



UADY

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

BULIMAREXIA: INTERVENCIÓN PSICODINÁMICA

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL AREA DE
CLINICA PARA ADULTOS**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. MERCY MARISOL MIMENZA MENA**

**DIRECTOR(A)
DRA. ERÉNDIRA ESTRELLA VÁZQUEZ VARGAS**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

SEPTIEMBRE 2016

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.329413 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

A Dios, por darme vida y proporcionarme la fuerza para alcanzar satisfactoriamente esta meta.

A mis padres, por inculcarme unos valores sólidos, una fuerte hambre de éxito y apoyarme siempre en medida de sus posibilidades a lo largo del camino. Dios me ha bendecido al tenerlos a ustedes como padres, los amo.

A mi tío/papá Armando, quien en vida me proporcionó su apoyo y confianza incondicional, y porque aún ahora me acompaña en cada paso que doy.

A mi novio, Carlos Adrián, por su invaluable apoyo, por acompañarme a lo largo de los momentos más difíciles, por creer en mí y recordarme mis fortalezas en aquellos momentos de duda e incertidumbre.

A mi compañera Sandra Herrera, por las horas interminables de trabajo y charla compartidas, gracias por el apoyo y por permitir la construcción de una amistad tan genuina.

A mi asesora de tesis, la Dra. Eréndira Estrella Vázquez Vargas y a los miembros del comité de evaluación, el Mtro. Jesús Esteban Sosa Chan y la Mtra. Ana Cecilia Cetina Sosa por la atención proporcionada a la presente tesis.

Y con especial afecto, a la Dra. María Rosado y Rosado, profesora y miembro del comité de evaluación, por transmitirme a lo largo de mi formación profesional la pasión por el trabajo al servicio de los demás y por fomentar el más alto sentido ético dentro de mi práctica profesional. Por compartir de manera tan generosa su conocimiento y experiencia, se ha convertido en uno de los modelos a seguir dentro de mi labor como profesional de la psicología.

Índice

Resumen

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Justificación	12
1.3. Objetivo general.....	14

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

2.1 Trastornos alimenticios	15
2.1.1 Bulimia nerviosa	20
2.1.2 Anorexia nerviosa	22
2.1.3 Bulimarexia.....	26
2.1.4 Factores predisponentes	28
2.1.5 Precauciones al realizar el diagnóstico	31
2.2 Adolescencia tardía	35
2.3 Concepción psicodinámica de los trastornos alimenticios.....	37
2.4 Vínculo afectivo y relaciones de objeto en los trastornos alimenticios	40

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Motivo de consulta.....	42
3.2 Sujeto.....	42
3.3 Hipótesis de trabajo.....	43
3.4 Objetivo general	43
3.4.1 Objetivos específicos.....	43

3.5 Definición de términos	43
3.6 Instrumentos	44
3.7 Conceptualización del caso	45
3.8 Técnicas psicoterapéuticas	45
3.9 Diseño de intervención.....	46
3.9.1 Objetivo general	46
3.9.2 Objetivos específicos de la intervención.....	47
3.9.3 Descripción del escenario.....	47
3.9.4 Planificación de las sesiones.	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1 Historia clínica	50
4.2 Autobiografía	61
4.3 Psicodinamia	65
4.4 Pruebas	72
4.5 Sesiones.....	75
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
5.1 Alcances del proceso psicoterapéutico.....	113
5.2 Limitaciones	113
5.3 Conclusiones y sugerencias.....	114
Referencias	116
Apéndices	121

Resumen

Los trastornos alimenticios son trastornos mentales graves caracterizados por una conducta alimentaria de carácter anómalo, un exacerbado temor ante la posibilidad de ganar peso, así como elevados niveles de distorsión de la imagen corporal. Dichos trastornos se consideran padecimientos de la sociedad moderna, ya que se ven favorecidos por la cultura mediática que hace un énfasis excesivo en la delgadez como equivalente de belleza femenina. Los trastornos alimenticios más comunes son la anorexia, la bulimia y para finalidades de este trabajo se abordan los cuadros sintomáticos mixtos denominados bulimarexia.

Dentro del marco de referencia que proporciona el enfoque psicodinámico de psicoterapia, se llevó a cabo una investigación bajo el modelo metodológico de estudio cualitativo de caso clínico, con la finalidad de analizar el impacto de la aplicación de la terapia psicodinámica en un caso femenino de 19 años que presentaba síntomas de carácter bulimaréxico. El proceso constó de 20 sesiones, a través de las cuales se abordó y analizó el síntoma manifestado por la paciente, la interinfluencia entre éste y las relaciones establecidas al interior de su familia, así como la optimización de las funciones del yo. Al final del tratamiento se logró la disminución drástica del síntoma tanto en frecuencia como en intensidad.

Es por todo lo anterior, que el presente trabajo de investigación contribuye al abordaje práctico clínico respecto a los trastornos de la alimentación.

CAPÍTULO I

Introducción

El presente trabajo de investigación aborda la problemática comprendida por los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos que cobran mayor relevancia en la época actual y sobre los que se requiere intervenir con urgencia desde las trincheras del trabajo clínico tanto público como privado.

Los trastornos de la conducta alimentaria se consideran trastornos de salud mental complejos y con un origen multifactorial, que se caracterizan por una conducta alterada en función de la ingesta alimentaria, así como la aparición de comportamientos compensatorios para regular el peso; dicha alteración ocasiona una gran variedad de problemas físicos y del funcionamiento psicosocial de los individuos. Aunado a esto, los trastornos de la conducta alimentaria han incrementado en épocas recientes llegando a una incidencia del 5%, aunque el 10% de los pacientes con alguno de estos padecimientos es representado por la población masculina (López y Treasure, 2011; y Vargas Baldares, 2013).

Pese a los niveles de incidencia en la población joven, cabe señalar que los individuos que presentan estos trastornos no suele recurrir a la consulta debido a esto, principalmente por la escasa conciencia de la enfermedad y una pobre motivación para el cambio aún a pesar de que la salud física y mental se encuentre severamente comprometida. Es por estas razones que los individuos acuden a tratamiento de manera forzada debido a que la detección y solicitud de tratamiento proviene de las figuras parentales, tutores, profesores o sus pares (López y Treasure, 2011).

La prevalencia de los trastornos alimentarios ha incrementado en los últimos años, llegando a considerarse como el tercer tipo de enfermedad crónica más frecuente en las mujeres adolescentes, lo cual está íntimamente relacionado con el cuerpo y su significado, con los hábitos

y costumbres alimentarias y con las consecuencias de la desnutrición como producto de un curso prolongado de dichas enfermedades (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

La conducta alimentaria es necesaria para la supervivencia del ser humano, pese a ello las conductas alimentarias inapropiadas han sido identificadas en diversas culturas a lo largo de la historia, aunque se han transformado con el paso del tiempo (Bemporad, 1996, 1997; en Mancilla-Díaz, Lameiras Fernández, Vázquez Arévalo, Álvarez Rayón, Franco Paredes, López Aguilar y Ocampo Téllez- Girón, 2010).

Precisamente debido a que la conducta alimentaria es un elemento primordial para la especie humana sin excepción, resulta imprescindible hablar respecto a sus implicaciones tanto físicas como psíquicas en la vida de los individuos.

En relación a lo anterior, el comer o no comer es una respuesta al hambre que desde el punto de vista de la salud-nutrición está determinada por símbolos y valores que condicionan el contexto, por ejemplo, el ambiente y la disponibilidad alimentaria, las costumbres culturales, las determinantes sociales que estipulan las formas corporales y la decisión individual de comer o no comer. Esta última, lleva implícita las consecuencias del exceso o la restricción, ocasionando problemáticas como la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa, las cuales son denominadas por algunos autores como patologías de la sociedad de la abundancia (Ortiz Montcada, S.f) y representan un peligro inminente para la población joven, especialmente los adolescentes y adultos tempranos, ya que conllevan al desarrollo de enfermedades graves e incluso la muerte (H. Congreso del Estado de Yucatán, 2012).

1.1 Planteamiento del problema

Dadas las implicaciones inherentes de los trastornos alimentarios en relación a la salud física y mental, resulta alarmante que la OMS (2001) no las considere dentro de las recomendaciones realizadas a los Estados Miembros en cuanto a las políticas de acción necesarias en materia de salud.

En México, la Secretaría de Salud en su Programa Nacional de Salud 2007- 2012 (2007), contempla que la transición epidemiológica por la que atraviesa el país está asociada al desarrollo de riesgos relacionados con comportamientos poco saludables, dentro de los que se incluyen la mala nutrición, la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas y las prácticas sexuales inseguras, sin embargo pese al impacto de los trastornos alimenticios en la salud de quienes los padecen, no existen suficientes instituciones en el país que proporcionen atención a estos trastornos y, las que se encuentran disponibles pertenecen en su mayoría al sector privado.

