

# LA ANOREXIA NERVIOSA. EL CASO DE UNA ADOLESCENTE

Inmaculada  
Pastor Arandiga

## I. INTRODUCCION

La anorexia es un cuadro complejo donde se entrelazan confusamente hechos socio-culturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, emocionales, afectivos...

Unos autores la incluyen dentro del grupo de los trastornos psico-somáticos, mayoritariamente admitido, otros dentro del campo de la neurosis (Dubois), y otros como una afección pre-esquizofrénica (Langdon, Brown y Crookshank). En cualquier caso, la anorexia es un trastorno de morbilidad predominantemente adolescente y juvenil y que se presenta mayoritariamente en mujeres, el 90-95% de los pacientes son mujeres.

Es una enfermedad asociada a las clases sociales medias y elevadas y al mundo occidental.

## II. DATOS GENERALES

Paciente de 14 años, mujer, de apariencia mayor, seria y reservada. Responde breve y vagamente, el diálogo es difícil con ella.

Aspecto cuidado, ropa detalladamente escogida.

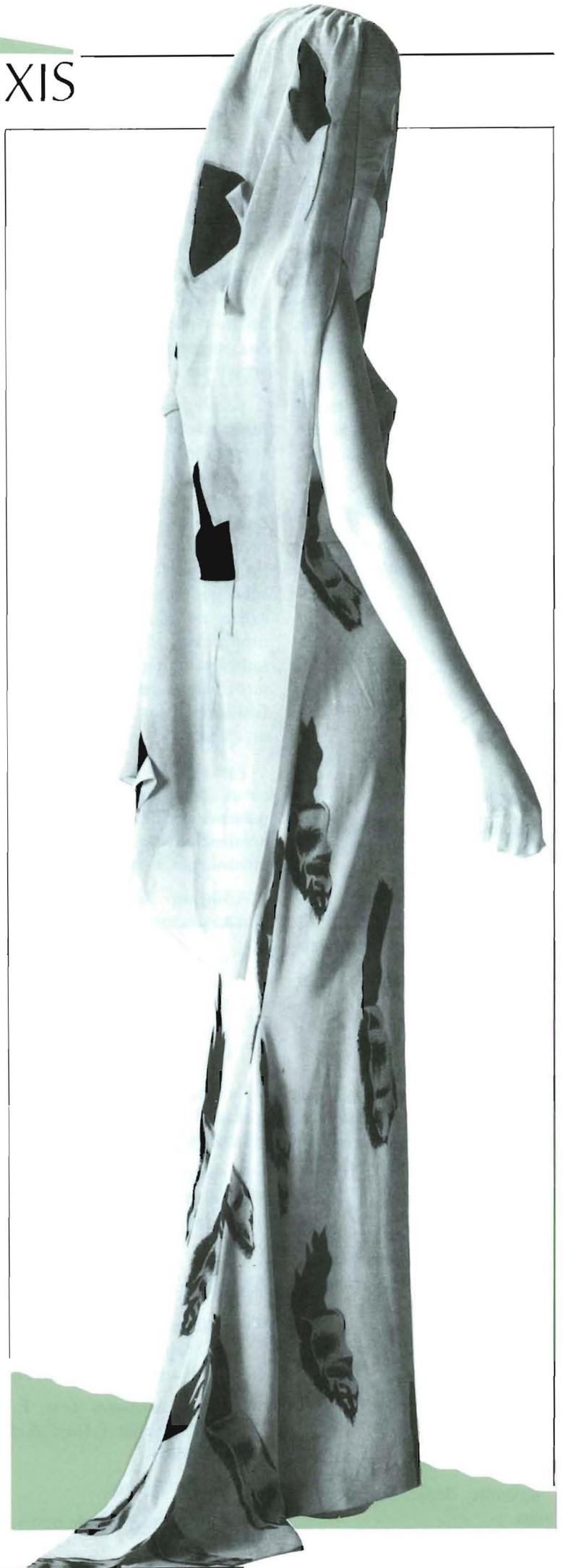
Extremadamente delgada.

