeño y desarrollo académico en la infancia y adolescencia. Si trabaja, en qué y cuál es su desempeño laboral; cómo se percibe en el mismo y si la actividad que realiza es de su agrado. Qué aspectos de la escuela le gustan, cuáles le disgustan y por qué. Si existe el gusto y/o habilidad para actividades artística, y si realiza alguna.

Evaluación del área emocional. Investigar si existe y desde cuándo, ansiedad, depresión, pensamientos y/o conductas obsesivas, impulsividades y alteraciones de la personalidad. Explorar si existe abuso de sustancias, como drogas y alcohol. Si existen alteraciones del sueño.

Familia. Investigar en qué tipo de familia vive y quiénes la conforman. Percepción que tiene de los padres y otros parientes significativos; así como, del tipo de relación que establece con cada uno de ellos. Tipo de relación que existe entre los padres. Actitud de los padres y hermanos hacia su padecimiento y si hubo o no cambios en la familia por el mismo.

Aspectos Sociales. Historia de las relaciones interpersonales fuera de la familia. Si se considera extrovertida o introvertida. Si ha habido cambios en sus relaciones con amigos o compañeros a raíz del inicio del padecimiento. Ha habido cambios en

su vida social y cultural a raíz del padecimiento. Qué tipo de actividades recreativas realiza y con quién.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron:

- A) Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (W.A.I.S.).
- B) Prueba proyectiva de la Figura Humana de Machover.
- C) Prueba proyectiva Test de Apercepción Temática de Murray (T.A.T.).

Se utilizaron dichas pruebas psicológicas por no haber contado en el momento de la investigación con los cuestionarios que actualmente existen traducidos y validados en español. Por otro lado, eran parte de la rutina del Departamento de Medicina Psicológica del I.N.N.S.Z. aplicar dichas pruebas a todos los pacientes que acudían, ya fuera a consulta o como parte de un proyecto de investigación. Por último, por medio de ellas se esperaba corroborar el diagnóstico clínico o enriquecerlo.

Escala de Inteligencia de Wechsler Para Adultos (W.A.I.S.)

Fue creada por David Wechsler en 1939. La prueba fue proyectada y adaptada específicamente para la medición y evaluación de la inteligencia de adultos (Aiken, Allyn y Bacon, 1996 y 1997). A la primera versión, Wechsler agregó una segunda forma en 1947. Finalmente en 1955, The Psychological Corporation publicó una versión completa y reestandarizada, que corregía algunas deficiencias técnicas en relación con el tamaño y la representatividad de la muestra normativa y la confiabilidad de los subtests; la prueba apareció con el nombre de Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS) (Aiken, 1996; Anastasi y Urbina, 1998; Matarazzo, 1980; Velasco, 1981). En 1974 Wechsler autorizó que se iniciara la investigación para la revisión del WAIS y su estandarización, en 1981 se publicó una vez más con el nombre de Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS - R), para evaluar la inteligencia de adultos entre 16 y 74 años de edad (Aiken, Allyn y Bacon, 1997; Kaplan y Sacuzzo, 1997; Matarazzo, 1980).

En cuanto a la confiabilidad de las escalas de Wechsler, proporcionan para cada grupo de edad en cada calificación del subtest coeficientes de confiabilidad de división por mitades (salvo aquellos subtests en que es inapropiada la confiabilidad de división por mitades como símbolo-dígitos y retención de dígitos), índices de calificación y C.I. En todas las escalas, la confiabilidad de división por mitades de

los C.I. de la Escala Completa fluctuaba entre .90 y .98; entre .86 y .97 para los C.I. Verbales, y entre .84 y .94 para los C.I. de Ejecución.

En cada revisión se obtuvieron también cada vez con más cuidado, los datos sobre la confiabilidad del test-retest (o estabilidad). Los índices de correlación del test-retest se encuentran en .80 y .90. Los coeficientes de estabilidad suelen ser mayores en personas con más de 18 años que para los niños. Aún después de 1 año de re-test, los puntajes permanecen prácticamente iguales (Anastasi y Urbina, 1998; Matarazzo, 1980).

En cuanto a la validez, si bien en los manuales del WAIS y WAIS - R no presentaban más datos sobre la validez del instrumento que un par de estudios de la correlación entre la última versión y las escalas anteriores, múltiples investigadores como Dean (1997), Gutkin y Reynolds (1981), Hollenbeck y Kaufman (1973 y 1974), Karnes y Brown (1980), Kaufman (1975), Leckteiler, Matarazzo y Silverstein (1986), Silverstein (1982), Walles y Waldman (1990) (en Anastasi y Urbina, 1998), compensaron esta limitación con investigaciones independientes de todas las escalas de Wechsler.

En cuanto a la validez de constructo, las correlaciones entre las escalas de Wechsler y otras medidas globales de inteligencia, se agrupan alrededor de 0.80; este resultado es consistente con los análisis factoriales realizados por los investigadores independientes (Anastasi y Urbina, 1998; Hopkins, Allyn y Bacon, 1998; Kublinger, 1998).

En México, el Dr. Díaz Guerrero y el Dr. Sta. María (en Valderrama, 1995) entre los años 60's y 70's se dedicaron a la traducción, adaptación, estandarización y a la validación de diversas pruebas psicológicas, entre ellas el WAIS. En 1968 el Dr. Jorge M. Velasco, con la autorización de la Psychological Corporation adaptó y tradujo la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos, que es editada por la Editorial Manual Moderno (Velasco, 1981; Demsky, Gass y Golden, 1997).

La Escala de Inteligencia de Wechsler consta de:

- 6 subtests verbales:
- 1. **Información:** Mide cuanta información general se ha adquirido por medio de la escuela, libros, medios y de personas significativas. Refleja también el medio ambiente en que se ha desarrollado.
- 2. **Retención de dígitos:** Mide la memoria inmediata en relación a los números; así como, la capacidad de atención y concentración.

3. **Vocabulario:** Directamente mide la capacidad de definir lo que las palabras significan. Indirectamente refleja el interés por el medio que lo rodea y por adquirir nuevos conocimientos.
4. **Aritmética:** Refleja habilidades matemáticas básicas de suma, resta, multiplicación, división y quebrados. Mide la capacidad de concentración ante estímulos auditivos.
5. **Comprensión:** Mide la capacidad de juicio ante situaciones sociales de la vida diaria, que además involucran juicios éticos y morales.
6. **Semejanzas:** Directamente mide la habilidad para distinguir semejanzas esenciales de las no esenciales en objetos, hechos e ideas. Indirectamente refleja la formación de conceptos y el nivel de pensamiento (concreto, funcional y abstracto).

- 5 subtests de ejecución:

1. **Figuras incompletas:** Mide la habilidad para reconocer visualmente cuando un elemento esencial falta en un objeto común. Se relaciona con la capacidad para observar detalles finos y sutiles de la vida cotidiana.
2. **Ordenamiento de figuras:** Mide la capacidad para pensar en forma secuencial y la habilidad para ver las relaciones que existen entre los eventos de tipo social. Refleja también la sofisticación social y el sentido del humor. Mide la capacidad para trabajar bajo presión de tiempo
3. **Diseño con cubos:** Mide la capacidad de análisis y síntesis en relaciones espaciales que requieren el uso de la lógica. Refleja habilidades viso-espaciales y la capacidad para trabajar bajo presión de tiempo.
4. **Rompecabezas:** Mide la capacidad de organizar un todo a partir de sus elementos. Refleja la capacidad de anticipación y planeación; así como, la coordinación visomotora.
5. **Símbolo dígitos:** Mide la capacidad para aprender tareas nuevas a partir de elementos desconocidos. Refleja la habilidad visomotora, velocidad y la persistencia para enfrentar una tarea aburrida. Mide la capacidad para trabajar bajo presión de tiempo.

Otra de las aportaciones importantes de Wechsler, fue la observación de que las funciones intelectuales pueden afectarse por la motivación y por problemas emocionales (Anastasi y Urbina, 1998; Matarazzo, 1980; Moreno, 1995).

Es importante señalar que, la interpretación del perfil obtenido en el WAIS debe utilizarse para generar hipótesis acerca del funcionamiento intelectual de la persona.

Estas hipótesis sólo podrán ser corroboradas o refutadas por medio de otras pruebas, la historia clínica y la observación directa.

En la presente investigación la prueba se interpretó de acuerdo con los estándares de Gregory y Wechsler (en Gregory, 1999). La estrategia que se siguió fue reportar primero el CI total como índice general de la habilidad para manejar las demandas intelectuales de la sociedad occidental y su cultura. A continuación se reportó el CI de Ejecución, que se considera como una medida de habilidades analítico-sintéticas a partir de estímulos no verbales, procesamiento viso-espacial, capacidad para atender a detalles sutiles e integración visomotora. Cuando hubo una diferencia de 10 a 20 puntos entre las 2 escalas, se reportó más bien en relación a un predominio de habilidades de tipo verbal o de ejecución, y a habilidades o deficiencias en relación a lo que mide cada subtest (en Allyn y Bacon, 1999).

De acuerdo con Kauffman (1990, en Allyn y Bacon, 1999) los aspectos de tipo emocional que pueden alterar alguno de los subtests son:

- 1.- Símbolo dígitos - Se ve afectada por la presencia de ansiedad, necesidad obsesiva de precisión y detalle, falta de atención, persistencia, presión de trabajar contra reloj, depresión.
- 2.- Aritmética - Se ve afectada por la dificultad para atender y concentrarse, ansiedad, presión de trabajar contra reloj.
- 3.- Retención de dígitos - Se ve afectada por la dificultad para atender y ansiedad.
- 4.- Información - Influye en la curiosidad y el esfuerzo por conocer cosas nuevas, campo de intereses y riqueza del ambiente que la rodea.
- 5.- Comprensión - Se ve afectada por negativismo.

Con la aplicación e interpretación de la prueba se buscó confirmar los hallazgos de las investigaciones que afirman la presencia de alteraciones en la esfera cognitiva como efecto de la emaciación (Davis, R.; Olmstead, M.P., 1992; Garner, D.M., 1997; Zean, M; Mitchell, J.E., 1999).

Prueba Proyectiva de la Figura Humana de Machover

Las técnicas proyectivas representan una discrepancia entre la investigación y la práctica, ya que aunque suelen desempeñar un mal papel en las evaluaciones, su popularidad en la práctica clínica no sólo no disminuye, sino que aumenta (Anastasi y Urbina, 1998; Buck y Warren, 1995). De acuerdo con Nunnally (1987, en Aguadé y Escalera, 1993), el estudio de la personalidad se centra en 2 grandes temas: como

son las personas en un punto determinado del tiempo y cómo se hicieron así. Las técnicas proyectivas son una de las tantas estrategias de valoración de los rasgos de la personalidad. Una de sus características, es el empleo de una tarea no estructurada que permita una gran variedad de respuestas posibles. La hipótesis fundamental, es que la forma en que el individuo percibe e interpreta el material del instrumento o en que "estructura" la situación, refleja aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico. Los materiales de la prueba habrán de servir como una especie de pantalla sobre la que los individuos proyectan sus procesos de pensamiento, necesidades, ansiedades y conflictos característicos (Aguadé y Escalera, 1993; Anastasi y Urbina, 1998; Kaplan y Sacuzzo, 1997).

Zucker (1948) encontró que los dibujos son los primeros indicadores que muestran signos de psicopatología y los últimos en perder los signos de enfermedad conforme el sujeto se recupera y concluyó que los dibujos son más sensibles a las tendencias psicopatológicas que otras técnicas proyectivas (en Buck y Warren, 1995).

Karen Machover (1963) trabajó con material clínico recolectado de clínicas y hospitales para la observación mental durante 15 años. De acuerdo con Machover (1949), los dibujos de la figura humana orientaron respecto a la línea a seguir en el examen diagnóstico (en Aguadé y Escalera, 1993). De acuerdo con Levy (1994), el supuesto del que partió la prueba, es que todo aspecto de la conducta tiene alguna significación ya que la psicología proyectiva supone que no hay conducta accidental (en Abt y Bellak, 1994).

De acuerdo con Machover, cuando se le pide al sujeto que dibuje una figura humana, los atributos corporales de las figuras externas son variadas, por lo que el sujeto recurre a un proceso de selección de características de las figuras externas en el cual interviene la identificación, a través de la proyección y la introyección (en Aguadé y Escalera, 1995). El dibujo de la Figura Humana brinda información de la imagen corporal o de la imagen de sí mismo y provee una expresión natural de las propias necesidades y conflictos, da una proyección de la propia imagen idealizada, una expresión de otros en el medio ambiente y la influencia de los factores culturales (Uribe, 1970 en Aguadé y Escalera, 1993). Desde el punto de vista empírico esta comunicación gráfica ocurre independientemente de la edad, habilidad o cultura.

En cuanto a la confiabilidad y validez de los juicios basados en el análisis de dibujos, la información disponible es inadecuada (Levy, 1994). Swensen (1968) y Kahill (1984) realizaron una revisión longitudinal de las investigaciones hechas al respecto para poder llegar a una conclusión de la validez y confiabilidad de la prueba. Si bien los resultados acerca de la validez han sido insuficientes, la

experiencia empírica reportada por los psicólogos clínicos que han hecho uso de la prueba, no han negado su utilidad clínica (en Aguadé y Escalera, 1995). Sin embargo, existe también un consenso en relación a que la prueba debe emplearse para generar hipótesis y que para llegar a un diagnóstico deben considerarse otras fuentes de información, por ejemplo otras pruebas psicológicas y la entrevista clínica (Aiken, 1996; Aiken, Allyn y Bacon, 1997; Carr, 1980; Hopkins, Allyn y Bacon, 1998; Kaplan y Sacuzzo, 1997; Murray, 1987).

Ya que en la anorexia nervosa, la distorsión de la imagen corporal es característica y la prueba provee información de la misma; así como, de sus necesidades y conflictos, se aplicó dicha prueba para corroborar la presencia de alteraciones en la imagen corporal y tener la posibilidad de obtener mayor información de aspectos más profundos de su personalidad.

En la presente investigación, la interpretación que se hizo de la prueba fue de acuerdo al enfoque de Levy (1994), que retomó fundamentalmente a Anderson y Anderson (1976), Bellak (1994), Krina (1947), Machover (1963). La interpretación se dividió en 3 partes: la formal, la grafológica y el análisis del contenido.

- 1) Análisis formal - Se toma en cuenta el tamaño, ubicación en el espacio y el movimiento. Se toma en cuenta la precisión de la forma, aspecto, sombreados, omisiones, detalles corporales, vestimenta, accesorios y sexo de las figuras.
- 2) Análisis de las líneas - Se toma en cuenta la presión, continuidad de la línea y el movimiento motor.
- 3) Análisis de contenido - Se analiza lo que la persona dice a través de los relatos que hace de cada una de las figuras.

Prueba Proyectiva del Test de Apercepción Temática de Murray (TAT)

Entre 1910 y 1930 se dieron diversas condiciones que favorecieron el surgimiento del TAT y de los tests proyectivos en general. Las más importantes fueron:

- 1) La introducción del enfoque profundo y dinámico por el movimiento psicoanalítico.
- 2) La demanda de instrumental psicodiagnóstico infantil por las clínicas psicológicas.
- 3) La demanda de instrumental psicodiagnóstico adulto por los gabinetes psicotécnicos.
- 4) El crédito que el Psicodiagnóstico de Rorschach conquistó para los instrumentos proyectivos (Bernstein, 1987).

El Test de Apercepción Temática (TAT), fue diseñado por Henry Murray y Christiana Morgan como parte de un método de investigación para obtener datos sobre las fantasías en la personalidad normal, que se llevaba a cabo en la Clínica Psicológica de Harvard (Carr, 1980). A la edición original siguieron varias modificaciones, hasta que en 1942 surgió la última, revisada e impresa en la editorial de la Universidad de Harvard y es la que se utiliza actualmente.

A pesar de la dificultad para cumplir con los criterios de validez y confiabilidad, diferentes autores como Bellak, Brenman, Rapaport, Rautman y Brower, Rodnick y Kleleanoff, y Sanford (en Bernstein, 1987); Alvarado (1994), Freedendfeld, Ornduffy y Kelsey (1995), y Westen (1991) (en Anastasi y Urbina, 1998), han ampliado las investigaciones y confirmado la utilidad clínica del test para revelar la dinámica de la personalidad del paciente, sus patrones de interacción familiar y con otras figuras significativas; la naturaleza de sus temores y la jerarquía de sus necesidades (Bellak, 1994); asimismo, permite inferir las motivaciones y los factores ambientales que subyacen a la conducta de la persona (Carr, 1980).

La prueba consta de 31 láminas; de ellas 30 son pictóricas y 1 blanca; 11 láminas son universales y se pueden administrar a todo examinado; 9 son específicas y se administran según la edad y sexo del examinado (Bernstein, 1987). La prueba se aplica a hombres y mujeres mayores de 14 años. Aunque el test completo incluye la administración de 20 láminas, la mayoría de los clínicos utiliza conjuntos abreviados de tarjetas especialmente seleccionados, por lo que en general se presentan 10 láminas a un solo examinado (Anastasi y Urbina, 1998; Carr, 1980; Hopkins, Allyn y Bacon, 1998; Kaplan y Sacuzzo, 1997).

En relación a la validez, Tomkins (1948, en Bernstein, 1987) señala las siguientes formas posibles de la validación:

- 1) Verificación de sus datos con otros datos materiales del mismo sujeto como su historia pasada - Tompkins (1942, en Bellak, 1994), junto con Markman, Combs (1946) y Symonds (1948) (en Bernstein, 1987) coinciden en que los mejores resultados (69%), se logran con las láminas con cuyos personajes el sujeto se identifica más fácilmente en términos de edad, estado y semejanza general.
- 2) Comparación del TAT con otras técnicas proyectivas - En comparación con el Rorschach, Harrison, Henry y Tomkins (en Bernstein, 1987), encontraron una coincidencia sustancial.
- 3) Verificación del grado en que el TAT muestra con fidelidad características bien conocidas de un grupo de individuos - Harrison, Slutz y Murray (en Berenstein, 1987), utilizaron 2 formas de procedimiento "a ciegas": 1.- El investigador interpretaba la prueba sin conocer las características de los sujetos y luego

comparaba sus resultados con datos previamente establecidos. 2.- Recurrieron a expertos para que, basándose en las interpretaciones de los relatos, éstos identificaron a sujetos conocidos por ellos. Encontraron que el porcentaje de coincidencia fue entre el 74% y 85%.

4) Éxito del TAT en la exploración y el pronóstico e interrelación con otros datos y técnicas - Harrison, Morgan y Murray, Murray y White (en Bernstein, 1987), validaron por cotejo los diagnósticos de la personalidad basados en el TAT con estudios de casos.

En relación con la confiabilidad existen 2 problemas:

- 1) En qué medida concuerdan diversos examinadores en sus interpretaciones independientes de los mismos protocolos (confiabilidad de intérprete) - Dado que la coincidencia entre los intérpretes depende del entrenamiento y capacidad del intérprete, y del marco de referencia conceptual que cada uno de ellos utilicen para el análisis y la interpretación, los coeficientes de confiabilidad hallados en diversas investigaciones han variado entre +0.30 y +0.90 (Bernstein, 1987). Tomkins (en Bernstein, 1987 y en Bellak, 1994) señaló que cuando la investigación se realiza entre investigadores que operan con iguales fundamentos teóricos y sistemas de cómputo, la correlación negativa desaparece y aumenta la correlación positiva. Bajo estos parámetros, en la Clínica Psicológica de Harvard, la confiabilidad de las interpretaciones realizadas por algunos investigadores asciende a +0.95.
- 2) En qué medida concuerdan los protocolos recogidos en forma sucesiva de un mismo sujeto (confiabilidad de repetición) - La confiabilidad de retest depende, en parte, de la estabilidad de la persona sometida al test, y de la extensión del lapso entre una y otra toma. Dado que la infancia y la adolescencia se caracterizan por períodos de máxima plasticidad, la confiabilidad de repetición ha sido baja, en promedio de +0.46. A partir de los 20 años y con intervalos de hasta 1 año entre test y retest, encontraron que los coeficientes de confiabilidad iban del +0.60 al +0.80 (Berenstein, 1987). En cuanto a la sensibilidad de las fluctuaciones emocionales circunstanciales, Bellak (1994) encontró que las principales características de la personalidad persistían a pesar de la situación artificialmente creada.

La prueba se utilizó para confirmar y ver la posibilidad de ampliar datos acerca de los factores en la dinámica de la personalidad de las pacientes, de sus relaciones interpersonales y familiares, de sus fantasías, temores, necesidades y motivaciones.

La interpretación de la prueba se hizo de acuerdo a la orientación que propone Bernstein (1987) y Bellak (1994), que se divide fundamentalmente en:

- 1.- Análisis formal - Grado de realismo, estructura del pensamiento, lenguaje en las narraciones, capacidad de observación, nivel de conocimiento, imaginación estética, facilidad verbal, nivel de integración, tiempo de reacción.
- 2.- Análisis de contenido - Personajes, relaciones interpersonales, núcleo de acción de la historia, conflictos explícitos o implícitos, omisiones, símbolos, uso de la fantasía, dinámica familiar, reactividad emocional y adaptación sexual.

DIARIO

El diario o automonitoreo por escrito, es un procedimiento conductual que puede brindar excelente información sobre el trastorno de alimentación de la paciente; por un lado, al terapeuta le permite conocer qué tipo y cantidad de alimentos ingiere, con qué frecuencia y en qué horarios; el ambiente en el que come; si hubo o no atracones u otro tipo de conductas compensatorias para eliminar peso; asimismo permite conocer qué tipo de pensamientos y afectos asociados se dan antes, durante y después de los alimentos; si están o no asociados a comer o no comer, y a las conductas compensatorias.

Las pacientes con Anorexia Nervosa Restrictiva suelen mostrar poco interés en comenzar el tratamiento, particularmente si ello implica subir de peso y por lo mismo no suelen interesarse en llevar su diario; por lo que, requieren mayor motivación para hacerlo y suelen tardar más tiempo en lograrlo. Aún así debe hacerse hincapié en su utilidad para las intervenciones en las sesiones de tratamiento; en su utilidad para permitirle a la paciente aumentar sus conciencia de lo que come y de la relación con ciertos eventos, que desencadenan conductas inadecuadas; conciencia de su hambre y saciedad. Todo esto en conjunto favorece regular las rutinas de alimentación y recuperar el control sobre conductas como laxarse, vomitar, tener atracones, ayuno, etc. (Crowther y Sherwood, 1997; Garner, 1997; Garner, Vitousek y Pike, 1997; Wilson y Fairburn, 1993).

El diario puede llevarse a cabo en hojas preestablecidas, tipo machote o puede dejarse a la paciente que lo estructure libremente en hojas de papel. Para el presente estudio, se dio libertad a las pacientes de que realizaran el diario a su gusto.

III . 8 ESCENARIO

Unidad metabólica infantil y Departamento de Medicina Psicológica del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ).

III. 9 PROCEDIMIENTO

El procedimiento se dividió en dos etapas:

La *primera etapa* consistió en la evaluación y diagnóstico de las pacientes a partir de 4 procedimientos:

- Entrevista clínica individual semiestructurada con preguntas abiertas y preguntas directivas (Freedman, Kaplan y Sadock, 1978). La historia clínica se llevó a cabo por la autora en 3 entrevistas individuales de 1 hora cada una.

- Aplicación de pruebas psicológicas. Las pruebas psicológicas fueron aplicadas por la autora y los resultados, además, fueron evaluados por otras dos psicólogas experimentadas en el manejo e interpretación de pruebas psicológicas, con el fin de tener mayor validez en la interpretación de los resultados. Únicamente se realizó una aplicación, previa al tratamiento. Por falla metodológica de la autora, no se realizó seguimiento ni evaluación psicométrica post-tratamiento.

- Entrevista familiar de acuerdo al modelo sistémico aplicado a estas pacientes (Salinas, 1985). La entrevista familiar fue realizada por los terapeutas especialistas responsables.

- Evaluación médica. Dicha evaluación fue realizada por un médico internista-endocrinólogo, quien realizó una historia clínica y la exploración física.

Una vez que se obtuvieron todos los datos de los especialistas, los miembros del equipo se reunieron para analizarlos y confirmar el diagnóstico. Posteriormente el equipo tratante tuvo una entrevista con los padres de la paciente y con ésta para explicarles con detalle en que consistía el programa, con objeto de cumplir 2 objetivos:

1.- Cubrir los requerimientos del Comité de Ética para Investigación en Humanos del I.N.N.S.Z.

2.- Tener la seguridad de que la familia cooperaría en lo que fuera necesario y que se comprometerían a cumplir con los requerimientos del programa, que se resumieron en:

A) Avalar la hospitalización de la paciente cuando el equipo tratante considerara que fuera necesario para su salud.

B) Cumplir con las citas de las diferentes modalidades terapéuticas del programa.

C) Continuar con el tratamiento en todas sus modalidades aunque la paciente ya no estuviera hospitalizada.

D) Cumplir con la modalidad terapéutica de hospital de día.

Este contrato se formuló por escrito y debían firmar de aceptación, tanto la paciente como sus padres.

La *segunda etapa* consistió en la aplicación del modelo terapéutico de intervención cognitivo-conductual (Garner, 1986), el cual se dividió en 4 fases:

- Fase I – Hospitalización
- Fase II – Manejo Externo
- Fase III – Manejo Externo
- Fase IV – Consolidación y Terminación del Tratamiento

En cuanto al programa de modificación cognitivo-conductual específicamente a las pacientes se les explicaba que, al inicio de la hospitalización se establecería un contrato de peso mínimo para poder salir del hospital, que iría de acuerdo con sus características y requerimientos individuales. A cada una de las pacientes se les pidió un determinado aumento de gramos por día. Este punto fue especialmente importante de detallar, ya que si no se cumplía no tendrían acceso a los beneficios descritos en el contrato.

Cuando fueron dadas de alta, se estableció un nuevo contrato de peso; así como, un programa de reforzamientos. Los contratos de aumento de peso se fueron modificando de acuerdo con la etapa de tratamiento y con la evolución de cada paciente hasta alcanzar el peso ideal normal para su edad y talla.

Se estableció que alcanzaran también que la familia debería cooperar en la manera que el terapeuta considerara pertinente.

El manejo cognitivo-conductual se dividió en 2 fases fundamentalmente:

- A) El manejo hospitalario.
- B) El manejo en forma externa - esta a su vez se dividió en 3 fases.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FASES

FASE I- HOSPITALIZACIÓN

- El objetivo principal fue que la paciente alcanzara el peso mínimo, para sus características físicas, que le permitiera estar fuera de peligro desde el punto de vista médico y salir del hospital para continuar el manejo en forma externa.
- Valorar y tratar en su caso la existencia de un riesgo metabólico agudo.
- Crear o fortalecer la conciencia de enfermedad en la paciente y en la familia.
- Realizar los estudios psicológicos y endócrinos pertinentes.
- Iniciar el manejo psicoterapéutico: cognitivo-conductual 3 veces por semana; familiar 1 vez por semana; de grupo 1 vez por semana y psicodinámicamente orientada 1 vez a la semana.

Desde el punto de vista cognitivo - conductual el manejo se focalizó a:

A) Construir una buena alianza terapéutica - De acuerdo con Gelfand (en Kaplan, Freedman y Sadock, 1980), la alianza terapéutica se definió como el contrato que se lleva a cabo de forma consciente entre terapeuta y paciente, en la que cada uno implícitamente está de acuerdo en la necesidad de trabajar juntos para ayudar al paciente a resolver sus problemas. La buena alianza terapéutica fue necesaria para que se de una adecuada adherencia al tratamiento, sobretudo en aquellas etapas en que el proceso de cambio se volvió difícil y cuando se presentaban recaídas.

B) Motivar a la paciente. De acuerdo con Prochaska y DiClemente (1983, en Garner, 1997), aumentar la motivación del paciente al cambio, es uno de los primeros procedimientos cognitivos que deben utilizarse al inicio de la terapia. De acuerdo con los autores, es importante, primero identificar en qué etapa de motivación está el paciente antes de iniciar cualquier acción terapéutica. El proceso para aumentar la motivación se dividió en 4 estadios: 1.- Contemplación: Se refiere a identificar el problema, pensar en él, pero sin tomar ninguna acción; 2.- Preparación: Se pretende un cambio conductual, aunque no se haya llevado a cabo; 3.- Acción. Hay una modificación conductual y de experiencias que ayudan para controlar el problema; 4.- Mantenimiento. Se previenen recaídas y se consolidan los logros.

C) Explicar a la paciente las metas del tratamiento:

1.- Aumento de peso, comenzando por un peso mínimo para salir del hospital y continuar en forma externa. Se hizo énfasis en que alcanzar este peso mínimo no era un fin en sí mismo, sino el paso inicial para su terapia y su recuperación.

2.- Eliminar atracones, vómito, diuréticos y laxantes en el caso de que estuvieran presentes.

3.- Fomentar la normalización de los hábitos alimenticios.

4.- Comenzar a explorar aspectos de su funcionamiento psicológico en las áreas de:

- a) Autoestima - La conciencia del propio valer como persona (Aguadé y Escalera, 1993).
- b) Autoconcepto - La percepción que se tiene de uno mismo (Gelfand, 1980).
- c) Regulación de impulsos.
- d) Relaciones familiares y sociales.

5.- Dar información educativa sobre la inanición y sus repercusiones en el pensamiento y los afectos. Así como, de la importancia de recuperar el peso y llevar una dieta adecuada que permitirá romper con el círculo de hambre -atracción - vómito, en caso de que se presentará.

6.- Implementar auto-monitoreo utilizando la gráfica diaria de peso y un diario en el que fuera apuntando sus pensamientos y afectos a lo largo del día.

En esta etapa las respuestas reforzadas positivamente fueron:

1.- El aumento de determinados gramos por día.

2.- Tipo de alimentos ingeridos. Enfatizamos esto último, ya que es común que las pacientes para ganar peso, ingieran grandes cantidades de líquidos, de ahí que sea importante no sólo el aumento de peso sino la manera en que éste se gane. Remarcamos que no solamente interesaba que subiera de peso, sino que también adquiriera hábitos normales de alimentación.

Los reforzamientos positivos que se utilizaron fueron:

- 1.- Visitas de familiares y amigos.
- 2.- Llamadas telefónicas.
- 3.- Ver televisión.
- 4.- Estudiar, leer o dibujar.
- 5.- Permiso para salir a algún evento importante.
- 6.- Ejercicio supervisado por la fisioterapeuta.

Los reforzamientos positivos que se le brindaron a las pacientes, fueron contingentes con las conductas y respuestas que llevaron a cumplir el contrato previamente establecido entre ellas y el terapeuta. Asimismo, se dio retroalimentación verbal elogiando los cambios comportamentales que le permitieron llevar a cabo el convenio, involucrando la aprobación de familiares o amigos y del terapeuta mismo, ya que de acuerdo con Kirschenbaum y Flanery

(1984, en Mann, M.S., 1993) esto favorece la adherencia terapéutica y la persistencia de los comportamientos deseados.

En esta fase de hospitalización se le especificó a la paciente:

- Que sería pesada diariamente en la mañana, en ayuno, con una bata especial.
- Su peso se registraría diariamente en una gráfica que se colocaría en la cabecera de la cama, para ser utilizada como retroalimentación.
- Sus alimentos deberían ser ingeridos en el lapso de una hora, después de la cual se retiraría la charola.
- Los alimentos no podrían ser despedazados ni desmoronados.
- Después de cada alimento debería guardar reposo media hora.
- Solo podría entrar al baño después de una hora de haber terminado sus alimentos.
- Cuando se sospechara del uso de laxantes, diuréticos o de inducción de vómito, tendría que ser acompañada al baño por una enfermera del staff.
- Solo podría realizar el ejercicio físico determinado por la fisioterapeuta.

FASE II - MANEJO EXTERNO

El objetivo principal de esta etapa fue que la paciente mantuviera el peso con el que salió del hospital. Se manejó 1 sesión por semana. En caso de que necesitara hospital de día, se daban 2 sesiones por semana.

Además de mantener el peso mínimo con el que fue dada de alta, se puso énfasis en:

- A) Llevar la dieta adecuadamente e ir incluyendo “alimentos prohibidos”.
- B) Continuar con el “diario” para monitorear pensamientos y afectos, de tal manera que se aumentara la conciencia de sus patrones de pensamiento.
- C) Reetiquetar las recaídas y reinstaurar controles conductuales y cognitivos que permitan evitar futuras recaídas. De acuerdo con Marlatt y Gordon (1986, en Caballo, V.E., 1991), la prevención de recaídas representa una extensión importante de los procedimientos de autocontrol. La recaída representa una crisis o retroceso en los intentos del paciente para cambiar o mantener los cambios de su conducta. La prevención de recaídas tiene una serie de componentes: la autovigilancia, que requiere que los pacientes presten atención a su conducta y de ésta manera se abstenga de su conducta disfuncional; procedimiento de recaídas programadas; motivación para que desarrollen intereses y actividades agradables que sean incompatibles con sus antiguas formas de comportamiento; la enseñanza de nuevas habilidades de afrontamiento. Es importante identificar las áreas vulnerables de las pacientes

anorexícas para prepararlas ante posibles recaídas, particularmente durante momentos estresantes. Generalmente estas pacientes después de una recaída, suelen castigarse con conclusiones que favorecen la falta de esperanza, el pensamiento dicotómico, catastrófico y perfeccionista que a su vez, favorece un círculo vicioso que precipita más conductas sintomáticas; por lo que, se les debe alentar a abstenerse en aplicar este tipo de pensamientos a las recaídas. Debe ayudárseles a regresar un paso atrás para evaluar los factores que las llevaron a ese “resbalón”; reconocer que ni ellas ni nadie son infalibles; que deben renovar el compromiso para su recuperación a largo plazo y regresar a su plan regular de alimentación sin conductas compensatorias. Identificar pensamientos disfuncionales, esquemas, patrones de pensamiento y por medio de técnicas cognitivo-conductuales más formales, brincar de la comida y peso a otros aspectos más personales de la vida de la paciente

- D) Ir desarrollando un foco más interpersonal en la terapia.
- E) Desarrollar habilidades cognitivas que permitieran a la paciente examinar y modificar pensamientos disfuncionales.
- F) Evaluar los pros y contras de cada nueva modificación y llevar a conclusiones nuevas.
- G) Promover y hacer cambios conductuales consistentes con las conclusiones.
- H) Continuar con la asesoría educativa en los temas que cada paciente requiriera.

En esta etapa además de mantener el peso y evitar recaídas, fue de suma importancia consolidar los cambios positivos a nivel conductual, cognoscitivo y afectivo, de tal manera que se encontrara lista para pasar a la fase III.

Las respuestas reforzadas positivamente fueron:

- A) Mantenimiento del peso
- B) Tipo de alimentos ingeridos

Los reforzamientos positivos fueron:

- A) Acudir a la escuela o universidad
- B) Asistir a eventos sociales y culturales
- C) Realizar viajes
- D) Ejercicio supervisado por la fisioterapeuta
- E) Hospital de día

Los reforzamientos negativos fueron:

- A) Hospitalización

El hospital de día fue una modalidad del programa que consistió en que la paciente debería permanecer en el hospital de 8 a.m. a 8 p.m. Y debería llevar los alimentos preescritos en su dieta para hacer las 3 comidas en el hospital.

Se utilizó como reforzamiento positivo cuando la paciente se sentía incapaz de llevar la dieta adecuadamente y/o vomitaba por miedo a engordar. Esto le permitía reorganizar la dieta de una manera controlada y constatar que no había variaciones significativas en el peso.

FASE III- MANEJO EXTERNO

El objetivo principal fue que la paciente alcanzara su peso teórico. Se manejó una sesión por semana o 2 si tenía hospital de día.

En esta etapa se hizo un nuevo contrato de peso, cuya meta fue alcanzar el peso teórico de cada paciente. Dado que este nuevo contrato solía angustiar y asustar a las pacientes, fue importante el hecho de que continuaran con su diario, para monitorear sus pensamientos, afectos y control de impulsos. Asimismo, fue importante apoyar el trabajo que se realizó con la nutrióloga en relación a la planeación de comidas y a la inclusión de alimentos más variados en su dieta.

Se fomentó que comiera en casa, en restaurantes y con otras familias (de familiares o amigos). Se fortalecieron y ampliaron los aspectos cognitivos-conductuales de la fase II, se amplió el campo de acción de la terapia a otras áreas de la vida del paciente y se estimuló la capacidad de comunicación interpersonal.

Las respuestas reforzadas positivamente fueron:

- A) Aumento de determinada cantidad de gramos por semana
- B) Tipo de alimentos ingeridos
- C) Inclusión de alimentos "prohibidos"

Los reforzamientos positivos fueron:

- A) Acudir a la escuela o universidad
- B) Asistir a eventos sociales y culturales
- C) Realizar viajes
- D) Hospital de día
- E) Liberación del ejercicio, pero con supervisión

Los reforzamientos negativos fueron:

A) Hospitalización

FASE IV - CONSOLIDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los objetivos de esta fase fueron:

- Que la paciente mantuviera su peso teórico
- Que la paciente llevara una dieta liberada pero balanceada
- Que la paciente lograra llevar una vida integral a nivel familiar, social y cultural
- Terminar con el tratamiento

Para que pudieran cumplirse los objetivos de esta fase, fue muy importante que las pacientes desarrollaran confianza para enfrentarse a las diferentes situaciones y retos de la vida solas. Las sesiones fueron espaciándose de una vez a la semana a cada 15 días y una vez al mes. Fue importante realizar los siguientes pasos:

- Resumir la evolución del tratamiento y su progreso.
- Revalorar los aspectos que hicieron posible los cambios y el progreso.
- Identificar las áreas vulnerables para tener presente las posibles recaídas.
- Dejar abierta la posibilidad de asistir a otras sesiones de la terapia siempre que lo sintieran necesario.

Las respuestas reforzadas positivamente fueron:

- A) Mantenimiento del peso
- B) Inclusión de alimentos nuevos y variados en su dieta
- C) Tipo de alimentos ingeridos
- D) Liberación de la dieta
- E) La posibilidad de comer en cualquier situación

Los reforzamientos positivos fueron:

- A) La elección libre de los alimentos
- B) El manejo libre del ejercicio físico

III . 10 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis se realizó a través de la descripción de los resultados de las pruebas psicológicas, de la evolución del peso de las pacientes y de las sesiones realizadas durante el tratamiento, donde se obtuvo información por medio del reporte verbal y escrito de las mismas.