En función de la atención a los trastornos de la alimentación cabe mencionar que, debido a su complejidad, la multitud de factores relacionados y a la dificultad de su abordaje, la psicoterapia resulta de un valor incalculable ya que a través de dicho procedimiento se puede trabajar directamente con las dificultades en la autoestima, la autopercepción, la vinculación con la familia y las amistades, el aislamiento, la falta de ánimo y la apatía que se encuentran relacionadas con el origen y mantenimiento de estos padecimientos. Además, el tratamiento psicoterapéutico contribuye al buen desarrollo del proceso de recuperación en la medida en que influye en la toma de conciencia sobre la enfermedad y sus riesgos, así como en la aceptación de la participación de los otros en el proceso de curación, desde el equipo interdisciplinario hasta la familia (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004). Además, este

tratamiento inter y multidisciplinario por lo general suele ser prolongado y las recaídas son frecuentes (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

En función del tratamiento psicoterapéutico el modelo psicoanalítico, en cualquiera de sus corrientes, proporciona un amplio marco de referencia para comprender, tanto de manera conceptual como clínica, la problemática de los trastornos alimentarios además de permitir la flexibilidad necesaria para su tratamiento. Este modelo propone la necesidad de elaborar la fragilidad de los sujetos desde el esquema corporal con respecto a su imagen corporal, incluyendo la experiencia del cuerpo, la castración y el Edipo, la resignificación de su historia, la modificación de sus vínculos y de la profundización en la relativa soledad que la conquista de la autonomía y la independencia les reclaman (Barrera Ocampo, Castañón Garduño, Rodríguez Hurtado, Sánchez Zago y Soberón Moreno, 2013).

Es debido a las razones antes presentadas, que resulta fundamental el promover el trabajo de investigación e intervención en esta materia, con la finalidad de generar más espacios que representen una alternativa para la pugna por la salud a la que se enfrentan muchos de los individuos que viven y mueren debido a estas problemáticas, por lo que crear ambientes clínicos favorables para su abordaje tanto en el ámbito público como el privado, resulta prioritario para la construcción de una sociedad más saludable.

1.2 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria han cobrado mayor relevancia en épocas recientes debido al incremento del número de personas que presentan el cuadro sintomático. Investigaciones realizadas en España señalan que en la actualidad, estos padecimientos representan un verdadero fenómeno social tanto por su incidencia como por la prevalencia de los casos, ya que en la década de los 90 la media de las tasas de incidencia anual en el grupo de 10 a 30 años de edad fue de 17-19/100,000 para la Anorexia nerviosa y la incidencia de la bulimia nerviosa ha alcanzado tasas de incidencia de 50/100,000, mientras que la prevalencia para Anorexia es del 1% y del 1-3% para la Bulimia, las cuales son cifras similares en casi todos los países desarrollados. En relación a la edad en que se desarrollan estos trastornos, se afirma que la mayoría de los casos de Anorexia se inician entre los 12 y los 18 años, mientras que en cuanto a la Bulimia la edad de inicio se sitúa entre los 16 y los 25 años (Instituto Nacional de la Salud, 2000).

La gravedad del problema es observable en medida en que se analizan las expectativas y la calidad de vida de los sujetos que desarrollan alguna de estas dolencias. Estudios en adolescentes con Anorexia Nerviosa han observado que a pesar de que el 70-90% de los pacientes se recuperan a los 5 años de tratamiento, la mortalidad temprana alcanza cifras del 5% a los 5-8 años de evolución. En un reciente estudio de seguimiento durante 21 años, en 77 pacientes, observó que el 56% se habían curado completamente tras recibir un tratamiento multidisciplinar de larga duración, un 20% presentaban recuperación parcial, un 10% mantenían signos clínicos de enfermedad y el 16% habían fallecido por causas relacionadas con la enfermedad (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

En función de la Bulimia Nerviosa, las cifras de mortalidad alcanzan el 0.3%, sin embargo, en un estudio realizado con 2,200 pacientes se observó que, a lo largo de 10 años, el

50% logró una recuperación total, el 30% tenían recaídas pasados 4 años y el 20% mantenían el cuadro sintomático sin recuperación (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

La posibilidad de ser vulnerable a estas dolencias es independiente de la clase social, económica o grupo étnico y a pesar de que se les asocia con el sector femenino de la población, el número de varones que solicitan ayuda por esta razón va en incremento (Koldony, 1998). En relación a esto, en EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes presentan síntomas de trastornos de la alimentación, de los cuales el 90% es representado por mujeres, dando un total estimado de 1.2 millones de mujeres con anorexia y/o bulimia en dicho país (Gambill, 1998; en Chinchilla Moreno, 2003).

En nuestro país, más del 65% de las mujeres inician una dieta con finalidades estéticas a la edad de 12 años, de tal manera que se estima que más de 200 000 mujeres tengan un trastorno en su conducta alimentaria (Ramos Pérez, 2008). Otros medios señalan que México encabeza la lista de países de América Latina en materia de trastornos alimenticios ya que la cantidad de personas que viven con éstas condiciones asciende a un millón aproximadamente (El Milenio, 2012), lo cual hace evidente la necesidad de atención a este tema.

Si bien las cifras precedentes hacen referencia al estado de la situación en nuestro país, en el Estado de Yucatán el panorama no es diferente tal como lo demuestra un estudio realizado por Cruz Bojórquez, Ávila Escalante, Cortés Sobrino, Vázquez Arévalo y Mancilla Díaz en Yucatán en el año 2008, ya que concluye que el 15.91% de las mujeres y el 21.74% de los varones que estudian la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Autónoma de Yucatán presentan insatisfacción con su imagen corporal y que el 9.09% de las mujeres y el 13.04% de los varones exhiben sintomatología de algún trastorno alimentario. Además, como dato adicional, de acuerdo al análisis realizado a través de 10 mil encuestas en población estudiantil a nivel secundaria y preparatoria en el Estado de Yucatán, se afirma que entre el 25% y el 35% de los sujetos

presentan algún trastorno como anorexia, bulimia o conductas de riesgo relacionadas con hábitos alimenticios poco saludables (Secretaría de Salud de Yucatán, 2013).

Considerando el panorama antes presentado, resulta de vital importancia proponer alternativas de atención a dichos trastornos, específicamente la anorexia y la bulimia, ya que se encuentran sumamente presentes en la sociedad mexicana y además los sistemas de salud pública no los consideran como prioridad en sus ejes de acción, por lo que existen pocas instituciones en el país que trabajen con personas que viven con estos padecimientos y en su mayoría éstas pertenecen al sector privado, convirtiéndose de esa manera en inalcanzables para varios sectores de la población. Aunado a esto la investigación respecto a qué tratamientos resultan eficaces para combatir estos trastornos es escasa (Saldaña, 2001), por lo cual se torna de vital importancia realizar trabajos orientados a esclarecer el camino hacia el control o cura de estas problemáticas.

1.3 Objetivo general

Analizar, intervenir y evaluar la terapia con enfoque psicodinámico para promover la reestructuración de las relaciones de objeto en un caso de Bulimarexia.

CAPÍTULO II

Antecedentes

2.1 Trastornos alimenticios

Para el ser humano, el comer representa una de las funciones básicas que permiten su subsistencia, y cumple un papel primordial a lo largo del ciclo vital de todos los individuos sin excepción alguna, por lo que resulta primordial el abordar las problemáticas que se presentan en esta área a través de la revisión de sus antecedentes, sus implicaciones y sus consecuencias.

Desde la primera etapa de la vida, no existe una función vital que sea tan relevante como la ingesta de los alimentos, ya que el satisfacer el hambre proporciona una intensa sensación de seguridad y bienestar. Es debido a esta razón que los hábitos alimentarios son un claro reflejo de las necesidades afectivas y de la condición mental de la persona (Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger y Laederach-Hoffmann, 1997).

Dado que la ingesta de alimentos no corresponde únicamente a un proceso fisiológico, sino que está íntimamente relacionado con el sentimiento de ser recogido, querido y cuidado o con todo lo contrario, se afirma que un “hambre” de protección, amor o reconocimiento puede derivar en una sobreingesta de alimentos que puede convertirse en una bulimia, o que en el caso contrario, si el sujeto experimenta un sentimiento de rechazo hacia la fuente de afecto, protección y cuidado, no pueda aceptarlos y tenga conductas de evitación (como en la anorexia) o le produzcan tanto malestar que presente cólicos o vómitos (Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger y Laederach-Hoffmann, 1997).

Siguiendo la misma línea, Kolodny (1998) manifiesta que el acto de comer implica algo más que la mera satisfacción de las necesidades nutritivas del organismo ya que, de la misma manera, la comida desempeña un papel de reconocida importancia en la vida social de los

individuos y a menudo es compartida con aquellos a quienes se evalúa como personas simpáticas o agradables.

Pese a que la alimentación es fundamental para el sostén de la vida, es una realidad que la comida y lo que se relaciona con ella, ha dado lugar a un serio problema comprendido por los trastornos alimentarios, los cuales afectan principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Estos trastornos provocan que exista un cambio significativo en la manera de comportarse e interpretar los momentos relacionados con el comer, pasando de ser una experiencia agradable a ser motivo de conflicto, sufrimiento anímico e incluso malestar físico (Koldony, 1998).

Aunque pudiese parecer que las alteraciones en la conducta alimentaria son de reciente aparición en el seno de la sociedad moderna, existe evidencia de la aparición de dichas anomalías incluso en épocas remotas, sin que haya una clara distinción entre ámbitos sociales y niveles socioeconómicos.