## III. MOTIVO DE CONSULTA

Acude con un diagnóstico de anorexia nerviosa realizado por el endocrino que la lleva tratando varios meses, por pérdida de peso, falta de apetito y amenorrea.

El tratamiento endocrinológico consistió en medicación para abrir el apetito y un complejo vitamínico, ya que estaba anémica, así como una sobrealimentación basada en frutos secos y zumos de frutas.

Ante la ausencia de resultados de este tratamiento, el endocrino le recomienda ponerse en manos del psicólogo.



#### IV. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Cuando la paciente cuenta doce años, empieza a cambiar progresivamente su comportamiento alimenticio, reduciendo la cantidad de alimento ingerida y a manifestar rechazo hacia alimentos que anteriormente comía, ante alimentos que antes simplemente no le gustaban sienten ahora gran repelencia.

Empieza a reducir su peso, la regla le falla algunos meses hasta que desaparece, la madre con gran preocupación la lleva al endocrino.

##### *Situación física/biológica*

Durante cuatro meses va perdiendo peso a razón de un kilo por mes.

Anemia.

Amenorrea.

Estreñimiento.

Palidez.

Contante sensación de frío.

##### *Situación emocional/afectiva*

Cambios en el estado anímico.

Poco afectiva con sus padres, antes era muy cariñosa.

Se ha vuelto muy reservada.

Aparece seria y más bien triste.

##### *Situación cognitiva/conductual*

Ella no se ve a sí misma tan preocupantemente delgada. La hora de la comida se ha convertido en una situación conflictiva, con continuas quejas sobre lo que cocina su madre, su comportamiento en la mesa ha cambiado, separa y trocea toda la comida, la desplaza de un lugar a otro del plato y utiliza los cubiertos con descuido. La vida social con las compañeras del colegio se limita a su estancia allí, considerándolas demasiado infantiles para su edad.

##### *Situación académica*

Bastante dedicación al estudio.

Buen rendimiento académico, de las mejores de su curso, 8.º de EGB.

##### *Situación familiar*

Las relaciones familiares se han vuelto muy tensas, sobre todo a la hora de las comidas.

La madre es la que más interviene en el problema, el padre está un poco al margen, pero sus intervenciones correctivas suelen ser muy fuertes.

La madre se manifiesta bastante ansiosa e insegura en la forma de actuar, sufrió hace años la experiencia de la pérdida de su primer hijo siendo un bebé, y siente temor ante el problema de su hija, ya que se ha informado sobre el tema y sabe que entre estas pacientes existe un alto porcentaje de mortalidad; por otro lado, también le tiene preocupada la información leída sobre la influencia de las relaciones madre/hija.

También surgen conflictos en el seno familiar porque la paciente reclama mayor independencia de la que sus padres piensan que debería tener.

Asimismo se muestra con mucho desapego de sus padres.

#### V. PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA

La primera entrevista acude la madre sola, la segunda consulta se realiza con ambas.

A partir de esta sesión empieza la evaluación individual de esta paciente.

Pruebas utilizadas para la evaluación de la conducta:

- Goldberg Anorectic Attitude Scale G. A. A. S. de Goldberg y col. (extracto).
- Eating Attitudes Test. E. A. T. Garner y Garfinkel (extracto).
- EPQ-J Eysenk.
- Hoja de registro de pesos.

Asimismo se realizaban entrevistas desestructuradas cada quince días al inicio del tratamiento y posteriormente cada semana. La situación inicial con la que contamos es la siguiente:

- No hay negación del problema, lo reconoce.
- Apariencia personal: muy preocupada por su imagen.
- No desea estar tan delgada.
- Preocupación normal hacia los alimentos.
- Culpabilización de los padres: no la hay, aunque le gustaría que no hicieran tantas verbalizaciones sobre su conducta.
- Personalidad: carácter fleumático (introvertida y estable). Pasiva, cuidadosa, pensativa, apacible, controlada, leal, imperturbable.