IV.- RESULTADOS

PACIENTE "A "

DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

Antecedentes heredo-familiares - No se encontraron datos de obesidad, bulimia u otros trastornos alimenticios ni en los padres, hermanos u otros familiares. No había antecedentes de diabetes, problemas cardiovasculares, ni de tiroides. El abuelo materno murió a los 32 años por accidente automovilístico. La abuela paterna murió a los 35 años por cáncer de estómago.

Antecedentes personales no patológicos - De acuerdo al departamento de Servicio Social de INNSZ, el nivel socioeconómico de la familia de la paciente era medio. Vivían en casa sola rentada con todos los servicios.

Fue producto del primer embarazo, el cual fue normal. Nació a término por cesárea debido a trabajo de parto prolongado. Nació 2 años después una niña y 4 años después un niño, ambos productos de embarazo normal, a término y por cesárea sin complicaciones.

Tiene una media hermana seis años mayor, producto del primer matrimonio del padre (viudo).

El padre de 50 años de edad, era ingeniero de profesión y trabajaba en una empresa. La madre de 44 años de edad, estudió comercio y era auxiliar de contabilidad en una escuela reconocida de la ciudad.

Todos los hijos estudiaban en colegios particulares, la hija mayor había terminado la carrera de administración en la UNAM.

El desarrollo de la paciente fue normal en la infancia e inicio de la adolescencia; no se reportó historia de sobrepeso, su complexión era mediana y no fue hasta los 16 años que comenzó a subir de peso.

En la esfera emocional reportó haber sido desde la infancia una persona tímida y dependiente de la madre, pero sin datos de alteración psiquiátrica.

Presentó su menarca a los 13 años, en forma irregular los primeros 7 meses y después en ciclos de cada 28 días por 4 días de duración.

Antecedentes personales patológicos - Al nacer la paciente tuvo paro cardiaco, secundario a sufrimiento fetal por trabajo de parto prolongado. Se le dio resucitación

cardiopulmonar, respondió adecuadamente y estuvo en cuidados intensivos por 15 días. No hubo secuelas y su desarrollo fue normal.

Presentó las enfermedades propias de la infancia. Negó haber tenido alguna cirugía.

Padecimiento actual - La paciente tenía 18 años al momento de la entrevista, medía 1.58 m. y pesaba 37.100 kg. Al momento de la exploración se encontraba emaciada, presentaba lanugo, anemia, hipokalemia, hipercarotemia, desnutrición e intolerancia al frío; se observó aplanamiento afectivo, con talante depresivo. Se mostraba poco comunicativa y con pensamientos obsesivos en relación a la comida. Se fatigaba fácilmente y necesitaba dormir más horas de las que acostumbraba (2 hrs más durante la noche y 1 hr. por la tarde). A los 16 años, con una estatura de 1.58 m y 50 kg., la paciente comenzó a subir de peso, a los 6 meses había subido a 55 kg. Reportó que se sentía "obesa" y de acuerdo con los padres consultó a un acupunturista para que la hiciera bajar de peso con agujas y dieta. La paciente decidió solamente llevar la dieta y comenzó a bajar de peso, hasta alcanzar el peso de 29.5 kg un año después. En el transcurso de ese año fue disminuyendo la ingesta de alimentos hasta eliminar por completo grasas, carbohidratos y carnes. Al llegar a los 29.5 kg presentó amenorrea, teniendo 17 años de edad, por lo que los padres la llevaron con un ginecólogo, siendo ésta su última menstruación. El médico le suministró una dieta balanceada para que recuperara peso, misma que no seguía adecuadamente pero que le permitió subir hasta 37.100 kg. La dieta que había consumido en los últimos dos meses consistía de:

Desayuno: 2 huevos tibios

Comida: 3 rebanadas de jamón desgrasado; 4 limones; 1 chayote; 3 naranjas; 2 rebanadas de melón; 1 yogourt.

Cena: Nada

Era selectiva para escoger sus alimentos, se basaba en que no tuvieran grasa, fécula, harinas y poca azúcar. Aunque no se observó ningún ritual en relación a la comida, si había rigidez, no variaba la dieta y todos los días comía lo mismo. Prefería comer sola que en compañía de su familia.

No se reportó el uso de laxantes, diuréticos ni vómito, únicamente restricción en la ingesta de alimentos. No había abuso de sustancias como drogas, alcohol o medicamentos.

Presentaba distorsión de su imagen corporal, no se percibía emaciada sino "normal". También se observó alteración en la percepción de ciertas partes de su cuerpo como el estómago y las caderas, que sobrestimaba en tamaño.

En relación con el ejercicio, al mes del inicio del padecimiento hacía 1 hr. diaria de aerobics 5 veces a la semana. Conforme fue restringiendo la ingesta de alimentos fue aumentando la cantidad de ejercicio hasta llegar a 2 hrs. diarias 5 veces a la

semana. Cuando consultó al ginecólogo dejó el ejercicio durante dos meses por encontrarse muy debilitada. Reinició el ejercicio y fue aumentando en cantidad, hasta que al momento de la historia clínica realizaba de 2 a 3 horas diarias, 6 veces por semana.

Desarrollo escolar - Su desempeño durante la primaria y secundaria fue adecuado. En el primer año y la primera mitad del segundo año de preparatoria su desempeño escolar subió considerablemente. Sin embargo, a partir de la segunda mitad comenzó a bajar su rendimiento escolar, lo que se acentuó en el tercer año ya que presentaba dificultad para concentrarse, pensar y memorizar.

Area social - A partir del inicio del padecimiento se volvió más retraída y aislada, dejó de tener relación con sus amigas de la escuela, constriñéndose al núcleo familiar.

DATOS DE LA ENTREVISTA

A los 16 años la paciente se encontraba en su peso normal, comenzó a subir paulatinamente hasta ganar 5 kg. Esto coincidió con el inicio de la preparatoria y en que ella recordó haberse sentido muy presionada, pues deseaba estar entre los 3 primeros lugares de su generación. Sentía que era una manera de retribuir a sus padres por el esfuerzo que hacían para mantenerla en esa escuela. Sin embargo, los padres le mostraron su preocupación de que estuviera ganando peso tan rápido, le decían que se veía "muy panzona" y ella comenzó a sentirse "obesa". De mutuo acuerdo con los padres acudió con un acupunturista para que la ayudara a bajar de peso. Cuando comenzó a perder peso, recibía aprobación y estímulo por parte de sus familiares y compañeras, lo que la hacía sentirse bien y con "fuerza de voluntad" para poder controlar la comida. Le gustaba recuperar su apariencia física anterior.

En la medida que iba perdiendo peso le agradaba más su figura y se sentía mejor física y emocionalmente, seguía recibiendo aceptación por parte de todos. Pero cuando empezó a perder peso en forma más dramática y al dejar de menstruar, los padres se preocuparon y la llevaron al ginecólogo. Comenzó una lucha para subir de peso porque ella no se veía tan delgada y se gustaba físicamente; no obstante, aceptó subir un poco por sentirse debilitada y con dificultad para concentrarse en la escuela.

En el momento de la entrevista, a pesar de estar emaciada, le agradaba su apariencia física y no se percibía como tal. No le gustaba exponer su cuerpo, por

ejemplo para sus clases de aerobics no usaba mallones sino pants, pues sentía que la gente se le quedaba viendo por estar "panzona y caderona".

Sus pensamientos en relación a permanecer delgada giraban alrededor de estar más saludable, más ágil, ser más activa y productiva. El haber dejado de comer ciertos alimentos como dulces, chocolates y pan, lo interpretaba como un logro y no quería volver a probarlos por miedo a no poder dejarlos. Para ella llevar una rutina preestablecida era importante, pues temía que si no lo hacía su vida se desorganizaría. Estar delgada era bueno porque estéticamente se agradaba más y la ropa le quedaba mejor. Subir de peso demasiado era como "traicionar" todas sus ideas, además si aumentaba de peso otra vez le iban a decir "gorda" y sus papás se volverían a burlar de ella; sus amigas se decepcionarían de ella, por no haber tenido la fuerza de voluntad para seguir delgada.

En relación con los alimentos los dividía en "malos", aquellos que tenían grasa, fécula, harina y azúcar; los alimentos "buenos" eran aquellos que tenían proteínas pero sin grasas, las verduras verdes, que le proporcionaban vitaminas y minerales, y ciertas frutas que le proporcionaban vitaminas y azúcar. Aunque no se observó que tuviera algún ritual en relación con las comidas, si mostraba rigidez en cuanto a que diario comía lo mismo. Le gustaba preparar sus alimentos y prefería comer sola que en compañía de la familia. Disfrutaba preparando platillos especiales para la familia, mismos que ella no consumía pues le estaban "prohibidos".

Como medida de control de peso utilizaba el ejercicio. Al inicio del padecimiento, comenzó a hacer ejercicio para ayudar a quemar calorías y para que sus músculos no se aflojaran. Se dio cuenta de que en esa época estaba angustiada y se sentía muy mal por haber subido de peso, hacer ejercicio la tranquilizaba y la hacía sentirse bien consigo misma. Cuando pesaba 29.5 kg, dejó de hacer ejercicio por sentirse débil, recordó que se sentía muy deprimida por estar inactiva y que cuando recuperó un poco de fuerzas reinició con el ejercicio. La dieta que le dio el ginecólogo le parecía muy exagerada y la hacía sentirse mal físicamente, no toleraba la sensación de plenitud en el abdomen y reportaba que le provocaba dolor, por estas razones, decidió alterarla para sentirse bien y poco a poco la fue alterando hasta llegar a tener la dieta con la que se presentó a la historia clínica. El subir de peso la tenía preocupada y con temor a perder el control, como medida para contrarrestar este temor comenzó a aumentar la cantidad de ejercicio, esta conducta le daba la sensación de autocontrol, de más seguridad en si misma y de ser más capaz para lograr lo que se propusiera. Cuando se sentía angustiada o triste, el ejercicio la ayudaba a recuperarse emocionalmente. Refirió ser una persona muy sensible, le gustaba hacer las cosas bien y si algo no le salía como ella esperaba, primero se enojaba y luego se deprimía, por lo que también hacía ejercicio. De igual manera,

cuando se sentía "gorda" o "hinchada" utilizaba el ejercicio y tomaba agua de jamaica, para perder el agua que "estuviera reteniendo".

Respecto de su historia menstrual, tuvo la menarca a los 13 años, su actitud hacia ella fue de "algo normal, pero incómodo", sentía que limitaba sus actividades y cuando cayó en amenorrea se sintió muy a gusto y no le causó ninguna preocupación. Cuando empezaron a aparecer los caracteres sexuales secundarios, se sentía incómoda porque ella percibía que se le quedaban viendo como "bicho raro". Cuando bajó drásticamente de peso, perdió volumen mamario y el vello pubico se transformó en lanugo. Estas consecuencias le provocaron bienestar porque sentía que ya no se fijaban tanto en ella. Con lo único que no se sentía a gusto era con la resequeza de piel, con que se le caía mucho el pelo y que generalmente tenía frío, por lo que tenía que estar muy tapada.

En relación a su historia escolar, la paciente ingresó a maternal hasta los 4 años, esto se debió a que la madre no quería que entrara más pequeña al jardín de niños por temor a que se fuera a enfermar. A pesar de que no tuvo secuelas por el paro cardíaco al nacer, la mamá se mostró aprehensiva en la primera infancia y tendía a sobreprotegerla. Durante la primaria y secundaria su desempeño escolar fue por arriba del promedio. Refirió que le gustaba estudiar y hacer sus tareas. En 1° de preparatoria se volvió más estudiosa y estaba entre los tres primeros lugares de su generación, así continuó hasta el segundo semestre del 2° año de preparatoria, en que comenzó a bajar su rendimiento y se hizo evidente en 3°, donde bajó considerablemente de calificaciones pues tenía dificultad para concentrarse, razonar y memorizar. Esta baja significativa en su desempeño escolar coincidió con la disminución drástica de peso. Se sentía muy decaída y con sentimientos de culpa por fallar en la escuela, para ella decepcionar a sus padres fue una de las razones por las que cuando fue al ginecólogo decidió aumentar un poco de peso. Al recuperarse, fue subiendo sus calificaciones y terminó en el promedio más alto del salón. Las materias que más le gustaban, eran las relacionadas con las matemáticas. Tenía habilidad para el dibujo, actividad que realizaba en sus ratos libres. Deseaba entrar en la UNAM a la carrera de diseño gráfico.

En el área emocional, al momento de la entrevista se observó aplanamiento afectivo, con talante depresivo. Aunque cooperadora, se mostró poco comunicativa. Tenía pensamientos obsesivos alrededor de la comida, del peso y su figura. Se describió como una persona introvertida, poco sociable, que no le gustaba mucho hablar, insegura, aislada, pero muy "sensible"; no le gustaba hacer sentir mal a nadie, ni decepcionar a las personas que esperaban algo de ella; si las cosas no salían correctamente se enojaba y después se deprimía. No le gustaba que la regañaran ni que "la vieran feo", ni que se fijaran en ella.

Aunque de chica era tímida, tenía su grupo de amigas en la escuela con las que jugaba, sin embargo, sentía que a raíz de que comenzó a bajar de peso se volvió más aislada y ya no se llevaba con nadie de la escuela.

A nivel familiar, la madre era una mujer en la edad madura, de 44 años de edad. A los 15 años se quedó huérfana de padre, murió en un accidente automovilístico. La madre fue la tercera de cinco hijos. Los dos mayores, varones y las dos más pequeñas mujeres. A raíz de este incidente, la familia tuvo problemas económicos; por lo que, los dos hermanos mayores decidieron irse a provincia a trabajar. La viuda, tardó mucho en recuperarse y se mostró deprimida varios años. La madre de la paciente era introvertida, aislada y fría. Estudió comercio y siempre trabajó en la escuela de las hijas como auxiliar de contaduría, con lo que además de percibir un sueldo, obtenía un descuento en las colegiaturas. En relación con su matrimonio, no se sentía feliz por sentir que su marido no se preocupaba suficiente por ella y no cubría adecuadamente las necesidades económicas de la casa, de tal manera que tenía que seguir trabajando por las mañanas. Sentía que su esposo se preocupaba más por la hija de su primer matrimonio que por ella. Refirió que aunque había sentido deseos de divorciarse, no lo había hecho para evitarles un sufrimiento a sus hijos. Sin embargo, como padre, refirió que era una persona afectuosa con todos los hijos. En relación a los hijos, se describió como una madre sobreprotectora, se preocupaba por cumplir con la parte formal de su rol materno, les exigía orden y buen desempeño académico. Se le dificultaba ser cariñosa, era aprehensiva y controladora; por lo que, no los dejaba actuar en forma independiente. En relación con la paciente, describió que de pequeña había sido una niña que no daba problemas. No obstante, a partir del inicio del padecimiento empezaron a tener problemas porque no quería comer y hacía mucho ejercicio.

El padre tenía 50 años. Era el menor de 6 hermanos, los 2 mayores varones, seguían 3 mujeres. Su madre murió de cáncer cuando tenía 8 años. Las hermanas se encargaron del hogar y de su educación. Refiere haber estado muchos años triste por la pérdida de su madre. Estudió ingeniería y trabajó como empleado de diversas empresas. Se casó y tuvo una hija del primer matrimonio. Enviudó a los 7 años de casado. El duelo le fue muy difícil, pues se sentía muy solo e incapaz de educar a la hija por sí mismo. Volvió a contraer nupcias a los 2 años con su actual esposa. Decidió casarse con ella por considerarla una buena mujer, pero la relación no le fue fácil por sentir que ella le tenía muchos celos a su hija. La consideró como una mujer de carácter difícil e introvertida. A su parecer, él no cumplió las expectativas de ella por no haber logrado un mejor bienestar económico. También pensó en divorciarse, pero no lo hizo por los hijos.

La paciente refirió tener una relación difícil con la madre, pues la sentía fría y "criticona", no había una relación afectuosa para con ella; no le gustaba ver como frecuentemente descalificaba al papá y se peleaba con él. La paciente se sentía más cercana al papá y tenía una relación más afectuosa con él; ella se afligía de ver que a su padre no le iba tan bien económicamente como él hubiera querido y deseaba poder trabajar para ayudar a la casa.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

PRUEBA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER (WAIS)

Los puntajes en el área verbal fueron:

Información	10
Comprensión	6
Aritmética	7
Semejanzas	9
Retención de Dígitos	9
Vocabulario	11

Los puntajes en el área de ejecución fueron:

Símbolo Dígitos	10
Figs. Incompletas	9
Diseño con Bloques	17
Ordenamiento de Figuras	7
Rompecabezas	10

CI Verbal	-	197
CI Ejecución	-	106
CI Total	-	101

La paciente obtuvo un CI Total de 101, que correspondió al Diagnóstico Intelectual de "Promedio". Su CI de Ejecución fue ligeramente mayor al CI Verbal (9 puntos), lo cual no fue significativo, pero reflejó que en general poseía más

facilidad para responder a estímulos no verbales y a habilidades analítico-perceptuales, que para habilidades de tipo verbal.

Los subtests de Información y Vocabulario indicaron que su nivel de información general se encontró de acuerdo con su nivel de escolaridad, aunque no mostró interés por aumentar más su caudal de conocimientos y se ha conformado con lo que el medio ambiente le ha dado.

En el subtest de Semejanzas, se observó por el tipo de respuestas que dio, que el tipo de pensamiento utilizado fue funcional-abstracto, con un predominio del primero.

En los subtests de Aritmética y Retención de Dígitos se encontró que su memoria inmediata en relación a los números fue adecuada y manejó las operaciones matemáticas básicas; sin embargo, falló ante problemas que requerían de mayor atención y concentración.

El subtest de Comprensión denotó que tenía dificultad para realizar juicios prácticos o para dar una buena solución a situaciones sociales de la vida diaria.

El subtest de Diseño con Cubos, reveló que la coordinación visomotora para reproducir los modelos que se le presentaban, fue buena. Mostró una gran capacidad para realizar correctamente tareas que implicaban análisis y síntesis de tipo espacial con uso de la lógica.

En el subtest de Rompecabezas se observó que fue capaz de organizar un todo a partir de sus elementos, haciendo un buen uso de su capacidad para planear y anticipar.

En el subtest de Figuras Incompletas identificó objetos que le eran familiares y el elemento esencial que hacía falta; sin embargo, falló cuando tenía que percatarse de detalles más finos y sutiles en objetos que le eran menos familiares.

En el subtest de Símbolo de Dígitos mostró buena coordinación visomotora y precisión en sus trazos. Fue capaz de aprender tareas nuevas a partir de elementos desconocidos.

En el subtest de Ordenamiento de Figuras se observó dificultad para interpretar adecuadamente las relaciones que existen en situaciones sociales comunes. Asimismo, reflejó poca sofisticación social y poco sentido del humor.

Analizando los subtests de Información, Semejanzas y Vocabulario, que son los subtests poco sensibles a la atención, se observó que no hubo diferencias significativas entre ellos y reflejó un cúmulo de conocimientos promedio y de acuerdo a su edad.

Los subtests de Comprensión y Ordenamiento de Figuras salieron bajos y confirmaron su dificultad para entender y concentrarse cuando se le presentó información verbal que requería procesamiento, memoria inmediata y formulación de una respuesta.

Tanto en el subtest de Rompecabezas como en Diseño con Cubos, reflejó habilidad para la organización espacial y una excelente capacidad de análisis y síntesis en las relaciones espaciales.

PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

En cuanto al análisis formal, dibujó dos figuras completas, bien estructuradas e integradas. Poseían un tamaño regular, siendo un poco más grande la figura masculina, aunque esta diferencia no fue significativa. Las figuras se encontraban cuidadosamente centradas en la hoja, lo cual de acuerdo con Levy (en Bellak, 1994) significó que su atención solía estar centrada en sí misma.

Dibujó en primer lugar a la figura femenina, que correspondió cronológicamente con la edad de la paciente; sin embargo, no correspondió con su verdadera fisonomía, sino a la forma en que percibió su imagen corporal.

La figura masculina, correspondió a un joven formal y bien parecido. Lo dibujó en una posición rígida, de perfil y con los puños cerrados, lo que reflejó dificultad para manifestarse espontáneamente y para expresar su agresividad. La figura fue detallada y cuidadosamente vestida, lo que corroboró su tendencia al perfeccionismo y cierta preocupación por la imagen que pudiera proyectar socialmente.

En cuanto al análisis de las líneas, los trazos en las figura femenina eran cortos y reforzados, lo que según Levy (en Bellak, 1994), refleja ansiedad e inseguridad. Los trazos que correspondieron al dibujo de la figura masculina, también eran cortos y reforzados, pero más oscuro y con el contorno más claramente definido, lo que indicaría que percibe a la figura masculina aislada y con necesidad de protegerse contra las presiones externas.

En relación con el contenido de los relatos, el que correspondió a la figura femenina, reflejó su propia historia, sus deseos, sus aspiraciones, sus necesidades y frustraciones, inclusive hubo una frase en que habló en primera persona. Se refirió a una jovencita de 18 años que estudiaba la carrera de diseño (lo mismo que deseaba estudiar), con desos de independizarse aunque hasta entonces no lo había logrado. Tenía aspiraciones profesionales, laborales y artísticas como: escribir, el dibujo y la danza, ya que por medio de ellas, podía expresar sus sentimientos y su estado de

ánimo. Se percibía como una mujer conservadora, sentimental, con necesidad de establecer relaciones de amistad profunda y de sentirse querida. Su objetivo más importante era encontrar una pareja con quien casarse y poder formar una familia. Describía tener una familia muy unida. Estaba conciente de sus deberes hacia sí misma y hacia los demás, sentía que a veces fallaba y que sus errores lastimaban los sentimientos de las personas que la rodeaban; por lo que, debía corregirse con fuerza de voluntad. Anhelaba llevar una vida social activa, aunque refería tener cierta dificultad para relacionarse con los hombres de su edad.

El relato de la figura masculina correspondió a un joven profesional, responsable e independiente que había tenido que abrirse camino solo, por no contar con la ayuda de un padre (lo describía como huérfano de padre), pero que con fuerza de voluntad y dedicación pudo superarse. Exaltó en él cualidades como la fortaleza, la inteligencia, la sensibilidad y el altruismo. Lo describió como un hombre conservador y religioso, que no participaba de actividades frívolas, como son las discotecas. Su meta principal era casarse y formar una familia con hijos sanos y fuertes, tanto física como espiritualmente, para que fueran capaces de enfrentar las dificultades que la vida presenta, ya que percibía que la vida era difícil y había que tener fuerza para encararla.

TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA (TAT)

Se aplicaron las láminas 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13 y 18.

En el análisis formal se encontró que el lenguaje escrito que utilizó para sus relatos en todas las láminas, fue rico y con un uso adecuado de las palabras. Su vocabulario fue extenso y florido y mostró una capacidad de redacción por arriba de lo esperado para su edad, lo que reflejó buenas capacidades intelectuales y un medio ambiente estimulante. Su pensamiento fue lógico, coherente y congruente. Había un buen examen de realidad, ya que los relatos se apegaron al estímulo visual.

LÁMINA 1

Esta lámina pone de manifiesto fundamentalmente la relación con las figuras parentales y las necesidades de logro.

El personaje principal era un hombre que de niño era estudioso, responsable y con deseos de superación, aunque alegre, tendía al aislamiento. De niño se sometía a los deseos de la autoridad, ya en la adolescencia anheló ser independiente y realizar sus propio objetivos, para lo cual trabajó activamente, apoyándose en un maestro y

una relación amorosa con una mujer, logrando el éxito que tanto anhelaba. Sin embargo, el maestro y la amante mueren, él se hunde en la desesperación y no logra recuperarse, de tal manera que muere solo, deprimido y fracasado.

El contenido de la historia reveló que la paciente en la infancia se sometió a las figuras parentales; aunque en el presente hubiera deseado seguir sus propios modelos de identificación y poder independizarse para lograr sus propios objetivos en la vida, se sentía insegura de actuar en forma autónoma, temía que sola pudiera perderse y desestructurarse; por lo que, terminaría abandonada, deprimida y completamente aislada.

LÁMINA 2

Esta lámina refleja las relaciones familiares y da información sobre las actitudes hacia el embarazo.

La historia se desarrolló en un pequeño pueblo en el seno de una familia humilde y trabajadora. El personaje principal era una joven seria, amorosa, responsable, estudiosa pero con dificultad para concentrarse, buena hija y hermana. Estaba enferma y desahuciada, situación que desconocía porque los padres nunca le dieron información al respecto. Durante la adolescencia se mostró indiferente hacia el sexo opuesto, pero ya de joven se enamoró de un muchacho que jugó con ella y la abandonó. Ella se volcó en su trabajo como maestra de niños pequeños y finalmente murió dormida. En la relación familiar, al padre lo describió como un hombre sin ambiciones y sin logros en su trabajo. La madre, aunque ambiciosa, finalmente se volvió conformista, incapaz de lograr sus anhelos y con sentimientos de amargura por su propio destino. El hermano era ambicioso y trabajador, deseaba poder superar al padre y lograr lo que él no pudo hacer: tener dinero y poder. El personaje principal, se sentía más apegado al padre, brindándole el cariño y el apoyo que no le daba la madre.

El contenido de la historia reveló una familia en que la relación marital era poco gratificante, ambos cónyuges se sentían frustrados y solos. Al padre lo percibió trabajador, aunque débil, ineficiente y frustrado por no poder cumplir con su rol de autoridad y buen proveedor. A la madre la percibió ambiciosa, aunque incapaz de obtener lo que ha deseado activamente, más bien se ha sometido y ha asumido el papel de víctima. El hijo varón se identificó con la madre y compitió con el padre para superarlo. La paciente se identificó con la hija, que era una joven aislada, distante de la madre y que se sentía responsable emocionalmente por el padre. En cuanto al embarazo, lo ignoró completamente y no hubo ninguna fantasía al

respecto. Se observó el deseo de independizarse, pero al mismo tiempo con temor de ser abandonada, lo que simbólicamente vive como la muerte.

LÁMINA 3

Esta lámina ofrece indicadores acerca de sentimientos depresivos por la muerte de algún ser querido, por el fracaso en una relación amorosa y por la forma en que se recupera.

El personaje principal del relato era una mujer que de joven era alegre, activa socialmente exitosa, con deseos aparentes de establecer una relación amorosa genuina; sin embargo, era rechazante e interesada por el dinero, lo que determinó su elección de pareja. Del matrimonio nació un hijo varón, del cual se mostró desapegada. Su actitud la llevó a quedarse sin amigos y a distanciarse del marido; aunque se dio cuenta de ello y deseó cambiar, el esposo decidió divorciarse y se fue. Ella tuvo que trabajar y salió adelante exitosamente, educando a su hijo quien al final se convirtió en un hombre triunfador y de bien. Al cabo de los años, el hijo se hizo responsable de la madre y se casó con una mujer, que poseía las cualidades que ella hubiera deseado tener al momento de su matrimonio. Al nacer el segundo nieto, ella murió por estar enferma; sin embargo, a pesar de su enfermedad física, moralmente se sintió satisfecha por haber formado adecuadamente a su hijo.

El contenido de la historia reveló que el éxito o el fracaso de las relaciones heterosexuales dependía de la forma de ser y actuar de la mujer. Cuando la relación fracasaba, el hombre abandonaba el hogar y la mujer se deprimía profundamente, se recuperaba gracias a que compensaba sus defectos enfocándose al trabajo y a sacar adelante a los hijos.

LÁMINA 6

Esta lámina refleja la relación de las mujeres con el padre y todos sus derivados en relación con el esposo, con otros hombres y la autoridad masculina. Debido a la poca diferencia de edad entre los personajes, generalmente no se le ve en forma manifiesta como al padre sino como a un contemporáneo.

Los personajes principales eran esposos y tenían un hijo que iba a entrar a la universidad. El marido le reclamó a la mujer que había sido sobreprotectora con el

hijo y que no lo supo educar, por lo que era irresponsable, flojo, apático y como consecuencia no aprobó los exámenes de admisión para entrar a la universidad. La mujer se sintió culpable y fue incapaz de defenderse ante las acusaciones de su pareja. La describió como una mujer sometida al esposo, incapaz de expresar sus sentimientos. El hijo reconoció que la actitud de los padres había influido en su personalidad, pero al ver que tenían problemas por causa suya, se sintió culpable y asumió su responsabilidad para manejar su vida de acuerdo a las expectativas que los padres tenían de él. Esto permitió que los padres se volvieran a unir y se sintieran orgullosos de su hijo.

El contenido de la historia reveló que en la relación de pareja, la mujer era la responsable de la educación de los hijos, pero por ser sobreprotectora y solapadora los volvía irresponsables y apáticos. La mujer temía al hombre, no podía defenderse y se sometía. En la relación marital el hombre era exigente, demandante, agresivo y no se involucraba en la educación de los hijos. El hijo se sentía culpable ante los conflictos maritales y como compensación desarrollaba necesidades de logro para complacer a los padres.

LÁMINA 7

Esta lámina pone de manifiesto la relación de la madre con la hija. Revela las ensoñaciones de la examinada. La muñeca puede reflejar las expectativas que la examinada tenga de sus propios hijos.

En el relato, la mujer madura era la nana que le contaba un cuento a la niña, quien tenía en sus brazos a su muñeco preferido. La nana adoraba a la niña y siempre se mantuvo cerca de ella en una relación cercana y amorosa. La niña estaba enferma de leucemia y era rechazada por el padre, por ser mujer y por no cumplir sus expectativas; era poco activa, soñadora y tenía la profunda necesidad de sentirse amada por un hombre. La madre quería a la niña y le daba cariño por estar enferma. Cuando la niña creció y conoció a un joven con quien casarse, el padre se mostró indiferente y frío; sin embargo, la hija decidió llevar a cabo sus planes. El matrimonio duró poco porque ella murió y el joven marido se hundió en la depresión.

El contenido de la historia reflejó que el personaje principal (la niña) se vivía enferma, ineficiente y rechazada por el padre. Sentía que la madre la quería solo por estar enferma y realmente era una figura femenina sustituta la que le brindaba cariño y una relación cercana. La hija deseaba encontrar el amor que no le daba el padre en una relación de pareja, pero sentía que su enfermedad le impediría disfrutarlo.

LÁMINA 8

Esta lámina refleja problemas actuales y fantasías.

En el relato, el personaje principal era una joven superdotada en el área artística, era modelo, bailarina, actriz y músico. Ejercía su profesión con éxito y era reconocida mundialmente. No se preocupaba por las cosas materiales y buscaba ser feliz llevando una vida sana y plena. Un día en la carretera tuvo un accidente de coche en el que perdió la memoria. Fue rescatada por un joven aventurero que la salvó y la cuidó. Ambos se enamoraron y ella encontró la felicidad, pero temía que al recobrar la memoria tendría que renunciar a ella. Finalmente la recuperó y se fue al encuentro con su vida pasada. Volvió a triunfar en sus actividades y descubrió que estaba comprometida con otro hombre que realmente no la amaba, sólo le interesaba por su fama. Se reencontró con una amiga que la apoyó en todo y finalmente rompió su compromiso. Ella se dio cuenta de que estaba embarazada del joven aventurero con quien se reencontró en uno de sus conciertos. Dejó su carrera y se casó con él. Tuvieron un hijo y fueron felices.

El contenido del relato reflejó que la paciente deseaba sentirse amada y protegida por un hombre con el cual pudiera formar una familia. Aunque tenía necesidades de logro, deseos de superación y de reconocimiento social era capaz de renunciar a ello con tal de sentirse querida y segura.

LÁMINA 9

Esta lámina permite observar los sentimientos que se dan entre las mujeres. Refleja las relaciones que se dan con el grupo del mismo sexo en las áreas profesional, familiar y sexual.

En el relato aparecieron dos jóvenes hermanas adineradas. Una fue criada por el papá, quien no supo educarla, por lo que era déspota, orgullosa e incapaz de dar afecto (Ana L.). La otra fue criada por la tía, quien la enseñó a ser alegre, cariñosa y buena (Carolina). Ana L. sentía envidia de que su hermana tuviera novio y de que se sintiera tan feliz con él e incluso trató de seducirlo, pero él le fue fiel a Carolina. El padre murió y ambas heredaron la mitad de su fortuna. Carolina se casó y a pesar de ser estéril, el marido siguió queriéndola, así que adoptaron un bebé. Ana L. se quedó sola por su egoísmo, pero de grande recapacitó y una parte de su herencia la donó a

una casa cuna y a un asilo de ancianos, la otra parte se la dio a Carolina, quien la aceptó y la hizo crecer trabajando.

El contenido de la historia reveló la presencia de rivalidad entre las hermanas. El carácter de cada una determinó poder encontrar una pareja o quedarse sola. Para encontrar una pareja, era determinante que la mujer fuera buena y afectuosa ya que el orgullo y el egoísmo llevaban al aislamiento. Un hecho importante para la paciente fue que nunca era tarde para rectificar las propias actitudes negativas y corregirlas. En el relato la madre no apareció, pero había una figura femenina capaz de dar orientación, guía y afecto a la joven, mientras que percibió que el padre era incapaz de inculcar a la hija los valores morales necesarios para hacerla feliz. El padre solo servía como proveedor de bienes materiales.

LÁMINA 12

Esta lámina permite explorar la relación madre-hija, la actitud frente al envejecimiento y el matrimonio.

La historia se desarrolló en un convento de monjas que recogía niños abandonados, el personaje principal era una joven que de bebé fue abandonada por su madre en el convento. La madre de esta joven se enamoró de un joven que la engañó, la embarazó y le pidió que se deshiciera de la hija. La madre le hizo caso, porque lo quería sobre todas las cosas y el bebé significaba una carga para ella, así que dejó a la hija en el convento. La joven fue criada por las monjas, quienes le dieron cariño y protección. Un día la madre superiora la enfrentó para que decidiera que camino tomar en la vida: ser monja y quedarse en un convento o llevar una vida independiente, la joven decidió salirse del convento para ponerse a prueba. Consiguió un trabajo y el jefe se enamoró de ella, pero como se sentía confundida le pidió orientación a la madre superiora quien le aconsejó que fuera ella misma y que dejara fluir las cosas naturalmente. Así lo hizo y finalmente se casó con él, tuvieron un hijo y una hija. A pesar de casarse continuó cerca de las monjas dándoles apoyo y dinero.

En el contenido del relato la examinada percibió que la madre y el padre no la han querido, porque ha significado una carga para ellos y por ello la han abandonado. A la madre la percibió irresponsable y egoísta, al padre lo percibió deshonesto e igualmente irresponsable y egoísta. Sin embargo, hubo dos figuras femeninas sustitutas que se encargaron de darle cariño y protección, ella se identificó con estas figuras y le resultó difícil encontrar su propia identidad, lo que pudo lograr aunque no logró cortar por completo con el vínculo. Ha sentido la necesidad de retribuir el afecto y el apoyo que se le ha dado.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

LÁMINA 13

Esta lámina explora carencias, sentimientos de soledad, abandono y expectativas.

La historia se desarrolló en una granja cerca de un pueblo. Ahí vivían un matrimonio de campesinos que trabajaban la granja y sus dos hijos, de 9 y 14 años. El personaje principal era el niño de 9 años, que ayudaba en la granja junto con su hermano mayor. Los padres eran buenas personas, le habían dado a sus hijos lo que tenían y los habían formado como hombres bondadosos y de lucha. El niño deseaba salir de esa granja para conocer otros lugares y así superarse tanto en los estudios como económicamente. Era un niño distraído, pero responsable y muy agradecido de lo que tenía, inclusive sentía que gozaba de cosas que no merecía y por ello quería ayudar a la gente que realmente lo necesitaba. De joven comenzó a ahorrar para solventarse su carrera, finalmente se fue a la ciudad a estudiar medicina. Cuando se recibió, trabajó en un hospital y volvió a reunir dinero para regresar a su pueblo y poner un consultorio propio. En su pueblo trabajó educando a las familias y ejerciendo su profesión.

El contenido del relato reveló carencias de tipo económicas y culturales. La paciente se identificó con el niño que se sentía inmerecedor de lo que tenía y que para compensar desarrolló necesidades de logro y éxito, ya que de esa manera podía retribuir lo que le habían dado. Tenía conciencia de que para lograr sus metas, debía esforzarse y abrirse camino por sí misma.

LÁMINA 18

Esta lámina permite explorar la forma en que las mujeres manejan la agresión.

La historia se desarrolló en una casa tenebrosa, en el seno de una familia compuesta por la madre, el padre, la hija y la nana. La familia vivía agobiada por un secreto familiar. El padre era un hombre frío, violento que golpeaba y humillaba a la mamá. La madre era una mujer trastornada mentalmente, que deseaba suicidarse. La nana era quien se ocupaba de atender a la hija y de arreglar asuntos con el padre. El personaje principal era la hija, que de niña era maltratada por el padre. Un día la madre se cayó por las escaleras y pensaron que murió, aunque no fue así. La hija, decidió huir de la casa, pues no deseaba seguir atada y sometida al padre. Se

independizó, trabajó y fue mejorando de puesto; sin embargo, no se casó nunca, pues aprendió a controlar sus sentimientos y a no dejarse atrapar por el amor y la pasión. Temía que todos los hombres fueran como su padre y sentía que les tenía miedo. Nunca pudo superar ese sentimiento; por lo que, mejor se llevó a la nana a vivir con ella para tener compañía. La nana murió y ella se apoyó en Dios para seguir adelante. Al final, cuando el padre estaba muriendo, la mandó llamar y le pidió perdón, la joven reconcilió que a pesar de su rencor lo quería.

En el contenido del relato la paciente percibió al padre y al hombre en general, agresivo, violento y despreocupado por la mujer. Sintió que la madre se ha sometido al padre y que ha sido incapaz de expresar su agresión abiertamente para defenderse; por lo que, mejor ha deseado morir. Sintió que ninguno de los dos la han querido ni se han preocupado por ella, ha sido más bien una figura femenina sustituta la que se ha encargado de ella. La paciente reflejó gran control de sus emociones para no involucrarse afectivamente con nadie, ya que esto lo ha percibido sumamente peligroso. Ha habido deseos de huir de los problemas familiares y de independizarse, aunque ha sentido que el precio a pagar sería el aislamiento y la soledad.