Al respecto se puede decir, que en la historia ha quedado registrada evidencia de que los comportamientos asociados a los trastornos alimentarios existen desde tiempos muy antiguos, por ejemplo, en la antigua Grecia, el ayuno se explicaba como resultado de una alteración humoral o como camino al éxtasis o unión con los dioses. En Roma, Aulo Cornelio Celso define tres tipos de tabes (enflaquecimiento) y una de ellas, la atrófica, se debía a la hiponutrición por temor a engordar, aunque cabe señalar que ahí mismo, en Roma, se introduce la costumbre del vómito como parte del placer de comer, aunque el ayuno seguía siendo visto como un camino hacia los Dioses. En ambos casos surgen explicaciones médicas y religiosas, representando el sostenimiento de la dicotomía cuerpo/alma, cuerpo/mente. A principios de la edad media el ayuno aún se veía como santidad para alcanzar la unión con Dios, sin embargo, a raíz de la consolidación institucional de la iglesia católica, apostólica y romana, la visión del problema se va modificando y aunque el ayuno se mantiene como exigencia para la comunión y en ocasiones

especiales, se comienza a pensar que aquel que puede vivir tanto sin alimentarse debe encontrarse sostenido por el demonio. Un ejemplo de esa época es Santa Catalina de Sienna que en el siglo XIV rogaba a Dios “la gracia de comer como las demás criaturas” y se obligaba a comer dos veces al día (Barrera Ocampo et al, 2013).

En este sentido es importante definir aquello a lo que se refiere el término de trastorno alimentario. Para ello se utilizará la definición aportada por Vargas Baldares (2013) en la que expresa que los trastornos alimentarios son constituidos por un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso, y dicha alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial.

Los trastornos alimentarios han sido abordados desde la medicina psiquiátrica y se han descrito los criterios diagnósticos comprendidos en los manuales a través de los años, para ello ha sido necesario diferenciar los términos de hambre y apetito, correspondiendo el primero a la necesidad fisiológica y el segundo al deseo (Almenara, 2003). Desde la labor psicoanalítica, Strada (2002) detalla que se tienen que filtrar las necesidades para fundar el campo del deseo en los sujetos, quienes ante la función nutricia amenazante encuentran en el trastorno una manera de evitar la extinción de su deseo.

Con lo anterior, entendemos que las consecuencias de los trastornos alimentarios no solo son físicas, sino que trastocan de manera importante la vida de un sujeto. Los trastornos alimentarios son patologías que atentan en contra de la vida de quienes lo padecen. Un paciente que consume basura o alimentos crudos, que se induce el vómito de manera constante, que consume anfetaminas, laxantes y diuréticos de forma habitual, que vive para comer o que por lo contrario ha decidido no ingerir alimentos así como aquel que se ha planteado el suicidio como única salida a la situación problemática que vive, es considerado un paciente de alto riesgo, por lo

que se requiere de una atención especializada preferentemente interdisciplinaria para disminuir la posibilidad de que surjan complicaciones riesgosas (Hekier y Miller, 2010).

La incidencia ha aumentado con el paso de los años de manera importante. En este sentido y acorde a lo planteado por la Fundación para el Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia, es preocupante que, de acuerdo a los estudios epidemiológicos realizados en la población occidental, el número de personas que presentan alguna de estas afecciones se ha quintuplicado en la última década y surgen aproximadamente 20 mil casos nuevos al año (Camarillo Ochoa, Cabada Ramos, Gómez Méndez y Munguía Alamilla, 2013).

Koldony (1998) refiere que cuando una persona vive con un trastorno alimenticio, deja de relacionarse con la comida de la manera en que lo hace la mayoría de las personas, adoptando una relación extraña con la comida y llevando a cabo conductas que no se consideran “normales” o “adecuadas”. Estas personas pueden llegar a un nivel de obsesión con la comida en el cual, el hecho de comer o no comer, se convierte en algo física y emocionalmente destructivo, de manera similar a como sucede con las adicciones, pues mientras más se lleve a cabo por largos períodos de tiempo es mucho más difícil de ser sujeto a modificación y a medida que la comida y el comer ocupan un lugar protagónico en la vida del sujeto, los familiares y personas cercanas del mismo, quedan atrapados junto con él en una montaña rusa emocional complicada de asimilar y entender. Además, cuando no es posible frenar ese círculo autodestructivo, los trastornos alimentarios son capaces de llevar al individuo a la muerte.

En párrafos anteriores se ha hecho una descripción clínica de los trastornos alimentarios, así como del contexto en el que estos se han presentado y aún se presentan en la actualidad, sin embargo, existen otros factores a considerar, como la personalidad y su consolidación.

Respecto a lo mencionado con anterioridad, existen estudios que apuntan a la existencia de características de personalidad específicas para cada trastorno. Muestra de ello es un estudio

realizado por Westen y Harnden-Fisher en el cual se distinguen tres tipos predominantes de personalidad entre quienes presentan un trastorno de la conducta alimentaria. El primer tipo se conforma por individuos de alto funcionamiento, autocríticos, con tendencia al perfeccionismo, culpígenos y ansiosos; este tipo se puede observar principalmente en individuos con Bulimia Nerviosa. El segundo se conforma por individuos con un perfil sobrecontrolado o con exigencias excesivas, con una tendencia a la represión del placer, necesidades, emociones, relaciones, la sexualidad y con un profundo entendimiento de los otros además de presentar niveles exacerbados de disforia, anhedonia, ansiedad y vergüenza; este tipo se observa más en individuos con Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo. Por último, se encuentra el tipo conformado por individuos con una marcada falta de regulación emocional y altos índices de impulsividad, además de un marcado antecedente de abuso sexual; este tipo se ve reflejado en pacientes que tienen síntomas diversos de trastorno alimentario, principalmente de tipo bulímico, los cuales cumplen la función de modular la intensidad de sus afectos (López y Treasure, 2011).

Por otra parte, resulta importante señalar que los trastornos alimentarios, principalmente la anorexia y la bulimia, representan síntomas de la sociedad moderna, siendo influidas y en gran parte determinadas, por la apreciación dominante del cuerpo delgado, provocando su aparición principalmente entre la población adolescente que, debido a los múltiples cambios que ocurren de manera simultánea, tienen una profunda necesidad de expresión la cual puede tomar la forma de la auto negación del alimento (Correa Vinhal, 2014).

Si bien los trastornos relacionados con la conducta alimentaria son diversos, se revisará aquellos que resultan más comunes como la bulimia, la anorexia y una variación de estos denominada bulimarexia.

2.1.1 Bulimia nerviosa

En relación a la Bulimia, cabe destacar que desde tiempos remotos se han manifestado conductas relacionadas con este trastorno alimentario, únicamente basta con hacer referencia a aquellas festividades romanas donde los invitados comían hasta el hartazgo y luego se dirigían a los lavatorios para devolver lo ingerido a través de la propia inducción al vómito y así poder seguir comiendo, sin embargo las descripciones clínicas más tempranas se remontan a los casos expuestos por Otto Dörr-Zegers en 1972 y posteriormente el exhaustivo trabajo de Hilda Bruch en 1973 (Almenara, 2003; López y Treasure, 2011).

Pese a las evidencias históricas de estas conductas, Chinchilla Moreno (2003) menciona que en el año de 1980 comenzó a dispararse el número de publicaciones, así como el interés médico y social respecto a la bulimia nerviosa que años antes apenas había tenido atención en el ámbito médico. Como resultado del creciente interés médico al respecto, se pudo observar que un alto porcentaje de pacientes con Anorexia Nerviosa (70-80%) presentaban conductas bulímicas en el curso evolutivo de su enfermedad.

La Bulimia Nerviosa, es un cuadro caracterizado principalmente por episodios de ingesta compulsiva de grandes cantidades de alimento (atracones), los cuales se viven con una sensación de falta de control y extrañamiento, generalmente seguidos por vómitos espontáneos o inducidos, que ocurren varias veces a la semana y durante varios meses. En algunos casos se sustituye el vómito por el uso de laxantes, diuréticos, ayunos posteriores, ejercicio o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso o para paliar la vergüenza o malestar provocados por su conducta alimentaria. Estas conductas se pueden presentar con normopeso, peso bajo o sobrepeso. Aunado a esto, la Bulimia Nerviosa representa el trastorno de la conducta alimentaria más común después de los trastornos alimentarios no especificados, alcanzando una prevalencia

entre el 1 y el 2% en mujeres jóvenes, teniendo una edad de inicio entre los 15 y los 18 años (Chinchilla Moreno, 2003; López y Treasure, 2011; , 2014).

Pese a la documentación existente en relación a la prevalencia de trastorno, en el escenario de la salud pública y privada, estos datos pasan inadvertidos dada la baja incidencia de las muertes por esta razón.