Otros datos a tener presente:

- No hubieron complicaciones con natales.
- No hay sensación de hambre a lo largo del día.
- No hay vómitos ni episodios bulímicos.
- No hay mayor actividad física.
- No hay alteraciones del sueño.
- La única ansiedad que se produce en el momento de la ingesta es la provocada por el malestar ante las intervenciones correctivas de sus padres.
- No hay problema familiar manifiesto.

#### CONCLUSIONES

Aunque como todos los casos de anorexia es considerada una «enfermedad» grave, este cuadro manifiesta aspectos positivos:

- Hay un cierto reconocimiento del problema, le gustaría engordar aunque tampoco se ve tan extremadamente delgada.
- No hay obsesiones, el tema de la comida, peso, etcétera, no ocupan continuamente sus pensamientos.
- No hay episodios bulímicos ni vómitos voluntarios.
- Aunque su apariencia general es de tristeza, no hay depresión.

Podríamos decir, a la vista de los resultados, que el pronóstico es bastante favorable, además de por estos datos, por la edad del sujeto, temprana adolescencia.

Algunos autores no considerarían este caso como claro de anorexia mental, aunque sí su proximidad, o una forma leve de la misma.

Según el DSM-III, son tres los criterios que no cumple para clasificarlo como anorexia mental o nerviosa:

- Intenso temor a hacerse obeso, no aparece en esta paciente, aunque por supuesto, no lo desea.
- El trastorno de la imagen corporal es relativo, no se ve gruesa, aunque tampoco tan preocupantemente delgada.
- La pérdida de peso de al menos el 25% del peso original, teniendo en cuenta el peso esperable por el crecimiento, no llega a ser tal.

#### VI. HIPÓTESIS EXPLICATIVA

No hay causa aislada del inicio de la conducta de rechazar los alimentos. No hubo actitud consciente de querer reducir peso, ya que esta paciente nunca estuvo gruesa.

El tratamiento médico no dio los resultados esperados, ya que se trata de un problema psicológico.

Establecidos los malos hábitos alimenticios, éstos se están manteniendo por la interrelación de una serie de circunstancias, elementos ambientales reforzadores (autoafirmación de su personalidad adolescente, separada de la de sus padres), y factores ansiógenos (el momento tenso de las horas de las comidas no son los más apropiados para convertir los alimentos en refuerzos placenteros, la situación no es nada gratificante); por otro lado, no hay que olvidar los elementos cognitivos (esta adolescente muy preocupada por su imagen, la moda, etc., está inmersa en un medio social donde el concepto de belleza está asociado a la silueta delgada y esbelta).

Asimismo su personalidad, frágil afectivamente (bajas puntuaciones en el factor dureza), le hace más vulnerable a este tipo de trastorno.