En resumen, se observó que el tono afectivo en la mayoría de los relatos era pesimista, con un final trágico; habló de muerte en el personaje principal lo que sugirió la presencia de una tendencia a la destrucción. Se identificó con jóvenes que tenían deseos de superación, necesidades de logro y de ser independientes; sin embargo, las describió inseguras, tristes con gran temor a ser abandonadas y a quedarse solas. Esta conflictiva le provocaba tensión, apatía y tendencia al aislamiento.

A la mujer la percibió impulsiva, agresiva, rechazante, sometida y generalmente causante de los problemas que se pudieran presentar.

En cuanto a la madre, no se observó una buena relación ya que en los relatos siempre la sustituyó por alguna otra figura femenina, quien ha sido la que finalmente le ha dado apoyo y afecto.

En cuanto al hombre, tuvo una doble percepción de él: por un lado lo percibió protector, proveedor y capaz de brindar apoyo (padre); por otro parte, lo percibió indiferente, violento, controlador y devaluador (hombre en general).

Las relaciones heterosexuales las percibió difíciles, conflictivas, trágicas e inseguras.

Con los hermanos observó una relación de competencia, rivalidad, celos, envidia y coraje; sin embargo, no ha sido capaz de manifestar sus sentimientos en forma abierta, se ha controlado y reprimido, para no exponerse a ser rechazada.

A lo largo de las historias mencionó en diferentes ocasiones a un ser superior en el que se ha apoyado y del que ha esperado ayuda a sus problemas de forma mágica.

TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL

Las 142 sesiones que se tuvieron con la paciente para aplicar el tratamiento cognitivo conductual, se presentan como un texto en el que se fueron indicando tanto el estado de la paciente, su evolución, el ambiente que la rodeaba, sus pensamientos, sentimientos y conductas, como las intervenciones terapéuticas que se llevaron a cabo. En las sesiones en que se quiso ejemplificar alguna manifestación de la paciente o intervención terapéutica, se expresa “verbatim”; así como, en aquellas sesiones en que se dio una modificación significativa. Se expresó con una “T” para terapeuta y una “P” para paciente.

Después de haberse realizado la evaluación psicológica a través de la historia clínica y las pruebas psicológicas, la valoración en familia y la historia clínica médica, se llegó al diagnóstico de Anorexia Nervosa de Tipo Restrictivo. Por encontrarse en un peso muy bajo y con gran deterioro en su estado de salud, se decidió internarla en la Unidad Metabólica Infantil del INNSZ para un adecuado control de peso, de los alimentos y comidas, y para realizar los estudios endocrinológicos pertinentes.

En la primera sesión, se habló de las metas del tratamiento y del procedimiento terapéutico. Se estableció que durante el internamiento se le vería 5 veces por semana. Para que pudiera salir del hospital y ser manejada en forma externa, se hizo un contrato de peso a 45 kg., a razón de 200 grs. por día. Se inició el monitoreo, únicamente con la gráfica de peso que debió ser colocada en la cabecera y donde la paciente fue registrando su peso diario.

Las siguientes 10 sesiones, tuvieron una duración de 30 minutos y se utilizaron para analizar con más detalle como sería el procedimiento terapéutico, establecer los reforzamientos positivos y los negativos, para dar información educativa acerca del padecimiento y de las repercusiones que tiene la emaciación en la conducta, en la esfera cognitiva y en las emociones. La paciente no tenía conciencia de su enfermedad, se encontraba poco motivada para el tratamiento, mostraba a nivel cognoscitivo (pobre concentración, poca capacidad de juicio y apatía) y a nivel emocional (talante depresivo, aplanamiento e irritabilidad) efectos claros de la emaciación. Se decidió trabajar en el establecimiento de una buena alianza terapéutica, la cual sería muy importante con esta paciente dadas sus características y las de su familia. La motivación se trabajó a nivel de contemplación; es decir, hacer conciencia de la enfermedad, hablar de ella, pero sin pedir acciones para cambios importantes, más que el adherirse a la dieta. Ej:

(T) ¿Recuerdas qué pasaba cuando decidiste bajar de peso?

(P) No recuerdo nada en especial....más bien yo creo que esto es por problemas que tengo desde chica....

(T) ¿ Con “esto” te refieres a la Anorexia?

(P) Si, yo creo que es por mi forma de ser, que siempre fui así tan tímida y por los problemas con mi mamá, de que no quería a Lupita y yo sentía que mi mamá me rechazaba, nunca le interesaron mis cosas. Todos me han dicho que estoy mal.

(T) ¿Y tú, qué piensas?

(P) Mis amigos me han dicho que estoy en un hoyo y yo me siento en un hoyo, sé que estoy mal, pero no sé como salir.....sé que tengo que comer pero me da mucho miedo engordar.

(T) ¿Por qué te asusta recuperar peso?

(P) Porque siento que si engordo me van a rechazar, que ya no me van a querer

(T) Me gustaría que otro día profundizáramos más en este punto, habría que ver si a las personas se les quiere por el peso o por alguna otra razón. Pero ahora ¿qué más recuerdas que te hizo bajar de peso?

(P) Yo creo que mi problema también tiene que ver con que a mi papá también le chocan los gordos, los critica mucho y a mí me molesta porque se burla. A mí me decía que me cuidara con la comida, que no comiera tanto de esto o aquello, y que hiciera ejercicio para bajar la panza, yo creo que por eso me da miedo engordar.

(T) Parece que no te sentías muy bien contigo misma , que te sentías sola y poco comprendida. Quizás tu miedo a engordar es miedo a que vuelvas a tener esos sentimientos. El controlar la comida y el peso te ha ayudado a no pensar en estas cosas, así que puedes ver que recuperar peso es necesario para tu recuperación, pero no es el único que importa entender. Juntas podremos analizar este tipo de pensamientos y de sentimientos en la medida que vayan surgiendo.

Durante estos días subió de peso adecuadamente. La familia comenzó con su terapia de familia, pero sin la paciente, por no encontrarse en un nivel de recuperación físico adecuado.

De las sesiones 12 a la 26, todavía se observaron las consecuencias de su bajo peso en la esfera cognitiva y emocional. El aumento de peso fue muy lento. El tiempo de las sesiones se aumentó a 50 mins. Mostraba temor por seguir aumentando de peso, porque temía perder el control y porque no se sentía a gusto con su figura. Se pusieron en tela de juicio los valores culturales en relación a la figura y peso. Se descentralizó el temor a perder el control, se le tomó desde otro punto de vista, haciendo referencia a que este temor iba en relación directa con la emaciación, donde hay períodos en que se experimenta una sensación de hambre intensa, pero que en la medida que se va recuperando peso van desapareciendo estas sensaciones y la manera de ayudar a que esto se fuera dando era haciendo las comidas como las tenía indicadas.

En la sesión 27 ya mostraba mejoría en relación a sus procesos de pensamiento; por lo que, se ratificó que el aumento de peso debería ser de 200 grs. por día y que debería de terminar todos sus alimentos o se le quitaría la posibilidad de dibujar (actividad que realizaba durante el día con bastante placer). A nivel cognitivo se continuó con el mismo trabajo que en las sesiones anteriores y en desarrollar mayor confianza hacia la terapeuta y hacia el programa, en cuanto a que su aumento de peso sería paulatino, adecuado y no se la dejaría sola en ningún momento. Se le dio información acerca del diario que se les pedía que llevaran (automonitoreo), cuál era su utilidad y de qué manera debía hacerlo.

En la sesión 31, no había subido de peso adecuadamente, pues no terminaba de comer todos sus alimentos, así que se le dio como reforzamiento negativo el no dibujar. En la sesión 34 continuó sin dibujar a y además se agregó otro reforzamiento negativo, no recibir llamadas telefónicas. Durante esas sesiones a nivel de motivación se fue pasando de la fase de contemplación a la de preparación (lo que ha intentado hacer para cambiar, pero que no lo ha realizado plenamente) y a la de acción (comenzar a hacer cambios conductuales y del ambiente para vencer los obstáculos). Se continuó con información educativa acerca de la distribución de la grasa en el cuerpo y de que para eso tenía ejercicios de fisioterapia específicos; se hizo hincapié en que para poder hacer cambios verdaderos a nivel de sus creencias y afectos, era importante reestablecer un equilibrio biológico.

De la sesión 35 a la 44 se reestableció el aumento de peso, su estado de ánimo comenzó a mejorar, se encontraba menos apática y más cooperadora con el tratamiento. Se quitaron los reforzamientos negativos. En la sesión 40 se decidió que ya podía iniciar su terapia de grupo, individual psicodinámica e incorporarse a la terapia de familia. Se comenzó a trabajar en sus relaciones interpersonales tomando sus sentimientos en relación al grupo, pues mostraba sentimientos de inferioridad en relación a sus compañeras, sentía que tenían más dinero que ella y que eran "más bonitas"; por lo que, de acuerdo con la paciente, no la iban a aceptar en el grupo y ella "se iba a sentir muy mal" (autoconcepto y autoestima). Se fomentó el reconocimiento de las conexiones que había entre ciertos pensamientos, ciertas conductas y sus emociones, y se examinó la evidencia que tenía para darle validez a esas creencias.

En la sesión 44 solicitó permiso para presentar su examen de admisión a la universidad en la facultad de Ingeniería y se le concedió como reforzamiento positivo al esfuerzo realizado en ese periodo de tiempo. También se le solicitó que a partir de ese momento debería comenzar a realizar su diario.

De la sesión 45 a la 50 el aumento de peso fue adecuado y llevaba a cabo sus comidas en forma apropiada. Comenzó a llevar el diario de manera muy concreta, señalando solo lo relacionado con las comidas; por lo que, se insistió en que anotara sus sentimientos y pensamientos para tener más herramientas con que trabajar en cada intervención. Comenzaba a sentirse más a gusto dentro del grupo de terapia, pues sus compañeras se mostraron cercanas e interesadas en ella. Como se sentía contenta y satisfecha con la forma en que había ganado peso, se utilizaron estos sentimientos y actitudes para aumentar la conciencia de enfermedad a través del examen de las funciones adaptativas de la anorexia, dejando claro que el "significado" de la enfermedad iba más allá que el hacer dietas que cayeron fuera de control y se identificaron sus temores previos a la presentación de la enfermedad, así como, de los conflictos que existían.

De la sesión 51 a la 53, como fue subiendo adecuadamente de peso y ya sería dada de alta de la hospitalización, se trabajó en las fantasías que tenía de regresar a casa. Mostró temor e incertidumbre en relación a la respuesta que habría de la familia con su regreso a casa y si sería capaz de continuar llevando su vida y su dieta adecuadamente. Se decastró estos pensamientos y se le confrontó con el hecho de que la adolescencia conlleva nuevos retos y problemas, que provocan sentimientos de inseguridad e incomodidad, pero que se podía aprender a enfrentarlos y resolverlos con otras estrategias más adecuadas y sólidas que dejar de comer, pues lo primero la iría fortaleciendo en su persona y lo segundo la iría debilitando. Se utilizaron pruebas de hipótesis para jugar por medio de predicciones y conclusiones específicas acerca de diferentes situaciones, que pudieran darse al llegar a casa. Esto permitió también desarrollar más confianza en sí misma para manejarse con más asertividad.

En la sesión 54 alcanzó el peso pactado para poder seguir su tratamiento en forma externa. Se revisaron los cambios que hicieron posible que llegara hasta este momento para que los tuviera muy presentes. Aunque la paciente tenía una conciencia más clara de su enfermedad, los padres no habían logrado la misma claridad, se hizo patente en la terapia familiar sus conflictos maritales en los que se había trabajado, para que cuando la paciente llegara a casa no se desplazaran a ella.

Se hizo hincapié en la necesidad de seguir llevando el diario regularmente y se la dio de alta para pasar a la fase II.

FASE II

En las sesiones 55 y 56 había bajado de peso. Al llegar a casa comenzó a tener problemas con la mamá, ya que ésta quería ejercer un fuerte control sobre ella (ej. no la dejaba ir al baño sola; no podía intervenir para nada en la elaboración de sus alimentos) y constantemente le echaba en cara el que tuviera que cocinar diferente al resto de la familia. No alteró la dieta, pero sí comenzó a tener conductas compensatorias, como el aumento de ejercicio físico. Por un lado, se reportaron las actitudes de la madre con los demás miembros del equipo para que se manejaran, especialmente en la terapia familiar. Por otra parte, se trabajó con la paciente las repercusiones que estas conductas maternas tenían en sus pensamientos, conductas y emociones. Se descentralizó el problema ayudándola a identificar qué otras dificultades además del peso y la comida podrían ser el centro de sus problemas. Como las conductas compensatorias fuera de permitir el control y el dominio de la situación, eran incompatibles con el logro de estas metas. Se observaron pensamientos tales como: “si hago más ejercicio, puedo comer lo que toda la familia y no engordar, así no voy a hacer enojar a mi mamá (personalización y pensamiento supersticioso)”; presencia de culpa por hacer gastar a los papás en alimentos especiales y sentimientos de fracaso en relación a las expectativas de la madre (magnificación, “self” abrumado). Se trabajó en el examen de la validez que tenían estas creencias para sustituirlas por creencias, más reales y apropiadas, como la prueba de hipótesis (se trabajó con la mamá en una lista de gastos de la compra que se hacía de los alimentos y se vio que no se gastaba más por la dieta que la paciente llevaba, ya que de hecho, muchos de los alimentos de la dieta se manejaban en la alimentación familiar, pero cocinados de manera diferente y se identificó que el agobio económico que sentía la madre no era por la comida, sino por los gastos extras que se estaban realizando por la próxima boda de su hijastra; se negoció con la mamá para que la paciente pudiera participar en la elaboración de su comida). Se pusieron en tela de juicio los deberías y se ayudó a que identificara su enojo por la actitud de su madre; se dio información educativa acerca de las implicaciones de padecer una enfermedad, comparar las medidas que se tomaron cuando algún otro miembro de la familia se enfermaba (uso de analogías); se trabajó en su autoconcepto por medio de técnicas de reatribución; se identificó como su estado de ánimo dependía del estado de ánimo de su mamá y como ella cargaba con las preocupaciones de toda la familia, cuestionando si en realidad eran su reponsabilidad, si ella podía resolverlos y si bajar de peso era la verdadera solución (descentralizar). Con todo esto se pretendió modificar gradualmente las aseveraciones subyacentes, que estaban determinando sus creencias más específicas. Finalmente se le propusieron técnicas paliativas para no engancharse en conductas autodestructivas: como que en vacaciones acompañara y ayudara a su hermana en

actividades relacionadas con la boda, que se fuera a un parque a dibujar y a tomarse el tiempo para escribir en su diario.

En la sesión 57, refirió que se había laxado (con 2 cucharadas de Metamucil, por sentirse distendida), que se sentía nerviosa y confundida, y que deseaba entrar al hospital de día, por sentir que iba perdiendo el control. Inmediatamente comenzó con el hospital de día. Dejó de usar laxante y recuperó el control de la dieta. En esa sesión y la siguiente logró identificar sus emociones: se sentía triste por el hecho de que su hermana se casara, pues llevaban una relación cercana y temía perderla para siempre (pensamiento dicotómico) y se sentía insegura de que al no tener su apoyo constante, no tendría la fuerza de salir adelante; sentía envidia de que su hermana tuviera una pareja y la posibilidad de hacer una vida independiente; esto último fue muy útil, pues sirvió para determinar cómo el proceso final de curación le iría permitiendo llevar una vida más independiente como lo había hecho su hermana. Asimismo, la identificación de sus emociones y el poder hablar de ellas, combatió la sensación de confusión que sentía y le permitió desarrollar más confianza en sus propios recursos. Ej:

(P) No me he sentido bien, porque me ha crecido la panza. Tengo miedo de que siga creciendo sin control. Me da coraje que los demás coman menos que yo, mi mamá y mi hermana a veces solo hacen una comida al día... Porque yo no puedo comer menos también... Siento que me tienen lástima. Fui al cumpleaños de mi prima y otra prima me vio y me dijo "te iba a traer chocolates, pero como siempre estás a dieta, mejor te traje unas flores" y me veía así, como con lástima, igual que todos.

(T) Parece que te sientes abrumada por varias cosas. Vamos a examinarlas por separado. En relación con la lástima. ¿Te gusta provocar lástima?

(P) No, no me gusta provocar lástima.

(T) Quizás lo que deseas es otra cosa. ¿Qué es lo que deseas?

(P)... Lo que quiero es que me cuiden. Tengo miedo de que si Lupita se casa, ya no la voy a ver. Su apoyo y consejo son muy importantes para mí.

(T) Parece que no te has sentido bien, no tanto porque te crezca la panza, sino porque se casa Lupita. Que se case tu hermana consentida debe provocarte mucha tristeza. Siempre da tristeza cuando un ser querido se nos va y eso es muy normal que lo sientas.

(P) (la paciente se pone a llorar). Me da pena llorar y que me vean. Vas a pensar que soy una tonta.

(T) Si tu hermana se pone a llorar contigo porque se va a casar y le da tristeza separarse de ti, ¿pensarías que es una tonta? ¿Qué pensarías de ella?

(P) Le agradecería su sinceridad. Creo que sentiría padre y me pondría a llorar con ella.

(T) Poder expresar los propios sentimientos lleva a compartirlos y a sentirse mejor.

(P) Si, me da tristeza que se case. Pero también siento que la voy a perder para siempre.

(T) “Siempre” parece una palabra muy extrema, parece que fuera a desaparecer. Es evidente que al casarse e irse de la casa, ya no estarán la misma cantidad de tiempo juntas; sin embargo, pueden seguir compartiendo muchos momentos, porque ella seguirá estando ahí. ¿Tú le hablarías por teléfono o la irías a ver?

(P) Si, sí lo haría.

(T) ¿Eso sería perderla para siempre?

(P) Realmente no.

(T) Por otro lado, me parece, que si bien su apoyo es importante para ti, tú también has logrado salir adelante por tí misma, has logrado darte cuenta de tus pensamientos y sentimientos, de cómo influyen en tu manera de actuar y has ido haciendo cambios importantes.

(P) Si, es cierto, no tengo porque perderla, ella también me quiere mucho y si me siento mal puedo hablarle por teléfono o irla a ver.

(P) El otro día Tere (la nutrióloga), me pidió que le escribiera algo de mi enfermedad y de mis síntomas, cuando lo iba a hacer, me acordé de lo que hacía antes de enfermarme; fantaseaba o me imaginaba historias, soñaba despierta. El otro día lo quise hacer y no pude, no pude imaginarme nada. (La paciente se sonroja).

(T) Te pusiste muy colorada.

(P) Es que me da pena.

(T) Qué te da pena.

(P) Mis historias me dan pena.

(T) ¿Quisieras compartirlas conmigo? Quizás no tengan algo por lo que te tengas que apenar. (Se sonroja aún más)

(P) ... Era la historia de una pareja. A ella me la imaginaba como a mí me gustaría ser, sensible y romántica. El era alto, de ojos verdes y muy amoroso. Ella vivía en la gran ciudad y aunque era rica, no era feliz porque le faltaba amor. Un día ella fue con su coche al bosque y tuvo un accidente, perdió el conocimiento y él la encontró. Se la llevó a su cabaña y la cuidó. Cuando ella despertó, había perdido la memoria y él le contó lo que había pasado. Como se sentía muy a gusto con él, decidió no averiguar quien era ella. Salían al bosque, jugaban en el río, hacían los quehaceres juntos. En las noches leían y platicaban junto a la chimenea. Un día él la quiso besarla, pero ella se volteó; le daba miedo aunque también se moría de ganas. La oportunidad volvió a darse y esta vez, si se dejó. Le gustó muchísimo, se sentía muy amada. (La paciente se sonroja). Y ya.

(T) Qué de la historia te dio tanta pena.

(P) Otras cosas que pensé.

(T) ¿Te gustaría contarlas?

(P) ... Pues un día que fueron al río, comenzó a llover y se empaparon. Cuando llegaron a la cabaña uno secó el cuerpo desnudo del otro. Prendieron la chimenea y se acostaron juntos. (Muy sonrojada).

(T) ¿Quieres decir que hicieron el amor?

(P) Si. Y ya se acabó la historia.

(T) Tu fantasía me deja ver que tienes deseos de tener una pareja a la que puedas amar, que te gustaría que te besaran y que te tocaran. Pero también te da vergüenza y te asusta sentir todo esto. No querer comer es una forma de controlar todas estas emociones y deseos que tienes, pero que sin embargo es lo que siente una chica de tu edad. Es mejor imaginar que no querer comer, ¿no crees?

(P) Si. Así me pasaba antes de estar enferma.

(T) ¿Esta fantasía tendrá algo que ver con tu hermana, que se va a casar?

(P) Pues es que así me los imagino y me da mucha envidia. Yo quisiera que me pasara igual que ella, poderme enamorar y poder hacer mi vida aparte.

(T) Lo que le pasó a tu hermana, fue el resultado de un proceso. Tú también estás en el proceso de curarte y con ello recuperar toda esta parte que parece haber estado dormida. En la medida en que tú también vayas trabajando en tu proceso, seguramente también podrás encontrar a una pareja con quien compartir y a quien amar.

(T) Hoy pudiste reconocer algunos de tus miedos, de tus deseos, tu tristeza, tu envidia y viste como no era necesario suprimirlos o deshacerse de ellos por medio de laxantes, sino aceptarlos como una parte valiosa de tí.

De la sesión 59 a la 64, aunque mantuvo el peso alrededor de los 45 kg., no llevaba la dieta con precisión, pues no tenía báscula para pesar los alimentos. El papá le había estado prometiendo el comprársela, pero como no lo hizo, se le consiguió una por medio de servicio social del instituto. Como seguía sintiéndose distendida, comía papaya en exceso para laxarse. Por medio de información educativa se le confirmó que esta sensación era normal pero temporal, que formaba parte del proceso de autorregulación de su cuerpo y que había que darle la oportunidad de que fuera cediendo. Se sintió muy confortada con el hecho de tener la báscula. Cuando la hermana regresó de su luna de miel, utilizó como técnica paleativa el ir a visitar y ayudarla en los quehaceres de su casa. Se le solicitó aumentar a 46 kg., lo cual aceptó. Se analizaron sus fantasías alrededor del inicio de su carrera. Mostraba temor de no poder hacer amistades y de que la rechazaran por lo mismo (autoconcepto y autoestima); tenía temor de no poder desempeñarse adecuadamente (perfeccionismo). Se retomaron las conductas que le permitieron establecer relaciones con sus compañeras del grupo, para que las proyectara a futuro y tuviera una visualización diferente de su capacidad para relacionarse. En relación con el perfeccionismo, se examinaron las implicaciones que tenía el entrar a la universidad (aprender, conocer personas de su edad, ampliar su círculo social,

desarrollar actividades diferentes a las que había tenido hasta entonces, divertirse y disfrutar de todo lo que ofrece estar en la universidad) y se examinó que otros aspectos de su persona la hacían valiosa además de su desempeño académico (modificar la abstracción selectiva).

De la sesión 65 a la 68 los problemas familiares aumentaron porque el padre, que en ese momento tenía trabajos eventuales, había terminado con algunos de sus contratos y no había conseguido otros nuevos; por lo que, le manifestaron su imposibilidad de mantenerla en el programa. Aunado a esto, le era difícil realizar adecuadamente su dieta porque la mamá no compraba los implementos necesarios para ello.

La paciente se deprimió porque no quería dejar el programa. El jefe del programa logró hacer un acuerdo económico con el departamento de servicio social del instituto, para que siguiera acudiendo al programa.

Es importante mencionar que las intervenciones cognitivo-conductuales se hacían muy difíciles, pues lo que se ganaba por un lado con la paciente, era difícil consolidarlo por la problemática familiar y por la actitud de los padres.

De las sesiones 69 a la 72, aunque lograba mantenerse alrededor de los 46 kg. seguía mostrando algunas conductas anorécticas como cambiar el desayuno por la cena para no engordar (pensamiento supersticioso). Se sentía deprimida porque no podía acudir a su terapia psicodinámica individual con regularidad porque no la "podían" llevar y tampoco la dejaban ir en transporte público por miedo a que le pasara algo. Se sentía presionada porque por un lado quería cumplir con el programa y por el otro se encontraba con muchas dificultades para hacerlo, no se podía concentrar bien y había bajado su rendimiento en la universidad. Por lo mismo solo había llevado el diario en relación a los alimentos. De aquí que se puntualizara que para prevenir recaídas era importante ser más descriptiva en relación a sus pensamientos y sentimientos, lo que también le permitiría tener mayor conciencia de su proceso de pensamiento y de las conexiones que hacía en relación a alterar sus conductas apropiadas en relación con las comidas.

Se retomaron los pros y contras de mantener la enfermedad, (ej. qué había logrado y qué había dejado como resultado de su estado actual; en qué sentido era diferente la calidad de su vida; qué metas y valores eran importantes en ese momento y cómo diferían en relación al inicio del padecimiento; si aún sentía que debería de existir una conexión entre perder peso y lograr sus metas, como le estaba funcionando en la práctica). Se le dio información educativa acerca del horario y disposición de las comidas, confrontando su creencia con los resultados en la práctica. Se reforzó el hecho de que la meta en cuanto a peso, en ese momento, era solamente mantenerlo con el fin de regularizar su alimentación, la estructura de las comidas, su funcionamiento fisiológico y así lograr una estabilidad que le permitiera

trabajar en otras áreas de su vida. Se trabajó en que pudiera ir entendiendo los problemas que tenían sus papás como pareja y su dificultad para enfrentarlos entre ellos, de aquí que para ellos era más fácil desplazarlos a otras personas, como los hijos y especialmente con ella; por lo que, debía aumentar su conciencia en el tipo de interacciones familiares, que se daban para desarrollar habilidades que le permitieran irse poniendo al margen de estos conflictos. Se le dieron técnicas de relajación (una combinación de relajación autogénica, muscular progresiva y uso imaginación dirigida) para que lograr bajar la tensión que sentía.

De la sesión 73 a la 77, seguía manteniendo su peso y había logrado llevar adecuadamente su dieta. Se sentía mejor emocionalmente, estaba llevando su diario con más detalle y realizaba sus ejercicios de relajación, lo que en conjunto le permitía prepararse mejor para presentar los exámenes en la universidad.

Había logrado establecer relaciones con 2 compañeras de la carrera, aunque se mostraba tímida y poco participativa, la habían aceptado bien y compartían sus tiempos libres en la universidad.

Refería sentirse bien con el peso que mantenía y que no deseaba subir más. Se exploró su actitud hacia la menstruación, estaba conciente de que para que se presentara debía subir más de peso, lo que por el momento no deseaba hacer. Tenía la creencia de que su figura cambiaría mucho cuando esto sucediera; se trabajó con esta creencia errónea por medio de información educativa y se trabajó su autoconcepto en relación a qué pasaría si fuera cierto. No se profundizó más por el momento, ya que se acercaban las vacaciones de Diciembre y había que trabajar en consolidar los cambios positivos que había tenido y en identificar sus áreas vulnerables para evitar posibles recaídas. Revisó su dieta con la nutrióloga para adaptarla a las fiestas decembrinas.

La sesión 78 regresó de las vacaciones de diciembre con muy buen estado de ánimo porque las había disfrutado, aunque no se atrevió a liberar un poco la dieta, la pudo manejar correctamente. Su peso era estable y le había ido bien en sus exámenes de la universidad. Pasaron las fiestas en casa de su hermana junto con otros parientes y amigos, se sintió más integrada socialmente. Únicamente se reforzó los cambios positivos que se dieron y se analizaron tanto las circunstancias personales como ambientales que permitieron que se dieran.

De la sesión 79 a la 81 no acudió a sus citas con regularidad, ni los papás a la terapia familiar por falta de disposición de éstos; asimismo estaban presionando a la paciente para que subiera más de peso y terminar con el tratamiento, de tal manera que el equipo los citó para apoyar con información educativa acerca del curso del padecimiento, por qué el aumento debía ser poco a poco (de lo contrario se provocaría insuficiencia cardiaca) y por qué debían seguir acudiendo ellos y la

paciente al programa integral; se les pidió que leyeran nuevamente el contrato y que lo firmaran para comprometerse o de lo contrario se les daría de baja, lo cual implicaba un alto riesgo de recaídas. Los padres estuvieron de acuerdo.

De la sesión 82 a la 86 se normalizaron sus citas. Llevaba adecuadamente la dieta, pero el ambiente familiar no era muy propicio: seguían los conflictos económicos, el papá pasaba mucho tiempo en casa y se metía demasiado en las actividades de los hijos. Se habló con la hermana casada y la posibilidad de que la paciente comiera en su casa y pasara más tiempo ahí. La hermana estuvo de acuerdo, esto era una técnica paleativa, que más que modificar las creencias de la paciente, le permitía cambiar el canal cognitivo, disminuir la ansiedad y consolidar los pensamientos más adaptativos que había adquirido. Era utilizar la técnica de hospital de día, pero adaptado a su círculo familiar.

Entre la sesión 86 y 87, el fin de semana acudió al servicio de urgencias del instituto por presentar hinchazón de pies, rodillas y muñecas (eritromelalgia: afección de origen desconocido que se caracteriza por enrojecimiento, edema y dolor, generalmente de las extremidades inferiores). Este evento asustó mucho a la paciente y a la familia, tenían conocimiento de que en fecha anterior una paciente había fallecido presentando síntomas similares. Se les dio una sesión de familia urgente y con ello adquirieron mayor conciencia de la enfermedad y de su seriedad. Se le solicitó aumento de peso a 47.500 kg.

En la sesión 88 se trabajó la angustia que le provocó este suceso y el temor a la muerte que se le despertó. Se utilizó la respuesta emocional para trabajar nuevamente en los pros y contras de seguir con la enfermedad y de cambiar para llegar a conclusiones nuevas y más sólidas. La paciente se fue tranquila.

De la sesión 89 a la 93 el padre nuevamente no la habían llevado a sus sesiones de terapia psicodinámica individual, aduciendo a que estaba teniendo entrevistas laborales y no la podía llevar (solo tenían un coche); la hermana casada se comprometió a llevarla, mientras el papá arreglaba sus asuntos y quedó bien especificado que de no hacerlo se la daría de baja. En la terapia familiar se trabajó con los padres en su incapacidad para desarrollar otras estrategias que se fueran adaptando a las circunstancias que la vida les presentaba, eran rígidos, temerosos y desconfiados de las capacidades de sus hijos para ser más independientes. Su peso era adecuado y llevaba la dieta prescrita, pero no se atrevía a incluir alimentos "prohibidos" a pesar de que la nutrióloga ya se lo había requerido. Había pensamientos supersticiosos y de magnificación en relación con ciertas ideas acerca de los alimentos; por ejemplo si combinaba una salsa blanca con el pollo, le engordaría "muchísimo" más, que si se comía la pechuga al horno, un pan con

mantequilla y de postre un yogourt. Además de la información educativa que se le dio, se utilizó la operacionalización de creencias, que permitía una definición más precisa de sus creencias ideosincráticas, para conducir a pensamientos más objetivos y se le motivó a cuestionar la validez de sus inferencias en la práctica. Se investigó más en relación con este tipo de alimentos para saber cuáles, a pesar de ser "negativos", le gustaban. Se jugó con predicciones de que en caso de incluir los alimentos "prohibidos" qué ganancias tendría, por ejemplo, disfrutar de una dieta más variada; de volver a disfrutar alimentos a los que había renunciado hacía tiempo.

En la sesión 94 los padres plantearon el deseo de llevársela de viaje con sus hermanos a visitar unos familiares en provincia, pero les fue negado porque la paciente se sentía angustiada de ir y en vista de que llevaba una temporada de equilibrio, se optó porque se quedara en casa de la hermana casada.

De la sesión 95 a la 99 en que estuvo fuera de su casa, se vio una franca mejoría en todos los aspectos. Terminó su 2º semestre de la carrera con 8.7 de promedio. No tenía amistad más que con dos compañeras, pero se mostraba menos introvertida. Comenzó a incluir alimentos más variados y de forma espontánea comenzó a subir de peso, pero con una dieta adecuada. Con la hermana casada su relación se hizo más estrecha pues estaba embarazada. Planeó sus vacaciones en relación a pintarle al futuro bebé su cuarto. Se le motivó para que tratara de contactar a sus 2 compañeras de la universidad, para que saliera con ellas por lo menos una vez a la semana y así ampliar sus actividades sociales.

Se trabajó para desarrollar mayor independencia emocional hacia los padres y la familia. Se analizó un poco más a fondo la historia familiar de los papás, para que lograra reconocer por qué les resultaba tan difícil darle a ella y a sus hermanos mayor autonomía (el papá se quedó huérfano de madre a los 17 años y se quedó viudo cuando tenía 10 años de casado; la mamá se quedó huérfana de padre a los 15 años y sus hermanos se marcharon de la casa para buscar mejores oportunidades; ambos padres tenían duelos mal elaborados y mucho temor de quedarse solos, si les pasaba algo a los hijos). Se trabajó por medio de analogías y de predicciones el que ella pudiera librarse de estas creencias y desarrollar las propias y reforzar la esperanza de que ella sí podría lograrlo; así como, su hermana casada (logró terminar su carrera, trabajar y formar una familia independiente).

Se decidió pasar a la etapa III para promover el objetivo de que alcanzara su peso teórico. Se consultó con la paciente quien estuvo de acuerdo y se hizo un nuevo contrato a 52 kg.

FASE III

En la sesión 100 se incorporó otra vez con su familia y se les pidió que respetaran su privacidad en la casa, en los momentos en que quisiera estar sola dibujando. Cada 10 días salía con sus amigas, una de ellas la recogía con su coche y se iban al cine. Acudió a casa de otra de las compañeras del grupo de terapia a ver una película sobre una chica con anorexia nervosa. Con respecto a estas conductas y actitudes se sentía ambivalente; por un lado, se sentía más fuerte e independiente, pero por otro se sentía culpable de haber estado tan a gusto sin sus padres y con temor por no tomarlos en cuenta en sus decisiones. Se valoraron las implicaciones de tener la capacidad de tomar decisiones por sí misma y de la influencia que esto podría tener en los demás miembros de la familia, ya que podría estar demostrando activamente a sus papás que podía cuidarse sola y con responsabilidad, y permanecer aún como parte importante de la familia. Ej.:

(P) Fui a ver la película a casa de Mónica, ya la había visto antes pero no le había entendido. Ahora sí le entendí.

(T) ¿Qué entendiste?

(P) Que la mamá todo el día estaba encima de ella diciéndole qué tenía que hacer y cómo hacerlo. Entonces la chava no sabía que ser sin su mamá. La mamá siempre le dijo que su esposo se había ido por culpa suya, porque era una niña mala. A nosotros nos hacen sentir que los problemas que ellos tienen son por nuestra culpa, que si se divorcieran sería por culpa de nosotros. Cuando yo digo lo que pienso y luego se enojan, también me siento culpable, como si yo provocara las cosas. Aunque ahora se que no es verdad. Ellos tienen sus problemas y no por nuestra culpa.

Ahora que mis papás estuvieron fuera, me sentí muy bien porque no los necesité para hacer mis cosas y decidir como llevar mi dieta y qué hacer en mis ratos libres, aunque la verdad también me sentí mal de estar tan a gusto sin ellos, no quiero que vayan a pensar que ya no los quiero y me vayan a abandonar.

(T) Parece que has tocado varios puntos importantes. La chica de la película no podía tomar decisiones propias porque su mamá siempre las tomó por ella. Era lógico que se sintiera perdida cuando no tenía a la mamá para hacerlo. ¿Cómo te sentiste tú de poder tomar tus propias decisiones ahora que tuviste que hacerlo por estar sola?

(P) Me sentí bien, me gustó consultarme a mí misma que quería hacer y hacerlo.

(T) ¿Las decisiones que tomaste fueron buenas para ti?

(P) Si

(T) ¿Por qué?

(P) Porque me permitieron compartir con otras personas mi tiempo y mis ganas de platicar. Me divertí. Me sentí que me puedo cuidar sola. No le he dicho a mis

papás, pero a casa de Mónica me fui en taxi yo sola. Le pregunté a mi hermana como veía que lo hiciera y ella me dijo que si a mí me parecía que lo podía hacer, pues que lo hiciera. Lo hice y no hubo ningún problema, cuando llegué a su casa le hablé por teléfono para decirle que había llegado bien y antes de salir le avisé que ya iba para allá. Finalmente no hice nada que me lastimara. Me deberían dejar hacer más cosas por mí misma.

(T) Parte de ser responsable es cuidarse a uno mismo y darse cosas buenas. Eso estuvo muy bien. También es parte de ser independiente y con ello uno puede sentirse muy satisfecho de que realmente puede manejarse a sí mismo. Pudiste tomar en cuenta cuáles eran tus deseos y actuaste en concordancia con ellos.

¿Pero por qué te dio culpa estar bien sin tus papás?

(P) No se, como que no quiero que piensen que porque ya puedo tomar mis decisiones y estar a gusto sin ellos, es que ya no los quiero.

(T) Ese es el verdadero significado de crecer y madurar: el depender cada vez más de tí sin dejar de querer a las personas importantes para tí, como tus padres. El ser tú, con tus propios sentimientos, afectos y acciones no significa traicionar su cariño, simplemente significa que eres una persona diferente con sus propias necesidades e ideas. El verdadero amor significa respeto al otro.

Así como tus hermanos te han enseñado muchas cosas, creo que tu ejemplo también puede ser una enseñanza para ellos.

(P) Sí. Que vean que sí pueden llevar a cabo sus deseos y que no necesitan a mis papás para todo.

(T) Creo también, que para tus papás va a ser importante ver que su hija no era tan desvalida ni inútil como pensaban, sino que es una chica fuerte y valiente. En la terapia de familia podrán analizar el impacto que han tenido estos cambios tuyos sobre la familia.

(P) Sí, me gustaría mucho que habláramos de cómo se sienten ellos de esto y de que vean que ya no soy una chiquita.

(T) Es importante que ellos vean que no eres una chiquita, pero más importante es que lo veas tú ¿no crees?

(P) Sí, me está gustando eso de ser grande, pero ellos también lo tienen que ver ¿no?

Dejaría de acudir 15 días al programa por vacaciones de los miembros del equipo. Se le motivó a continuar como lo había hecho hasta entonces.