Si bien, la Bulimia Nerviosa puede pasar desapercibida durante mucho tiempo llegando a pasar varios años antes de que los sujetos accedan a recibir tratamiento, en casos de larga evolución aparecen diferentes alteraciones físicas evidentes como lo son las erosiones dentarias, inflamación de las glándulas salivares, callosidades en las manos por la práctica del vómito autoinducido, hemorragias conjuntivales, esofagitis, diarreas y alteraciones menstruales e hidroelectrolíticas, además de presentar una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica principalmente en función de la depresión mayor, trastorno de ansiedad, abuso de alcohol, trastornos de personalidad y un pobre control de impulsos que puede derivar en conductas como mentir, robar, consumo de sustancias tóxicas, promiscuidad sexual y tentativas de suicidio (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

Es importante señalar que, a diferencia de los individuos que padecen Anorexia Nerviosa, aquellos que presentan Bulimia Nerviosa con frecuencia mantienen su peso corporal sin cambios, principalmente a causa de la ineficacia de los métodos purgativos. Del mismo modo, con frecuencia se encuentran sumamente afectados por la vergüenza que les representa la pérdida de control sobre su ingesta, por lo cual suelen mantener el trastorno en secreto y, al no presentar signos visibles de afección a la vista de los otros, se suele retardar el momento de pedir atención. Pese a esto último, al momento de llegar a la consulta, estos pacientes suelen motivarse con mayor facilidad a recibir el apoyo y a encontrar una solución a su problemática (López y Treasure, 2011).

Parte primordial al hablar de Bulimia Nerviosa consiste en la descripción del episodio atracón-purga, el cual suele iniciarse críticamente con hambre, malestar y ansiedad crecientes; una vez concluido el atracón el individuo experimenta sentimientos de culpa y autodesprecio que únicamente se mitigan compensando el exceso de la ingesta a través de los vómitos autoinducidos inmediatos y otras prácticas demoradas en el tiempo que se realizan con cierta planeación, como el uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo; en la Bulimia Nerviosa tanto el atracón como las conductas compensatorias suelen realizarse de manera oculta (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

2.1.2 Anorexia nerviosa

A lo largo de la historia, se pueden hallar evidencias de comportamientos similares a la anorexia, como el ayuno impuesto con motivos ceremoniales o religiosos en diferentes culturas del mundo, cuya revisión sirve hoy en día para establecer la diferencia entre el trastorno en sí y sus antecedentes de tipo social (Almenara, 2003).

Si bien el tema de la anorexia no es un asunto ajeno a lo largo de la historia, su clasificación y conceptualización como “anorexia nerviosa” comienza a aparecer a mediados del siglo XIX, ya que se estableció su diferenciación respecto a las anorexias de causa orgánica y se intentó explicar, como en la actualidad, desde una perspectiva psicológica, aunque al inicio del siglo XX se presentaron hipótesis sobre la etiología de carácter endocrinológico (Chinchilla Moreno, 2003).

Las primeras menciones que se hacen al respecto, datan del año 1694, cuando Richard Morton describe un caso en el que una paciente lucía como un esqueleto con piel y cuyo trastorno denominó *consunción nervosa*. Sin embargo, no es hasta el año de 1873 donde aparece por

primera vez el término *anorexia histérica* y el término *anorexia nervosa*, bajo la autoría de Lasegue y Gull respectivamente (Almenara, 2003).

La anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico grave y complejo que se entiende como el conjunto de conductas derivadas del miedo- pánico obsesivo por ganar peso o ser una persona gorda, tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas como la restricción, selección o manipulación alimentarias, así como conductas de compensación como la inducción al vómito, la hiperactividad de desgaste, uso de laxantes o diuréticos y ayunos entre otras cosas. Se puede considerar que en sus orígenes consta de conductas de control de peso intencionadas, que se van convirtiendo en obsesivas, teniendo como punto de partida numerosas preocupaciones perceptivas de la imagen corporal. Este trastorno presenta una prevalencia de 0.48- 0.7% entre las adolescentes, teniendo un comienzo bimodal apareciendo principalmente entre los 13 y 14 años o entre los 17 y los 18 años, aunque cada vez son más comunes los cuadros iniciados a edades más tempranas. Además, entre el 10 y el 20% de los casos de sujetos con Anorexia Nerviosa evolucionan hacia Bulimia Nerviosa (Chinchilla Moreno, 2003; López y Treasure, 2011; Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo (2008) consideran que la anorexia consiste en una enfermedad de carácter psicosomático caracterizada por una pérdida de peso inducida y mantenida de manera voluntaria por el propio paciente, que le conduce a una malnutrición de índole progresiva y al desarrollo de rasgos psicopatológicos peculiares y específicos, como la distorsión de la imagen corporal y el miedo a la obesidad.

Resulta importante señalar que las complicaciones médicas asociadas a la anorexia nerviosa son tan severas que en muchas ocasiones derivan en el fallecimiento del sujeto que la padece. En este sentido, la enfermedad cardíaca constituye la principal causa de deceso en

personas con anorexia grave ya que la frecuencia cardiaca disminuye de manera peligrosa y los músculos cardiacos pierden tamaño o mueren debido a la inanición. De igual manera, la anorexia es asociada a daño cerebral, trastornos de pensamiento o problemas de conducción nerviosa en manos y pies; se presentan mareos, piel seca y descamada, hay aparición de lanugo en brazos y espalda, pérdida de cabello, estreñimiento y debilidad muscular; Muchos de estos daños suelen resultar irreversibles, sobre todo en función del sistema endocrino y los niveles de descalcificación ósea (Barrera Ocampo et al, 2013; Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

Un aspecto que resulta importante de abordar, es la actitud que los sujetos que viven con Anorexia Nerviosa toman hacia su padecimiento, así como las conductas observables en ellos.

La evidencia científica refiere que las pacientes con anorexia suelen atribuir su comportamiento a la búsqueda de un ideal de belleza, en el que menos es más, e incluso en cuadros graves son incapaces de reconocer que las pequeñas prominencias en su cuerpo escuálido corresponden en realidad a músculos, de manera que pareciera que el ideal que pretenden vivir realmente las conduce a morir, puesto que aspiran a una vida en la que se posea un cuerpo en el que no haya hambre, ni sed, ni fatiga, ni cansancio, ni sueño, es decir un cuerpo sin necesidades (Hernández Valderrama, 2013).

Aunado a lo anterior, Strada (2002) desde la concepción psicoanalítica nomina a la anorexia como un síntoma, que constituye un mensaje a descifrar y una pregunta dirigida a alguien presto a la escucha y a quien se le solicita un remedio, incluyendo así una alteridad en su propia estructura.

Para Helen Deutch la anorexia significa un rechazo inminente de la feminidad, lo cual explica su surgimiento principalmente en la adolescencia, ya que en esta etapa comienzan a aparecer los caracteres sexuales secundarios, que le dan al cuerpo de la niña su forma femenina y comienza a atraer la mirada de otro deseante, sin embargo la anorexia busca apaciguar esta

mirada a través del ayuno, el vómito, el uso de laxantes o diuréticos y el exceso de ejercicio físico que derivan en la desaparición de las formas femeninas y de ahí que surja una paradoja en la cual la anoréxica intenta evitar la mirada del otro pero a través de su extrema delgadez termina convocándola (Barrera Ocampo et al,2013).

Algunos autores refieren que existe un tipo de anorexia considerada con un origen psicosocial que se caracteriza por aparecer únicamente en el interior de aquellos núcleos sociales en los que existe una disponibilidad alimentaria suficiente para quienes lo desean, es decir, que se concibe a la anorexia como una perturbación propia de las sociedades opulentas y se presenta principalmente en mujeres jóvenes con una fuerte preocupación por el propio aspecto en función de los estándares establecidos por la moda moderna, los cuales sugieren que “cuanto más delgado mejor” (Coderch, 2000).

En cuanto a la anorexia nerviosa, Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo (2008) dividen el curso del padecimiento en tres fases, prodrómica, de inicio y de estado, las cuales se describen a continuación:

- a) Fase prodrómica: Consiste en que el sujeto experimenta malestar psicológico como resultado de la dificultad o incapacidad para afrontar situaciones personales o de relación con el entorno.
- b) Fase de inicio: Durante esta etapa tiene lugar la instauración de la restricción alimentaria y la pérdida de peso de forma insidiosa. En algunas ocasiones surge la conciencia de enfermedad y el sujeto retoma su conducta alimentaria habitual con o sin apoyo médico.
- c) Fase de estado: La restricción alimentaria y la pérdida de peso se ven acompañadas de conductas anormales en la alimentación: esconder alimentos, rechazos selectivos, aumentar o disminuir la ingesta de líquidos e incremento del ejercicio físico hasta

llevarlo a cabo de manera compulsiva. La insatisfacción con el cuerpo y la distorsión de la imagen corporal son observables en medida que el cuerpo y determinadas partes del mismo son consideradas como voluminosas y generan ansiedad. El temor a incrementar de peso adquiere un carácter fóbico y tiende a aumentar de manera directamente proporcional a la disminución de peso corporal. Como consecuencia de la malnutrición aparece la amenorrea y afecciones en diversos órganos y sus funciones.

Es importante recalcar que cuando el síntoma anoréxico se ha instalado en la vida del sujeto, éste presenta una escasa o nula conciencia de la enfermedad por lo que la persecución de la delgadez se torna infatigable, derivando en múltiples conflictos familiares y el posterior retraimiento social y aislamiento total (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

2.1.3 Bulimarexia

Cuando se habla de trastornos alimentarios, casi siempre aparecen en el discurso las conocidas etiquetas de “Anorexia” y/o “Bulimia”, sin embargo, en pocos textos encontramos una palabra que determine una manera accesible de denominar a los cursos sintomáticos mixtos, como lo es la palabra “Bulimarexia”.