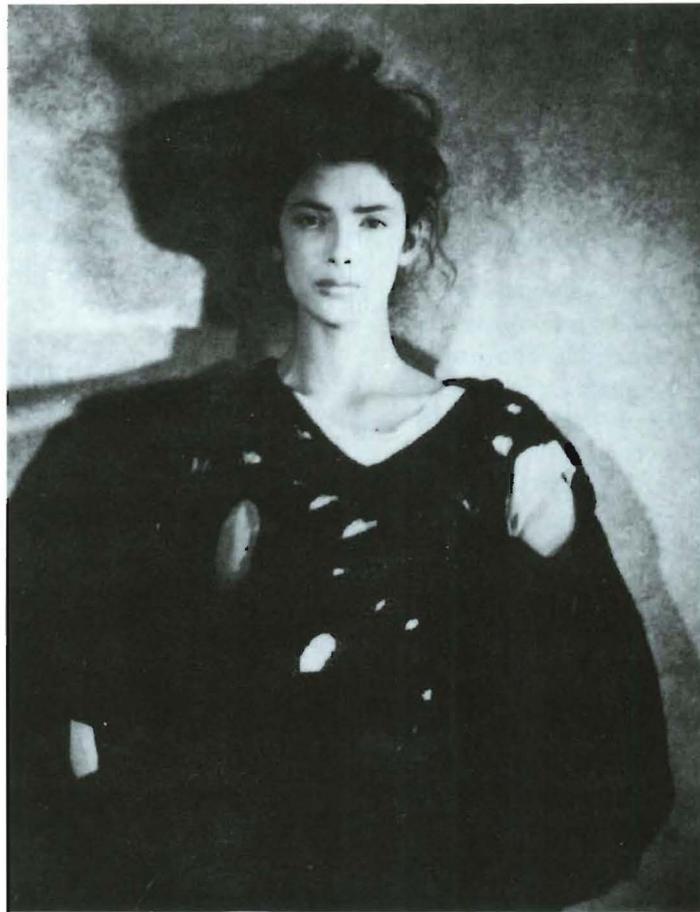
### PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

- *Reforzamiento operante:* Por la ingesta calórica por aumentar el peso.
- *Terapia familiar:* Facilitar las interacciones positivas, especialmente en los momentos de las comidas.
- *Terapia cognitiva:* Reconocimiento del problema visión objetiva de su imagen corporal.

### VII. TRATAMIENTO

La interpretación de resultados y el tratamiento se realizarán desde un enfoque cognitivo-conductual.

No existe una sola causa desencadenante de esta conducta, sino varias de diferente índole, sobre cada una de ellas debe intervenir.



### PROGRAMA DE INTERVENCION

#### *Terapia conductista*

Su meta objetiva es conseguir los 48 kilos (peso ideal para su edad y altura); junto con esto, será la regularización hormonal, con la aparición de la regla, lo que determine el alta del tratamiento.

Aunque el aumento de peso ya constituye en sí mismo un refuerzo, en esta adolescente se observó la eficacia del uso de premios,<sup>1</sup> por lo que ante el aumento de peso recibiría la recompensa acordada con sus padres.

#### *Reestructuración cognitiva*

Se trata de modificar sus distorsiones cognitivas. Analizar objetivamente su imagen corporal. Razonadamente descubrir que es una persona realmente delgada, su modelo de esbeltez no se ajusta a la normalidad.

El análisis de los componentes físicos de su problema será

el apoyo para confirmar la gravedad del mismo (amenorrea).

Uso de fotografías suyas antes y después del proceso de adelgazamiento, colocándolas en su habitación en un lugar visible.

#### TABLA DE PESOS

FECHA	KILOS
29/ 6/89	45.100
25/ 7/89	44.300
31/ 8/89	43.700
20/ 9/89	42.300
Inicio tratamiento psicológico	
2/11/89	43.500
28/11/90	44.300
5/12/89	42.800
20/12/89	43.200
3/ 1/90	43.400
31/ 1/90	44.600
14/ 2/90	44.600
28/ 2/90	44.800
14/ 3/90	43.700
29/ 3/90	45.100
11/ 4/90	45.400
23/ 4/90	46.000
9/ 5/90	46.500

### Terapia familiar

Se trata de cambiar las pautas de interacción familiar, especialmente en el momento de las comidas.

Reducir la ansiedad que se produce en el momento de las comidas, para evitar que esta situación sea todavía más ansiógena.

Los padres no podrán hacer verbalizaciones sobre la cantidad de comida que ingiere su hija, ninguna referencia al tema del peso, o a las consecuencias de su actitud, etc.

Estas verbalizaciones se podrán hacer, aunque las mínimas en otros momentos.

Hay que dar mayor autonomía a su hija, esto será otro de los reforzadores empleados.

Podrán haber intervenciones correctivas sobre sus «modales» en la mesa.