En la sesión 101 y 102 había llevado bien su dieta, iba subiendo poco a poco. Se sentía angustiada por el reinicio de la universidad, los papás comenzaron a presionarla y a demandarle que tuviera un excelente rendimiento escolar, pues aducían hacer un gran esfuerzo para pagarle sus estudios. Comenzó a tener dolores de cabeza y se tomó un diurético por pensar que estaba hinchada y que eso le provocaba la cefalea. Se le advirtió de manera firme, tanto a ella como a la familia

del peligro que podría acarrear a su salud tomar diuréticos, sin la prescripción médica, se les dio educación informativa al respecto. Se pusieron en tela de juicio los "deberías", en relación a su desempeño académico y se reflexionó acerca de los resultados que tuvo en el año académico anterior, para examinar con evidencias sus resultados anteriores, tomando en cuenta que además estaba en proceso de recuperación. Se utilizó la técnica de reatribución, para modificar su interpretación del dolor de cabeza como estar "hinchada" y cuestionar la validez de esta experiencia subjetiva de su cuerpo; también se demostró la conexión que había habido entre este pensamiento y la presión que sintió por parte de los padres. Ej.:

(P) Me tomé un diurético porque me dolía la cabeza, seguro es que estoy hinchada y por eso me duele.

(T) Qué más ha pasado en estos días. Te noto un poco tensa.

(P) Es que como ya voy a empezar clases, me siento angustiada, qué tal que no me va muy bien. Mis papás me han estado diciendo que tengo que tener excelentes calificaciones, porque realmente hacen un esfuerzo muy grande para darme lo que necesito de la escuela. Tienen razón, tengo que hacerlo perfecto, pero tengo miedo de hacerlo peor que el año pasado.

(T) Cómo crees que lo hiciste el año pasado.

(P) Bien, pero me costó trabajo porque todavía estaba muy metida en el rollo de la enfermedad.

(T) Creo que el año pasado hiciste un gran esfuerzo y a pesar de que todavía estabas muy preocupada por el peso y la comida, pudiste sacar tus estudios adecuadamente. Ahora que estás mejor ¿por qué no habrías de hacerlo, si tu carrera te gusta tanto?

(P) Pues sí, tiene razón. Pero ¿y si no?

(T) ¿Qué significaría para tí si no lo hicieras mejor?

(P) Que no soy tan buen como persona

(T) ¿Quieres decir qué mides tu valor de acuerdo a tus calificaciones?

(P) Bueno, de alguna manera sí. Hay que hacer bien todo lo que llevas a cabo. Todos se valoran por lo que hacen, ¿no?

(T) En parte sí, pero no de una manera tan tajante como lo haces tú, momento a momento y en base solo a calificaciones.

Si supieras que yo no tuve buenas calificaciones siempre, ¿dejarías de venir a tratamiento conmigo?

(P) Bueno, es que Ud. es diferente, me ha demostrado ser una buena terapeuta.

(T) ¿Qué otras cuestiones te harían a tí ser una persona valiosa?

(P) No se, me da pena... Que soy sensible, buena onda con las personas, que le hecho ganas a las cosas. Eso.

(T) Entonces tu valor como persona es un espectro mucho más amplio y completo que solo tener buenas calificaciones. Te sacas buenas calificaciones porque eres inteligente, te gusta tu carrera y como tú dices, le hechas ganas.

¿El dolor de cabeza, tendría qué ver con estar hinchada o con que te sentiste muy presionada por tus papás? Como si lo único que importara fuera tu “cabeza” para sacar “buenas calificaciones”.

(P) Sí, no lo había visto de esa manera.

(T) Por eso es importante que vayas identificando qué te preocupa en un momento dado, lo puedas poner en palabras y veas qué tan válido es lo que piensas y sientes. Es más efectivo que tomarse un diurético. El diurético pone en peligro tu vida, saber que piensas y sientes te fortalece como persona, te das más herramientas para enfrentarte a los problemas.

De la sesión 103 a la 106 fue evolucionando adecuadamente en su peso y en su dieta. En el grupo de terapia se mostraba más comunicativa y espontánea, por lo que se identificaron los aspectos cognitivo-conductuales que le habían permitido lograrlo para aplicarlo con sus compañeros de universidad; así como, las consecuencias que había tenido en su autoconcepto. (Un aspecto importante de su personalidad era que lo que más trabajo le costaba era entablar el primer contacto con otra persona, ya que al haber una relación de mayor confianza le era más fácil ir profundizando). Se estableció que cuando llevara 2 días alrededor de 51 kg., sería internada 2 días para revaloración endocrinológica, lo que se hizo en la sesión 106.

De la sesión 107 a la 114 en cuanto al peso, la dieta evolucionaba bien y la llevaba con más flexibilidad. Se sentía más al margen de los problemas familiares y, en la universidad iba consolidando la relación con sus 2 compañeras con las que ahora se iba a estudiar a la biblioteca. Las relaciones familiares se habían tornado tensas, porque nació el bebé de la hermana, lo cual causó gran emoción en los hermanos y en el padre, pero la mamá se mostraba irritable y reticente a darle cualquier apoyo a su hijastra en relación con el bebé, no quería involucrarse por argumentar que tenía mucho trabajo con su casa y con sus propios hijos (sentimientos de rivalidad y desplazamiento).

En las sesiones 115 y 116 se consolidaron los cambios que se habían dado hasta ese momento, para consolidar y reafirmar su autoconfianza ahora que venían las vacaciones de diciembre. Se mostraba entusiasmada con la Navidad, habían planeado ir a visitar a unos parientes en provincia y se sintió bien para realizar el viaje con la familia. Se preparaba para el fin de semestre con más seguridad en que terminaría favorablemente.

En la sesión 117 se evaluaron sus experiencias en las vacaciones. No volvieron a presentarse las cefaleas. No tuvo problemas con los alimentos, su peso era adecuado. Refirió que se la pasó muy bien y que se divirtió con sus primos, se iban solos al centro y realizaron paseos en bicicleta.

De la sesión 118 a la 120 volvieron a agudizarse los problemas familiares, el papá perdió el contrato de trabajo que tenía, se hizo recorte de personal a los que tenían menos antigüedad y se quedó desempleado. La mamá estaba sumamente disgustada y agobiada porque tendrían que hacer uso de sus pocos ahorros; sin embargo, consiguió en su oficina que le aumentaran las horas de trabajo a tiempo completo. La relación de pareja se tornó muy difícil, la mamá no dejaba de recriminar al padre y éste entró en una fuerte depresión. Aunque el sistema filial se había unido para darse apoyo (logro terapéutico de la terapia familiar), se mostraban muy angustiados e inclusive los dos más jóvenes comenzaron a disminuir en su rendimiento académico. El equipo consideró dar los tratamientos sin costo, hasta que se reestableciera la economía familiar y los terapeutas de la familia ofrecieron al papá unas sesiones individuales, para ayudarlo a salir de su estado depresivo. La paciente tuvo un acercamiento importante con el padre, le sirvió de apoyo y él respondió favorablemente.

De la sesión 121 a la 122 se atravesaron las vacaciones de semana santa y dejó de acudir a consulta por lo mismo. Se volvieron a presentar en la paciente cefaleas, que cedían a la relajación.

Se encontró muy tensa por la situación de la casa y de su padre. Los hermanos continuaban muy angustiados y ella sentía que tenía que apoyarlos a todos. Se volvieron a poner en tela de juicio los deberías y se descentralizó la creencia de que tenía que ser el pilar de la casa. Se rescataron las actitudes positivas que había tenido hasta ese momento con su padre y hermanos, y se focalizó la atención a sus propios sentimientos y pensamientos con el fin de evitar una recaída. Se le planteó el reinternarse nuevamente para valoración endocrinológica, pues ya debería de haberse presentado la menstruación.

Estuvo internada 5 días que le sirvieron para relajarse. El grupo de terapia se mostró muy empático con ella y de hecho una de las pacientes la invitó a su casa a comer en varias ocasiones, esto no pudo realizarse porque vivía muy lejos de ella y tenía el problema del transporte; sin embargo, se sintió muy apoyada.

De la sesión 123 a la 129 la paciente y la familia acudieron con mucha irregularidad a todas sus citas. La madre porque no podía por su nuevo horario de trabajo y el padre porque argüía estar asistiendo a citas de tipo laboral. La relación entre los padres era más aguda, el padre no se recuperaba del todo de su depresión y ambos reportaban estar hartos del programa, querían que sólo la paciente fuera a sus citas, si es que era posible llevarla. Seguían sin ceder en que se manejara sola con transporte urbano. En ese período de tiempo la paciente dejó de hacer su diario, volvió a presentar temores intensos a engordar y en varias ocasiones tomó diuréticos. Dejó de elaborar por completo el diario. En la última sesión reportó haberse tomado

8 tabletas de diurético, se sentía fuera de control y con sentimientos de culpa, se decidió internarla por lo delicado de la situación.

Durante el internamiento se tuvieron intervenciones diarias de 1 hr. Se logró aumentar la conciencia de sus procesos en relación a la forma que había reaccionado ante los eventos externos: ante la sensación de incertidumbre familiar que ella sintió no poder controlar, se volcó al control de su cuerpo para recuperar la sensación de seguridad; se fomentó que ella sola pudiera identificar los pensamientos disfuncionales que influyeron en sus percepciones, sentimientos y conductas sintomáticas, y se reconoció esta área como vulnerable; se trabajó en examinar e identificar los sentimientos subyacentes a estas conductas y a expresarlas verbalmente. Se creó disonancia en relación a utilizar las conductas compensatorias como inoperantes, para sentir seguridad y se recuperaron las conductas y pensamientos que en otros momentos sí le permitieron alcanzar este objetivo. Se reforzó la información educativa en relación al uso de laxantes. Se reetiquetó la recaída como un resbalón y como parte de la recuperación que se logra en forma de espiral y se renovó el compromiso para seguir con su reestablecimiento, reiniciando su dieta sin utilizar conductas compensatorias. Se retomaron técnicas paliativas como irse a casa de su hermana cuando se sintiera muy agobiada. Por último, se retomaron los logros que había tenido hasta antes de la recaída, se reforzaron positivamente y se la motivó para reiniciar su diario. Ej:

(P) Mis papás ya no quieren que venga a terapia y yo si quiero venir. Dicen que para que vengo si no me sirve de nada. No entiendo por qué no pueden ver los cambios que tengo o a lo mejor es que tienen razón. No quieren ir a terapia familiar, mi mamá está muy enojada y mi papá entre triste y enojado, yo no entiendo bien que les pasa. Me siento mal. No hice la dieta. Me sentía muy hinchada, sería que tomé mucho agua, por eso me tomé los diuréticos. Me tomé 2 diarios. Es que empecé a sentir que iba a perder el control y que quería comer mucho; todas las noches me bajaba a la cocina y me paraba enfrente de la despensa, quería comerme todo lo que había. Me sentía como desesperada, aislada, muy mal.

(T) Parece que te sientes confundida y amenazada por diferentes circunstancias, esto te provocó la sensación de querer controlar lo de afuera y no poder; por lo que, mejor pusiste los controles en ti misma. Me gustaría que fuéramos viendo cada parte del problema.

Parece que te resulta difícil poder separar los problemas que son de tus padres, de los que son tuyos. Entiendo que cuando los padres tienen problemas económicos y problemas entre ellos, los hijos se preocupan y se angustian; por lo que, pueda pasar. ¿Sin embargo, tú crees que tú o tus hermanos han provocado que papá se quede sin trabajo o que mamá tenga que trabajar más para apoyarlo?

(P) Pues no, definitivamente no. Pero no entiendo por qué me los echan a mí.

(T) A veces para los padres es más fácil aventarle la responsabilidad de sus problemas a un hijo, que enfrentarlos en si mismos. ¿O tú deseas responsabilizarte de ellos?

(P) No, pero si quisiera poder ayudarlos.

(T) ¿ De qué manera si podrías ayudarlos?

(P) No se..... Se me ocurre que ayudar a mi mamá en las tareas de la casa, para que no esté tan agobiada.

(T) Tú sola ¿o con tus hermanos?

(P) No, junto con mis hermanos. Entre todos es más fácil.

(T) En otras ocasiones que te has sentido así, ¿qué has hecho para no sentirte tan agobiada y no tener que tomar diuréticos?

(P) Pues platicar lo que pasa en la casa en el grupo, con mi hermana o con mis hermanos o aquí con Ud. Hacer mis ejercicios de relajación. Pasar menos tiempo en casa, dibujar. Cuando me he querido dar atracones, me espero como Ud. me dijo, media hora. Trato de entender qué me está angustiando, si es real o no y qué puedo hacer para resolverlo.

(T) Todo esto que me has dicho, lo has ido aprendiendo y te ha dado muy buenos resultados, han sido un vehículo para expresarte y te han permitido mayor habilidad para enfrentar los problemas y tener un verdadero control. La enfermedad, o sea, interpretar tu malestar emocional como “hinchada”, dejar de comer y tomar diuréticos, es precisamente incompatible para alcanzar lo que sí logras de la otra manera.

¿Crees qué puedas hacerlo otra vez ahora?

(P) Si, creo que si. Ay, pero me siento mal de recaer, es como si volviera todo para atrás.

(T) Recuerda que los problemas con tus padres y sobretodo, cuando te quieren aventar sus conflictos, te angustian y te hacen cuestionarte si tienen o no razón. Esta es un área vulnerable para tí y debes tenerlo muy presente. Por otro lado, esta recaída te permitió darte cuenta de ello con más claridad y rescatar lo que tú has aprendido para salir adelante. Lo importante es que, cuando vuelvas a sentirte así, antes de tomarte un diurético, hagas un alto y pienses en todo lo que está pasando. Te recuerdo que todo en la vida, incluyendo tu proceso de curación, es como una espiral y hay que aprender también de estos momentos.

En las sesiones 130 y 131 se mantuvo estable, sin diuréticos y avocada a terminar el semestre.

De la sesión 132 a la 135, un tío paterno le ofreció trabajo en las tardes, durante las vacaciones, diseñando unos letreros que necesitaba. Los padres le dieron permiso. La hermana la llevaba y el papá la recogía. En las mañanas, decidió pasar

la mayor parte del tiempo en casa de su hermana la casada ayudándole con el bebé y con las labores de la casa. Salían al parque a pasear al bebé y una vez a la semana se veía con sus dos compañeras de la universidad o con alguna de sus compañeras del grupo de terapia que tenía coche y la pasaba a recoger. La evolución de su peso era correcta; así como, el manejo de su dieta, que si bien no estaba liberada, se había vuelto más flexible.

En la sesión 136 el papá le hizo saber que no quería que continuara con la universidad por los problemas económicos, pero tampoco la dejaba que se consiguiera un empleo fijo de medio tiempo. Esto deprimió mucho a la paciente y fue valorado en una sesión urgente de familia, ya que la universidad no les representaba gastos extras, pues por un lado la hermana la apoyaba económicamente, no tenía problemas de transportación porque una de sus compañeras la llevaba y la traía. Se les confrontó con el hecho de que cada vez que la paciente daba un paso a la mejoría y a la independencia, ellos boicoteaban su progreso y el programa.

En la sesión 137 y 138 se trabajó para fortalecer su autoestima y se proyectaron a futuro sus logros presentes. Fue muy importante que hiciera conciencia de la fortaleza que había ido adquiriendo para poder sostenerse a pesar de los padres.

De la sesión 139 a la 142 llegaban tarde a las sesiones de familia, no la llevaron a la terapia cognitivo- conductual ni a su terapia individual. Los padres seguían confundiéndola y manipulaban su progreso, aduciendo que cada día estaba más ajena y distante de la familia. Como ya no tenían el pretexto económico, le dificultaban sus estudios dándole tareas en casa que no le correspondían. Esto trajo como consecuencia que alterara su dieta, comenzó a sentir deseos de pararse frente a la despensa y comer todo lo que se le antojara, volvió a usar diuréticos. Dejó de hacer su diario y reportó tener sentimientos de abandono y soledad. Se le propuso reiniciar hospital de día para estabilizarla y aislarla un poco del ambiente familiar. Este solo sería a la hora de la comida para no intervenir con sus estudios. La llevaría la hermana casada y la recogía a las 6 P.M., con lo que tendría tiempo para estudiar.

Acudió 2 semanas a hospital de día, tuvo sesiones de terapia cognitivo-conductual 5 veces por semana. Nuevamente se trabajó en el reconocimiento de las conexiones que había entre sus pensamientos y conductas; con técnicas de retribución se modificaron las interpretaciones de experiencias subjetivas como hambre (angustia). Se confrontó su abstracción selectiva, para que cambiara su foco de atención de detalles aislados a la información contradictoria que recibía en casa (ej. ser más reponsable, tener mejor desempeño escolar y por otro lado llenarla de actividades en la casa para no poder cumplir con la universidad). Se hizo énfasis en

la necesidad de poner límites y no engancharse en los mensajes que le mandaban los padres. Recuperó la sensación de control en relación a la comida; pudo hablar de sus sentimientos de frustración y coraje, y finalmente recuperó la confianza en seguir adelante con el tratamiento sin conductas compensatorias. Se le dio de alta del hospital de día.

A partir de ese momento y durante 3 meses, la paciente y la familia no volvieron a presentarse a ninguna terapia. Las llamadas de atención para la reintegración al tratamiento fueron desatendidas. Fue imposible establecer contacto telefónico personal con la paciente. Se decidió darla de baja del programa y dejar la puerta abierta en caso de que la paciente lograra reingresar. No volvió a saberse más de ella. Tiempo después se quiso volver a contactarla pero habían cambiado su domicilio.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA PACIENTE "A"

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 1	Mayo 6	37.100	Fase I. Hospitalización	Información del procedimiento y las metas terapéuticas. Establecimiento de reforzamientos. Contrato de peso y automonitoreo	Ninguna. Efectos cognitivos y emocionales de la emaciación.
Sesión 2 a la 11	Mayo 7 - 16	39.350	Inicio del tratamiento.	Información educativa. Alianza terapéutica. Motivación (nivel de contemplación)	Aumento de peso
Sesión 12 a la 26	Mayo 17- Junio 1	41.300	Temor a aumentar de peso y perder el control.	Cuestionar valores culturales. Descentralizar miedos.	Adhesión al tratamiento. Aumento de peso.
Sesión 27	Junio 2	41.450		Automonitoreo con el diario. Alianza terapéutica. Contrato de peso y establecimiento de medidas conductuales de la comida	Mejoría de los procesos de pensamiento.
Sesión 28 a la 31	Junio 3 - 6	42	Aumento de peso inadecuado. No terminaba sus alimentos.	Reforzamientos negativos. Motivación: preparación y acción. Información educativa.	Adhesión al tratamiento, debido a T.C.C.
Sesión 32 a la 44	Junio 7 - 19	44.200	Ingesta adecuada de alimentos. Mejoría en el estado de ánimo. Mas cooperadora y participativa. Sesión 40 inicio de terapia de grupo, psicodinámica y familiar.	Trabajo de relaciones interpersonales, autoconcepto y autoestima. Reconocimiento de las conexiones entre pensamientos, conductas y emociones. Reforzamiento positivo.	Aumento de conciencia de sus procesos de pensamiento. Buena evolución del peso.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 45 a la 50	Junio 20 - 25	44.900	Inicio del diario. Adaptación positiva al programa.	Aumento de conciencia de enfermedad y de sus funciones adaptativas.	Aumento de conciencia de enfermedad.
Sesión 51 a la 53	Junio 26-28	45.300	Preparación para pasar a etapa II.	Decatastrofización. Prueba de hipótesis. Uso de la fantasía.	Desarrollo de mayor confianza en sí misma.
Sesión 54	Junio 29	45.300	Alta de hospitalización. Fase II. Manejo externo.	Consolidación de logros obtenidos.	Mayor conciencia de enfermedad. Buena evolución del peso y manejo de la dieta adecuado.
Sesión 55 y 56	Julio 4 y 11	44.900	Conductas compensatorias: exceso de ejercicio. "Self" abrumado.	Descentralización. Validación de creencias maladaptativas. Prueba de hipótesis. Uso de analogías. Técnicas paliativas y de reatribución.	Despersonalización de los problemas. Modificación gradual de aseveraciones subyacentes a creencias más específicas.
Sesión 57	Julio 18	44.300	Conductas compensatorias: uso de laxante. Pérdida del control.	Hospital de día. Manejo del pensamiento dicotómico.	Canceló el laxante. Reestablecimiento de la dieta. Conciencia de sus emociones y su relación con pensamientos y conductas. Influencia positiva de la terapia familiar.
Sesión 59 a la 64	Agosto 1-Sept. 5	45.500	Falta de apoyo parental para llevar la dieta. Uso de laxante natural: papaya. Planes para inicio de estudios superiores. Miedos.	Trabajo en autoconcepto, autoestima, perfeccionismo. Retomar conductas adecuadas para proyección del futuro. Técnicas paliativas. Modificación de abstracción selectiva. Información educativa.	Nuevo contrato de peso. Disminución y mejor manejo de la angustia. Aumento de peso debido a T.C.C. y terapia familiar.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 65 a la 68	Sept. 12 - Oct. 10	46	Falta importante de apoyo parental con respecto al programa.	Consolidación de los logros obtenidos al momento. Apoyo emocional.	Estabilización del peso. Influencia positiva T. C. C. y terapia familiar
Sesión 69 a la 72	Oct. 17 - Nov. 14	46.200	Saboteo por parte de los padres. Depresión. Bajo rendimiento académico. Pensamiento superficial	Prevención de recaídas Apoyo emocional. Aumento de conciencia de las interacciones familiares. Desarrollo de nuevas habilidades. Información educativa. Aumento de conciencia de sus procesos de pensamiento. Técnicas de relajación.	Mejoría del estado de ánimo. Regularización de los patrones de alimentación. Mayor conciencia de la conexión entre sus pensamientos, emociones y conductas. Influencia positiva T.C.C.
Sesión 73 a la 77	Nov. 28 - Dic. 17	46.200	Buen ambiente universitario. Próximas vacaciones.	Exploración de actitudes hacia la menstruación y autoconcepto. Consolidación de cambios positivos e identificación de áreas vulnerables.	Mantenimiento del peso y la dieta. Mejoría del estado de ánimo. Confianza para mantenerse bien en vacaciones. Influencia positiva T.C.C. y terapia psicodinámica.
Sesión 78	Enero 9	45.900	Buenas vacaciones y buenos resultados en la universidad.	Análisis de las circunstancias personales y ambientales que permitieron una buena adaptación y reforzamiento de las mismas.	Mayor autoconfianza.
Sesión 79 a 81	Enero 16 - 30	46.100	Saboteo por parte de los padres.	Apoyo emocional. Reforzamiento de las áreas libres de conflicto. Información educativa.	Estabilización emocional y del peso. Confianza en la terapeuta. Influencia positiva terapia familiar.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 82 a 86	Feb. 6- Marzo 12	46.300	Conflictos familiares.	Técnicas paleativas. Consolidar pensamientos adaptativos.	Mayor flexibilidad en sus conductas. Buen peso y manejo de dieta. Influencia positiva T.C.C.
Sesión 87	Marzo 15	47.400	Internamiento en urgencias por presentar aritromelalgia.	Apoyo emocional y familiar.	Buena respuesta psicológica.
Sesión 88	Marzo 27	48	Temor a la muerte por padecimiento médico.	Se utilizó la respuesta emocional para trabajar pros y contras de continuar con la enfermedad. Información educativa.	Estabilización del estado de ánimo. Conclusiones nuevas y más sólidas acerca de la enfermedad.
Sesión 89 a la 93	Abril 24 - Mayo 29	47.900	Problemas familiares. Pensamiento supersticioso y de magnificación en relación con alimentos "prohibidos".	Información educativa. Operacionalización de creencias. Utilización de predicciones.	Cuestionar la validez de sus inferencias en la práctica. Influencia positiva T.C.C. y terapia familiar.
Sesión 94	Junio 5	47.500	Permiso de viaje denegado.	Consolidar los aspectos trabajados en la sesión anterior.	Manejo adecuado de la dieta.
Sesión 95 a la 99	Junio 12 - Julio 10	48.900	Finalización del 2º semestre de la carrera.	Motivación: acción. Desarrollo más interpersonal de la terapia. Comprensión más profunda de su propia historia. Promover pasar a la siguiente fase.	Inclusión de alimentos nuevos y más variados en la dieta. Aumento espontáneo de peso. Mayor socialización. Mayor conciencia de los aspectos que influyeron para que desarrollara el padecimiento. Influencia positiva T.C.C. y terapia psicodinámica.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 100	Julio 24	49.600	Fase III. Manejo externo. Reintegración al medio familiar. Vacaciones de la terapeuta.	Cuestionamiento de los "deberías". Consolidación de los logros obtenidos hasta el momento.	Capacidad de tomar decisiones adecuadas por sí misma. Autoconfianza para manejarse sola. Influencia positiva T.C.C. y psicodinámica.
Sesión 101 y 102	Jul. 31- Agosto 7	48.900	Reinicio de la universidad. Presión parental. Uso de diurético.	Información educativa. Cuestionamiento de los "deberías". Recapitulación de habilidades positivas. Reatribución. Aumento de conciencia en relación a experiencias subjetivas corporales y conexión con conductas y pensamientos.	Interpretación correcta de experiencias emocionales y corporales. Reestablecimiento de controles. Pensamientos más reales en relación a su desempeño y metas. Influencia positiva T.C.C.
Sesión 103 a 106	Agosto 1 4-Sept. 4	51.200	Futuro nacimiento del hijo de su media hermana. Universidad. Hospitalización para evaluación endocrinológica.	Identificación de aspectos cognitivo-conductuales en relación con sus relaciones de grupo para aplicarlo en la vida diaria. Manejo del autoconcepto.	Evolución positiva del peso y del manejo de los alimentos. Buenas relaciones interpersonales en el grupo terapéutico. Influencia positiva terapia de grupo.
Sesión 107 a 114	Sept. 18- Nov. 27	52.150	Nacimiento del bebé. Relaciones familiares tensas. Universidad.	Consolidación de logros interpersonales y a nivel familiar. Independencia.	Dieta más libre. Buenas relaciones interpersonales en la universidad. Influencia positiva de terapia psicodinámica.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 115 y 116	Diciembre 4 y 11	52	Vacaciones decembrinas con viaje en puerta. Fin del semestre universitario.	Consolidación de logros. Reafirmación de autoconfianza para manejarse sola. Proyección a futuro.	Excelente estado de ánimo. Deseo de salir de viaje. Seguridad de acabar bien el semestre. Buen manejo de los alimentos.
Sesión 117	Enero 8	52.370	Regreso de vacaciones	Recapitulación de aspectos cognitivos-conductuales que le permitieron manejarse sin problema y consolidación de los mismos.	Peso estable. Buen estado de ánimo. Buena socialización con otros miembros de la familia. Actividades recreativas.
Sesión 118 a 120	Enero 22 - Febrero 19	52.200	Pérdida de trabajo del padre. Crisis familiar. Costo nulo del tratamiento.	Apoyo emocional y consolidación de logros. Identificar áreas vulnerables.	Unión del sistema filial. Acercamiento positivo entre la paciente y el padre. Influencia positiva de terapia familiar y psicodinámica.
Sesión 121 a 122	Marzo 11 - Abril 8	52.150	Vacaciones de semana santa. Cefaleas. Tensión familiar. Hermanos angustiados. Apoyo de la paciente a toda la familia. Planteo de rehospitalización para valoración endocrinológica y rehospitalización.	Cuestionamiento de los deberías. Descentralización de creencias erróneas. Focalización en sus pensamientos y sentimientos para evitar una recaída. Técnicas de relajación.	Estabilidad emocional. Control adecuado de cefaleas. Buen peso y manejo de los alimentos. Influencia positiva de terapia de grupo, T.C.C. y terapia psicodinámica.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 123 a 129	Abril 22 - Junio 8	51.800	Asistencia irregular al programa. Severa crisis matrimonial de los padres. Padre deprimido. Temor intenso de la paciente a engordar. Uso de diuréticos. Falta de control. Dejó de elaborar por completo el diario. Reinternamiento.	Aumento de conciencia de sus procesos de pensamiento y conexión conductual. Identificación de pensamientos disfuncionales. Expresión de sentimientos. Disonancia en relación a conductas compensatorias y su utilidad real. Recuperación de pensamientos y conductas favorables. Reetiquetación de la recaída. Motivación. Técnicas paleativas.	Aumento de la conciencia de enfermedad y de los pensamientos disfuncionales que la llevaron a la recaída. Aumento de la motivación para seguir adelante. Supresión de conductas compensatorias. Adquisición del control. Buena respuesta emocional en el grupo terapéutico. Influencia positiva T.C.C. y terapia psicodinámica
Sesión 130 y 131	Junio 13 - 22	52.650	Terminación del semestre.	Recapitulación de la recaída y consolidación de logros.	Sin conductas compensatorias. Buen manejo de los alimentos. Estable emocionalmente.
Sesión 132 a 135	Julio 1º- Agosto 5	51.800	Trabajo vespertino por vacaciones. Paso del tiempo libre con la media hermana y el bebé. Visitas con amigas.	Revaloración del régimen alimenticio. Consolidación de logros a nivel individual e interpersonal.	Régimen alimenticio bastante flexible. Buena autoestima y autoconcepto. Buenas relaciones interpersonales.
Sesión 136	Agosto 19	52.000	Boicot parental en relación a sus estudios. Talante depresivo.	Apoyo emocional. Prevención de recaídas. Manejo familiar.	Mantenerse estable en el peso, la alimentación y sin conductas compensatorias. Influencia positiva de terapia familiar, T.C.C. y terapia de psicodinámica

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 137 y 138	Agosto 26 – Sept. 2	53.200	Universidad.	Fortalecimiento de autoestima. Proyección a futuro.	Mejoría del estado de ánimo y optimismo.
Sesión 139 a 142	Sept. 9 – Octubre 14	52.200	Irregularidad en la asistencia al programa. Boicot parental al tratamiento y buena evolución de la paciente. Alteración del régimen alimenticio. Uso de diuréticos. Propuesta de hospital de día para estabilización.	Reconocimiento y aumento de conciencia de las conexiones entre sus pensamientos y sentimientos con sus conductas. Cambio de foco de atención. Reforzamiento en poner límites y en la autoestima. Recapitulación de logros anteriores. Abstrcción selectiva.	Se inhibieron conductas compensatorias. Recuperación del control y la confianza para seguir adelante. Influencia positiva T.C.C. y terapia psicodinámica.
	Dic. 20		Inasistencia al programa.	Dada de baja del programa.	

TABLA DE EVOLUCIÓN DEL PESO DE LA PACIENTE "A"

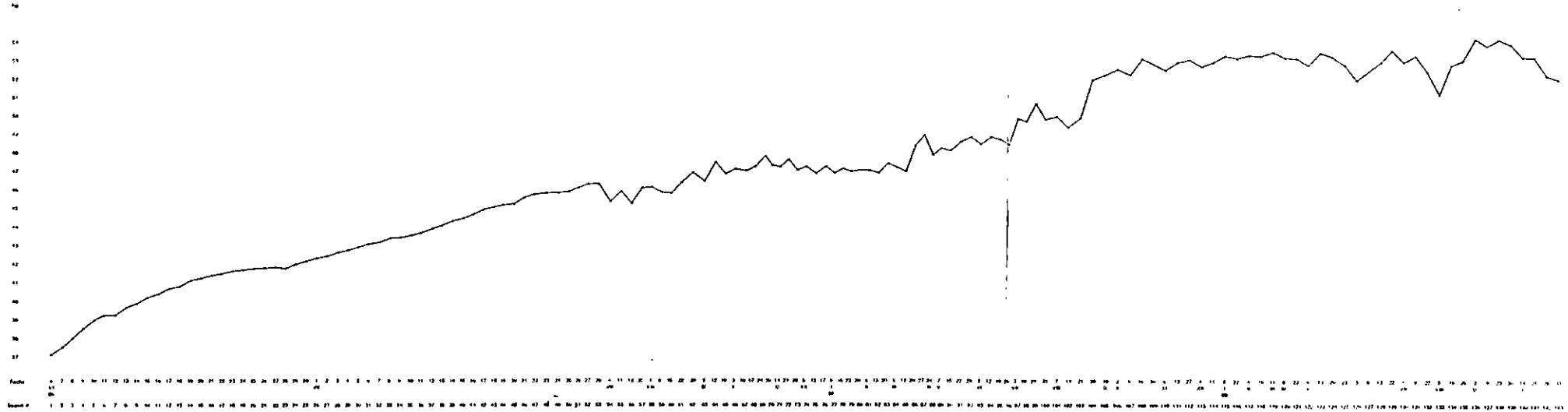
NO. DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS
1	Mayo 6	37.100
2	7	37.300
3	8	37.500
4	9	37.750
5	10	38.000
6	11	38.200
7	12	38.350
8	13	38.600
9	14	38.800
10	15	39.100
11	16	39.350
12	17	39.600
13	18	39.800
14	19	40.100
15	20	40.200
16	21	40.300
17	22	40.400
18	23	40.500
19	24	40.600
20	25	40.700
21	26	40.800
22	27	40.800
23	28	40.800
24	29	40.950
25	30	41.100
26	Junio 1	41.300
27	2	41.450
28	3	41.600
29	4	41.700
30	5	41.900
31	6	42.000
32	7	42.100
33	8	42.300
34	9	42.300
35	10	42.500
36	11	42.700
37	12	42.900
38	13	43.100
39	14	43.300

NO. DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS	
40		15	43.500
41		16	43.700
42		17	43.900
43		18	44.100
44		19	44.200
45		20	44.350
46		21	44.550
47		22	44.700
48		23	44.800
49		24	44.850
50		25	44.900
51		26	45.100
52		27	45.300
53		28	45.300
54		29	45.300
55	Julio	4	44.400
56		11	44.900
57		18	44.300
58		25	45.100
59	Agosto	1	45.100
60		8	44.800
61		15	44.700
62		22	45.400
63		29	45.900
64	Septiembre	5	45.500
65		12	46.500
66		19	45.800
67	Octubre	3	46.100
68		10	46.000
69		17	46.300
70		24	46.900
71		30	46.300
72	Noviembre	14	46.200
73		21	46.600
74		28	46.000
75	Diciembre	5	46.200
76		12	45.900
77		17	46.200
78	Enero	9	45.900
79		16	46.100
80		23	46.000

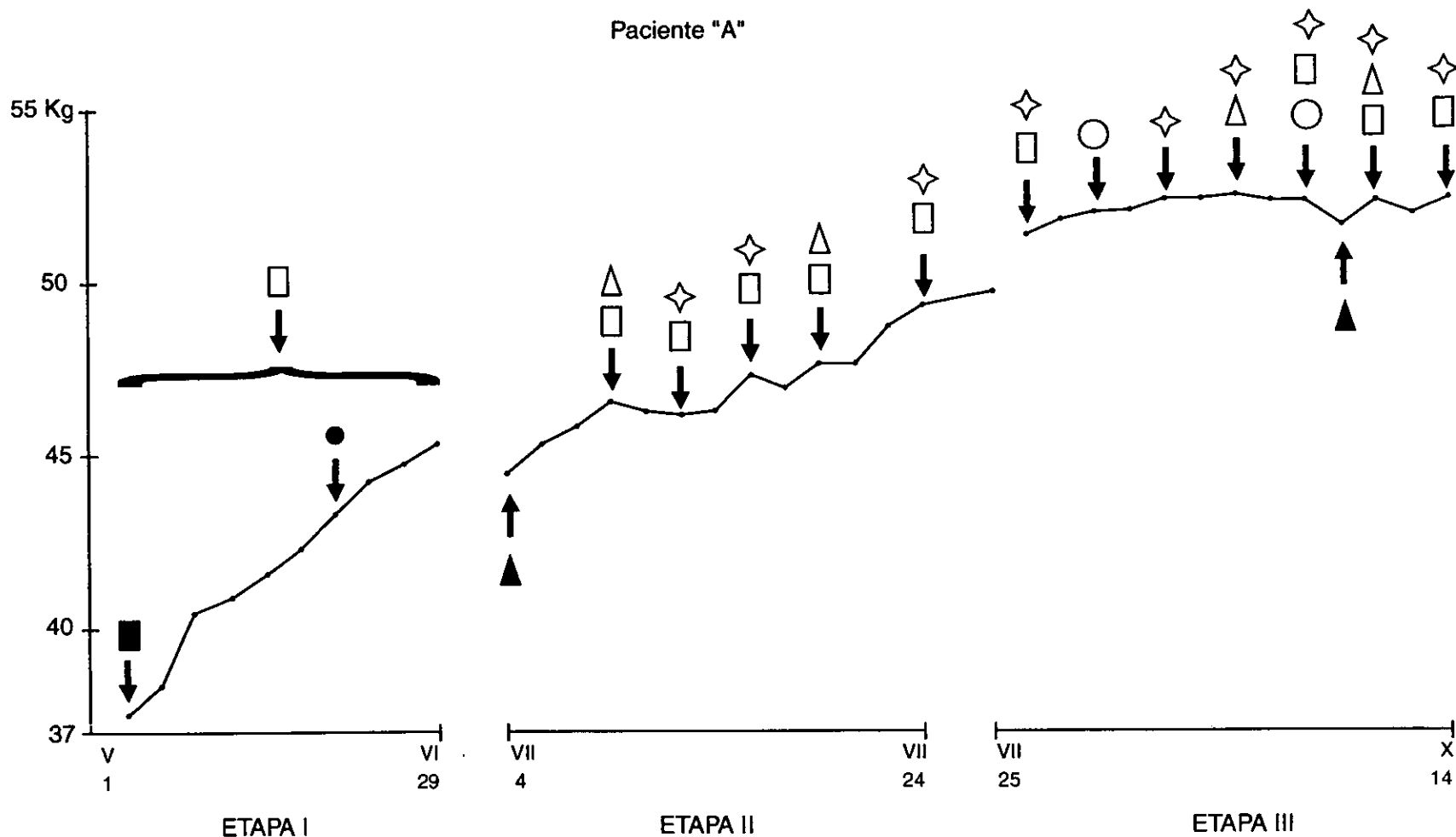
NO. DE SESIÓN	FECHA		PESO EN KILOGRAMOS
81		30	46.100
82	Febrero	6	46.000
83		13	45.900
84		20	46.500
85	Marzo	6	46.300
86		12	-
87		20	47.400
88		27	48.000
89	Abril	24	46.900
90	Mayo	7	47.300
91		15	47.200
92		22	47.600
93		29	47.900
94	Junio	5	47.500
95		12	47.900
96		19	47.700
97		26	47.000
98	Julio	3	48.900
99		10	48.600
100		24	49.600
101		31	48.700
102	Agosto	7	48.900
103		14	49.400
104		21	49.900
105		28	51.050
106	Septiembre	4	51.200
107		18	51.400
108	Octubre	2	51.600
109		9	51.400
110		16	52.100
111		30	51.800
112	Noviembre	6	51.500
113		13	51.990
114		27	52.180
115	Diciembre	4	51.730
116		11	52.000
117	Enero	8	52.370
118		22	52.200
119	Febrero	4	52.300
120		19	52.200
121	Marzo	11	52.500

NO. DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS	
122	Abril	8	52.150
123		22	52.400
124	Mayo	6	52.100
125		13	51.950
126		20	52.500
127		27	52.350
128	Junio	3	51.800
129		8	51.000
130		13	51.700
131		22	52.500
132	Julio	1	52.200
133		8	52.330
134		22	52.000
135	Agosto	5	52.150
136		19	51.500
137		26	52.100
138	Septiembre	2	53.200
139		9	52.750
140		23	53.100
141		30	52.820
141	Octubre	14	52.200

"A"



Paciente "A"



Inicio T.C.C.