Además de la Anorexia y la Bulimia Nerviosas, los inventarios y manuales diagnósticos internacionales contemplan una categoría residual que incluye todos aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios establecidos para esas patologías. Esta categoría se denomina como “Trastornos alimentarios no especificados” y resultan ser los trastornos más comunes en población adolescente, con una prevalencia estimada de 3.06% entre las mujeres jóvenes. En esta categoría se incluyen principalmente los casos que debido al

mantenimiento de un peso normal, la ausencia de síntomas clínicos asociados, falta de consistencia en la presencia de atracones o conductas compensatorias, la presencia de conductas compensatorias sin la existencia de un atracón y los casos en los que se mastica y escupe el alimento, así como aquellos en donde se presentan los atracones sin recurrir a acciones de compensación como en el Trastorno por Atracón, recientemente incluido dentro del DSM-V (López y Treasure, 2011; APA, 2013).

En relación a esto, algunos autores observan que con frecuencia el curso de un cuadro anoréxico se ve interrumpido por episodios de índole bulímica, durante los cuales pueden aparecer atracones seguidos del vómito autoinducido para disminuir la culpa provocado por la ingesta excesiva de alimento, e incluso pueden presentarse incrementos notorios de peso que se mantiene hasta que el síntoma anoréxico resurge y se instaura en la vida del sujeto creando una especie de ciclo repetitivo que resulta desesperante para el sujeto y sus familiares (Coderch, 2000).

Por otra parte, Recalcati (2008) describe su experiencia en el área clínica con personas anoréxicas y refiere que en muchas ocasiones la categorización como anorexia no resulta suficiente, ya que se presentan cuadros complejos en donde se ven mezclados síntomas de anorexia y bulimia, así como de otros trastornos. Esto es confirmado a través de diversos estudios que reconocen la prevalencia de la migración temporal entre diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria, lo cual ha inducido a validar, cada vez con mayor fuerza, la visión transdiagnóstica de los mismos, considerando los matices que las características de personalidad otorgan a la presentación clínica de los trastornos como una forma de abordar sus diferencias y similitudes (López y Treasure, 2011).

Pese a la información antes presentada, que explica la coexistencia de síntomas anoréxicos y bulímicos, resulta importante mencionar que el término utilizado para denotar un

cuadro con estas características es el de Bulimarexia (Seijas B. y Sepúlveda T., 2005; Núñez Rocha et al, 2008).

De acuerdo a Jarit Wals (2009), la bulimarexia es descrita como un subtipo de la anorexia que se caracteriza por la existencia de periodos de ayuno que son alternados con periodos de comer en forma compulsiva, recurriendo a la provocación del vómito y a la utilización de laxantes y enemas. Los episodios de atracón suelen comenzar con una sensación incontenible de hambre, con preferencia por los dulces y alimentos de alto valor calórico, llegando a consumir más de 5,000 calorías al día. Existe evidencia en la que algunos sujetos han sobrepasado un consumo de 25,000 calorías, provocando muertes por dilatación aguda del estómago.

2.1.4 Factores predisponentes

Los factores predisponentes son aquéllos que influirán en el desencadenamiento de un trastorno en la vida de una persona. Si bien existen algunos factores comunes que predisponen el desarrollo de la anorexia y la bulimia, cada uno de estos trastornos posee ciertas peculiaridades, por lo que dichos factores se abordarán de manera separada.

Los factores de riesgo para la anorexia han variado a lo largo de la historia, sin embargo, algunos de los que se han mantenido de manera estable son: la edad inferior a 25 años, el sexo femenino (10 mujeres frente a 1 varón), el peso relativamente superior a la media, el nivel socioeconómico medio-alto y los ambientes urbanos pertenecientes a la sociedad occidental (Chinchilla Moreno, 2003).

Acorde a los factores de riesgo asociados a la anorexia expuestos en el párrafo anterior, Weitzner (2008) identifica los siguientes: ingresos elevados y alto nivel educativo del padre y la madre, crecer en un hogar donde existan altas expectativas sin pertenecer necesariamente a una clase socioeconómica media-alta, problemas alimenticios en la primera infancia, baja autoestima,

predominio de conductas neuróticas y obsesivas, conductas perfeccionistas acentuadas, sobreprotección materna, algún pariente de sexo femenino que sufre de anorexia o bulimia, psicopatologías de los progenitores y abuso sexual en la infancia.

Chinchilla Moreno (2003) hace una revisión respecto a los factores predisponentes de la anorexia, entre los cuales aparece la vulnerabilidad biológica (que se traduce como un hipotálamo inmaduro así como alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores), modelos familiares patológicos (con organización disfuncional, trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación, sobreprotectores, estrictos y con relaciones dependientes y enfermizas), factores psicológicos (tendencia al perfeccionismo, la obediencia y la sumisión, competitividad, ideales elevados, sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias de la vida, tendencia al aislamiento, la labilidad emocional e irritación) y factores socioculturales (cultura occidental, nivel socioeconómico alto, ser mujer, tener entre 12 y 25 años, mensajes sociales que enaltecen la delgadez y medios de comunicación).

En torno a la Bulimia, Weitzner (2008) menciona que sus principales factores predisponentes son: una menarquía temprana, locus externo de control, baja autoestima, obesidad en la infancia, preocupación por el peso y por la apariencia física, presión social respecto al peso y/o alimentación, uso de dietas frecuentes por familiares, psicopatologías de los progenitores, crianza inadecuada, discordia entre el padre y la madre y, por último, el abuso sexual en la infancia.

Complementando los factores contemplados por Weitzner (2008), se menciona que la bulimia cuenta con mayor evidencia de que los pacientes con este trastorno presentan una mayor proporción de familiares de primer grado con alguna patología psiquiátrica, una relación familiar conflictiva, desorganizada y con falta de confianza, relaciones familiares basadas en el control y la dependencia emocional, que los sujetos presenten alteraciones neurobiológicas, tendencias al

perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia y disfórico- distímicos, excitabilidad, falta de persistencia, impulsividad y preocupación por el peso y la figura (Chinchilla Moreno, 2003).

Pese al hecho de que en párrafos anteriores se han abordado los factores predisponentes para cada trastorno en específico, la evidencia científica demuestra la existencia de factores comunes para los trastornos alimentarios, los cuales pueden ser clasificados en biológicos, genéticos, psicológicos y familiares (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

De acuerdo a lo planteado por Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo (2008), algunos de los factores biológicos que resultan relevantes son: Ser adolescente, mujer, tener antecedentes de sobrepeso y presencia de anomalías en el sistema de neurotransmisores hipotalámicos. En cuanto a los factores genéticos se menciona el hecho de que los individuos sean gemelos monocigóticos.

Los factores psicológicos comunes resultan en una pobre relación social, baja autoestima, hiperactividad, la presencia de trastornos afectivos, personalidad de tipo insegura, la existencia de creencias irracionales respecto a la apariencia física, baja tolerancia a la frustración, tendencias perfeccionistas y un elevado rendimiento académico y, en cuanto a los factores familiares, se suele encontrar relación entre el surgimiento de trastornos de la alimentación y el antecedente de estos trastornos dentro del seno familiar, presencia de malos tratos, abuso sexual o abandono, una madre con sobrepeso o con una gran preocupación por la apariencia, sobreprotección, dificultad para resolver conflictos, padres con expectativas muy altas de sus hijos y antecedentes de patología psiquiátrica. (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

2.1.4 Precauciones al realizar el diagnóstico

Uno de los aspectos más importantes en el abordaje clínico, sin importar el objeto o tema a trabajar, es el comprendido por la elaboración de un diagnóstico adecuado, que permita encuadrar las características del caso y definir con claridad la línea de trabajo pertinente a seguir. En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, éste aspecto cobra mayor relevancia, puesto que existen diferencias significativas en el curso de los síntomas, así como en las implicaciones de los mismos.

Las definiciones y categorizaciones de trastornos de la conducta alimentaria que se han propuesto en los diferentes manuales e inventarios diagnósticos internacionales se enfrentan a grandes desafíos, principalmente a la dificultad para separar los síntomas diagnósticos y las conductas asociadas a los trastornos, ya que en muchas ocasiones se sobreponen unos a otros, de manera que el diagnóstico es ocasiones resulta poco claro. Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (López y Treasure, 2011).

Al establecer y delimitar el diagnóstico de trastornos alimenticios resulta importante tener una clara referencia al respecto, debido a ello se presentan a continuación los criterios diagnósticos planteados por la *American Psychiatric Association* [APA] en su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publicado en el año 2013:

- a. Bulimia Nerviosa: Episodios recurrentes de atracones; Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo; Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres

meses; La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal y, la alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

b. Anorexia Nerviosa: Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física; Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo y, alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

c. Trastornos alimentarios no especificados: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Pese al conocimiento y verificación de la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos propuestos por la APA, cabe recalcar la importancia que tiene llevar a cabo un óptimo diagnóstico diferencial entre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la bulimia nerviosa no purgativa y el trastorno por atracón ya que comparten algunas de sus características, pero difieren en la gravedad y los rasgos de personalidad entre otras cosas. Además de que es sumamente necesario saber que las principales diferencias para llevar a cabo un diagnóstico adecuado de un trastorno alimentario están relacionadas con el índice de masa corporal (IMC), el comportamiento fóbico, las conductas restrictivas y la presencia o ausencia de conductas compensatorias.