Asimismo, la paciente también tendrá que controlar sus verbalizaciones negativas sobre los alimentos que le cocina su madre, e intentar aumentar las positivas. Así como mantener un buen nivel de comunicación con sus padres.

### VIII. INTERVENCION

Durante los tres primeros meses de terapia psicológica se mantuvo el tratamiento médico, después de esta fecha se realizaron análisis periódicos para el estudio de su situación.

A lo largo del período de intervención han sido tres las entrevistas realizadas con la madre, mientras que con la paciente han sido mucho más frecuentes, sólo la primera de ellas se realizó conjuntamente.

El tratamiento se viene aplicando durante siete meses y no se ha llegado todavía a la fase de resolución, no se ha alcanzado el peso meta (48 kilos) ni ha aparecido la regla.

Durante el primer mes de intervención hay un aumento

apreciable de peso. Al segundo mes hay una bajada grande de peso. El endocrino deja de intervenir, se realiza la segunda entrevista con la madre, que se manifiesta ansiosa y preocupada. Las interacciones familiares siguen siendo conflictivas, las verbalizaciones negativas de la madre han disminuido, confiesa que muchas veces no puede reprimirlas.

Ante la situación, las entrevistas con la paciente que se estaban realizando quincenalmente, pasan a un seguimiento semanal.

La paciente manifiesta que la cantidad de alimento ingerida aumenta día a día, la sensación de apetito es mayor y parece que se hace más consciente de que su problema si no se resuelve pronto puede llegar a ser muy grave.

La concienciación de que su delgadez es una enfermedad, a diferencia de lo que le ocurre a otros sujetos delgados, se basa en la presencia de amenorrea, dato que le resulta mucho más clarificador que su comportamiento ante los alimentos.

Durante el quinto mes se realiza otra entrevista con la madre, no existiendo concordancia de opiniones con su hija respecto a sus hábitos alimenticios y su comportamiento familiar, sigue notando que en casa se muestra arisca y poco comunicativa.

A partir de este momento se le marca el peso que debe lograr cada semana, añadiendo una cantidad determinada de alimento a su ingesta habitual ante la no consecución del peso acordado, ésta irá en aumento al no lograrse la meta.

La madre empieza a notar un cierto cambio de actitud ante ella, mostrándose más abierta y alegre.

Durante el sexto mes se producen los aumentos de peso más notorios. Los análisis de sangre apuntan que la anemia ha desaparecido.

Los padres le han concedido su confianza dejándola sola con su hermana, año y medio mayor que ella, durante unos días que ellos se ausentaron del domicilio familiar.

Parece que la paciente está esforzándose más en aumentar su ingestión de alimentos, este esfuerzo se puede deber en parte a que se aproxima la fecha del viaje de fin de curso, premio prometido por sus padres si llegaba al peso meta.

En el séptimo mes de tratamiento, el aumento de peso gradual se mantiene, sin embargo, aún no se ha producido la regularización hormonal, activación de los ovarios y aparición de la regla.

El tratamiento sigue su curso.

<sup>1</sup> Esta adolescente fue sometida a un Programa de Modificación de conducta, para el tratamiento de la enuresis, hacia tres años.

## BIBLIOGRAFIA

- BERNARD BRUSSET: «La anorexia. Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente».
- JOSEP TORO y ENRIC VILARDELL: «Anorexia Nerviosa».
- J. DE AJURIAGUERRA: «Manual de Psiquiatría Infantil».



# DISTEST

DISTRIBUCION DE TESTS PSICOLOGICOS Y MATERIAL PSICOTECNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1.º, 2.ª - Teléfono 360 63 41 - 46021-VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- TESTS
- EQUIPOS DE CONDUCTORES
- BIBLIOGRAFÍA
- BIOFEEDBACK
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- MATERIAL DIDÁCTICO
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- AULA Y DESPACHOS EN ALQUILER

HORARIO: Lunes a viernes, de 9.30 a 13.30 y de 16 a 20 h.