Inicio T. Familiar

Inicio T. Grupo

Inicio T. Psicodinámica



- Disminución de peso x probls. fams. ▲ (Triangulo negro)

- Aumento o estabilización del peso x influencia principalmente de :

T.C.C.

T. Familiar

T. Grupo

T. Psicodinámica



* Para fines de comunicación científica se colapsaron los puntos de la gráfica:

En la etapa I por semana

En las etapas II y III por mes

PACIENTE "B"

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Heredo-familiares - Hermana con obesidad grado I. Abuela materna con obesidad grado II. Abuela paterna con Diabetes Mellitus, controlada. Un tío paterno falleció de cáncer de pulmón. No se encontraron antecedentes cercanos de enfermedad cardiovascular, ni de enfermedad tiroidea, ni de problemas psiquiátricos.

Antecedentes Personales no Patológicos - La familia era oriunda de Hidalgo, donde residían. De acuerdo al Departamento de Servicio Social del INNSZ, su nivel socioeconómico era medio alto. Vivían en casa propia, con todos los servicios. El padre de 62 años, cirujano general de profesión.

La madre terminó el bachillerato y se dedicaba al hogar. La madre tuvo 5 embarazos, con desarrollo normal del mismo, los productos nacieron a término y sin complicaciones. La paciente, al momento de la historia clínica tenía 17 años, nació a término y sin complicaciones durante el parto. Tiene una hermana de 28 años, médico general, casada con un hijo (hermana obesa); un hermano de 26 años, licenciado en arquitectura, casado con 2 hijos; un hermano de 25 años médico general, haciendo la especialidad de cirugía general en el D.F.; una hermana de 22 años, con licenciatura en periodismo, vivía con los padres; la paciente de 17 años, estudiante del 2º año de preparatoria.

En cuanto a su desarrollo, la madre refirió que fue normal, inició su menarca a los 12 años, con ciclos regulares de 28-30 días por 5 días de duración.

Antecedentes Personales Patológicos - Tuvo las enfermedades propias de la infancia. Fue sometida a cirugía por amigdalectomía a los 7 años por infecciones de garganta recurrentes, que cedieron después de la intervención.

Padecimiento Actual - En relación al peso - Al momento de la historia clínica la paciente medía 1.62 m y pesaba 37.100 kg. Durante la infancia e inicio de la adolescencia, era "gordita", a partir de los 13 años comenzó a subir de peso, hasta que a los 15 años llegó a pesar 60 kg. En la escuela se burlaban de ella; por lo que, de común acuerdo con los padres inició dieta y en un año bajó 10 kg. En el siguiente año, a decir que en forma involuntaria, bajó 7 kg. más y posteriormente en forma voluntaria, por miedo a engordar bajó otros 6 kgs., llegando a pesar 37.5 kg. Acudió con un médico internista por presentar edema facial y en extremidades inferiores, el doctor no quiso tratarla por encontrarla en un estado muy precario y la

refirió al instituto. En la exploración física se encontró: desnutrición severa grado III, hipotensión, bradicardia, acrosianosis, hiperkarotemia, temblor distal, atrofia muscular, lanugo, uñas y pelo quebradizo, intolerancia al frío, edema facial y miembros inferiores.

En relación a la imagen corporal se observó alteración de la misma en general, pues a pesar de estar emaciada, ella se percibía normal, le agradaba su apariencia física y negaba estar enferma.

Conductas anormales de alimentación – Inició dieta para bajar de peso a los 15 años, la dieta era balanceada y se la prescribió el padre, así la llevó unos 3 meses, pero poco a poco fue eliminando alimentos como las harinas, féculas, azúcares, grasa, carne roja y embutidos. Durante ese año comía huevos, pollo, leche descremada, frutas y verduras. En el último año fue eliminando más alimentos y en los últimos 3 meses su dieta consistía de:

Desayuno - nada

Comida - caldo de pollo desgrasado con zanahorias, ensalada verde con limón.

Cena - gelatina

Existía selectividad en los alimentos, los alimentos buenos eran el caldo de pollo, porque la alimentaba y la calentaba; las zanahorias, lechuga y limón porque le daban vitaminas; la gelatina porque le ayudaba para fortalecer las uñas y le daba energía por el azúcar que contenía. Todos los demás alimentos eran malos porque la engordaban y tenían sal, lo que la hinchaba. No tenía ningún ritual en relación a la comida, pero le gustaba prepararse ella sus alimentos y de preferencia comer sola. Negó la existencia de atracones.

Medidas para el control de peso – El tipo de dieta que realizaba era de tipo restrictivo. Comenzó a los 15 años en forma permanente hasta su estado actual. En los últimos 6 meses comenzó a presentar constipación; para lo que, tomaba 2 pastillas de Senokot diarias. En los últimos 2 meses comenzó con edema facial y en extremidades inferiores; para lo que, tomaba 1 pastilla de Lasix una vez por semana.

Desde que inició su dieta a los 15 años, comenzó a hacer 2 horas de aerobics 5 veces por semana. A los 16 años agregó 1 hora de bicicleta estacionaria. En los últimos 2 meses solo realizaba 1 hora de bicicleta 6 veces por semana, ya que se había sentido más débil y cansada.

Historia Menstrual - Tuvo su menarca a los 12 años. A los 16 años comenzó a tener irregularidades menstruales y 4 meses después cayó en amenorrea.

Historia Escolar - Inició su vida escolar en el jardín de niños a los 4 años, porque cuando la quisieron inscribir ya no había cupo y se tuvo que esperar un año

más para ingresar. Al momento de la historia clínica cursaba el 2° año de preparatoria en un colegio particular, solo de mujeres. Su desempeño escolar siempre fue bueno, estaba entre los 10 primeros lugares, hasta que inició el 2° año de preparatoria en que bajó considerablemente su rendimiento académico por sentirse apática, con dificultad para concentrarse y memorizar.

Evaluación del Area Emocional – Al momento de la historia clínica estaba orientada, se mostraba indiferente a su enfermedad, triste, con llanto fácil e ideas de muerte. Refirió que en el último año se mostraba muy introvertida, aislada y con depresiones frecuentes.

Familia - La paciente proviene de una familia nuclear, formada por los padres y hermanos, de los cuales 2 ya se casaron y formaron su propia familia, 1 estudia afuera de su ciudad natal, pero acude a la casa cada vez que le es posible y 2 son solteros y viven con los padres. El padre es profesionalista, exitoso en su campo. La madre se dedica al hogar. Son una familia católica, tradicional, muy unidos y con una convivencia muy cercana, tanto entre ellos como con la familia extensa.

Aspectos Sociales y Culturales - Aunque siempre fue una niña tímida, tenía amigas en la escuela, sobretodo había mantenido una relación muy estrecha con una de ellas, pero durante el último año se aisló completamente de su círculo de compañeras, tanto en la escuela como fuera de ella. No realiza ninguna actividad de tipo cultural, ni poseía algún pasatiempo.

ENTREVISTA

En relación al peso - La paciente durante su infancia siempre fue “gordita”, a los 13 años comenzó a subir más de peso porque comía más que antes, le gustaba la comida chatarra y el pan. No recordó que hubiera algún motivo por el cual comiera más, simplemente porque le gustaba. A los 14 años, con una estatura de 1.62 m, llegó a pesar 60 kg. En la escuela le decían “gorda” y se burlaban de ella los compañeros; en la casa sus padres y hermanos le decían “gordita, pelotita y tortuguita”, aunque aparentemente en la familia se lo decían de cariño, ella se sentía mal. Le decían que se cuidara, que se fijara en su hermana que estaba muy gorda y no podía bajar de peso, que si ella no se cuidaba le iba a pasar lo mismo. Le empezó a disgustar que le dijeran esas cosas, comenzó a sentirse gorda y rechazada; por lo que, decidió ponerse a dieta y hacer ejercicio.

En relación a la imagen corporal - Se encontró alteración de la imagen corporal, pues a pesar de estar emaciada ella se veía normal y reportó sentirse a gusto con su figura. No evitaba situaciones que implicaran exponer su cuerpo; además como siempre tenía frío, cubría su cuerpo con mucha ropa.

Para ella, bajar de peso significó que la dejaran de molestar, sentirse como sus demás compañeras, le dio más energía y seguridad en sí misma. El poder controlar la comida la hacía sentirse con fortaleza de carácter y pensaba que las personas gordas eran así por ser débiles de carácter. Cuando comenzó a bajar de peso, tanto en la escuela como en la casa le reconocían su esfuerzo y su fuerza de voluntad. No entendía por qué en ese momento ya no les parecía adecuado.

Conductas anormales de alimentación - Nunca tuvo períodos en que se diera atracones, siempre tuvo dietas restrictivas para bajar de peso. Dividía los alimentos en buenos, los que la alimentaban pero no la engordaban, que eran los que incluía en su dieta y en alimentos malos como la carne roja, que creía que intoxicaba y que la grasa que tenía nunca se podía eliminar sino que se le quedaba en el cuerpo; la grasa, las harinas y féculas solo engordaban y no nutrían al organismo; el azúcar solo era buena en pequeñas cantidades, pues de lo contrario causaba adicción, dañaba los dientes y engordaba. Antes de ponerse a dieta le gustaba toda la comida en general, pero por miedo a engordar la había eliminado, sobretudo las golosinas y la comida chatarra.

Medidas para el control de peso – La paciente negó inducción de vómito, pero 6 meses atrás comenzó con constipación para lo que inició a consumir laxantes, 2 diarios, con lo cual regularizó sus evacuaciones. Cuando alguna vez dejó de tomarlos, se sintió muy mal, el estómago le crecía y le dolía; por lo que, no había vuelto a dejarlos. Le gustaba sentir su estómago vacío y plano, de lo contrario se sentía gorda. Dos meses atrás comenzó a tener edema facial y de extremidades inferiores, ella asumió que estaba reteniendo agua y comenzó a tomar una pastilla de diurético 1 vez a la semana, con eso sentía que bajaba el edema. No tomárselo le hacía sentir que le engordaban la cara y las piernas.

Cuando decidió bajar de peso por primera vez, comenzó a nadar una hora diaria. A los 3 meses cambió a 2 horas de aerobics 5 veces a la semana. Decidió cambiar de ejercicio por los inconvenientes del cloro, además que sentía que con los aerobics quemaba más grasa. En esa época se sentía con mucha energía, más segura de sí misma y contenta, pensaba que ser deportista era muy bueno para su salud física y mental; por lo que a los 16 años decidió agregar a su rutina de ejercicio 1 hora de bicicleta estacionaria 6 veces por semana. Sentía que llevaba una vida muy sana y que era mejor pensar en el ejercicio que en la comida, como lo hacía antes. En esta época se sentía mejor que nunca, le complacía tener un cuerpo sin grasa y atlético, el volumen de sus senos había disminuido, se sentía más ágil, contenta y valorada por los que la rodeaban. Siguió con la misma cantidad de ejercicio hasta 2 meses antes de la entrevista, en que dejó los aerobics y solo hacía 1 hora diaria de bicicleta 6 veces por semana. Esto se debió a que no se sentía con la fuerza para hacer más ejercicio y por lo mismo se sentía deprimida y derrotada. En ese tiempo cuando se subía a la bicicleta, aunque no tenía ganas de hacerlo, pensaba que ella tenía que demostrarse que su fuerza de voluntad podía más que su fatiga; mientras realizaba el ejercicio se sentía que recuperaba la confianza en sí misma, pero cuando acababa la invadía el cansancio y la tristeza, se sentía inadecuada de no poder continuar.

Conciencia de enfermedad y motivación para el tratamiento – No tenía conciencia clara de su enfermedad, pero si expresó su deseo de sentirse mejor anímicamente, pues había perdido el interés en todo. Deseaba entrar al programa, pero tenía mucho temor a engordar indiscriminadamente.

Historia menstrual - Tuvo su menarca a los 12 años y aunque tenía información al respecto, se sintió muy desafortunada pues no quería dejar de ser niña. Para ella los días de la menstruación eran “desastrosos” porque se sentía mareada y tenía que pasarse la tarde en cama. Por otro lado, durante esos días su mamá no la dejaba usar pantalón y no podía hacer sus actividades normales. Así que cuando cayó en amenorrea se sintió muy a gusto y no le preocupó en absoluto.

Evaluación del área emocional – Refirió que de niña siempre se sentía feliz y de buen humor. Cuando tuvo su menarca, los días de la menstruación se sentía irritable y triste, pero el resto del mes recuperaba el buen estado de ánimo. Cuando comenzó a subir de peso a los 14 años, tenía días en que se sentía triste por las críticas que le hacían, peor cuando comía se sentía bien, hasta que unos meses antes de iniciar la dieta, comenzó a sentirse culpable de comer. Cuando inició la dieta y el ejercicio recuperó el buen estado de ánimo, había ocasiones en que incluso se sentía eufórica. Durante el último año, en el que bajó más de peso, tuvo fluctuaciones en el estado de ánimo, tenía períodos en que se sentía bien y otros en que sin razón aparente se deprimía. Se volvió más irritable, berrinchuda, no le gustaba que la contrariaran, ni que la confrontaran con su bajo peso. Al momento de la entrevista, presentaba llanto fácil, talante depresivo, tenía pensamientos obsesivos en relación al peso, la comida y al miedo a engordar.

Se mostraba exageradamente preocupada y culpable por su bajo rendimiento escolar. Su forma de expresarse era infantil y pueril.

Historia escolar y laboral - Recuerda con mucha tristeza y frustración cuando no pudo entrar al jardín de niños, porque ya no había cupo. Ella ya quería ir a jugar con otros niños, porque en su casa se aburría, así que cuando inició sus primeras clases se sintió muy contenta. En esa misma escuela, continuó la primaria. Era una niña responsable y estudiosa, con muy buen desempeño académico. Le gustaba estar entre los 10 primeros lugares de su generación, pues se sentía gratificada y reconocida por sus maestros, padres y hermanos. Refirió haber sido una estudiante dedicada, ordenada y limpia en su desempeño.

Pudo mantener el nivel académico hasta que entró a 2° de Preparatoria, en que comenzó a sentirse apática, cansada, sin ganas de estudiar, sin capacidad para atender y concentrarse, por lo que comenzó a bajar en calificaciones considerablemente. Esto le provocó culpa y sentimientos de minusvalía.

Familia- En cuanto al padre, refiere que de pequeña sentía que no la quería y no le hacía caso. Por eso fue importante destacar en la escuela, pues por su buen aprovechamiento se acercó más a ella. Siente que él es expresivo, pero distante. En cuanto a la madre, la percibe aprehensiva, poco enojona, poco expresiva y aunque bromista, llora con mucha facilidad. En la relación con ella, consideraba que le tenía más confianza que al padre, pero le resultó difícil intimar con ella. A pesar de que sentía a su madre sobreprotectora, no entendía por qué era distante. En relación con los hermanos, refirió haber tenido una buena relación con todos, aunque con su hermana de 22 años era con quien se identificaba más y con quien llevaba una relación más cercana. En general experimentaba celos y envidia de los hermanos por ser exitosos y sociables. La única hermana que le había provocado conflicto es la mayor, por su obesidad, ya que no quería llegar a estar como ella.

Aspectos sociales y culturales - De chica sentía que aunque era tímida, le era relativamente fácil hacer amigas y conservarlas. Llevó una relación más profunda con una de ellas. Tuvo 2 novios: uno de niña a los 8 años y otro a los 15 años, por un período de 8 meses. Salían en grupo con otros compañeros y compartían el deporte. No hubo ningún tipo de acercamiento sexual íntimo. Terminó con él por no sentirse bien consigo misma, estaba irritable e intolerante. En el último año, se aisló de su grupo de amigos y se alejó de su amiga íntima.

No tenía interés por alguna actividad de tipo cultural y su único pasatiempo, hasta hace algunos meses, era cocinar pasteles.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

PRUEBA DE LA INTELIGENCIA DE WECHSLER

Los puntajes en el área verbal fueron:

Información	12
Comprensión	7
Aritmética	12
Semejanzas	13
Retención de Dígitos	10
Vocabulario	11

Los puntajes en el área ejecutiva fueron:

Símbolo dígitos	9
Figs. Incompletas	8
Diseño con Bloques	7
Ordenamiento de Figs.	10
Rompecabezas	8

CI Verbal	-	110
CI Ejecución	-	91
CI Total	-	102

La paciente obtuvo un CI Total de 102, que correspondió al Diagnóstico Intelectual de "Promedio". Su C.I. Verbal fue mayor al C.I. de Ejecución (14 puntos), aunque la diferencia no fue significativa, reflejó una mayor habilidad para responder a estímulos de tipo verbales, que para habilidades de tipo analítico perceptuales y visomotores.

Los subtests de Información y Vocabulario indicaron que se desarrolló en un medio ambiente estimulante, que se interesaba en adquirir conocimientos y había aprovechado adecuadamente la información que el medio le brindó.

En el subtest de semejanzas, se observó por el tipo de respuestas que dió, que el tipo de pensamiento que utilizó fue predominantemente abstracto.

En los subtests de Aritmética y Retención de Dígitos, se encontró que su memoria inmediata en relación a los números fue buena y manejaba las operaciones matemáticas básicas; sin embargo, falló ante problemas que requerían mayor atención y concentración.

El subtest de Comprensión denotó que su capacidad de juicio ante situaciones prácticas de la vida diaria, se encontraba disminuida. Fue incapaz de utilizar los conocimientos adquiridos para aplicarlos correctamente; por lo que, ante la falta de marcos de referencia claros y precisos, se confundía y fallaba.

El subtest de Diseño Con Cubos reflejó que fue capaz de realizar correctamente tareas que implicaran análisis y síntesis de tipo espacial con uso de la lógica. Presentó buena coordinación visomotora para reproducir los modelos que se le presentaron; sin embargo, requirió más tiempo para realizarlos correctamente porque presentó lentificación de los procesos motores.

En el subtest de Rompecabezas se observó cierta dificultad para organizar un todo a partir de sus elementos, para planear y anticipar, por lo que requirió de mayor tiempo del deseado para realizar las tareas que se le indicaron.

En el subtest de Figuras Incompletas identificó objetos que le eran familiares; así como, el elemento esencial que faltaba en ellos; pero, cuando tuvo que percatarse de detalles más finos en objetos que no le eran familiares, falló. Esto reflejó dificultad para observar los detalles sutiles de la vida cotidiana.

En el subtest de Símbolo de Dígitos mostró buena coordinación visomotora y precisión en sus trazos. Aunque fue capaz de aprender una tarea nueva a partir de elementos desconocidos, consumió demasiado tiempo, por lo que bajó en su rendimiento.

En el subtest de Ordenamiento de Figuras se observó una adecuada capacidad para interpretar las relaciones que existen en situaciones sociales comunes, no obstante cuando éstas se volvían más sofisticadas falló o requirió de más tiempo para comprenderlas.

Analizando los subtests de Información, Semejanzas y Vocabulario, que son subtests poco sensibles a la atención, observamos que no hubo diferencias significativas entre ellos y reflejan muy buenas capacidades intelectuales, buen nivel de razonamiento verbal y de cúmulo de conocimientos.

Los subtests de Comprensión, Ordenamiento de Figuras y Completamiento de Figuras que salieron más bajos, confirmaron que presentaba cierta dificultad para entender y dar soluciones adecuadas a situaciones sociales más sofisticadas.

Los subtests de Aritmética y Retención de Dígitos, sensibles a la atención, se vieron disminuidos cuando se necesitaba mayor concentración para procesar y formular una respuesta.

Tanto en el subtest de Rompecabezas como en el de Diseño con Cubos, reflejó buena capacidad de análisis y síntesis, pero falló en la planeación y anticipación, lo que aunado a que presentaba lentificación en los procesos visomotores, provocó una disminución en su rendimiento.

PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

En cuanto al análisis formal, dibujó 2 figuras humanas bien integradas aunque muy poco elaboradas, eran figuras de palitos que no correspondían con su edad ni con sus capacidades intelectuales. Eran figuras pequeñas, situadas en el margen superior izquierdo, lo que de acuerdo con Levy (en Bellak, 1994), significó evasión, sentimientos de inadecuación, de inseguridad y respondió al ambiente con sentimientos de inferioridad; asimismo hubo metas de logro bastante elevadas, que se esforzaba por alcanzar.

Dibuja en primer lugar a la figura femenina. Fue un figura asexuada, sin caracteres sexuales secundarios. Era rígida y sin manos, lo que de acuerdo con Bellak (1994), podría indicar serios conflictos emocionales que mantenía bajo un control rígido, aunque frágil; así como, gran dificultad para relacionarse con los demás.

En segundo lugar, dibujó a la figura masculina, igualmente asexuada y sin caracteres sexuales secundarios. Era rígida, sin manos y lo dibujó con los ojos cerrados, lo que reflejó aislamiento, dificultad para manifestarse espontáneamente, para relacionarse y expresar sus agresión.

En cuanto al análisis de las líneas, los trazos fueron predominantemente tenues, aunque la presión fue fluctuante, lo que de acuerdo con Levy (en Bellak, 1994) reflejaría un nivel bajo de energía e inestabilidad emocional.

En relación con el contenido de los relatos, el que correspondió a la figura femenina es infantil, pueril, y refleja su propia historia. Era trató de una niña sociable, consentida, infantilizada, egocéntrica y caprichosa. Habló de goce por la escuela, aunque con la sensación de que el aprendizaje y aprovechamiento le eran difíciles. Sin embargo, dadas sus necesidades de logro, se esforzó hasta que en secundaria, obtuvo el éxito que se había propuesto. A través del relato se encontró que al entrar a la adolescencia sentía disgusto por su figura y no se sentía atractiva para el sexo opuesto; por lo que se avocó al ejercicio físico. Sin tener una conciencia del por qué, comenzó a dejar de comer. Estaba conciente de que dejar de comer era un problema para ella, aunque no había una conciencia clara de la enfermedad; sin embargo, existía el deseo de recuperarse y cierta confianza en que el grupo terapéutico la podía ayudar. No se observaron aspiraciones de tipo profesional, laboral o artísticas; aunque era una persona que podía trazarse objetivos y

esforzarse para lograrlos, de momento se sintió atrapada por la enfermedad y sin saber qué hacer, aunque existía el deseo de curarse y recuperar su vida.

El relato de la figura masculina se refirió a uno de sus hermanos, al que había percibido en un proceso de evolución y cambio, ya que de niño era inquieto, agresivo e impulsivo; un adolescente normal y en la juventud un muchacho que sentó cabeza, con sueños e ilusiones que fue logrando por medio de la responsabilidad de su propia vida. Aunque solo mencionó a los padres, dejó ver que tuvo de ellos, la atención y el apoyo necesarios para seguir adelante.

TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA

Se aplicaron las láminas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 13 y 18.

En el análisis formal, se encontró que el tipo de lenguaje escrito que utilizó en los relatos para todas las láminas, aunque sencillo, reveló un uso adecuado de las palabras. Su vocabulario fue amplio y con un buen manejo de la sintaxis. Su pensamiento fue lógico, coherente y congruente. El examen de realidad fue bueno ya que, los relatos se apegaron al estímulo. Las historias fueron concretas y el contenido fue poco florido.

LAMINA I

Esta lámina pone de manifiesto fundamentalmente, la relación con las figuras parentales y las necesidades de logro. En el relato, el personaje principal era un niño con poca facilidad para realizar las tareas que se le pedían por sentir las difíciles, sin embargo, se esforzó y logró completar exitosamente lo que se le pidió.

En el contenido de la historia, se observó que la paciente no tenía metas propias, sino que acataba lo que se le pedía. Mostraba necesidades de logro y aprobación de las figuras de autoridad; por lo que se esforzaba y se mostraba complaciente con ellas.

LAMINA 2

Esta lámina refleja las relaciones familiares y da información sobre las actitudes hacia el embarazo. La historia se desarrolló en un pequeño pueblo rural, en el seno de una familia campesina y trabajadora. El personaje principal era una joven de 18 años, que se dedicaba a estudiar, que le gustaba la lectura y compartirla con sus padres. La figura de la madre esperaba a un "heredero", se mostraba serena y

plácida con su embarazo. La figura del padre únicamente se mencionó en referencia a su trabajo.

El contenido de la historia reveló a una familia tradicional, donde el padre era el proveedor, la madre se dedicaba a la procreación y la hija al estudio. A la madre la percibió distante, contemplativa y poco participativa. El padre, aunque forma parte de la familia, estaba distante y parecía tener poca relación con la paciente. Ella disfrutaba de la escuela y mostraba curiosidad por aprender cosas nuevas. En relación con los padres, parecía que únicamente podía relacionarse con ellos por medio de actividades de tipo intelectual.

LAMINA 3

Esta lámina ofrece indicadores acerca de sentimientos depresivos por la muerte de algún ser querido, por el fracaso en una relación amorosa y por la forma en que se recupera.

El personaje principal de la historia era una mujer joven de 25 años, maestra, que vivía sola. Era una chica que fue sana físicamente durante su infancia, pero que al iniciar la etapa adulta, se enfermó gravemente y el único que le brindó cierto apoyo fue un vecino. Al final fue incierto si la joven se curó o se murió.

El contenido de la historia reveló a una mujer completamente sola, autosuficiente, enferma y con un futuro incierto. Parecía que solo recibía cierta ayuda de un hombre mayor que ella, con el que solo había una relación circunstancial. Había aplanamiento afectivo, ya que no hace mención a ningún tipo de afectos o de reacciones emocionales.

LAMINA 4

Esta lámina pone de manifiesto una gran variedad de necesidades y sentimientos con respecto a las relaciones hombre-mujer. Ofrece información acerca de la infidelidad y aparece la actitud masculina frente al rol femenino.

Los personajes principales eran una pareja de esposos, sin hijos. Mientras no hubo problemas de tipo externo, la pareja se mantuvo en armonía; sin embargo, ante la adversidad el marido se volvió alcohólico. La mujer temía que pudiera suicidarse; por lo que, tenía que cuidarlo y protegerlo. Finalmente, el marido hizo conciencia de su problemática, dejó de tomar y la pareja reencontró la felicidad.

En el contenido de la historia, fue poco claro el tipo de problemas a los que se tenía que enfrentar la pareja. Sin embargo, la paciente percibió que ante la adversidad el hombre era débil y frágil, aunque al final era capaz de recuperar las riendas de su vida y hacerse responsable. Ella siente que la mujer debía ser fuerte para apoyar a su pareja, aunque tuviera que reprimir sus pensamientos y sentimientos.

LAMINA 6

Esta lámina refleja la relación de las mujeres con el padre y todos sus derivados en relación con el esposo, con otros hombres y con la autoridad masculina. Debido a la poca diferencia de edad entre los personajes, generalmente no se le ve en forma manifiesta como al padre, sino como a un contemporáneo.

La historia se desarrolló en la Palacio de Versalles y los personajes principales fueron 2 jóvenes que se conocieron en dicho baile y a partir de entonces entablaron una relación de noviazgo. Al cabo de un año, descubrieron que eran afines en carácter, pensamientos y sentimientos; por lo que, decidieron casarse. Procrearon a una hija y por el momento eran felices, aunque no se supo si continuarían siéndolo.

En el contenido de la historia se reflejó que para la paciente era importante que en la pareja se diera el romanticismo, pero que también debía haber compatibilidad emocional y de pensamiento, ya que esto puede llevar a la felicidad de la pareja. Sin embargo, esto no garantizaba que la felicidad se mantuviera en el futuro, el cual aparecía incierto y poco claro.

LAMINA 7

Esta lámina pone de manifiesto la relación de la madre con la hija. Revela las ensoñaciones de la examinada. La muñeca puede reflejar las expectativas que la examinada tenga de sus propios hijos.

La historia se desarrolló en la mansión de un duque muy adinerado en la que habitaban la hija, la nana y 200 sirvientes. La hija de 9 años, aunque rodeada de lujos estaba triste y sola, porque acababa de perder a sus padres en un accidente automovilístico. La nana trataba de consolarla, pero la niña se mantenía alejada en sus pensamientos. Al final no se sabe si la niña superó el hecho traumático y pudo ser feliz.

El contenido del relato reveló un ambiente de lujos y comodidades. La paciente se identificó con una niña sola, triste y desvalida, que fue abandonada por los padres, con dificultad para relacionarse afectivamente con otras personas que se le acercaban y encontrar confort en ellas. Aunque se mostraba pensativa, no se supo cuál era el contenido de sus pensamientos. En relación al futuro, había incertidumbre de que pudiera superar un hecho traumático y mostró falta de confianza en su recuperación.

LAMINA 8

Esta lámina refleja problemas actuales y fantasías.

El personaje principal de la historia, era una joven maestra, que se encontraba abrumada ante la necesidad de tomar la decisión de casarse. Había presiones por parte de los que la rodeaban para que se casara; sin embargo, ella se mantenía atrapada y no llegó a ninguna conclusión.

El contenido del relato reflejó que la paciente se ha encontrado abrumada por sus propios problemas e incapaz de tomar cualquier tipo de decisiones. Deseaba tener una relación de pareja y pero había presiones por parte de las personas que la rodeaban; sin embargo, se encontraba bloqueada y estática. Parece que la paciente había detectado tener un problema, pero no lograba dilucidar cuál era, no había podido comunicar, ni compartir con alguien sus inquietudes; por lo que, se mantuvo aislada y reflexiva.

LAMINA 9

Esta lámina permite observar los sentimientos que se dan entre las mujeres. Refleja las relaciones que se dan con el grupo del mismo sexo en las áreas profesional, familiar y sexual.

La historia se desarrolló en una pequeña ciudad que tenía un río de agua cristalina. Los personajes principales eran chicas que se escaparon de la escuela para ir a nadar, jugar y platicar al río. Se les pasó el tiempo, de tal manera que se hizo muy tarde y llegaron ya entrada la noche a su casa. Los papás las regañaron y ellas prometieron no volverlo a hacer.

El contenido del relato reflejó que la paciente ha tenido buenas relaciones con mujeres de su edad. Había capacidad de juego y de diversión. Sin embargo, no parecía tener buena capacidad de juicio, ya que tomaba riesgos innecesarios. Ante la autoridad, aparentemente había acatamiento de reglas.

LAMINA 13

Esta lámina explora carencias, sentimientos de soledad, abandono y expectativas.

Los personajes principales de la historia eran una mujer y un hombre recién casados. El hombre llegó un día a su casa y se encontró con que su mujer murió de un paro cardíaco. El marido logró restablecer su vida laboral, pero nunca se volvió a casar.

El contenido del relato reflejó que el abandono y la muerte, provocaban en la paciente el sentimiento de un trauma irreparable e incapacidad para elaborar los duelos. Había sentimientos de soledad y aislamiento.

En resumen, se observó que el tono afectivo predominante era de tristeza, incertidumbre y soledad. Se identificó con jóvenes autosuficientes, con gusto por el estudio y el trabajo, pero también que se encontraban solas, enfermas y abandonadas, lo que le había provocado tensión, apatía y aislamiento. Tenía conciencia de presentar un problema grave; esto la había mantenido abrumada y paralizada emocionalmente. Sentía que el futuro era incierto, tanto para su recuperación, como para poder sostener cualquier situación positiva.

Había percibido que se desarrollaba en un ambiente sin carencias económicas, pero con carencias afectivas que no podían ser suplidas por lo material. Tenía dificultad para tomar decisiones propias y lucha entre lo que ella quería y lo que se esperaba de ella, ante la incapacidad para decidir, se reprimía y se aislaba. Hubo idealización de la niñez, pues convertirse en mujer lo vivió como algo peligroso que podía llevarla a la muerte.

A la figura de la mujer la percibió complaciente y capaz de proveer apoyo, aunque ello implicara renunciar a sus propias necesidades.

A la figura del hombre la percibió ambivalente, por un lado era proveedor, romántico y afectuoso, pero por el otro era inmaduro, dependiente e irresponsable.

En relación con la madre, no se observó una relación cercana y afectuosa, ya que se había mantenido distante de la paciente y aunque había sido substituida por alguna otra figura femenina, esta no logró compensar su tristeza y vacío.

En general, percibió a unos padres ausentes, de los cuales desearía su aprobación, siendo a través de logros intelectuales la única manera en que lo lograría. Las relaciones heterosexuales, aunque podrían ser satisfactorias, las percibía inciertas. Con los hermanos varones se observó una relación de celos y rivalidad, sentía que había sido desplazada por ellos. Con las hermanas había una relación afectuosa y cercana.

PACIENTE "B" TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Después de haber realizado la evaluación psicológica a través de la historia clínica y las pruebas psicológicas, la valoración en familia y la historia clínica médica, se llegó al diagnóstico de Anorexia Nervosa de Tipo Purgativo. Por encontrarse en un peso muy bajo y en un estado de salud muy deteriorado, se decidió internarla en la Unidad Metabólica Infantil del INNSZ para un mejor control de peso, de los alimentos y comidas, y para realizar los estudios endocrinológicos pertinentes.

En la primera sesión, se habló de las metas del tratamiento y del procedimiento terapéutico. Para que pudiera salir del hospital y ser manejada en forma externa, se hizo un contrato a 42 Kg., a razón de 200 grs. por día. Se inició el monitoreo únicamente con la gráfica de peso, que debió estar colocada en la cabecera y donde la paciente iría registrando su peso diario. Se suspendieron el laxante y el diurético.

Las siguientes 7 sesiones, tuvieron una duración de 30 minutos y se utilizaron para profundizar en el procedimiento terapéutico, para dar información educativa sobre la inanición y sus repercusiones físicas y psicológicas. Se le explicó en que consistía el diario y por qué era importante llevarlo a día con día. En este tiempo comenzó a trabajarse en la motivación de la paciente para cambiar y adherirse al programa; básicamente se focalizó la atención a que se diera cuenta de su padecimiento y a que pensara en él, sin pedirle aún acciones importantes. En general fue subiendo de peso adecuadamente; sin embargo, aún no autorregulaba sus evacuaciones y seguía presentando estreñimiento; por lo que, el médico internista decidió darle Metamucil bajo vigilancia médica.

En esta etapa del internamiento, los padres y hermanos se mostraron muy cooperadores y sensibles a la enfermedad; por lo que, el equipo decidió que era un buen momento para que iniciaran la terapia familiar con los terapeutas de familia (hombre y mujer) una vez por semana.

De la sesión 9 a la 15 continuó el aumento de peso como se esperaba, se sentía a gusto con la dieta que llevaba y comenzó a sentirse mejor anímicamente. Todas estas sesiones permitieron establecer un mejor rapport y mayor confianza con la paciente para ir fortaleciendo la alianza terapéutica. El tiempo de las sesiones se prolongó a 50 minutos.

Aprovechando su mejoría en el estado de ánimo, se mostraba más abierta y había comenzado a elaborar su diario, se empezó a analizar cómo estaba su autoestima, autoconcepto, sus pensamientos y sentimientos en relación a sí misma,

a la enfermedad y a su evolución. Sus verbalizaciones revelaron que se sentía poco eficiente para lograr sus metas; poco querida, no sentía tener un lugar en la familia, ni poder complacer a sus padres. Sentía que tenía fuerza de voluntad para el ejercicio y para llevar dietas; que era perfeccionista y si no hacía las cosas bien se sentía mal; le era importante caerle bien a la gente y lo que los demás opinaran de ella. En relación a su enfermedad se sentía confundida, pues por un lado veía la parte negativa de la anorexia, pero por otro tenía miedo de lo que pudiera pasar, aunque hasta ese momento se sentía tranquila.

De la sesión 16 a la 20, su peso seguía siendo favorable, pero comenzó a mostrar preocupaciones por su aspecto físico, expresando que no se gustaba y que no quería subir más de peso. La manera como se trabajó en éstas sesiones fue: profundizar más en sus creencias ideosincráticas en relación a la comida, peso y a su imagen corporal. Se reforzaron las conductas positivas que estaba llevando a cabo para recuperar su peso. Se pusieron en tela de juicio los valores culturales en relación a la figura y peso. Se analizaron más a fondo sus miedos a subir de peso y su preocupación por el aspecto físico, para aumentar la conciencia de su proceso de pensamiento y poder cuestionar la validez de estas creencias particulares viéndolas desde otra perspectiva (descentralizar). Ej:

(P) Ya no quiero subir más de peso.

(T) ¿Por qué?

(P) No sé, ya no me gusta, me está creciendo la panza. Si sigo subiendo me va a crecer mucho y la verdad no me gusta. No me gusta estar panzona. Además, se ve feo; creo que no me están dando la mejor comida, creo que tiene mucha grasa y me cae mal.

(T) Estás tocando diferentes puntos, vamos a verlos uno por uno ¿OK?. Hay una preocupación por tu aspecto físico y de cómo se va a modificar éste con el aumento de peso. También sería interesante analizar de acuerdo con qué, tener mayor peso, se ve feo. Por último, hay que ver para que es útil la grasa. Por cuál quieres empezar.

(P) Por el primero.