Aunado a todos los criterios previamente mencionados, vale la pena considerar que dentro del espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, existen otros cuadros que comparten algunas de las características típicas de la anorexia o la bulimia sin llegar a completar el cuadro clínico, denominados cuadros subclínicos, parciales o no especificados, que cumplen criterios de anorexia sin presentar amenorrea o el peso sigue en el margen de lo normal o esperado para la talla y la edad o que cumplen algunos criterios de bulimia exceptuando la cantidad y la frecuencia de los atracones (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008).

Por otro lado, una dificultad que se presenta al aplicar los criterios diagnósticos que hasta ahora son conocidos y aceptados para los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente está íntimamente relacionada con las características propias de este grupo etario y con sus procesos de desarrollo. Es debido a esto que algunos grupos han propuesto lineamientos específicos al trabajo diagnóstico en esta población que se suman al método diagnóstico tradicional: establecer límites menores y más sensibles al desarrollo para determinar la severidad de los síntomas, considerar los indicadores conductuales de los rasgos de trastornos de la conducta alimentaria observados en lugar de esperar un auto-reporte por parte del individuo y la

inclusión de múltiples informantes para evaluar los síntomas, así como realizar el diagnóstico en función del contexto y las características del desarrollo del adolescente promedio (López y Treasure, 2011).

En conjunto con los criterios diagnósticos, así como las consideraciones antes mencionadas, Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo (2008) plantean la necesidad de considerar algunos elementos clave dentro de la historia clínica de los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria los cuales se presentan a continuación:

- a) Cuándo y de qué manera se inició el trastorno.
- b)Cuál ha sido el peso máximo y mínimo que ha tenido a lo largo de la evolución del trastorno, así como cuál es el peso considerado ideal.
- c) Métodos utilizados para perder peso.
- d) Historia dietética, que incluya cual es la ingesta a lo largo del día con horario, tipo y cantidad de alimentos, número de comidas, toma de líquidos y presencia de atracones.
Es importante explorar los patrones familiares de alimentación.
- e) Explorar la existencia de rituales o conductas anómalas en función de los alimentos.
- f) Actitud ante el peso y la pérdida del mismo.
- g) Imagen corporal: cómo se percibe, qué partes del cuerpo le desagradan.
- h) Historia menstrual.
- i) Historia social: familia, escuela, amigos, pareja.
- j) Repercusiones de la enfermedad.

2.2 Adolescencia tardía

A lo largo del ciclo vital de los individuos, una etapa conocida por su relevancia y la diversidad de problemáticas que en ella surgen es la adolescencia. Esta etapa es descrita socialmente como conflictiva, por lo que para muchas personas el que un sujeto esté atravesando por este estadio del desarrollo es en sí un justificante para las actitudes y conductas disruptivas que pudiera presentar.

La adolescencia es en sí misma un campo propicio para las conductas de riesgo, debido principalmente a que esta etapa se caracteriza por la presencia del pensamiento omnipotente y la necesidad de experimentar sensaciones nuevas, lo cual genera un estado de vulnerabilidad ante las demandas del mundo externo. Es por sí misma una fase de cambios, tanto físicos como psicológicos, que ocupan un lugar prioritario en el mundo intrapsíquico del adolescente, y se encuentra exacerbado el deseo de encontrar respuestas. Estos cambios continuos y muchas veces imprevisibles, pueden derivar en que el adolescente experimente el cuerpo como extraño y vivirlo como una fuente de angustia persecutoria (Correa Vinhal, 2014).

Al hablar del adolescente, se habla de un sujeto que tiene que enfrentar la pérdida de la identidad infantil con sus condiciones inherentes y se ve presionado por asumir una nueva identidad, por lo que al abordar las expresiones patológicas en esta etapa es necesario considerar la interrelación existente entre su mundo interno y el externo tanto en la viabilidad de recursos como en la fragilidad ante el desarrollo de diversos padecimientos (Correa Vinhal, 2014).

Janin (1994) menciona que los cambios físicos producidos durante este periodo provocan alteraciones en el comportamiento, el establecimiento de intereses y motivaciones, en los patrones de relación con los otros y en la calidad de vida, por lo que es prioritario comprender que las demandas de esta etapa pueden ser dotadas de intensidades frente a las que el adolescente

se vea a sí mismo como carente de recursos adecuados y saludables para enfrentarlas (Correa Vinhal, 2014).

En lo que se refiere al proceso de construcción de la nueva identidad adulta, el adolescente vive un proceso de separación de los padres y se aproxima a nuevos objetos con los cuales tiende a identificarse, por lo que los amigos y su grupo de pares adquieren protagonismo abriendo nuevas perspectivas de modelos de identificación por lo que la cultura se manifiesta como elemento clave en este proceso (Correa Vinhal, 2014).

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para este momento, los individuos ya han experimentado cambios físicos importantes, aunque en algunas áreas el desarrollo continúa su tránsito, principalmente el cerebro y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. Para los individuos en esta etapa de la vida, las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes, pero esta importancia disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza, así como la claridad en su identidad y sus propias opiniones (UNICEF, S.f).

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina (UNICEF, S.f).

2.3 Concepción psicodinámica de los trastornos alimenticios.

El método psicoanalítico creado por Freud, es un método de investigación a la vez que una técnica terapéutica, y la validación de sus resultados se realiza mediante la utilización del estudio de casos, conservando la lógica propia del método (Bachmann y Babiszenko, 2006).

El psicoanálisis en sí mismo es una forma de psicoterapia, sin embargo, es posible organizar y aplicar diferentes formas de psicoterapias psicoanalíticas o psicodinámicas que proceden y se relacionan estrechamente con la cura psicoanalítica prototípica. Al hablar de psicoanálisis resulta conveniente el distinguir la teoría del método ya que, a la par del desarrollo de su método, Freud formulaba y exponía algunas teorías referentes al origen de la neurosis y del desarrollo de la personalidad humana (Armengol, 1995).

Si bien es cierto que parte de la producción teórica de Freud ha intentado ser rebatida por el énfasis en la sexualidad, existen concepciones prácticamente imposibles de rebatir como la existencia y la intelección de la resistencia y la defensa, el conflicto intrapsíquico, la operatividad del inconsciente y el fenómeno de la transferencia, las cuales representan propuestas bien fundamentadas en el campo empírico y son aceptadas incluso al margen de las opiniones y argumentos de expertos de otros modelos de psicoterapia (Armengol, 1995).

El modelo psicoanalítico encuentra su fundamento en los principios de neutralidad, abstinencia y empatía, los cuales deben ser observados y seguidos por el terapeuta; todas estas concepciones remiten a Freud y fueron claramente explicados por él (Armengol, 1995).

A pesar de que dentro de la psicología existen diferentes voces que explican los trastornos alimenticios, toda vez que se aborda el asunto de los mismos, en este caso la anorexia y la bulimia, debe tenerse en cuenta que lo que prima allí es el lugar que cada quien ocupa con respecto a su propia afección (Uribe Cano, 2012).

De acuerdo a Espina Eizaguirre (2007) las psicoterapias psicoanalíticas encuentran sustento en diversos modelos teóricos que proporcionan diferentes marcos de referencia respecto al ser humano y su desarrollo. Sin embargo, desde un modelo psicodinámico clásico, la patología se entiende como el producto de un desarrollo evolutivo deficiente generado principalmente por las carencias vividas durante las relaciones tempranas. Dichas carencias conllevan a una desorganización de la personalidad que derivan en la presencia de los síntomas como resultado de una lucha entre las tendencias intrapsíquicas en conflicto. Los síntomas representan la obtención de ciertos beneficios, intrapsíquicos y sociales, que pueden estar cargados de significado simbólico y a su vez cumplir la función de enviar mensajes al medio circundante y mitigar el dolor psíquico del individuo.

En particular cuando se habla de anorexia, se nombra como característica principal el “culto a la nada”, es decir que la elección primordial que realiza el sujeto está dirigida a la nada y por lo tanto “come nada” (Lacan, 1987 en Recalcati, 2008). El hecho de “comer nada” es una manera de interpelar a la omnipotencia del Otro, transformarla en impotencia y, por lo tanto, alienarse de ese Otro (Hernández Valderrama, 2013).

Por otra parte, Recalcati (2008) desarrolla su experiencia en el área clínica con personas anoréxicas y refiere que en muchas ocasiones la categorización como anorexia no resulta suficiente, ya que se presentan cuadros complejos en donde se ven mezclados síntomas de anorexia y bulimia, así como otros trastornos. En el caso particular de las pacientes en las que la sintomatología predominante es un cuadro anoréxico, éstas llegan a concebir la enfermedad como un ente, como la causa y consecuencia de las situaciones por las que atraviesan, impidiendo ver más allá de las conductas y por lo tanto reprimiendo y nulificando las motivaciones inconscientes.