(T) Es cierto que ahora que estás comiendo más, debes sentir tu estómago inflamado o como abotagado y que al aumentar de peso, se aumenta de volumen, pero no todo es grasa, hay una parte importante de músculo. Este aumento de volumen no es indiscriminado, se va distribuyendo por todo tu organismo sin que tú hagas nada. Además tienes la fisioterapia, para que parte de ese aumento de peso se transforme en músculo y vuelvas a estar fuerte como antes de que te enfermaras. También tienes que tomar en cuenta que, llevabas mucho tiempo comiendo muy poco y tu cuerpo necesita un poco de tiempo para autorregularse y así metabolizar cada vez

mejor lo que comas, y tu cuerpo pueda ir eliminándolo solito sin necesidad de medicamentos.

(P) Pero que tal que no se autorregula.

(T) Cuando tenías un peso normal para tu edad y estatura, tu cuerpo se autorregulaba solo. ¿Recuerdas si pensabas en estas mismas cosas cuando estabas así? o simplemente ¿tu cuerpo funcionaba sin que tú te preocuparas de que lo hiciera?

(P) No, pues funcionaba solito. Estas cosas nunca las pensé hasta que empecé a bajar mucho de peso.

(T) Por otro lado, pretendemos que llegues a tu peso normal y por eso estás aquí en el hospital, para irle dando “chance” a tu cuerpo de que vuelva a funcionar correctamente. Si algo se atora, pues te ayudamos, como con el Metamucil, que está permitiendo que se dé el proceso.

(P) Y qué onda con la grasa, solo sirve para estar gordo y “fofo”.

(T) La grasa es necesaria para que el cuerpo funcione bien; por ejemplo, si no tienes suficiente grasa, tus hormonas no actúan como debe ser y por eso te deja de “bajar”; pero si no te “baja”, tus huesos se hacen frágiles y se rompen, además de que les cuesta trabajo soldar, tu pelo se cae, tus uñas se rompen y tu piel está seca. Además, suponiendo que algún día quisieras tener un bebe, no podrías hacerlo. ¿Te gustaría algún día tener un bebe?

(P) Si, me encantan los niños. Mucho tiempo pensé que me gustaría ser maestra, son lindos los niños.

(T) Son muy lindos, pero ese sería el final del camino y la consecuencia de haberte reestablecido, por eso hay que ir paso por paso. La nutrióloga sabe exactamente cuanta grasa debes ir comiendo. ¿En qué te ha caído mal?

(P) Pues siento que por eso no voy al baño.

(T) Sin embargo, cuando no comías nada de grasa no ibas al baño. Será la grasa o que tu estómago y tu intestino se volvieron flojos por no recibir alimento. Ahora funciona mejor con la grasa que sin ella.

(P) Pues si, si es cierto.

(T) Ahora, cuéntame más acerca de quien dice que hay que estar “superflaco” y que eso es lo bueno.

(P) Ay, pues cuando has visto una modelo gorda. Además mi hermana está obesa y se ve horrible, yo no quiero estar así.

En la tele todas las chavitas son flacas, sino no las contratan.

(T) ¿Hay alguna actriz o cantante que te guste aunque no sea “superflaca”?

(P)... Me gusta mucho las Pandoras.

(T) ¿Qué te gusta de ellas?

(P) Que cantan padre, son bonitas. Hay una que tiene un pelo muy bonito, me gustaría tenerlo así.

(T) O sea que tienen muchas otras cualidades que pueden gustar a la gente como su voz, su actitud y otros aspectos físicos que no sea estar “supeflacos”. Como que una

mujer naturalmente, no puede estar tan delgada, solo si hace dietas o ejercicio exagerado... ¿No será que la cultura y la mercadotecnia nos presionan mucho a las mujeres, porque así ganan mucho dinero con todo lo que venden para enflacar?

(P) No lo había pensado así, la verdad no se.

(T) Porque no le decimos a tu mamá que te traiga 5 revistas, no le decimos cuáles ni para qué, y tú recortas todas las mujeres que salgan, que te gusten y no te gusten, y también todo lo que tenga que ver con estar flaco. Lo importante es que tú sola pudiste ver que si existen otras cualidades importantes. ¿Qué otras cualidades tendrás tú?

(P) No se. Creo que no muchas.

(T) Es difícil tener solo defectos. Nadie es todo bueno o todo malo. A ver, que se te ocurre.

(P) Que quiero ser mejor persona; que soy ordenada. Nada más.

(T) Ser mejor persona es una muy importante, por eso aceptaste estar aquí, no todas tienen la valentía de enfrentar su enfermedad. La valentía es otra cualidad en tí y estoy segura de que iras descubriendo muchas otras que ahora no tienes muy claras.

Como fue subiendo adecuadamente, en pocos días alcanzó el peso pactado para poder salir del hospital, de tal manera que el equipo decidió que comenzara su terapia psicodinámica individual y su terapia de grupo.

De la sesión 21 a la 25 había que preparar a la paciente para poder manejarse en forma externa, de ahí que se trabajaran varios aspectos: aumentar la conciencia de sus pensamientos y sentimientos, etiquetarlos para que dejaran de ser sensaciones internas confusas; sus fantasías (anhelos y temores) en relación al regreso a casa. Se reforzó la adherencia al tratamiento, repasando los logros que había tenido hasta ahora, tanto para seguir su dieta, como en el entendimiento de temas relacionados con su forma de ver las cosas y de sentir; asimismo, recalcando que aunque ya solo nos veríamos 1 vez por semana, estaba abierta la posibilidad de que acudiera conmigo en caso de que los sintiera necesario. Aquí fue necesario recalcar la importancia de llevar su diario día a día, pues esto mismo le serviría para percatarse de su comportamiento y de sus sentimientos.

En la sesión 25 alcanzó el peso pactado de 42 Kg. y se marchó a casa. La familia se sentía muy contenta de sus logros y de que regresara con ellos.

FASE II

En la sesión 26 y 27, aunque llevaba la dieta adecuadamente, se sentía angustiada. Tenía miedo de ponerse muy gorda (magnificación), de comer ciertos alimentos porque se iban a transformar en grasa, que se le iba a ir a la "panza" (pensamiento supersticioso) y de no tener una rutina fija que le permitiera cumplir con todas sus metas (pensamiento dicotómico). El regreso a clases en 1 mes la tenía preocupada, pues no sabía como iba a enfrentar a sus compañeras (personalización y autorreferencia). En estas sesiones se trabajó en que fuera reconociendo y examinando las conexiones que había entre estos pensamientos y sus emociones. Se le ensañaron técnicas de relajación y se le dio un cassette de apoyo para que las realizara en casa y pudiera bajar su ansiedad.

De la sesión 28 a la 40 se insistió en que llevara el diario con más regularidad y que no solo incluyera lo que había comido, sino también cómo se había sentido y cuáles eran sus pensamientos. Aunque seguía adecuadamente su dieta, empezó a hacer más ejercicio del autorizado como método de compensación para controlar el peso y bajar la ansiedad. Se retomaron sus preocupaciones y temores de las sesiones anteriores para ir trabajándolas con mayor profundidad. Como la paciente solía traerlas mezcladas, lo primero que se hizo fue ir las separando por prioridades para intervenir en cada una de ellas. Lo que estaba provocándole mucha angustia era manejarse adecuadamente en la escuela (a nivel de alimentación), obtener excelentes calificaciones y relacionarse mejor con las demás compañeras. En relación a la comida, se señaló que quizás no fuera el momento adecuado para incluir alimentos nuevos y que se sentiría más segura y tranquila si llevaba la dieta tal cual la había planeado con la nutrióloga; esto además le permitiría poder pensar en cuestiones diferentes, que no fuera la comida (cambiar el foco de atención). En relación al desempeño escolar, se reflejaba su necesidad de perfeccionismo, su necesidad de aprobación y su sensibilidad a la crítica (autoconcepto). Por medio de la articulación de pensamientos (ir clarificando, sintetizando y condensando ideas complejas, para regresarle al paciente en forma clara y simple sus pensamientos disfuncionales), se aumentó la conciencia de como sus pensamientos la llevaban a basar su autoestima únicamente en su desempeño escolar y social. Para ir trabajando esto, se utilizaron técnicas como la operacionalización de creencias, descentralizar cada creencia en particular, decatastrofizar y poner en tela de juicio los deberías. Se le ayudó a hacer la conexión entre estos sentimientos y su necesidad de hacer más ejercicio, para recuperar la confianza; luego se le estimuló para comenzar a buscar otras maneras más adecuadas de sentir confianza en sí misma. En cuanto a sus relaciones con otras compañeras, fue un buen motivo para empezar a revisar más a fondo la naturaleza de sus relaciones interpersonales, qué esperaba de ellas y qué suponía que los demás esperaban de ella.

A nivel de familia, la evolución era buena pues los padres lograron tener una conciencia de enfermedad de su hija clara; comenzaron a visualizar de qué manera ellos influían en el padecimiento y qué podían comenzar a modificar en beneficio de todos; la comunicación comenzó a fluir de manera más adecuada entre todos y se observó un mayor acercamiento de los padres a la paciente.

En la sesión 41 y 42 bajó ligeramente de peso porque al tener compromisos sociales propios de la época navideña y al no poder llevar la dieta, se sintió "perdida" y bajó su ingesta calórica. Por un lado, trabajó con la nutrióloga una dieta adecuada a las fiestas decembrinas, lo cual la tranquilizó y le dio seguridad para manejarse adecuadamente en las vacaciones. Esto sirvió para ir valorando su dependencia a situaciones establecidas, para trabajar posteriormente en el desarrollo de habilidades que le dieran mayor sentido de autonomía. Se le planteó que al regreso de vacaciones se haría un nuevo contrato de peso a 45 kg.

De la sesión 43 a la 52 aunque seguía bien su dieta, se negaba a comenzar a incluir alimentos nuevos y no quería subir más de peso, pues para ella éste era su peso ideal. Para que aceptara el nuevo contrato de peso, se utilizó información educativa acerca de por qué era necesario que siguiera aumentando de peso y como ésto iba a permitir que su cuerpo continuara regularizando sus funciones. En cuanto a la motivación, ésta se encontraba baja para seguir teniendo cambios, por lo que se volvió a la fase de contemplación, o sea, se retomó el problema y se pensó acerca de él; se utilizó la técnica de prueba de hipótesis para alentar conductualmente el cambio. En relación con su miedo de cambiar su figura, el significado que podría tener si sucediera y la creencia de que si subía más de peso, toda "la grasa se iría a su cara y a su panza". Se intervino por pasos, primero, con información educativa; posteriormente se identificaron los esquemas y patrones de pensamiento disfuncionales, y se trabajó en ellos utilizando técnicas de reatribución (para alterar ideas erróneas de autoconcepto), de proyectar hacia el futuro (descentralizar) y analizando los pros y contras de la enfermedad; por último, se le dio la opción de iniciar el proceso con ayuda del hospital de día durante 1 semana, lo que aceptó.

Durante la semana de hospital de día pudo analizar el significado del "control y del miedo a perder el control" y de retomarlo como la posibilidad de "control como la posibilidad de elegir y de tener más opciones". Conductualmente incluyó alimentos nuevos y más variados en su dieta. Se sintió a gusto y tranquila con esta modificación, por lo que decidió continuar en forma externa. Ej:

(T) Parece que estas muy angustiada por seguir subiendo de peso y de qué la grasa no se distribuya adecuadamente.

Sería conveniente recordar que este mismo miedo lo tuviste al principio del tratamiento cuando estabas internada, ¿Te acuerdas?

(P) Si.

(T) Sin embargo, no sucedió lo que tanto temías ¿no?

(P) No, pero me da miedo. Pero no quiero que en la escuela vayan a decir que estoy subiendo mucho de peso.

(T) Qué tanto tu te das cuenta cuando otros suben o bajan un poco de peso.

(P) Si es poco, no me doy cuenta.

(T) Y tú ¿estás subiendo de poco en poco?

(P) Pues si.

(T) ¿Te acuerdas si mi peso era mayor o menor hace una semana? Y si lo hubieras notado ¿sería algo importante? Sería padre ser el centro de las preocupaciones de tus compañeros, pero la verdad es que yo creo que tienen otras preocupaciones personales importantes. ¿Crees qué el que subas poco a poco de peso es un marco de referencia confiable para que los demás se preocupen por tí? O ¿Habría otras razones para qué pudieran realmente fijarse en tí?

En qué otra cosa se podrían fijar que realmente les llamara la atención.

(P)... Pues no se... Que hiciera una presentación padre.

(T) Eso sería algo por lo que se fijarían en tí. A lo mejor también en ¿qué ya no estás aislada de tus compañeros?

(P) Si y además me lo dijeron mis amigas, que ya platicaba más.

De la sesión 54 a la 56 se retomó como tema importante el control de impulsos, poniendo en tela de juicio sus creencias y constatando con la realidad, llegó a la conclusión de que su aumento de peso con una dieta más variada había sido paulatino y que el llevar la dieta de manera más libre no la había llevado a perder el control.

De la sesión 57 a la 63 solo hizo el diario en relación a las comidas, porque se sentía bien con su dieta y prefería expresar verbalmente cómo se sentía. Decidió respetarle su decisión, por observar que su aumento de peso y la forma como llevaba la dieta era adecuada, además se mostraba más espontánea en las sesiones y con más expresión de sus afectos, lo que permitiría trabajar otros aspectos diferentes de su vida. Se revisó el hecho de que ya estaba por finalizar el bachillerato y su deseo de entrar a la universidad para estudiar la carrera de Administración. Este punto fue útil para revisar sus logros hasta ahora y también para lograr mayor disonancia cognoscitiva en relación a que la anorexia en vez de ser un vehículo para volverse más competente, tener más control y más destrezas, es incompatible con el logro de estos objetivos. Si bien ya no se encontraba tan aislada socialmente, seguía mostrándose tímida para establecer nuevas relaciones con sus compañeros. El baile de graduación le provocaba tensión, pues no se sentía cómoda de tener que usar vestido largo. Estos puntos sirvieron para valorar sus miedos a ser rechazada por sus compañeros por no cubrir sus expectativas; se examinó la evidencia de la validez que existía sobre esta creencia, se redefinieron conceptos como la amistad, el valor de la

individualidad, la interdependencia y el placer de la espontaneidad. También se utilizó para profundizar en aspectos relacionados con su femineidad; el significado de vestirse únicamente con pantalones y camisetas flojas; el significado de ir recuperando caracteres secundarios como tener mayor volumen de pecho y como sentía en relación a la menstruación.

El baile de graduación resultó una muy buena experiencia, pues tuvo una retroalimentación muy positiva de sus familiares y compañeros en relación a su aspecto y arreglo personal (vestido, con la cara pintada y con peinado de salón de belleza). Todo esto la hizo sentirse muy bien y por primera vez mostró su deseo por recuperar la menstruación, para ser como sus demás compañeras y acabar de recuperarse.

En la familia, las relaciones entre sus miembros seguían mejorando. Se mostraban orgullosos de los logros de la paciente tanto a nivel académico, a nivel interpersonal, social y en relación a su enfermedad.

La sesión 64 fue importante, pues venían las vacaciones y se sentía con la suficiente confianza para manejarse adecuadamente. Se reforzaron las estrategias cognitivo conductuales, que le habían permitido llegar hasta ese momento y retomar las áreas en las que había tenido cambios importantes. Regresando de las vacaciones iniciaría clases en la universidad.

De la sesión 65 a la 68 se retomó lo que sucedió en las vacaciones, pues no pudo llevar la dieta adecuadamente en su viaje. Al no poderse pesar (incapacidad para confiar en sus sensaciones internas), se sintió sin retroalimentación y volvió a restringir sus alimentos, lo que provocó tensión familiar y sentimientos de culpa en la paciente. Entre los pensamientos que le surgieron fueron: que ciertos alimentos le iban a provocar retener agua y que eso la iba hacer engordar mucho (pensamientos supersticiosos). Lo primero que se hizo fue "reetiquetar la recaída", primero con información educativa en relación a la evolución de la enfermedad; después se retomaron pensamientos dicotómicos como "ya eché todo a perder" y perfeccionistas de "no puedo cometer fallas", para sustituirlas por aseveraciones más realistas y apropiadas. Posteriormente se evaluó el episodio para localizar los factores que lo provocaron, en éste caso, la falta de confianza en sus propias sensaciones internas. Se le propuso entrar a hospital de día para regularizarse y saber su peso solamente una vez al mes (se pesaría en el hospital pero no se le diría su peso), de esta manera se podría trabajar mejor en sus autopercepciones y en su imagen corporal. La paciente aceptó el trato. Ej.

(P) Me sentí muy mal en vacaciones porque como no me podía pesar, no sabía si iba a engordar o no y por eso comía menos. Mis papás se empezaron a enojar, porque me decían que cómo iba a engordar si llevaba una dieta, que no fuera necia, pero de verdad que no podía. Además en la playa como que retienes más agua y tienes que

tener más cuidado con lo que comes. Mis papás estaban enojados conmigo, tengo miedo de volver a lo mismo y echarlo todo a perder.

(T) Bueno, sería adecuado primero retomar lo de que en la playa retienes agua. Es verdad que en la playa, donde hace mucho calor, uno se hincha. ¿Recuerdas la ley de física que dice que el calor dilata los cuerpos? Pues por eso uno se hincha, no porque retengas agua, sino porque el calor dilata el cuerpo y parece hinchado, y no solo te pasa a tí, sino a todos los que vamos a la playa. Cuando regresas al D.F. que no hace tanto calor, el cuerpo se contrae.

Ahora, es importante que confíes en tu propio cuerpo, no por no pesarte vas a engordar. La única manera en que tu miedo no se materialice, es que lleves tu dieta en donde te encuentres, te peses o no y constates que eso no va a provocar un aumento de peso incontrolable.

(P) Es que con lo que hice, sentí que tenía el control y no me gusta sentirme sin control.

(T) Entiendo que antes de entrar al programa cuando perdías peso, sentías tener control con tu dieta. Pero la verdad, ¿será eso tener control de ademas? ¿No será que el verdadero control implica escoger y tener más opciones, en vez de menos? Es como si tuvieras una bicicleta y sólo pudieras ir en línea recta sin poder ir en otra dirección.

Creo que te mereces más que mi explicación y mi palabra, por qué no entras a hospital de día y lo intentas, nosotros te pesáramos, pero no te diríamos y tú comerías lo que te está indicado, de esta manera lo vas a probar tu misma, ¿te parece?

(P) Si, uf, siento un gran alivio con eso.

Durante el hospital de día, se mostró estable emocionalmente y con deseo de salir adelante para seguir acudiendo a sus clases en la universidad. Se decidió pasar a la etapa III donde se acordó un nuevo contrato de peso a 49 kg., con lo cual la paciente estuvo de acuerdo.

FASE III

De la sesión 71 a la 73 se hizo una revisión del tiempo que llevaba en tratamiento, cómo lo había iniciado y cómo estaba evolucionando, ésto permitió revalorizar y reforzar los cambios positivos que había logrado a nivel conductual (llevar la dieta adecuadamente, ir incluyendo nuevos alimentos en las comidas, realizar ejercicio moderado, realizar ejercicios de relajación cuando se sentía ansiosa, no identificar su peso semanalmente, ir modificando su apariencia personal por medio de un vestuario más "femenino", relacionarse un poco más con sus compañeros), a nivel cognoscitivo (tener una idea clara de por qué debía ir

recuperando su peso, aceptación de la menstruación como parte de su identidad y del proceso de recuperación, un imagen más real de su esquema corporal, desarrollo de habilidades cognitivas que le permitirían tener más claridad acerca de sus procesos de pensamiento, para que por sí misma fuera identificando pensamientos disfuncionales; conceptos más claros acerca de sí misma, del control, perfeccionismo, de la amistad, de las relaciones interpersonales; de sus propias metas) y a nivel afectivo (tener una mejor autoestima, menor dependencia emocional del exterior, más confianza en sus propias sensaciones internas, mejor expresión de sus emociones).

Se reforzó la importancia de continuar con el diario en esta nueva etapa.

De la sesión 74 a la 89 se observó que la paciente tenía mucho temor de alcanzar su nuevo peso y de comenzar a incluir alimentos "prohibidos" en la dieta. En relación a sus relaciones interpersonales no se sentía muy segura de sí misma con su nuevo peso y temía que la vieran como "gorda". Un cambio importante, fue que de manera espontánea dejó de usar la palabra "obesa" y la cambio por "gorda", aún así, se volvió a trabajar en éste concepto aumentando la conciencia de su proceso de pensamiento y la conexiones que establecía entre éste y sus emociones. Se volvieron a cuestionar los valores de la cultura en relación a la belleza, se descentralizó la creencia y se utilizó la prueba de hipótesis para generar predicciones y conclusiones específicas en relación al peso y a sus relaciones interpersonales, mismas que probó y evaluó directamente en la universidad, registrando la retroalimentación que tuvo. Este ejercicio fue muy útil, pues le permitió hacer más cambios en su autoconcepto. En relación con los alimentos "prohibidos", se dio información nutricional adecuada y su relación con el buen funcionamiento corporal; se analizaron los pensamientos supersticiosos en relación a los mismos y se trabajó con su razonamiento dicotómico por medio de técnicas de reatribución. Ej.

(P) Es que una vez que empiece a comer alimentos que no son de dieta, tengo miedo a perder el control, voy a volver a tener hábitos alimenticios no sanos y no lo voy a poder cambiar. Por eso mejor no meto de esos alimentos que engordan.

(T) Es importante que revisemos que los alimentos como tal, ni engordan ni enflacan, es la combinación y la cantidad de los mismos lo que nos puede llevar a una u otra cosa. Pero al igual que otros miedos que has tenido, la única manera de comprobarlo, es haciéndolo. ¿Qué alimentos te gustan que no comes por miedo?

(P) Crepas de espinaca con salsa blanca y fondue de chocolate.

(T) ¿No te encantaría volver a comerlos, sin preocuparte del peso, simplemente saborearlos?

(P) La verdad sí, pero lo dudo.

(P) Hay que retomar una idea importante: que ganar peso no es la única meta del tratamiento, es importante que lo que comas sea consistente con tu salud, lo cual implica comer esos platillos que tanto te gustarian; pero también es una meta que toda la energía que dedicas a pensar en el peso, la puedas dedicar en otras cosas más padres como divertirse en un viaje. Esto es importante sobretodo a futuro, cuando los demás ya no estén tan preocupados con tu peso, de la manera en que lo están ahora. Vamos a trabajar mucho en el proceso, para que cuando alcances las metas de peso y alimentación, también tengas un estilo de vida que sea realmente más sano y completo.

En las sesiones 90 y 91 reportó que por decisión propia había dejado de pesar los alimentos y ya incluía varios de los alimentos "prohibidos" en su dieta. Estaba realizando ejercicio en forma libre aunque bajo la supervisión de la fisioterapista. Se sentía contenta y con el sentimiento de estar más libre; ya pensaba muy poco en la comida.

Las sesiones 92 y 93 por estar en exámenes no se presentó a sus sesiones. Reportó que pudo manejarse sola adecuadamente (de hecho su peso evolucionaba bien), que no se sentía preocupada por no saber su peso y que ya se había ido a desayunar con sus compañeros a la cafetería de la universidad. Se reforzó tanto sus conductas, actitudes y sentimientos, sin embargo se le recordó que para seguir evolucionando positivamente era necesario continuar con el programa en forma regular.

En la sesión 94 se internó 2 días para su valoración endocrinológica. Se encontró que su funcionamiento hormonal todavía se encontraba a un nivel pre-puberal y que debía subir a 50 kg., para reestablecer un adecuado funcionamiento. Se le planteó a la paciente y aceptó el nuevo contrato de peso.

De la sesión 95 a la 107 se trabajó en la ambivalencia que tenía con respecto a la menstruación y que era lo que no le permitía romper la barrera de los 50 kg. Se que pensó que era el momento para ahondar en aspectos más profundos de su personalidad. La paciente pudo ir identificando que menstruar era "hacerse grande", ser más madura (la madurez la equiparaba con tener mayor asertividad, más responsabilidad y seriedad) e independiente (ser independiente le daba temor porque significaba para ella el que le dejaran de hacer caso y la dejaran de querer, especialmente sus padres). Las creencias adecuadas que tenía en relación a "crecer" fueron reforzadas. Los conceptos erróneos como "crecer es igual a ser serio y no divertirse" (los deberías, sobregeneralización, perfeccionismo y magnificación) se cuestionaron, se le pidió que observara a su hermana y a sus amigos, y a compañeros más grandes de la universidad para comparar las evidencias con sus

observaciones y que discutiera sus ideas con amigos; con éste procedimiento se fomentó abrir el foco de la terapia a un campo de acción más amplio en el que compartiera pensamientos y creencias con personas de su edad y un poco mayores a ella, y con ello ir creando alternativas más coherentes de pensamiento.

En relación a su temor de que no le hicieran caso y la dejaran de querer, se validaron la evidencia de estas creencias, cuestionando los conceptos de "amor filial", se contrastó otra vez con su propia realidad y se trabajó en identificar qué aspectos de ella podrían resultar atractivos para los demás si creciera (ej. tener un vida más rica en vivencias, más experiencias; esto podría permitirle compartir conversaciones con diferentes puntos de vista, interesantes y/o divertidas con sus padres y hermanos); se evaluaron los pros y contras de no crecer y los de sí crecer; por último se aumentó la conciencia de observación de los cambios que los padres y hermanos habían tenido con ella a lo largo de su mejoría o "crecimiento". Con esto se pretendía continuar modificando las aseveraciones subyacentes, que son las que determinan creencias más específicas. Durante estas intervenciones influyó positivamente para modificar sus creencias, pensamientos y emociones, los cambios que se venían presentando a nivel familiar: la mamá mostraba una actitud de menor sobreprotección hacia la paciente, ya no se preocupaba por lo que comía, ni por el ejercicio que realizaba y mantenía una relación cálida con ella; el papá se había vuelto mucho más abierto con ella, platicaban más de sus cosas, compartían más tiempo juntos e inclusive alentaba sus actitudes más femeninas. Ej.

(T) Vamos a ver, no has subido de peso, el hacerlo llevaría a que tu cuerpo alcanzara el nivel de maduración propio de tu edad; es decir, que menstruarías, pero creo que la idea todavía no te convence del todo. ¿Qué piensas de tener tu menstruación?

(P) La verdad, no estoy muy segura. Como que significa que ya soy grande y me da un poco de miedo. Como ya seré grande ya nadie me va a querer ayudar cuando necesite algo, todo lo que haga, además de hacerlo sola, lo voy a tener que hacer perfecto porque soy grande. ¿Y si por ser grande ya no me quieren?

(T) ¿Será tan terrible ser grande? En relación a tus hermanas que ya son grandes ¿Cuándo necesitan ayuda en algo, la reciben?

(P) mmmmm...sí.

(T) A ver, ponme un ejemplo de cada una de ella.

(P) De mi hermana grande. Si alguna vez tiene que ir a un congreso de medicina, como su esposo trabaja todo el día, necesita que le cuiden a los niños. Le ha pedido a mi mamá que le ayude con los niños y mi mamá se ha quedado con ellos. De mi otra hermana, un día tenía que terminar un trabajo que estaba muy largo y me pidió que yo le dictara mientras lo escribía a máquina para que no se durmiera tan tarde, y le ayudé.

(T)¿ Dirías que son inmaduras o irresponsables por haber solicitado ayuda?

(P) No.

(T) ¿ Y tú sientes qué a cualquiera de tus hermanos los han dejado de querer tus papás o tu misma, por ser grandes?

(P) No.

(T) Qué ventajas puede tener ser grande. Que has observado de tus hermanos.

(P) Que hacen lo que quieren.

(T) Como describirías hacer “lo que quieren”

(P) Escogen qué estudiar, en qué trabajar, pueden salir solos y llegar tarde, pueden ver todas las películas, tienen sus amigos, salen solos con sus novios, pues éso.

(T) Como que ser grande implica tomar decisiones, tener responsabilidades y también divertirse. Cuando se tiene tu edad, éstas cosas son atractivas, pero como uno no está bien seguro de lo que quiere, puede sentir cierto miedo en enfrentar sus dudas y sus decisiones, puede sentirse inquietud de querer tener novio, de que te den un beso, puedes sentirte sola o a veces no saber qué te pasa, pero también puede sentirse satisfacción, emoción, felicidad, gusto por la intimidad y por cuidarse solo. Además tus papás han demostrado estar muy satisfechos de que vayas vonvirtiéndote en una mujercita, parece que más que rechazarte están muy orgullosos de tí.

En la sesión 107 volvió a solicitar entrar al hospital de día para llegar a los 50 kg. Estuvo esa semana en el hospital y logró el peso sin ningún problema.

De la sesión 109 a la 126, aunque no podía mantenerse en 50 kg., se observaron cambios importantes en otras áreas. En su aspecto físico se mostraba más femenina, comenzó a usar faldas, ocasionalmente tacones bajos y a pintarse sutilmente. Con su hermana mayor cada vez tenía una relación más cercana. Comenzó a ampliar su círculo de amistades y a asistir a fiestas; comenzó a interesarse por el sexo opuesto, se mostraba espontánea y se sentía con muy buen estado de ánimo. El diario sólo lo aplicó a los alimentos y comidas; llevaba la dieta con menos restricciones y comía prácticamente en el lugar que fuera, lo que al parecer influyó para que no subiera de peso; la nutrióloga le hizo algunos ajustes para que lograra subir a los 50 kg. Consiguió un trabajo en la universidad por 2 hrs. diarias, que no se interponía con sus estudios, ni con el tratamiento. En su terapia de grupo estableció lazos más profundos con las demás pacientes y se convirtió en un modelo a seguir por ellas.

De la sesión 127 a la 132 logró mantenerse alrededor de los 50 kg. Reportaba sentirse cómoda con su peso y con su figura, y no se observaban alteraciones en su esquema corporal. En estas sesiones se volvió a hacer un repaso de su evolución y de los logros obtenidos en las áreas de actitudes, pensamientos, conducta y emociones.

En la sesión 133 se había reiniciado su menstruación. Tuvo una plena aceptación de este evento y pudo entender las implicaciones que tenía en su recuperación y para su vida futura. La respuesta familiar a este cambio fue plenamente satisfactoria y los papás le demostraron su cariño y el reconocimiento por el esfuerzo que había hecho para llegar hasta este punto. Se le planteó que debía hacerse un nuevo contrato de peso para llegar a su peso mínimo teórico que era de 53 kg. La paciente aceptó y pasó a la etapa IV.

A partir de este momento las sesiones serían 1 vez al mes y se la alentó para que liberara su dieta.

En la sesión se evaluó su confianza para seguir manejándose con más independencia y para enfrentarse a las diferentes situaciones que la vida le iría presentando. Se identificaron las áreas vulnerables para tener presentes las posibles recaídas. En ese momento las que identificó como significativas fueron: un desacuerdo importante con sus papás, que los llevara a pelearse (magnificación). Se puso en tela de juicio los deberías y la creencia de tener que ser siempre "buena y complaciente" (autoconcepto), se trabajó (descatastrofizar) en lo importante que era poder tener diferentes puntos de vista entre los miembros de la familia y de poderlos respetar. Tomó conciencia de que pelearse no quería decir faltarse al respeto, lastimarse o dejarse de querer, ni tampoco implicaba una ruptura definitiva, formaba parte de las relaciones interpersonales. La segunda área de vulnerabilidad fue el que siguiera subiendo de peso. Se utilizó información educativa para reforzar que con el tipo de alimentación que llevaba no había razón para que sucediera, pues era una dieta sana y su cuerpo ya se había autorregulado. También se hizo énfasis en especificar los cambios naturales del ciclo menstrual, que no tenían relación con engordar.

ETAPA IV

En la sesión 134, había liberado la dieta completamente, dejó de haber alimentos "prohibidos" y podía comer en cualquier situación que se le presentara. Su peso era adecuado y ya no sentía la necesidad de pesarse. Había ido cambiando su guardarropa, pues la ropa anterior era muy pequeña y ya no le quedaba. Este hecho era sumamente importante, pues era el reflejo de una plena aceptación de su esquema corporal y de un buen autoconcepto.

El equipo decidió que podía terminar con la terapia de familia, con la terapia individual y con la de grupo; tendría unas sesiones más para hacer el cierre.

De la sesión 134 a la 138, se observó que su alimentación y su peso eran buenos. Estas sesiones se utilizaron para prepararla a terminar con el tratamiento cognitivo-conductual y con el programa en sí.

En el área social, su círculo se había vuelto más extenso y tenía un grupo de amigos con los que llevaba relaciones más profundas. Desempeñaba actividades sociales propias de la edad. Las relaciones familiares eran buenas y fomentaban el crecimiento de sus miembros. Su desempeño escolar era muy bueno, pero no intervenía en las otras áreas de su vida. Su trabajo le gustaba y se sentía más independiente de tener un dinero que ella podía utilizar en lo que quisiera. A nivel de ejercicio físico, deseaba entrar más adelante al equipo de atletismo de su facultad, pero por el momento realizaba 4 hrs. de aerobics a la semana, lo cual estaba indicado en su presente estado. Su menstruación era regular y todas las alteraciones físicas habían remitido. Su autoestima era buena y mostraba gran confianza en sí misma para enfrentar los retos que se le presentaran. Se resumió la evolución del tratamiento y su progreso, y se revaloraron todos los aspectos que hicieron posible el cambio. Por último, se dejó abierta la posibilidad de asistir a consulta cuando lo sintiera necesario.

La paciente no regresó más volvió a tratamiento. Después de 3 años, la terapeuta tuvo la oportunidad de verla en forma casual y aceptó tener una entrevista para valorar su situación. Físicamente se veía bien, se había mantenido en su peso y la conducta anoréctica se había extinguido. Había terminado su carrera y tenía trabajo. Tenía una relación de pareja estable y estaba planeando casarse. Sus relaciones familiares y sociales seguían siendo buenas.

**RESUMEN DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA
PACIENTE "B"**

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 1	Julio 5	37.100	Fase I. Hospitalización	Información del procedimiento y las metas terapéuticas. Establecimiento de reforzamientos. Contrato de peso y automonitoreo. Suspensión del laxante.	Ninguno. Efectos cognitivos y emocionales de la emaciación.
Sesión 2 a la 8	Julio 6 - 12	38.800	Inicio del tratamiento cognitivo conductual y terapia familiar.	Información educativa. Alianza terapéutica. Motivación: contemplación. Reinicio de laxante terapéutico.	Adhesión al tratamiento. Aumento de peso. Aumento de peso debido a T.C.C.
Sesión 9 a la 15	Julio 13 - 19	39.900	Falta de conciencia de enfermedad. Baja autoestima y pobre autoconcepto.	Automonitoreo con el diario. Exploración de la autoestima y autoconcepto.	Mejoría del estado de ánimo.
Sesión 16 a la 20	Julio 20 - 25	41.600	Miedo a engordar. Distorsión de la imagen corporal. Sesión 20: inicio terapia psicodinámica y de grupo.	Evaluación de sus creencias ideosincráticas en relación a la comida, peso e imagen corporal. Descentralización. Cuestionamiento de los valores culturales en relación a la figura y peso.	Aumento de la conciencia de sus procesos de pensamiento.
Sesión 21 a la 25	Julio 26 - 30	42.000	Preparación para manejarse de forma externa.	Motivación: preparación. Etiquetar pensamientos y sentimientos. Consolidación de logros.	Mejoría de los procesos del pensamiento. Adherencia al tratamiento. Buena evolución del peso.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 26 y 27	Agosto 2 y 9	41.700	Fase II. Manejo externo. Miedo a subir de peso (magnificación, pensamiento supersticioso y dicotómico). Miedo al regreso a clases (personalización y autorreferencia). Angustia.	Técnicas de relajación (Autogénica, Imaginería, Muscular Progresiva). Reconocimiento y conexión entre pensamientos y emociones.	Disminución de la angustia. Mayor conciencia de sus procesos de pensamiento.
Sesión 28 a la 40	Agosto 16 - Nov. 30	42.300	Ejercicio como medida de compensación. Conductas anorécticas (perfeccionismo, nivel alto de autoexigencia). Miedo a engordar sin control.	Priorizar sus preocupaciones. Instaurar técnicas conductuales en relación a la dieta. Cambio en el foco de atención. Profundización en el autoconcepto. Clarificando, sintetizando y condensando ideas complejas para transformarlas en ideas claras y simples. Operacionalización de creencias, descentralización. Decatastrofización y cuestionamiento de los deberías.	Conciencia de enfermedad en los padres y comunicación más fluida entre la familia, debido a terapia familiar. Aumento de conciencia de sus pensamientos y de la relación entre sus emociones y conductas. Desarrollo de mayor confianza en sí misma. Influencia positiva de T.C.C.
Sesión 41 y 42	Diciembre 6-13	41.200	Disminución de peso por necesidad de marcos de referencia externos. Vacaciones decembrinas.	Inicio de desarrollo de habilidades para desarrollar mayor autonomía. Uso de predicciones.	Recuperación del control de la dieta. Confianza en manejarse sola durante las vacaciones.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 43 a la 52	Enero 21 – Abril 4	43.700	Hospital de día. Temor a incluir alimentos nuevos y a subir más de peso.	Motivación: acción Información educativa. Técnicas de reatribución. Descentralización. Analizar pros y contras de la enfermedad. Autoconcepto.	Motivación para subir de peso. Modificación de pensamientos erróneos en relación a su autoconcepto.
Sesión 54 a la 56	Abril 18 – Mayo 16	45.000	Recapitulación de la semana en hospital de día.	Puesta en tela de juicio de sus creencias y constatación con la realidad. Análisis sobre el control de impulsos.	Recuperación de la confianza en que podía llevar una dieta más libre sin subir de peso.
Sesión 57 a la 63	Mayo 30 – Julio 25	46.000	Deseo de mayor comunicación verbal. Finalización del bachillerato. Cierta dificultad para establecer relaciones interpersonales. Baile de graduación. Deseo de recuperar la menstruación.	Recapitulación y consolidación de logros. Disonancia cognoscitiva en relación con la enfermedad. Análisis de temores a no cumplir las expectativas externas y evidencia de su validez. Profundización de aspectos más profundos de la femineidad.	Buenos logros académicos, interpersonales y sociales. Mayor consolidación en su identidad. Posibilidad de llevar a la práctica lo revisado en la terapia. Buenas relaciones familiares. Influencia positiva T.C.C., terapia de grupo, psicodinámica y familiar.
Sesión 64	Agosto 1°	45.700	Vacaciones de verano.	Reforzamiento de estrategias cognitivo- conductuales que habían favorecido la buena evolución del padecimiento. Se retomaron las áreas en que había tenido cambios importantes.	Buen estado de ánimo. Suficiente confianza para manejarse adecuadamente en vacaciones.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 65 a la 68	Sept. 5 - 26	46.000	Hospital de día. Incapacidad para confiar en sus sensaciones internas. Restricción de alimentos y conflictos familiares. Pensamientos supersticiosos.	Reetiquetación de la recaída. Información educativa. Substitución de pensamientos dicotómicos y perfeccionistas por otros más realistas. Trabajo en sus sensaciones internas. Pesarse una vez al mes. Nuevo contrato de peso.	Recuperación del control sobre los alimentos. Modificación de autoconcepto. Mejoría de la autoestima, de sus autopercepciones y de la imagen corporal.
Sesión 71 a la 73	Octubre 16-31	47.100	Fase III. Manejo externo. Buena evolución.	Recapitulación de la evolución del tratamiento y reforzamiento de logros cognitivos, conductuales y emocionales. Desarrollo de nuevas habilidades cognitivas para identificar pensamientos disfuncionales.	Mayor conciencia de los supuestos subyacentes a la enfermedad. Imagen más real de su esquema corporal. Mayor integración de su identidad. Mejor comunicación interpersonal. Influencia positiva terapia psicodinámica y T.C.C.
Sesión 74 a 89	Nov. 14 - Abril 24	48.600	Temor a seguir aumentando de peso. Temor a incluir otros alimentos nuevos en su dieta. Temor al rechazo.	Aumento de conciencia de los procesos de pensamiento en relación a su autoconcepto. Descentralización, prueba de hipótesis y uso de predicciones. Confrontación de pensamientos supersticiosos y técnicas de retribución.	Modificación de pensamientos y creencias disfuncionales. Influencia positiva T.C.C., psicodinámica y de grupo.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 90 y 91	Mayo 15 y 19	48.800	Proceso de recuperación.	Reforzamiento de conductas positivas y sus pensamientos subyacentes.	Dejó de pesar sus alimentos. Ejercicio libre y adecuado. Pensaba poco en la comida.
Sesión 92 y 93	Junio	48.800	Por estar en exámenes no se presentó a terapia.		No había preocupación por no saber su peso. Pudo comer en situaciones no controladas.
Sesión 94	Agosto 7	47.500	Internamiento para valoración endocrinológica, que estaba a nivel pre-puberal.	Nuevo contrato de peso.	Aceptación del nuevo contrato de peso. Influencia positiva de T.C.C.
Sesión 95 a 107	Agosto 14 - Enero 8	49.600	Ambivalencia respecto de la menstruación y a las implicaciones de seguir creciendo.	Se ahondó en aspectos más profundos de la personalidad. Se cuestionaron conceptos erróneos en relación a crecer y se reforzaron las creencias adecuadas. Se contrastaron sus creencias con evidencias en la realidad. Se retomaron los cambios positivos de los padres con ella y sus implicaciones.	Mayor consolidación de pensamientos y creencias más válidas y concordantes con la realidad. Adecuamiento de peso y del manejo de los alimentos. Mejor integración familiar. Influencia positiva T.C.C., terapia psicodinámica y familiar.
Sesión 108	Enero 18	50.000	Solicitó hospital de día para alcanzar los 50 kgs.		Alcanzó el peso adecuadamente.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 109 a 126	Feb. 19 – Nov. 18	49.500	Dificultad para mantener el peso. Cambios positivos en otras áreas.	Evaluación minuciosa del estancamiento de peso. Se consolidaron los cambios positivos que iba teniendo.	Aspecto físico más femenino. Relación más cercana con una hermana. Mayor participación en actividades sociales. Posibilidad de comer en cualquier situación. Influencia positiva de terapia psicodinámica, familiar y de grupo.
Sesión 127 a 132	Nov. 25 – Febrero 10	49.890	Adecuado mantenimiento del peso y etapa de estabilización.	Recapitulación de la evolución del padecimiento y de los logros obtenidos en cuanto a actitudes, pensamientos, conductas y emociones.	Consolidación apropiada.
Sesión 133	Abril 26	50.200	Menstruación.	Revisión de las implicaciones que tenía esta modificación física y sus repercusiones en el área emocional (autoconcepto y autoestima). Nuevo contrato de peso. Se identificaron áreas vulnerables para prevenir recaídas. Decatastrofización. Información educativa.	Aceptación del evento y de sus implicaciones. Aceptación del nuevo contrato de peso. Modificación positiva de su autoconcepto. Buen manejo de la agresión. Influencia positiva T.C.C., terapia de familia y psicodinámica.
Sesión 134	Octubre 15	51.690	Fase IV. Consolidación y terminación del tratamiento. Buena evolución.	Consolidación de logros conductuales, cognitivos y afectivos.	Peso adecuado. Alimentación sin restricciones y espontánea. Cambio de guardarropa. Aceptación de su esquema corporal. Influencia positiva T.C.C.

INTERVALO DE SESIÓN	FECHA	PESO EN KGS.	MOMENTO TERAPÉUTICO	PROCEDIMIENTOS	TIPO DE AVANCE
Sesión 135 a 138	Nov. 16 – Abril 18	51.700	Terminación del programa y de la terapia cognitivo conductual.	Recapitulación de todo el tratamiento e identificación de los cambios que hicieron posible su buena evolución. Identificación de las áreas vulnerables y de los controles utilizados para evitar recaídas.	Menstruación regularizada. Buen peso y alimentación. Buen desempeño escolar. Buen manejo del ejercicio físico. Buena autoestima y confianza para enfrentar nuevos retos. Buena integración familiar. Influencia positiva T.C.C.
3 años después.					Buena apariencia física. Extinción de la conducta anoréctica. Había terminado la carrera y trabajaba. Buenas relaciones familiares y sociales. Relación de pareja, con planes de matrimonio.

TABLA DE EVOLUCION DEL PESO DE LA PACIENTE "B"

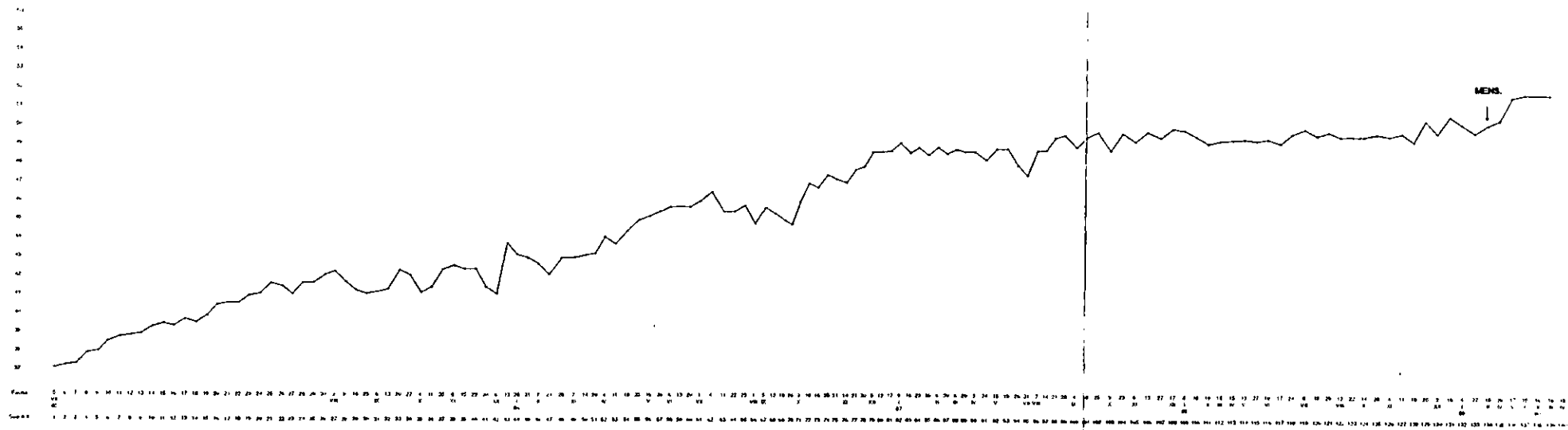
NO. DE SESION	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS
1	Julio 5	37.100
2		37.200
3		37.300
4		37.900
5		37.950
6		38.500
7		38.700
8		38.800
9		38.900
10		39.300
11		39.500
12		39.400
13		39.700
14		39.600
15		39.900
16		40.500
17		40.500
18		41.000
19		41.100
20		41.600
21		41.500
22		41.100
23		41.600
24		41.600
25		42.000
26	Agosto 2	42.200
27		41.700
28		41.400
29		41.200
30	Septiembre 6	41.250
31		41.300
32		42.300
33		42.150
34	Octubre 4	41.200
35		41.500
36		42.400
37	Noviembre 8	42.500
38		42.300
39		42.300
40		42.300

NO. DE SESION	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS
41	Diciembre 6	41.500
42	13	41.200
43	Enero 21	42.600
44	28	43.800
45	31	43.200
46	Febrero 7	43.000
47	21	42.700
48	28	42.200
49	Marzo 7	43.000
50	14	43.000
51	20	43.200
52	Abril 4	43.700
53	11	44.200
54	18	43.700
55	25	44.400
56	Mayo 16	45.000
57	30	45.250
58	Junio 6	45.500
59	13	45.700
60	20	45.700
61	Julio 4	46.000
62	11	46.500
63	25	45.400
64	Agosto 1	45.700
65	Septiembre 5	44.800
66	12	45.600
67	19	45.300
68	26	45.000
69	Octubre 3	44.800
70	10	46.000
71	16	47.000
72	24	46.600
73	31	47.100
74	Noviembre 14	47.300
75	21	47.100
76	30	47.700
77	Diciembre 5	47.800
78	12	48.600
79	17	48.700
80	Enero 9	48.700
81	16	49.200
82	23	48.500

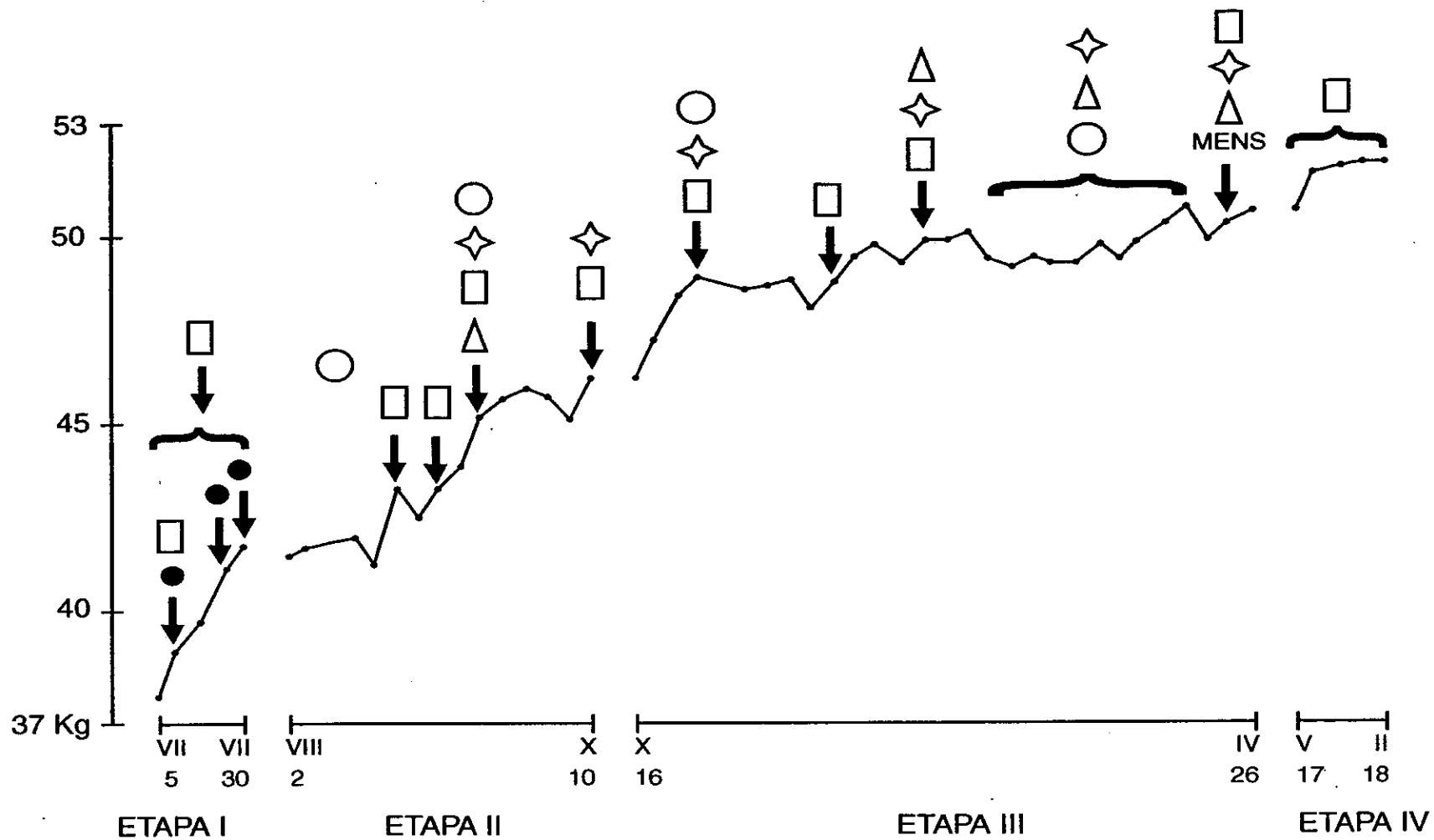
NO. DE SESION	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS
83		30 48.700
84	Febrero	6 48.300
85		20 48.900
86	Marzo	6 48.400
87		20 48.800
88	Abril	3 48.600
89		24 48.600
90	Mayo	15 48.300
91		19 48.800
92		26 48.800
93	Julio	31 48.000
94	Agosto	7 47.500
95		14 48.800
96		21 48.800
97		28 49.500
98	Septiembre	4 49.600
99		18 48.900
100		25 49.400
101	Octubre	9 49.400
102		23 49.600
103	Noviembre	6 48.700
104		13 49.600
105		27 49.350
106	Diciembre	17 49.800
107	Enero	8 49.600
108		18 50.000
109	Febrero	19 49.900
110	Marzo	18 49.500
111	Abril	15 49.200
112	Mayo	13 49.400
113		27 49.400
114	Junio	10 49.350
115		17 49.450
116		24 49.200
117	Julio	8 49.650
118		15 48.950
119		29 49.400
120	Agosto	12 49.700
121		22 49.500
122	Octubre	14 49.500
123		28 49.500
124	Noviembre	4 49.600

NO. DE SESION	FECHA	PESO EN KILOGRAMOS
125		11 49.470
126		18 49.500
127		25 50.350
128	Diciembre	2 50.400
129		16 49.800
130	Enero	4 50.640
131		27 50.490
132	Febrero	10 49.900
133	Abril	26 50.200
134	Mayo	17 50.400
135	Octubre	15 51.690
136	Noviembre	16 51.700
137	Diciembre	16 51.800
138	Febrero	18 51.800

"B" ₁₀₀







Paciente "B"



Inicio T.C.C. 
 Inicio T. Familiar 
 Inicio T. Grupo 
 Inicio T. Psicodinámica 

- Disminución de peso x probls. fams.  (Triangulo negro)

- Aumento o estabilización del peso x influencia principalmente de :

T.C.C.	
T. Familiar	
T. Grupo	
T. Psicodinámica	

V.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación en México acerca de los trastornos de la alimentación, específicamente la anorexia y bulimia nervosas, es incipiente y aún se desconoce mucho acerca de las características particulares con las que se manifiestan estas enfermedades en nuestro contexto sociocultural. Sin embargo, en los últimos años ha sido posible detectar algunos de los factores de riesgo asociados con su desarrollo, en la población de pre-adolescentes, adolescentes y mujeres adultas en México. De igual manera, los logros en torno a los criterios diagnósticos, han permitido una mayor precisión en cuanto al tipo de tratamiento que debe aplicarse. Otros países registran avances significativos en cuanto a la epidemiología, el diagnóstico, reconocimiento de trastornos de la personalidad asociados, la identificación de factores psicológicos importantes en la patogénesis y la investigación empírica sobre el resultado de los diferentes tratamientos que se han aplicado a esta enfermedad.

La rápida expansión del conocimiento en el campo de los trastornos de la alimentación y las modificaciones en los criterios de salud que privan en los países industrializados, han dado como resultado que en fechas recientes se considere a estas patologías como prioritarias, lo que ha permitido que haya un mayor interés en su estudio y en el desarrollo de investigaciones sobre el tema.

El primer objetivo en la investigación se centró en el conocimiento de las características de personalidad de las adolescentes con Anorexia Nervosa.

De acuerdo con los resultados tanto de la historia clínica, la entrevista y la evaluación psicológica se encontró que, ambas pacientes provenían de familias disfuncionales, en donde la relación familiar se caracterizó por un extremo acercamiento entre sus miembros, deficiencia para comunicarse en forma directa, falta de privacidad y de autonomía entre ellos. La relación marital encubría conflictos de pareja, mismos que se desplazaban por las alianzas que las pacientes hacían con alguno de los padres. También mostraron gran dificultad para asumir la responsabilidad de los problemas y sus consecuencias negativas. Por último, dos características fundamentales que se observaron en ambas familias fueron: rigidez en períodos en que era necesario un cambio y crecimiento. Esta necesidad provocaba que el sistema se tornara tenso, con manifestaciones de ansiedad entre sus miembros y con deseos de mantener los mismos patrones de interacción que usualmente se utilizaban. La segunda característica importante fue la sobreprotección que los padres tenían sobre las pacientes, lo cual impedía el desarrollo adecuado de su autonomía, de una identidad sólida y de un buen sentido de seguridad en sí mismas.

Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en México por Salinas y Camacho (1985), Saucedo (1997) y en el extranjero por Eisler (1996), Minuchin (1978), Palazzoli (1974) y Toro (1999) entre otros.

En el programa terapéutico que se manejó con las pacientes, se observó a través de la evolución de la terapia cognitivo-conductual y familiar, que si bien, en un inicio las familias presentaban las mismas características generales, la familia de la paciente "A" era más rígida, el sistema parental era incapaz de enfrentar sus propios conflictos y resolverlos; así como, de asumir su responsabilidad tanto en los aspectos positivos como negativos de los éxitos o fracasos que pudieran haber tenido. Ambos padres tenían fuertes necesidades afectivas y sociales, que no les permitieron desarrollar una liga de confianza y apoyo entre ellos. Fue claro, como en el momento en que la paciente mejoraba y desarrollaba mayor independencia, los padres no lograban reajustarse como pareja y boicoteaban el tratamiento creando un ambiente de ansiedad que no permitía a la paciente romper con los vínculos preestablecidos y desarrollar plenamente su autonomía.

En el caso de la familia "B", los padres tenían mayores recursos internos, lo que permitió con el apoyo de la terapia familiar, que pudieran modificarse y autorregularse como subsistema parental ante los cambios positivos de la paciente.

Las características de las familias anoréxicas, junto con los resultados reportados en la literatura (Blinder, Freeman y Stunkard, 1970; Brady y Grieger, 1972; Bruch, 1973; Liebman y Minuchin, 1974; Toro, 1999) y los de la presente investigación, nos confirman lo importante que es contar con el apoyo familiar y en su caso, con la participación de la misma en psicoterapia familiar, ya que de lo contrario, las pacientes retroceden en su evolución; no pueden mantener la mejoría lograda con el tratamiento, abandonan patrones de alimentación más adecuados, retoman conductas compensatorias para el control de peso, pierden la sensación de control emocional, presentan niveles bajos de autoestima, etc.

En cuanto a los rasgos de personalidad que prevalecieron en las pacientes, se encontró que ambas presentaban baja autoestima, sentimientos de inseguridad, rasgos obsesivos como el perfeccionismo, tendencia a la depresión, labilidad afectiva, necesidad de aprobación y sensibilidad a la crítica externa, autocrítica, poca flexibilidad y rigidez.

Ambas pacientes presentaron las 3 características que Bruch (1974) propone como patognomónicas en la anorexia nervosa: 1) Alteración de la imagen corporal.

2) Alteración en las percepciones interoceptivas. 3) Sentimientos de ineffectividad y de pérdida de control.

Aunque en la terapia cognitivo-conductual, se trabajó con estos aspectos de la personalidad de las pacientes, la terapia de enfoque psicodinámico, analizó más a fondo aspectos más profundos de su personalidad, lo que reforzó la evolución en la recuperación del peso y la conciencia de los aspectos subyacentes al padecimiento.

Si bien es cierto que existen pacientes que pueden ingresar a tratamientos interdisciplinarios con diversos apoyos terapéuticos, también hay que considerar que éstos tienen un alto costo económico y no todos pueden absorberlo. De ahí, la necesidad de seguir desarrollando, como lo han hecho varios autores (Brusset, B., 1998; Garner, 2000), programas terapéuticos que integren ciertas técnicas psicodinámicas a las técnicas cognitivo-conductuales, para enfrentar las resistencias al cambio y para poder tener acceso a conflictos clave y a rasgos de carácter que dificulten el tratamiento. O viceversa, como lo han hecho otros autores (Bloom y cols., 1994; Ryle, A., 2000) integrar a las técnicas psicodinámicas, técnicas cognitivo-conductuales, que permitan en momentos críticos un mejor manejo del padecimiento. Asimismo, una mayor investigación en terapia grupal, podrá redundar en un costo menor del tratamiento psicológico (Yalom, 1996).

Como lo reportan diferentes autores (Garner, 1997; Holtz, 2000; López, 2000; Schnaas, 2000), este tipo de características de personalidad se han encontrado como una constante en las pacientes con anorexia nervosa; sin embargo, puede haber comorbilidad con otros trastornos como: trastorno de la personalidad fronteriza, depresión severa, trastorno de ansiedad generalizado, personalidad dependiente, abuso sexual, adicción a alcohol o drogas, estrés post-traumático. Es importante detectar si existen trastornos asociados, ya que deben tomarse muy en cuenta para el tipo de tratamiento y durante la evolución del mismo.

En cuanto a la esfera cognitiva, emocional y conductual, se encontraron los mismos efectos de la emaciación en las pacientes, que los reportados por Andersen (1992), Garner (1986) e Ian (1982). En la esfera emocional, las pacientes se encontraban deprimidas, ansiosas, irritables, con labilidad emocional y fatiga. En la esfera cognitiva, había disminución de la concentración, pobre capacidad de juicio, apatía, empobrecimiento de la capacidad de asociación e imaginación, retardo del pensamiento, dificultad para tomar decisiones, para estar alerta con su cuerpo y disminución del rango de intereses en general.

Además de que estos efectos pudieron observarse en el momento de hacer la entrevista y la historia clínica, también se registraron en la evaluación psicométrica y

fueron consistentes con las observaciones de Wechsler (en Gregory, 1999), que señala que las funciones intelectuales pueden verse afectadas por falta de motivación, por problemas emocionales y físicos. Clínicamente, ambas pacientes mostraban una inteligencia superior al promedio; sin embargo, su capacidad intelectual se vio afectada a causa de la pérdida exagerada de peso, lo cual se reflejó en el WAIS donde la atención y la concentración se vieron disminuidas, hubo lentificación de los procesos psicomotores, pobre capacidad de juicio, así como, dificultad para anticipar y planear adecuadamente sus conductas.

En la prueba de la Figura Humana de Machover, se observó la necesidad de mantener un control rígido aunque frágil sobre sí mismas, ansiedad, regresión emocional, inmadurez, dificultad para relacionarse, conciencia de tener un problema, pero falta de comprensión del mismo; un nivel alto de autoexigencia, frustración por no poder cumplir con sus metas y baja autoestima.

En el Test de Apercepción Temática (TAT), ambas pacientes percibieron a la mujer sometida, complaciente y que debía renunciar a sus propias necesidades; esto concuerda con lo que diversos autores (Blomm, 1994; Jacobs, 1989 y Toro, 1999) puntualizan, en cuanto a que las prácticas de crianza están influenciadas por las normas de cada sociedad y cultura, y que son diferentes de acuerdo al sexo, por lo que a la mujer se la orienta más a la crianza, a la obediencia y a las labores del hogar. Pero por otro lado, ambas pacientes tenían expectativas de logros profesionales y de independencia, lo que también es un reflejo de la presión social bajo la cual se ven sometidas las jóvenes en esta época, ya que al mismo tiempo se espera de ellas logros, independencia y competencia, lo que provoca problemas para definir la propia identidad y autonomía.

Ambas percibieron a sus madres distantes emocionalmente e incapaces de proveer lo que las pacientes necesitaban. Al respecto, Bruch (1974) menciona que las madres de pacientes anoréxicas, son incapaces de reconocer las necesidades de las hijas, lo que les provoca confusión interna como consecuencia de experiencias fallidas durante el desarrollo.

En cuanto a la familia, su percepción fue la de pertenecer a familias tradicionales, donde a pesar de estar juntos, no se daba una relación afectiva entre sus miembros.

En el contenido de los relatos se observó que el tono afectivo predominante fue de tristeza, incertidumbre, miedo al abandono y soledad, afectos que también se observaron durante la entrevista.

Es importante señalar, que las pruebas psicológicas utilizadas, confirmaron los hallazgos obtenidos en la historia clínica por medio de las entrevistas tanto individuales como de familia; sin embargo, no aportaron información adicional que enriqueciera el conocimiento que ya se tenía de las pacientes y su padecimiento.

En cuanto a la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nervosa de tipo restrictivo y purgativo, de acuerdo con los resultados, se encontró que las pacientes aumentaron y estabilizaron su peso. Esto se debió a que reestructuraron sus pensamientos y creencias, no sólo en relación con la ingesta de comida, sino también sobre su autoconcepto, autoestima, mayor conciencia de los aspectos subyacentes al síntoma y de las conexiones entre ciertos pensamientos, conductas y emociones, que perpetuaban la enfermedad o le permitían seguir avanzando en su recuperación. Además pudieron restablecer un control tanto de sus estados emocionales, de la actividad física y de la ingesta adecuada de los alimentos. Estos resultados concuerdan con lo que Garner, Vitousek y Pike (1997), proponen con su modelo terapéutico, en donde lo importante no es solamente el aumento de peso, sino la reestructuración cognitiva, del autoconcepto y de la esfera emocional, ya que esto es lo que finalmente garantiza que no haya recaídas o que el padecimiento se vuelva crónico. Lo anterior, más la eliminación de conductas compensatorias para el control de peso, se presentó de manera más clara y permanente en la paciente "B", en que la familia favoreció la consolidación de los logros obtenidos. En la paciente "A", a pesar de que hubo avances significativos en estas áreas, y no obstante los esfuerzos terapéuticos y los que la propia paciente realizó para conseguir una mejoría, no se pudo observar la consolidación de la misma como consecuencia del continuo rechazo a su autonomía emocional por parte del sistema parental. Esto viene a corroborar que el rechazo, la sobreprotección y el perfeccionismo, son actitudes parentales negativas muy frecuentes en las familias con un hijo que padece anorexia nervosa (Saucedo, 1997) y que deben ser modificadas al máximo para que haya una buena recuperación, de aquí que sea necesario involucrar a la familia desde las primeras etapas del tratamiento (Beck y Freeman, 1990; Glenn, 1997; Fernández, Bel y Jiménez, 1997).

En cuanto al procedimiento de hospitalización, éste será siempre una indicación cuando la vida de las pacientes esté en riesgo (Garner, Vitousek y Pike, 1997; Manzano, 2000; Montilla y Delfin, 1987), como consecuencia de un deterioro físico importante, como fue el caso de las 2 pacientes. Durante el período de hospitalización, fue esencial el uso de reforzadores para que las pacientes aumentaran paulatinamente de peso y se pudieran suspender las conductas compensatorias como el vómito, uso de laxantes y diuréticos (Freeman, 1998; Whittal y Zaretsky, 1997). Asimismo, el internamiento permitió tener un mejor

control, no sólo de la conducta alimentaria, sino también del estado de ánimo, el cual tiene un gran impacto en dicha conducta.

En lo que respecta al tratamiento externo (Fases II, III y IV), ambas pacientes lograron llegar a su peso ideal y mantenerlo. Sin embargo, hubo diferencias entre ellas. La paciente "A", logró llegar hasta la etapa III del tratamiento, alcanzó su peso teórico, llevaba la dieta con mayor libertad, su desempeño académico era bueno, su estado de ánimo era optimista, alegre y poco cambiante, había mejorado en sus relaciones interpersonales y familiares, y su rango de intereses se había ampliado. A pesar de que había menos distorsión de la imagen corporal, de que había desarrollado mayor autonomía y mejorado su autoconcepto, éstos tres últimos aspectos no pudieron consolidarse plenamente por la actitud de rechazo y sabotaje por parte de los padres. De ahí que en momentos de crisis, la paciente retornara a conductas anorécticas como el uso de diuréticos, que a su vez no permitieron que su organismo se autorregulara completamente, que pudiera menstruar y que lograra su completa recuperación.

La paciente "B", logró terminar con el tratamiento, cumpliendo las metas del mismo, o sea, mantener su peso teórico, llevar una dieta libre y balanceada, no presentar actitudes ni conductas anorécticas y llevar una vida integral en el ámbito familiar, social y cultural. Se consideró que el tratamiento fue exitoso, ya que los logros obtenidos pudieron mantenerse a través del tiempo.

Del resultado de estas pacientes, se puede desprender, que si bien el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para pacientes con anorexia nervosa de ambos tipos, el grado de éxito obtenido puede ser variable. Es preciso analizar qué fue lo que permitió que se diera en su totalidad o qué factores intervinieron para que fuera parcial y si esos factores son o no controlables. Esta reflexión es importante, ya que en muchas ocasiones, aunque el procedimiento terapéutico sea adecuado y se maneje correctamente, podemos enfrentarnos con sujetos que no puedan o no deseen mayores modificaciones, como en el caso de la paciente "A".

Cabe mencionar que, si bien los apoyos que reciben las pacientes por parte de la familia, del grupo y del staff, son necesarios, la terapia debe ir fomentando la independencia de ellos, por medio del desarrollo de estilos de afrontamiento más adaptativos, que les permitan asumir la responsabilidad de su padecimiento y que a su vez propicien el desarrollo de un mayor sentido de confianza en sí mismas para enfrentarse a la vida.

De acuerdo con la literatura (Agras, 1974; Touysz, Garner y Beaumont, 1995; Touysz y Beaumont, 1997) y con los resultados, el tratamiento cognitivo-conductual

tiene ventaja sobre las otras modalidades terapéuticas en la etapa inicial del tratamiento, cuando las consecuencias de la emaciación en las áreas cognitiva, emocional y conductual son evidentes, ya que esta modalidad terapéutica permite con mayor eficacia, el aumento de peso en forma consistente y la inhibición de conductas compensatorias para control de peso con mayor rapidez. En las otras etapas del tratamiento, su eficacia es semejante a la terapia de orientación psicodinámica; sin embargo, tiene mayores beneficios cuando las pacientes se sienten muy angustiadas (por el uso de técnicas paliativas) y cuando vuelven a tener conductas compensatorias para el control de peso, como el ejercicio exagerado, los atracones, el uso de diuréticos, laxantes y la inducción del vómito, ya que se pueden reinstalar controles que inhiban dichas conductas en menor tiempo.

El tratamiento cognitivo-conductual que se aplicó en la presente investigación, fue largo, pero permitió una mejor adherencia terapéutica y una supervisión más cercana y constante tanto de las mejorías como de los retrocesos. Por otro lado, hay suficiente evidencia de que los tratamientos muy breves o aquéllos que finalizan cuando la paciente ha alcanzado un peso determinado, sin tomar en cuenta el amplio espectro de la enfermedad, llevan a constantes recaídas y a la cronificación del síndrome (Garner, 1997). Marlatt y Gordon (1986, en Caballo, E.V., 1991), han hecho hincapié en la importancia que tiene trabajar en la prevención de recaídas, con el fin de alcanzar un impacto verdaderamente significativo en la terapia que pueda consolidarse y extrapolarse a todas las áreas de la vida del paciente y con ello permitir el mantenimiento y la generalización de las modificaciones obtenidas a través del tratamiento. Aprender a anticipar y hacer frente a los sentimientos negativos y a situaciones conflictivas, debe ser uno de los puntos primordiales en el desarrollo de nuevos estilos de afrontamiento para prevenir las recaídas (Annis, H.M.; Graham, J.M., 1995)

En conclusión, el consenso es que la anorexia nervosa es una enfermedad multideterminada, en la que intervienen factores constitucionales, familiares, ambientales, sociales y culturales.

En países del extranjero como Estados Unidos, Suecia y España entre otros, ha habido avances significativos en los últimos 10 años, en áreas como la epidemiología, precisión en los diagnósticos, complicaciones, comorbilidad, en la identificación de factores psicológicos importantes y de riesgo en la patogénesis; así como, en la investigación empírica sobre el resultado de los diferentes tratamientos que se han aplicado a esta enfermedad. Por otro lado, la rápida expansión del conocimiento en el campo de los trastornos de la alimentación y los cambios en el medio de la salud, ha llevado a nuevas formulaciones teóricas, a importantes cuestionamientos y debates sobre los modos tradicionales de tratamiento.

El modelo terapéutico de modificación cognitivo-conductual para el manejo de la anorexia nervosa, es útil, siempre y cuando la técnica se adapte a la singularidad del padecimiento; debe utilizarse en conjunto con psicoterapia familiar cuando las pacientes sean menores de edad o el padecimiento se encuentre en su fase aguda. Es indispensable abordar los trastornos de la personalidad asociados de acuerdo a las estrategias que mejor convengan al caso particular de cada paciente.

VI.- RECOMENDACIONES

En México, en los últimos años, se han hecho avances en la epidemiología, en la confirmación de la presencia de factores de riesgo y de algunos de los factores asociados con el desarrollo de los trastornos de la alimentación, en mujeres pre-adolescentes, adolescentes y adultas. En relación con modelos terapéuticos, los reportes que existen en la literatura, son escasos y refieren el uso de diversos modelos. El presente trabajo fue un estudio de tipo exploratorio, por esta razón, se recomienda que: *la información aquí presentada sea confirmada con más investigaciones que utilicen el mismo modelo y que incluyan mayor número de sujetos.*

Dado que en la literatura y en los resultados de la presente investigación se confirman la utilidad del manejo cognitivo-conductual y del modelo psicodinámico, se recomienda asimismo: *un mayor desarrollo de técnicas conjuntas que puedan ser aplicadas por un solo psicoterapeuta, como lo proponen Holmes (1998; en el International Journal of Psychoanalysis) y Ryle (2000).*

Por último, sería recomendable *investigar más a fondo en los estilos de afrontamiento que cada paciente tiene, ya que esto es uno de los factores fundamentales para la prevención de recaídas.* Es importante ayudarlos a desarrollar otros estilos de enfrentamiento más adaptativos, que sean lo suficientemente sólidos para que, a pesar de que el ambiente sea adverso y se encuentren a punto de ser desbordados, puedan enfrentarlo y salir adelante.

BIBLIOGRAFÍA

- Abt, E.L.; Bellak, L.(1994). Psicología Proyectiva Editorial Paidós. México.
- Agras, S.W.; Barlow, D.H.; Chapin, B.N.; Abel, G.G.; Leitengerb, H. (1974). "Behavior Modification of Anorexia Nervosa". *Archives of General Psychiatry*. 30: 279-286.
- Aguadé, L.T.; Escalera, L.G. (1993). Sistema de Calificación e Interpretación del Dibujo de la Figura Humana para Mujeres en Edad Reproductiva. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- Aiken, L.R. (1996). Evaluación de la personalidad. New York: Plenum. p. 16
- Alexander, L. (1981). "Toward the Understanding of Anorexia Nervosa as a Disease Entity" *Mayo Clinical Procedures* 56: 254-264.
- Ames- Frankel, J.; Walsh, M.J.; Strasser, T.J. (1992). "Personality Disorder Diagnosis in Patients With Bulimia and Anorexia N.: Clinical Correlates and Changes With Treatment" *Journal of Clinical Psychiatry*. 53: 90-96.
- Anastasi, A.; Urbina, S. (1998) Test Psicológicos. Prentice Hall. México.
- Andersen, A.E.; Morse, C.; Santymer, K. (1985) "Inpatient Treatment for A.N." En: Handbook of Psychotherapy for A.N. and Bulimia. Garfinkel. Guilford Press. N.Y. p. 134-143
- Andersen, A.E.; Didomenico ,L. (1992) "Diet vs. Shape Content of Popular Male and Female Magazines: a Response to the Incidence of Eating Disorders?" *International Journal of Eating Disorders*. 11: 183- 287.
- Anderson, H.H.; Anderson, L.G.; (1976). Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. Rialp. Madrid. p 393-420
- Annis, H.M.; Graham, J.M. (1995) "Progile Types on the Inventory of Dronking Situations: Implication for Relapse Prevention Counseling" *Psychology of Addictive Behaviors*. 9:3, 176-182
- A.P.A. (1993) "Practice Guidelines for Eating Disorders" *American Journal of Psychiatry*. 150: 212-228.
- Attia, E.; Haiman, C.; Walsh, T.; Flater, S. (1998) "Does Fluoxetine Augment the Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa?" *American Journal of Psychiatry*. 155:4, 548-51.
- Bachrach, A.J.; Erwin, W.J.; Mohr, J.P. (1965) "The Control of Eating Behavior in an Anorexic by Operant Conditioning Techniques". En: Case Studies in Behavior Modification. Rinchart & Winston. New York.
- Bachrach, L.K.; Katzman, D.K.; Litt, I.F. (1991) "Recovery From Osteopene in Adolescent Girls With Anorexia Nervosa" *Journal of Clininal Endocrinology and Metabolism*" 72: 602-606.