Esto mismo de ver la enfermedad como la causa y consecuencia e incluso la formación de la identidad a partir de la misma, se observa en las personas que padecen de bulimia (Hekier y Miller, 2010). Quienes padecen bulimia, entienden que la ingesta compulsiva estará seguida – sin posibilidad de detenerse- del vómito inminente. No sólo lo perciben como reparar el impulso por darse un atracón, sino como única escapatoria ante todo aquello devorado.

Aunado a lo anterior, no se puede hablar de un tipo de anorexia, sino que existen anorexias neuróticas, perversas y psicóticas. Partiendo de esta idea, al trabajar con la anorexia se debe identificar su rasgo diferencial, es decir aquel rasgo que permita captar su función de compensación, suplencia o expresión del delirio subjetivo o su función de defensa del (o frente al) deseo que marca en general la inclinación neurótica (Recalcati, 2008).

Hekier y Miller (2010) recalcan que entre la demanda y la necesidad se encuentra el deseo, que muchas veces no puede ser identificado ni puesto en palabras por lo que está condenado a actuarse, de tal manera que, en el caso particular de la anorexia y la bulimia, es el sufrimiento a consecuencia de los actos lo que deriva en que los pacientes soliciten el tratamiento o que los familiares tomen esa iniciativa.

Si bien para la anoréxica el ideal del cuerpo flaco o el no-cuerpo resulta en una clase de anestesia de las pulsiones, para la bulímica es el retorno del goce reprimido, por lo cual surge la pulsión que derriba la creencia del falso dominio del ideal, pues a través del alimento se representa el exceso del otro y el vómito funge como elemento separador e individualizador (Recalcati, 2004).

En general en ambos trastornos está presente un constante vacío, ocasionado por la pérdida del objeto, que se proyecta al alimento ya sea en su restricción o en su exceso y a la ansiedad generada por el deseo de individuación (Recalcati, 2004).

2.4 Vínculo afectivo y relaciones de objeto en los trastornos alimenticios

Desde la mirada psicodinámica, cuando se habla de la teoría de las relaciones objetales se habla de la importancia de las relaciones afectivas que el individuo establece con las personas más significativas para él. Al priorizar la importancia de las relaciones de objeto, se cambia el énfasis que Freud hacía en lo referente a la búsqueda de placer como elemento de bienestar psíquico, ya que éste último se obtendría a través de la relación con los otros.

Los términos objeto y relaciones de objetos se pueden considerar desde una mirada meramente teórica, en cuanto a que ambos conceptos permiten clarificar la noción metapsicológica de la pulsión (Diatkine, Ferreiro, García Reinoso, Lebovici y Volnovich, 1981).

En una revisión bibliográfica exhaustiva realizada por Anguera y Miró (1995) se hace mención que las relaciones de objeto se encuentran influenciadas por las fuentes libidinales, ya que el objeto a lo largo del desarrollo del individuo se ve teñido de acuerdo a las características pulsionales propias del ciclo de la evolución psíquica del sujeto.

De acuerdo a Klein desde el inicio de la vida se da una intensa relación con los objetos en la mente de los sujetos, ya que éstos son integrados a su mundo emocional aun cuando no se encuentren presentes de manera física. Los objetos se mantienen con vida propia y con una representación emocional en la psique del sujeto, lo cual es observable a través de la relación transferencial en el ambiente terapéutico. Winnicott le suma a esta concepción de las relaciones de objeto, la existencia de los objetos transicionales, los cuales aparecen en un momento intermedio de la consolidación de la relación del individuo con sus figuras afectivas importantes y permiten la transición o cambio de un estado de dependencia hacia uno de diferenciación e independencia (Anguera y Miró, 1995).

En relación a esto, cabe mencionar que el otro o los otros no son objetos sino hasta el momento en que son investidos como tal por el sujeto, teniendo una existencia propia e

individual, lo cual genera cierta ambigüedad. Siguiendo esta línea, la “relación de objeto” acentúa dicha ambigüedad dado que puede ser comprendida como las investiduras objetales y los procesos defensivos que surgen de dichas investiduras, así como las interacciones existentes entre el sujeto y las personas investidas (Diatkine, Ferreiro, García Reinoso, Lebovici y Volnovich, 1981).

De acuerdo a diversos autores, la calidad de las relaciones establecidas con los padres es un factor influyente en las relaciones posteriormente creadas por el sujeto con los otros, por lo que, si estas relaciones resultan positivas, el individuo desarrollará una mayor autoestima, satisfacción vital y se verá reducido el riesgo de mostrar problemas emocionales o conductuales (Sánchez-Queija y Oliva, 2003).

Estas aportaciones cobran vital importancia en el trabajo con los trastornos de alimentación debido a que el alimento se convierte en una representación de la relación que fue establecida en las primeras etapas de la vida, así como el símbolo y el medio para contener la ansiedad generada por el proceso de individuación del sujeto, por lo cual al trabajar con la reestructuración de las relaciones el síntoma debe ser disminuido o eliminado.

CAPÍTULO III

Metodología

3.1 Motivo de consulta

La paciente refirió padecer constantes “crisis de ansiedad” durante las cuales el impulso de ingerir cantidades enormes de comida era irrefrenable y que después de hacerlo sentía culpa y en ocasiones se inducía el vómito. Además, manifestó sentirse relegada en el ámbito familiar dado que sus relaciones familiares estaban teñidas de conflicto, principalmente con su padre y sus hermanos. Recibió tratamiento para solucionar una problemática de Anorexia hace dos años y medio, sin embargo, tras un periodo de aparente estabilidad surgieron conductas de ingesta compulsiva y posteriormente conductas compensatorias como el vómito y la restricción alimentaria.

3.2 Sujeto

Ficha de identificación

Nombre: Perla (Pseudónimo)

Edad: 19 años Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 24 de octubre de 1996

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

Nacionalidad: Mexicana

Lugar de residencia: Mérida, Yucatán

Escolaridad: 3° de Preparatoria

Ocupación: Auxiliar de oficina

Religión: Católica

Nivel socioeconómico: Medio-Alto

3.3 Hipótesis de trabajo

Las relaciones familiares conflictivas, caracterizadas por la presencia de un vínculo ambivalente, están estrechamente relacionadas con las conductas alimentarias anómalas de la paciente. A través del control/descontrol del peso corporal y de la imagen corporal, la paciente encuentra una manera furtiva de minimizar la ansiedad y conseguir un medio para alcanzar su individualidad.

3.4 Objetivo general

Analizar, intervenir y evaluar la terapia con enfoque psicodinámico para promover la reestructuración de las relaciones de objeto en un caso de Bulimarexia.

3.4.1 Objetivos específicos

- a) Analizar las relaciones de objeto y factores involucrados en un caso de Bulimarexia.
- b) Intervenir en la reestructuración de las relaciones de objeto en un caso de Bulimarexia.
- c) Evaluar el impacto de la terapia con enfoque psicodinámico en la reestructuración de las relaciones de objeto en un caso de Bulimarexia.

3.5 Definición de términos

— *Trastornos alimenticios*: Enfermedades psiquiátricas caracterizadas por presentar una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. Tienen como consecuencia una malnutrición que afecta al organismo y las funciones cerebrales que perpetúan los síntomas. Presentan alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y constituyen un problema de salud

pública debido a su curso clínico prolongado y su tendencia a la cronicidad (Acerete, Trabazo y Ferri, 2013).

- *Bulimarexia*: Asociación secuencial de los síntomas anoréxicos y bulímicos (Jácome Roca y Jácome Roca, 2009)
- *Bulimia*: Trastorno alimentario que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) para evitar la ganancia de peso (utilizados en promedio dos veces a la semana durante un período de tres meses); además, la autoevaluación de los individuos con bulimia nerviosa se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales (APA, 2013)
- *Anorexia*: Trastorno alimentario caracterizado por la alteración de la imagen corporal, tiene como rasgo clínico principal la negativa a alimentarse de forma apropiada, por un temor irracional ante la posibilidad de ganar peso (APA, 2013)
- *Relaciones de objeto*: Relaciones afectivas importantes para el individuo, que tienen un gran impacto en el desarrollo y la estabilidad de los individuos (Anguera y Miró, 1995).

3.6 Instrumentos

- *Historia clínica*: Registro de los datos derivados de las exploraciones efectuadas mediante la entrevista psicológica. Contiene datos recabados a lo largo de las sesiones, así como informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo. Debe abordar aspectos relacionados con el desarrollo físico, información académica, datos de la familia y sus relaciones, así como las experiencias médicas y psicológicas (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

- *Autobiografía*: Narración en primera persona que hace referencia a los datos más relevantes de la historia del sujeto (Álvarez Calleja, 1989).
- *Test del dibujo de la familia*: Prueba proyectiva de lápiz y papel que se aplica para indagar respecto a su percepción del ambiente familiar y cómo se incluye en el mismo (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007).