- Barriguete, J.A. (1988) "Aspectos históricos de la Anorexia Nervosa" Conferencia: Simposium Sobre Trastornos de la Alimentación I.N.N.S.Z. México, D.F. Oct.
- Baucom, D.H.; Epstein, N. (1990) Cognitive Behavioral Marital Therapy Brunner Mazel Eds. New York.
- Beaed, H.; Marlow, M.; Ryle, A. (1990) "The Management and Treatment of Personality Disordered Patients: The Use of Sequential Diagrammatic Reformulation" *British Journal of Psychiatry*. 156: 541-545.
- Beaumont, P.J.; Russell, J.; Toyz, S.W. (1993) "Treatment of Anorexia Nervosa" *Lancet*. 341: 1635-1640.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders. Guilford Press. New York.
- Beck, A. (1976) "El Contenido de las Perturbaciones Emocionales" En: Terapia Cognitiva y las Perturbaciones Emocionales. Meudean, New York. Cap. 4
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. (1979) Cognitive Therapy of Depression Guilford Press. New York .
- Bellak, L. (1994) "El Test de Apercepción Temática en la Clínica". En Psicología Proyectiva. Editorial Paidós.
- Bemis, K. (1987) "The Present Status of Operant Conditioning for the Treatment of A.N." *Behavior Modification* 11: 432-463.
- Bergh, C. Södersten, P. (1998) "Anorexia Nervosa: Rediscovery of a Disorder" *The Lancet*. 351: 1427-1429.
- Bernstein, J. (1987) "Introducción al TAT" En: Test de Apercepción Temática. Manual de Aplicación (1987) Ed. Paidós. Buenos Aires-Barcelona-México.
- Beumont, J.V.; Beumont, C.C.; Touyz, W.; Williams, H. (1997) "Nutritional Counseling and Supervised Exercise". En: Hand book of Treatment for Eating Disorders. Garner & Garfinkel. New York. 178-187.
- Beutler, L.E.; Machado, P.P. (1994) "Therapists Variables". En: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York-London:Routledge p. 229-269.
- Blinder, B.; Freeman, d.M.; Stunkard, A.J. (1970) "Behavior Therapy of A.N.: Effectiveness of Activity as a Reinforcer of Weight Gain" *American Journal of Psychiatry*. 126:8, 77-82.
- Bloom, C.; Gitter, A.; Gutwill, S.; Kogel, L.; Zaphiropoulos, L. (1994) Eating Problems: A Feminist Psychoanalytic Treatment Model. Basic Books. New York, N.Y.
- Blue, R. (1979) "Use of Punishment in Treatment of Anorexia N." *Psychological Reports* 44: 743-746.

- Bordo, S. (1990). "Reading The Slender Body". En Body: /Politics: Women and The Discourses of Science. Eds. Jacobs, Keller and Shuttlewood. New York-London: Routledge. p 88-112
 - Bordo, S. (1990) "Rading the Slender Body" En: Van Deth y Vandereycken (1994): "Continuity and Discontinuity in the Hstory of Self-Starvation". Eating Disroders Review. 2:1, 47-50
 - Boutelle, K.N. (1998) "The Exposure With Response Prevention in Male Anorexic" Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 29: 79-84.
 - Boutelle, K.N. (1998) "The Use of Exposure With Response Prevention in a Male Anorexic" Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 20 (4). 331-340
 - Bruch, H. (1962) "Perceptual and Conceptual Disturbance in Anorexia Nervosa" Psychosomatic Medicine. 24: 2, 43-49.
 - Bruch, H. (1973) Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.
 - Bruch, H. (1974) "Perils of Behavior Modification in Treatment of Anorexia Nervosa" Journal of Behavior Modification. 230:10, 159-170.
 - Brusset, B. (1998) Psychopathologie de l'Anorexie Mentale. Dunod. Paris.
 - Buck, N.J.; Warren, L.W. (1995) Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo Projectivo: H.T.P. Ed. Manual Moderno.México.
-
- Caballo, E.V., y Bucla-Casal, G. (1991). "Técnicas Diversas en Terapia de la Conducta. En Caballo, E.V. (Comp.) Manual de Técnicas de Terapia, Modificación de Conducta. Siglo XXI Editores. Madrid.
 - Carr, A.C. "Psychological Testing of Personality". En Comprehensive Textbook of Psychiatry/III. Williams and Wilkins. Baltimore/London. p 947-966.
 - Clark, L.A. (1993). Schedule of Nonadaptative and Adaptive Personality Minneapolis University Press.
 - Cochrane, C.; Brewerton, T.; Wilson, D.; Hodges, E. (1993) "Alexithymia In The Eating Disorders" International Journal of Eating Disorders. 14:2, 219-222.
 - Collings, S. (1994) "Ten Year Follow-up of 50 patients With Bulimia Nervosa" British Journal of "Psychiatry 164 ; 80-87
 - Cooper, P.J.; Fairburn, G.C. (1984). "Cognitive Behavior Therapy for A.N.: Some Preliminary Findings" American Journal of Psychiatry 150:6, 87-96.

- Cooper, P.J.; Steere, J. (1995). "A Comparisson of Two Psychological Treatments For Bulimia Nervosa: Implications for Model Of Maintenance" *Behavioral Research Therapy*. 33:8, 875- 885.
- Cooper, M. (1997). "Cognitive Tehory in A.N. and Bulimia N.: A Review" *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 25:2, 113-145
- Crisp, A.H. (1997). "Anorexia Nervosa as Flight From Growth: Assessment and Treatment" En: Handbook of Treating for Eating Disorders. Garner and Garfinkel. Guiford Press. New York p. 248- 277.
- Crowther, T. y Sherwood, J. (1997) En: "Addressing Treatment Refusal in A.N.: Clinical, Ethical and Legal Considerations" . Handbook of Treatment for Eating Disorders. (1997) Farner, M.D. y Garfinkel E.P. Guilford Press. New York, London.

- Dare,C.; Eisler, I. (1997). "Family Therapy For Anorexia Nervosa" En: Textbook of Treatment for Eating Disorders. Garner and Garfinkel. Guilford Press. New York p. 307-326.
- Davis, R.; Olmstead, M.P. (1992) "Cognitive-Behavioral Group Treatment for Bulimia Nervosa: Integrating Psychoeducation and Psychotherapy" En: Group Psychotherapy for Eating Disorders. Harper-Giuffre & MacKenzie. American Psychiatric Press, Inc. p.71 - 100
- Delgado, S.F. (1983). La Terapia de Conducta y sus Aplicaciones Clínicas. Ed. Trillas. México
- Demsky, A.; Gass, T. y Golden. (1997) En: Foundations of Intellectual Assesement. Gregory, J.R. (1999). Co. Allyn y Bacon
- Dennis, A.B.; Sansone, R.A. (1991) " The Clinical Stages of Treatment for Eating Disorder Patients With Borderline Personality Disorder" En: Psycho-Dynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Johnson. Guilford Press. New York p.102-118.
- Dennis, A.B.; Sansone, R.A. (1997) "Treatment of Patients With Personality Disorders" En: Handbook of Treatment For Eating Disorders. Garner and Garfinkel. Guilford Press. New York p. 437- 449.
- Deter, H.C.; Herzog, W. (1994) "Anorexia Nervosa in a Long Term Perspective: Results of the Heidelberg- Mannheim Study" *Psychosomatic Medicine* 56: 20- 27
- Deter, H.C.; Hersog, W. (1995) "Long Term Course of Anorexia Nervosa". En: Anorexia Nervosa . Vandenhoeck & Ruprecht. Germany p. 138-143.
- DSM III (1980) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, S.A. España

- DSM – IV (1997) Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales. Masson, S.A. España.
- Eckert, E.D.; Goldberg, S.C.; Halmi, K.A.; Casper, R.C.; Davis, K.M. (1979). "Behavior Therapy In Anorexia Nervosa" *British Journal of Psychiatry* 134: 55-59.
- Eckert, E.; Halmi, K.; Marci, P. (1995). "Ten Year Follow Up of Anorexia Nervosa: Clinical Course and Outcome" *Psychological Medicine*. 25:1, 143-156.
- Eisler, I.; Dare, C.; Russell, G.F. (1996). "A Controlled Trial of Two Forms of Family Intervention In Adolescent Eating Disorder" *Journal of Family Therapy* " 17: 47-52.
- Ellis, A. (1980). "Overview of The Clinical Theory of Rational-Emotive Therapy" En: Rational-Emotive Therapy: A Skills Based Approach. Grieger & Boyd. New York .
- Fahy, T.A.; Eiler, I.; Russell, G.F. (1993). " Personality Disorder And Treatment Response In Bulimia Nervosa" *British Journal of Psychiatry*. 162: 765- 770.
- Fairburn C.G. (1997). "Interpersonal Psychotherapy For Bulimia Nervosa" En: Handbook of Treatment For Eating Disorders. Garner y Garfinkel. Guilford Press. New York p.278-294.
- Feighner, J.P. (1972). "Diagnostic Eritema For Use In Psychiatric Research" *Archives of General Psychiatry*. 26: 57-63.
- Fernández, A.; Bel, V.; Jiménez, M. (1997). "Terapia de Grupo Ambulatoria en Pacientes con Anorexia N." *Anales de Psiquiatría*. 13:6, 236-242.
- Fernández, F.; Turon, J.; Siegfried, J. (1995). "Does Additional Body Therapy Improve The Treatment Of Anorexia Nervosa?". A Comparison of Two Approaches." *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 3:2, 158-164
- Fichter, M.; Pirke, K.M.; Holsboer, F. (1986). " Weight Loss Causes. Neuroendocrine Disturbances: Experimental Study in Healthy Starving Subjects" *Psychiatry Research* 17: 61-72.
- Fiske, S.T.; Taylor, S.E. (1984). Social Cognition Addison-Wesley. New York.
- Frankenburg, F.R. (1984). "Female Therapists in Management of Anorexia Nervosa" *International Journal of Eating Disorders*. 3:4, 35-41.
- Freeman, Ch. (1998). " Drug Treatment For Bulimia Nervosa" *Neuropsychobiology* 37 :2, p. 72-79

- Freedman, M.A.; Kaplan, I.H.; Sadock, J.B.(1980). Comprehensive Textbook of Psychiatry/III. Williams and Wilkins. Baltimore. Vol. I.
- Friedlander, J. y Siegel, S. (1990) "Relations Object Theory and Cognitions in AN". En: Goodsitt, A. (1997) Cap. 11 de "Handbook of Treating for Eating Disorders" Garner, Garfinkel. Guilford Press. New York, London.
- García, G.; Méndez, J.; Salinas, J.L. (1986). "Endocrine Conditions In Patients With Anorexia Nervosa During Different Conditions of Total Body Mass" V Congreso Nal. de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría. y Biología y II Simposium de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica México, 1986
- Garfinkel, P.E.; Kline, A.; Stancer, H.C. (1973). "Treatment of A.N. Using Operant Conditioning Techniques" *Journal of Nervous and Mental Disease*. 157:6, 98-106.
- Garfinkel, P.E.; Walsh, B.T. (1997). "Drug Therapies" En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner & Garfinkel. Guilford Press. N.Y. P. 372-382.
- Garner, D.M. (1991). "Eating Disorders Inventory-2". Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M.; Bemis, K.M. (1982). "A Cognitive Behavior Approach to Anorexia Nervosa" *Cognitive Therapy and Research*. 6: 123- 150.
- Garner, D.M. (1986). "Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa" En: Handbook of Eating Disorders. Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia. Basic Book, Inc. New York. Cap.16
- Garner, D.M.; Bemis, K.M. (1986). "Cognitive Therapy for Anorexia Nervosa" *Psychotherapy and Psychosom*. 46: 67-75 .
- Garner, D.M. (1992). "Psychotherapy of Eating Disorders" *Current Opinion In Psychiatry*. 5: 391-395 .
- Garner, D.M. & Friedman L.L. (1994). "Crisis Intervention for Eating Disorders" En : Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention . Dattilio & Freeman. Guilford Press. New York. Cap. 5
- Garner, D.M.; Rosen, L.W. (1994). "Aggressive and Destructive Behavior in Eating Disorders." En: Handbook of Aggressive and Destructive Behavior in Psychiatric Patients. Hersen & Ammerman. Plenum Press. N.Y. p. 64-70
- Garner, D.M.; Needleman D.L. (1997). "Sequencing and Integration of Treatments" En: Handbook of Treatment of Eating Disorders. Garner Garfinkel. Guilford Press. N.Y.
- Garner, D.M.; (1997) "Psychoeducational Principles in Treatment" En: Handbook of Treatment Disorders. Garner & Garfinkel. Guilford Press. New York. p.145 - 174.

- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1997) Handbook of Treatment of Eating Disorders. Guilford Press. New York, London.
- Garner, D.M.; Vitousek, K.M.; Pike, K.M. (1997). "Cognitive-Behavioral Treatment for Anorexia Nervosa" En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner & Garfinkel. Guilford Press. New York
- Garner, D.M. (2000) "Mitos y Realidades sobre el Tratamiento sobre los Trastornos de la Alimentación" Primer Congreso Internacional de Trastornos Alimenticios. México, D.F. 10 de Marzo.
- Gartner, A.F.; Marcus, R.N.; Halmi, K. (1989). "DSM III-R Personality Disorders In Patients With Eating Disorders" *American Journal of Psychiatry* 146 :1584-1591
- Geliebter, A.; Melton, P.M (1992). "Gastric Capacity, Gastric Emptying and Test- Meal Intake in Normal and Bulimic Women" *American Journal of Clinical Nutrition* 56: 656-661.
- Gerlinghoff, M. (1990). "Behavior Analysis of Eating Disorders" *Z- Ernährungswiss* 29:1, 13-20 .
- Glenn, W. (1997). "Drop Out and Failure To Engage In Individual Outpatient Cognitive Behavior Therapy for Bulimic Disorders" *International Journal. Of Eating Disorders*. 22:1, 35-41.
- Goldfried, M.R. "La Esencia de la Terapia Conductual" (1979). En: Clinical Behavior Therapy. Guilford Press. Cap. I.
- Goldfried, M.R. (1993). Behavior Therapy: Redefining Strengths and Limitations Goldfried & Castonguay. Stanford University p.505-516.
- Gómez Peresmitre, G. (1993). "Variables Cognocitivas y Actitudinales Asociadas con Imagen Corporal y Desórdenes del Comer". *Revista Investigación Psicológica*. 3: 1, 17-27.
- Gómez Peresmitre, G. (1995). "Peso Real, Peso Imaginario y Distorsión de la Imagen Corporal". *Revista Mexicana de Psicología*. 12:2, 185-198.
- Gómez Peresmitre, G. (1996). "Factores de Riesgo: Anomalías de la Conducta Alimentaria en Preescolares Adolescentes". Libro de Resúmenes del V Congreso de Metodología . Santiago de Chile.
- Gómez Peresmitre, G. (1996). "Trastornos de la Conducta Alimentaria en una Muestra de Mujeres Adolescentes: Estudiantes de Danza, Secundaria y Preparatoria". *Revista Psicopatología*, 16: 4 121-126.
- Gómez Peresmitre, G. (1997-1998). Cuestionario de Alimentación y Salud.
- Gómez Peresmitre, G.; Acosta, G.M. (2000). "Imagen Corporal Como Factor de Riesgo en los Trastornos de la Alimentación: Una Comparación Transcultural entre México y España". *Clínica y Salud*. 11: 1, 35-58.

- Gómez Peresmitre, G. "Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal". *Revista Mexicana de Psicología*. 16: 1, 153-165.
- González, S.L.; Lizano, M.M.; Rodríguez, A.P.; Gómez Peresmitre, G. (1999). "Factores de Riesgo en los Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Autoatribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos". *Revista Mexicana de Psicología*. 1: 16, 101-116.
- Goodsit, A. (1997) "Eating Disorders: A Self-Psychological Perspective" En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner & Garfinkel. Guilford Press. New York p. 205-228.
- Gregory, J.R. (1999). "Foundations of Intellectual Assessment". Co. Allyn and Bacon. Capítulo 4.
- Grieger, R.; Noyd, J. (1980) "Therapeutic Goals in Rational Emotive Therapy" En: Rational Emotive Therapy. A Skills Based Approach. Reynold. New York
- Guidano, V.F.; Liotti, G. (1983) Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach To Psychotherapy. Guilford Press. New York. Cap.2
- Halmi, K.; Powers, P. (1975) "Treatment of Anorexia Nervosa With Behavior Modification" *Archives of General Psychiatry*. 32: 498-512.
- Halmi, K. (1983) "Anorexia Nervosa and Bulimia: Psyosomatic Illness Review" *Psychosomatics*. 24:2, 111-129.
- Hartmann, A.; Schulgen, G.; Herzog, T. (1997) "Modeling Psychotherapy as Event In Time: An Aplication Of Multistate Analysis" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65:2, 262-268.
- Herzog, W.; Schellberg, D.; Deter, H.C. (1997) "First Recovery in Anorexia N. Patients in The Long Term Course: A Discrete Time Survival Analysis" *Journal of Consulting and Clinical. Psychology* 65:1, 169-177.
- Hill, K.K.; Maloney, J.M. (1997) "Treating Anorexia Nervosa Patients In The Era of Managed Care" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36:11, 326-340.
- Hoffman, L.; Halmi, K.(1993). "Psychopharmacology in The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa." *Psychiatric Clinics of North America* 16:4, 767-778.
- Hollon, S.D.; Beck, A.T. (1994). "Cognitive And Cognitive-Behavior Therapies. En: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Bergin & Garfield Academic Press. Cap. 1.
- Holmes, J. (1998). "The Changing Aimes of Psychoanalitic Psychotherapy: An Integrative Perspective" *The International Journal of Psychoanalysis*. Abril

- Holtz, V. (1992). Factores Psico-bio-sociales de los Desórdenes de la Alimentación: Estudio Piloto en una Preparatoria. Tesis Licenciatura Universidad Iberoamericana. México.
- Holtz, V. (2000). "Trastornos Alimentarios". Primer Congreso Internacional de Trastornos Alimentarios. México.
- Hopkins; Allyn y Bacon. (1998) En: Foundations of Intellectual Assessment. Gregory, B.J (1999). Co. Allyn y Bacon.
- Ian, S. (1982). "Anorexia Nervosa and The Psychotherapeutic Hospital" International Journal of Psychiatry 9: 267-302.
- Jacobs, Brumberg J. (1990) "Fasting Girls. The History of Anorexia Nervosa". Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Johnson, W.; Tsoh, J.; Varnado, P. (1996). "Eating Disorders: Efficacy of Pharmacological and Psychological Interventions" Clinical Psychology Review 16 :6, 457- 478.
- Kahill, S. (1984) "Human Figure Drawing in Adults: An Update of the Empirical Evidence" Canadian Psychology 25:4, 269-291
- Kaplan, M.F.; Sacuzzo, L.D. (1997). Projective Personality Test. Prentice Hall. New York. p. 459-461.
- Kennedy, S.H.; Mc.Vey, G. (1990). " Personality Disorders in Anorexia N." Journal. of Psychiatry Research 24: 259-269.
- Kennedy, S.H.; Katz, R.; Neitzert, C.S.; Ralevski, S. (1995). "Exposure with Response Prevention Treatment of A.N.- Bulimia Subtype and Bulimia Nervosa." Behaviour Research and Therapy 33:6, 685-689.
- Kinzl, J.; Herold, M. (1993). "Significance of Vomiting for Hyperamylasemia and Siadalenosis in Patients with Eating Disorders" International Journal of Eating Disorders. 13: 117-124.
- Kleifield, E.; Wagner, S.; Halmi, K. (1996). "Cognitive Behavioral Treatment In Anorexia Nervosa." Psychiatric Clinics of North America 19:4, 715-737.
- Kratochiwill, R.T; Mott, E.S. y Dodson, L.C. (1989) "Estudio de Caso e Investigación de Caso Unico en Psicología Clínica y Aplicada". En: Bellack, S.A. y Hersen, M. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Ed. Desclée Brouwer. Barcelona.
- Kreipe, R.E.; Harris, J.P. (1992). "Myocardial Impairment Resulting From Eating Disorders" Pediatric Annals, 21: 760-768.
- Kublinger, G.M. (1998) En: "Foundations of Intellectual Assessment" . Gregory, R.J. (1999). Co. Allyn y Bacon.

- Laboucarié, J.; Barrés, P. (1970) "Les Anorexies Mentales" *Psychiatrie* 3: 1-17
- Laue, L.; Richmond, P.W.; Chrousos, G.P. (1991). "The Hypothalamic – Pituitary-Adrenal Axis in A.N. and Bulimia N.. Pathophysiological Implications" *Advances in Pediatrics*. 38: 287-316.
- Leitenberg, H. (1968). "Toward The Understanding of Anorexia Nervosa as a Disease Entity" *Mayo Clinical Procedures*. 56: 256-264 .
- Lemberg, R. (1995). " How I Practice: A Therapeutic Teaching Model To Foster Self- Acceptance in Eating Disorder Patients" *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*. 4:3, 309-316.
- Levy, S. (1994) En: Tesis de Lic. En Psicología "Sistema de Calificación e Interpretación del Dibujo de la Figura Humana, Para Mujeres en Edad Reproductiva" Aguadé, L.T. y Escalera, L.G. (1993) Universidad Iberoamericana.
- Liebman, R.; Minuchin, S.; Baker, L. (1974) "An Integrated Program for Anorexia Nervosa" *American Journal of Psychiatry*. 131: 432-436.
- Life. (1998). Noviembre p.78-89.
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press. New York. Cap. 2
- Liotti, G. "Disorganized Attachment and Dissociative Experiences: An Illustration of the Developmental Ethological Approach To Cognitive Therapy." En: Cognitive Therapies Kuehlwein y Rosen. Jossey-Bass, San Francisco p. 125- 140.
- Llopis, M.J.; Acosta, G.M.; Archilla, C.M.; García, G.C.; Gómez Perezmistre, G. (1999). "Conducta Alimenticia y Percepción de Sí mismo". Memorias del VI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. México.
- Low, B.L. (1994). "Eating Disorders" *Singapore Medicine Journal*. 35:6, 631-634.
- Lyon, M.; Chatoor, I.; Atkins, D. (1997). "Testing the Hypothesis of the Multidimensional Model of Anorexia Nervosa in Adolescents" *Adolescence*. 32:125, 101-111.
- Machover, K. (1963). "Dibujo de la Figura Humana: Un Método de Investigar la Personalidad". En Técnicas Proyectivas de Diagnóstico Psicológico. Ed. Rialp.
- MacKinnon, A.R. (1980) "Psychiatric History and Mental Statu Examination" En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins. Baltimore/London. p. 925- 937
- MacKinnon, A. R.; Michels, R. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada . Ed. Interamericana. México.

- Mahoney, M.J. (1974) Cognitive and Behavior Modification Cambridge, Ma. Ballinger p. 85-100.
- Mancilla, D.M.; Mercado, G.L.; Manríquez, R.E.; Alvarez, R.L.(1999). "Factores de Riesgo en los Trastornos Alimentarios". *Revista Mexicana de Psicología*. 16: 1, 37-46.
- Mancillas, J.M. (2000) "La Realidad de los Trastornos de la Alimentación en México" Primer Congreso Internacional de Trastornos Alimentarios. México, D.F.
- Mann, N.C. (1993) "Cómo Favorecer el Comportamiento de Adherencia a los Regímenes Terapéuticos" Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental. 1211 Ginebra 27, Suiza.
- Manzano, F. (2000) "Complicaciones Médicas a Corto y Largo Plazo" Curso: Trastornos de la Alimentación. Hospital ABC. México, D.F.
- Marks, I. (1978). Behavioral Psychotherapy of Adult Neuroses. En: S.Garffield y A. Berging (Comps.). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley.
- Markus, H. (1990). "Unresolved Issues of Self Representation" *Cognitive Therapy and Research* 14: 242-253 .
- Matarazzo, J.D. (1980)."Psychological Assessment of Intelligence". En Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins. Baltimore/London. p 933-940.
- Mavissakalian, M. (1982). "Anorexia Nervosa Treated With Response Prevention and Prolonged Exposure" *Behavioral Research Therapy*. 20: 27-31.
- Meichenbaum, D. (1974). "Therapist Manual for Cognitive Behavior Modification" Waterloo, Ontario. Millon, T. (1981) *Disorders of Personality: DSM III, Axis II*. Wiley. New York.
- Minuchin, S.; Rosman, B.L.; Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa In Context. Harvard University Press p.187-220.
- Mitchell, J.; Hoberman, H.; Peterson, C. (1997). "Research on the Psychotherapy of Bulimia Nervosa: Half Empty, Half Full" *International Journal of Eating Disorders*. 20:30, 219-229.
- Mitchell, J.; Pomeroy, C.; Adson, D.(1997). "Managing Medical Complications" En: Textbook of Treating for Eating Disorders. Garner and Garfinkel. Guilford Press. New York p. 383-393.
- Montilla, D.; Delfin, M. (1987). "Modificación Cognitivo-Conductual en Pacientes con Anorexia y Bulimia Nervosa" Simposium: Trastornos de la Alimentación. Instituto Nacional de la Nutrición, S.Z. México, D.F.

- Moreno, M. (1995) En: Foundations of Intellectual Assesment Gregory, J.B. (1999). Co. Allyn y Bacon.
- Murray, A.H. (1987). Test de Apercepción Temática “Manual para la Aplicación”. Editorial Paidós. México.

- Orlinsky, D.E.; Grawe, K.; Parks, N.K. (1994). “Process and Outcome in Psychotherapy” En: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Harper and Row, New York p. 270-296.
- Palazzoli, S. (1976). “Contribution en la Psychopatologie en Vacue Corporel” Evolut. Psychiat. 1: 5-15.
- Piazza, E.; Piazza, N.; Rollins, N. (1980). “Anorexia Nervosa: Controversial Aspects of Therapy” Comprehensive Psychiatry. 21:3, 177-189.
- Pick, S. y López, A.L. (1986) Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Ed. Trillas. México.
- Pike, K.M.; Loeb, K.; Vitousek, K. (1996).“ Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. “ En: Body Image: Eating Disorders and Obesity. A.P.A., Washington, D.C.
- Polivy, J.; Federoff, I. (1997). “Group Psychotheray” En: Hanbook of Treating for Eating Disorders. Garner y Garfinkel. Guilford Press. New York p.462-575.
- Powers, P. (1997). “Management of Patients with Comorbid Medical Conditions” En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner y Garfinkel. Guilford Press, New York p.424 – 436.
- Prike, K.M.; Fichter, M.M. “Disturbances of the Menstrual Cycle in Anorexia N. and Bulimia N.” Clinical Endocrinology. 24: 245-251.
- Prochaska, J.O.; Diclemente, C.C.; Norcross, J.C. (1992). “In Search of How People Change” American Psychologist 47: 1102-1114.

- Quiles, D.M.; Alonso, I.; Toledo, F. (1992). “Tratamiento Hospitalario de la anorexia Nervosa” Anales de Psiquiatría 8:9, 367-370.

- Rich, L.M.; Caine, .M.R (1990). “Hypoglicemic Coma in Anorexia Nervosa” Archieves of Internal Medicine. 150: 894-895.
- Rigotti, N.A.; Nussbaum, S.R. (1991). “Osteoporosis In Women with Anorexia Nervosa” New England Journal. of Medicine. 311: 1601-1606 .
- Rimm, C.D., y Maters, C.J. (1974). Terapia de la Conducta. México: Ed.Trillas.
- Risley ; Hart, A. (1968). “Cognitive Factors In Behavior Therapy”

- Ryle, A. (2000) . Cognitive Analytic Therapy . John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, England. P. 1- 23; 121-139.
- Rosen, J.C. (1997) “Cognitive-Behavioral Body Image Therapy” En:Handbook of Treatment for Eating Disorders Garner y Garfinkel. Guilford Press, New York. p. 188-200.
- Russell,G. (1979). “Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa” *Psychological Medicine*. 9: 429-435.
- Russell, G.; Smukler, G.; Dare, G. (1987). “An Evaluation of Family Therapy In Anorexia N. and Bulimia N.” *Archives of General Psychiat*. 44: 1047 –1056.
- Ryle, A. (1991). “Cognitive Analytic Therapy: Active Participation In Change” En : Cognitive Therapy. Wiley, England p. 456-463.

- Salazar, G.L.; Martínez, L.M.; Perezmitre, G.G. (1999). “ Factores de Riesgo en Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-atribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos”. *Revista Mexicana de Psicología*. 16:1, 117-126.
- Salinas, J.L.; Camacho, D.M. (1985). “Anorexia Nervosa: Psicoterapia Familiar Dentro de una Perspectiva Multidimensional”. Tesina del Instituto de la Familia, A.C. México, D.F.
- Salinas, J.L.; Pérez, M.P.; Viniegra, L.; Barriguete, J.A.; Casillas, J.; Valencia, A. (1992).“Modelo Psicodinámico-Sistémico de Evaluación Familiar”. *Revista de Investigación Clínica*. 44: 169-186.
- Salvat (1978). Diccionario Médico. Salvat Editores. España.
- Saucedo. (1997). “Estilos de Crianza Como Factores de Riesgo con Respecto a los Trastornos Alimentarios”. Tesis de Maestría en Psicología. U.N.A.M. México.
- Schmidt, U. “Eating Disorders & Obesity” (1998). En: *Cognitive Behavior Therapy For Children and Families*. Graham & Jeremy. Cambridge University . New York. Cap. 8
- Schnaas, F. (2000) “Trastornos Psiquiátricos Asociados a Anorexia y Bulimia Nervosa” Curso: Trastornos de la Alimentación. Hospital ABC. México, D.F.
- Sears, L.W. (1992). “Canadian’s Obsession with Thinness Provides Full-Time Work for Alberta Psychiatrist” *Canadian Medical Association*. 147:8, 25-29.
- Silverman, Joseph. (1997). “Anorexia Nervosa: Historical Perspectives on Treatment” En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner; Garfinkel. The Guilford Press, New York p. 3 – 10.
- Skodol, A.E.; Oldham, J.M.; Hyler, S.E. (1993). “Comorbidity of DSM III-R Eating Disorders and Personality Disorders” *International Journal of Eating Disorders* 4: 403-416 .

- Sletner, T.; Buhl, C. (1992). "A Project on Eating Disorders. Increasing of Competence Within Mental Health Services In Treating Severe Eating Disorders" *Tidsskr - Nor- Laegeforen* 112:26, 3301-3303.
- Sours, J.A. (1969) "The A.N. Syndrome: Phenomenologic and Psychodynamic Components" *Psychiatry Quarterly* 43: 240-256.
- Steiger, H.; Liguornik, K.; Chapman, J. (1991). "Personality and Family Disorder Patients: Comparison of Restricters and Bingers to Normal Controls" *International Journal of Eating Disorders* 10: 501- 512.
- Stoylen, J.I.; Laberg, J.C. (1990). "Anorexia N. and Bulimia N. : Perspectives on Etiology and Cognitive Behavior" *Acta Psychiatrica, Scandinavian*. 361:82, 52-58.
- Strain, G.W. (1981). "Nutrition, Brain Function and Behavior" *Psychiatric Clinics of North America* 4: 2, 29 -35.
- Strober, M. (1997). "Consultation and Therapeutic Engagement In Severe A.N." En: Handbook of Treatment for Eating Disorders. Garner y Garfinkel. Guilford Press. New York p. 229 -247.
- Stunkard, A. (1972). "New Therapies for The Eating Disorders: Behavior Modification of Obesity and Anorexia N." *Archives of General Psychiatry*. 26: 391-198.
- Sturmey, Peter (1992). "Treatment Acceptability for A.N.: Effects of Treatment Type, Problem, Severity and Treatment Outcome" *Behavioural - Psychotherapy* 20 (1) 91-93
- Suematsu, H.; Ishikawa, H.; Kuboki, T. (1985). "Statistical Studies on A.N. In Japan: Detailed Clinical Data on 1011 Patients" *Psychother. Psychosom.* 43. 96-103
- Sullivan, F.P.; F.R.A.N.Z.C.P.; Bulik, M.C. (1998). "Outcome of Anorexia Nervosa" A Case Control Study" *Am. J. Psychiatry* 155:7 939-946
- Teasdale, J.D.; Barnard, P.J. (1993). "Affect, Cognition and Change" Hove. Erlbaum, England
- Tena, A. (2000). "La Realidad de los Trastornos de la Alimentación en México". Primer Congreso Internacional de Trastornos Alimentarios. México, D.F.
- Thelen, M.H.; Farmer, J.; Wonderlich, S. y Smith, M. (1991) "A Revision of the Bulimia Test: The BULIT-R" *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3: 119-124
- Thelen, M.H.; Farmer, J.; Wonderlich, S.; Smith, M. (1991). "A Revision of a Bulimia Test: The BULIT-R". *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3: 119-124.

- Thomas, M.A.; Rebar, W.R. (1990). "The Endocrinology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa " Current Opinions in Obstetrics and Gynecology. P. 831-836.
- Time, Sept. 1997
- Tomizawa, O.; (1995). "Integrated Psuchotherapy for Eating Disorders" *Seishin-Shinkeigaku-Zasshi* 97(5) 326-356
- Toro, J. (1999). El Cuerpo Como Delito. Ed. Ariel, S.A. Barcelona
- Touyz, S.W.; Beumont, P.J. " A Comprehensive , Multidisciplinary Approach for the Management of Patients with A.N." En: *Eating Disorders* .
- Touyz, S.W.; Beumont, P.J.. (1985). Williams y Wilkins
- Touyz, S.W.; Beumont, P.J. (1991). "The Management of A.N. In Adolescence" *Modern Medicin* 34. 86-97
- Touyz, S.W.; Williams, H.; Marden, K. (1994). "Videotape Feedback of Behavior In Patients With Anorexia Nervosa: Does It Normalize Eating Behavior? *Austr. J. of Nutrition and Dietetics*. 51, 79-82
- Touyz, S.W.; Garner, D.M.; Beaumont, P.J. (1995). "The Inpatient Management of The Adolescent Patient With A.N." En: *Eating Disorders In Adolescence*. New York.
- Touyz, W.; Beumont, J.V. (1997). "Behavioral Treatment In Anorexia Nervosa " En: *Hand Book of Treatment of Eating Disorders*. Guilford Press. N.Y.
- Treasure, J.; Todd, G.; Brolly, M. (1995). "A Pilot Study of Randomised Trial of Cognitive Analytical Therapy Vs Educational Behavioral Therapy for Adult A.N." *Behaviour Research and Therapy* 33(4), 363-367
- Unikel, S.C. (1998). Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet. Tesis de Maestría. U.N.A.M. México.
- Unikel, S.C.; Gómez Perezmitre, G. (1999). "Espectro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Grupo Normal, con Alto Riesgo y Clínico." *Revista Mexicana de Psicología*. 16: 1 141-151.
- Unikel, S.C.; Mora, R.J.; Gómez Perezmitre, G. (1999). "Percepción de la Gordura en Adolescentes y su Relación con las Conductas Anómalas del Comer". *Interamerican Journal of Psychology*. 33: 1, 11-29.
- Vandereycken, W.; Kog, E.; Vandelinden, J. (1989). " The Family Approach To Eating Disorders" P.M.A. New York
- Vanderlinden, J.; Vandereycken, W. (1991). "Guidelines for the Family Therapeutic Approach to Eating Disorders. *Psychother. Psychosom*. 56(1-2) 36-42

- Velasco, J.M.; Wechler, D. WAIS- Español. Escala de Inteligencia Para Adultos. Manual. Ed. El Manual Moderno. México.
- Vitousek, K.B.; Hollon, S.D. (1990). "The Investigation of Schematic Content and Processing In Eating Disorders" *Cognitive Therapy and Research.* 191-214
- Vitousek, K.B.; Ewald, L.S. (1993). "Self Representation in Eating Disorders: A Cognitive Perspective" En: *The Self in Emotional Disorders: Cognitive and Psychodynamic Perspectives.* Segal y Blatt. Guilford Press.
- Yalom, D.I. (1996). Treating Eating Disorders. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Caps. 2 y 5.
- Waller, G. (1997). "Drop Out and Failure to Engage in Individual Outpatient Cognitive Behavior Therapy for Bulimic Disorders" *Int. J. of Eating Disorders* 22(1) 35-41.
- Whittal, M.; Zaretsky, A. (1997). " Cognitive Behavioral Strategies for the Treatment of Eating Disorders" En: *Challenges In Clinical Practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies.* Pollack y Otto. Guilford Press. N.Y.
- Williamson, D.A.; Anderson, D.A.; Gleaves, D.H. (1996). "A.N. and Bulimia N: Structured Interview Methodologies and Psychological Assessment" En: *Body Image: Eating Disorders and Obesity.* A.P.A. Washington, D.C. P. 205-223
- Williamson, D.A. (1985). Response Prevention. En: A.S. Bellack y M.Hersen (Comps.) Dictionary of Behavior Therapy Techniques. New York: Pergamon Press.
- Wilson, G.T.; Fairburn, G.T. (1993) "Binge Eating and Addictive Behaviors" En: Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. Fairburn and Wilson. Guilford Press. New York. p. 415 -423.
- Wilson, G.; Terence, G.; Fairburn, C. (1993) " Cognitive Treatments for Eating Disorders. Recent Developments In Cognitive and Constructivism Psychotherapies" *Journal of Consulting and Clinical. Psychology* 61:2, 261-269
- Wilson, T.G. (1996) "Treatment of Bulimia Nervosa: When TBC Fails" *Behavior Research and Therapy* 34:3, 197-212.
- Wilson, T.G.; Christopher, G.C.; Agras, S.W. (1997) "Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa" En: *Handbook of Treatment for Eating Disorders* Garner & Garfinkel. Guilford Press. New York p.67 -93.
- Windauer, U.; Lennerts, W.; Talbot, P. (1993) " How Well Are Cured A.N. Patients? An Investigation of 16 Weight Recovered A.N. Patients". *British Journal of Psychiatry.* 163: 195-200.

- Wolberg, L.R. (1977) The Techniques of Psychotherapy. Greene y Stratton, Inc. New York. Caps. 48-49.
- Wooley, S.C.; Lewis, K.G. (1989) “ The Missing Woman: Intensive Family Oriented Treatment Of Bulimia” Journal of Feminist Family Therapy 1: 61-83.
- Zwaan, M.; Mitchell, J.E. (1999) “Medical Evaluation of the Patient with Eating Disorder: An Overview” En: Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications. Mehler and Andersen. The Johns Hopkins University Press. p. 44 – 62.
- Zinser, O. (1992) Psicología Experimental Ed. McGrawHill. México