3.7 Conceptualización del caso

Se realizó a través de entrevistas con la paciente, la asignación de la elaboración de la autobiografía, la observación y la aplicación de pruebas proyectivas (Test del dibujo de la familia), así como sesiones psicoterapéuticas; que partiendo de las teorías psicodinámicas plantean el desarrollo de las problemáticas de la conducta alimentaria como resultado de las relaciones afectivas establecidas con las figuras parentales a lo largo del desarrollo.

De igual manera se llevó a cabo con la realización de la historia clínica de la paciente, así como el análisis metapsicológico a través de la elaboración de su psicodinamia.

3.8 Técnicas psicoterapéuticas

- *Entrevista psicológica*: Técnica fundamental del método clínico utilizada con fines de diagnóstico e intervención en psicología (Esquivel, Heredia y Lucio, 2007)
- *Observación*: Técnica cualitativa que permite describir el ambiente, los sucesos y a los individuos. A través del análisis de lo observado se generan hipótesis que permitan explicar los datos obtenidos (Cozby, 2005).
- *Técnicas proyectivas*: Procedimientos de evaluación que se aproximan de manera global a la valoración de la personalidad. Consisten en la presentación de estímulos seleccionados

y diseñados con el fin de favorecer la expresión del pensamiento individual, es decir, la manera en la que el sujeto percibe e interpreta la realidad (Ibarra, 2004).

— *Técnicas terapéuticas psicodinámicas.*

- *Asociación libre:* Método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar todo lo que se le ocurre sin ninguna discriminación (Chemama, 2002).
- *Análisis de resistencias:* Conjunto de intervenciones destinadas a eliminar los obstáculos para el esclarecimiento de los síntomas y promover el avance del tratamiento. Las intervenciones son en la línea de la aclaración, la confrontación, la interpretación y la traslaboración (González Núñez y Rodríguez Cortés, 2002).
- *Interpretación:* Intervención en psicoanálisis que tiende a hacer surgir un nuevo sentido más allá del sentido manifiesto de un sueño, acto fallido y en cualquier parte del discurso que un sujeto presenta (Chemama, 2002).

3.9 Diseño de intervención

3.9.1 Objetivo general

Disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas bulimáxicos en una paciente femenina de 19 años a través de la reestructuración de sus relaciones objetales partiendo de un modelo psicodinámico de intervención.

3.9.2 Objetivos específicos de la intervención.

1. Disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas bulimáxicos a través de una intervención con enfoque psicodinámico.
2. Fortalecer las funciones yoicas de la paciente.
3. Abordar y elaborar las relaciones objetales de la paciente.
4. Abordar y analizar la relación entre el síntoma bulimáxico y las relaciones objetales existentes.

3.9.3 Descripción del escenario.

El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo dentro de las instalaciones de un centro externo de apoyo psicológico perteneciente a una institución educativa pública del Estado de Yucatán.

3.9.4 Planificación de las sesiones.

No. de sesión	Descripción	Técnicas empleadas	Fase
1	Entrevista inicial con la paciente. Exploración de la problemática y encuadre terapéutico.	Entrevista psicológica	1
2	Exploración de la historia de la paciente y el síntoma. Establecimiento de alianza terapéutica.	Autobiografía Entrevista psicológica Historia clínica.	
3	Fortalecimiento de la alianza terapéutica. Exploración de otras preocupaciones fuera del síntoma.	Entrevista psicológica.	

		Historia clínica. Asociación libre.	
4	Fortalecimiento de la alianza terapéutica. Exploración de emociones y demandas dirigidas a los objetos significativos y el síntoma.	Entrevista psicológica. Asociación libre.	
5	Exploración de la historia del síntoma y emociones asociadas.	Entrevista psicológica	
6	Inasistencia		
7	Exploración de las relaciones e interacciones familiares.	Entrevista psicológica. Historia clínica.	
8	Exploración de los significados asociados al alimento y los detonantes del síntoma.	Entrevista psicológica	2
9	Aplicación del dibujo de la familia y elaboración del listado de afectos familiares. Establecer relación familia-síntoma.	Test del dibujo de la familia. Listado de afectos familiares. Interpretación.	
10	Interpretación del síntoma y contención emocional.	Interpretación.	
11	Inasistencia. Análisis del olvido.	Interpretación.	
12	Profundización respecto a la expresión del síntoma. Contención emocional dirigida a sentar las bases de la reestructuración vincular.	Entrevista psicológica.	

13	Análisis del significado de la delgadez. Exploración profunda de los sentimientos de competencia y culpa.	Entrevista psicológica.	3
14	Profundización en las emociones conflictivas dirigidas hacia la hermana. Sentido de pertenencia a la familia	Entrevista psicológica.	
15	Relación de eventos familiares y el surgimiento del síntoma anoréxico. Exploración de las excepciones al síntoma.	Entrevista psicológica. Interpretación.	
16	Exploración de estrategias para evitar la aparición del síntoma.	Entrevista psicológica	
17	Análisis del significado del síntoma bulímico, eficacia de las medidas alternativas y la modificación de la percepción de algunos objetos significantes.	Entrevista psicológica. Interpretación.	
18	Contención de emociones negativas dirigidas a la madre. Reforzamiento del sentido de realidad.	Entrevista psicológica.	
19	Elaboración del autoconcepto. Identificación del ideal del yo.	Entrevista psicológica.	
20	Sesión mixta con la paciente y su madre. Crear conciencia sobre el padecimiento y motivar la colaboración de la madre en el proceso.	Entrevista psicológica.	

CAPÍTULO IV

Resultados

4.1 Historia clínica

a) FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Perla (S) **Edad:** 19 años

Sexo: Femenino **Estado civil:** Soltera

Lugar de nacimiento: Mérida, Yucatán

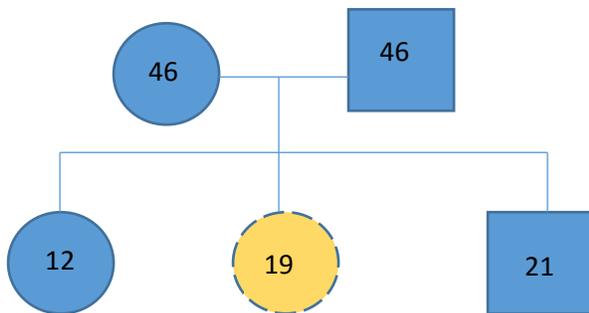
Fecha de nacimiento: 24 de Octubre 1996

Nacionalidad: Mexicana **Lugar de residencia:** Mérida, Yucatán.

Escolaridad: Bachillerato **Ocupación:** Auxiliar de oficina

Religión: Católica

Familiograma:



b) DESCRIPCIÓN FÍSICA

Perla es una mujer joven, quien aparenta tener uno o dos años menos de los que cronológicamente posee. Es una mujer blanca, de constitución muy delgada y mide 1.67m aproximadamente. Su cabello está teñido de un color rubio cobrizo y lo lleva lacio a la altura de los hombros, aunque de manera natural suele ser color castaño. En general sus rasgos son pequeños: ojos almendrados, cejas semi pobladas y delineadas, nariz perfilada y pequeña, labios delgados y pequeños. Su manera de vestir es acorde a su edad y casual. No usa accesorios como aretes, pulseras o collares. Sin embargo, cabe mencionar que destaca su pulcritud tanto en su vestimenta como en apariencia general. En las primeras sesiones su vestimenta eran pantalones vaqueros y blusas holgadas. Posteriormente vestía blusas de cuello más ancho, tirantes e incluso alguna vez se presentó con un vestido que denotaba más la silueta de su cuerpo.

c) MOTIVO DE CONSULTA

Manifiesto: Perla remite padecer severos problemas de ansiedad que afectan su manera de comer, en ocasiones come en exceso y otras no quiere ingerir nada. Además, afirma tener dificultad en sus relaciones interpersonales.

Latente: Perla sostiene una relación ambivalente con sus padres y con sus figuras de afecto, lo cual ha derivado en el desarrollo de síntomas de trastornos de la alimentación. La ansiedad exacerbada que experimenta y que únicamente disminuye tras periodos de sobreingesta, encuentra su origen en una fuerte necesidad de un afecto nutricional y saludable en el seno familiar. De igual manera, se hace evidente un control de impulsos deficiente que se manifiesta en la ingesta desbordada y el vómito posterior.

d) EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Nivel de padecimiento autopercebido: 8 en escala del 1 al 10, siendo el 1 un “me afecta muy poco” y 10 “Me afecta demasiado”. Perla refiere que su vida se ve muy afectada por la problemática, pero que existen áreas libres de conflicto.

Evolución del problema: Perla refiere que su problema de ansiedad y con la comida ha sufrido grandes modificaciones, refiere que todo comenzó en el primer año de preparatoria en el cual comenzó una dieta restrictiva y bajó una gran cantidad de peso por lo que las autoridades escolares la refieren a tratamiento, posteriormente comenzó a comer con naturalidad durante una temporada, aunque de manera repentina comenzó a ingerir cantidades excesivas de alimento por ansiedad, lo cual le generaba malestares físicos. Recibió tratamiento psiquiátrico para controlarla, sin embargo, abandona el proceso debido a que la ansiedad aumentaba y el médico únicamente incrementaba las dosis de los medicamentos.

En el último año y medio, además de la sobreingesta, se presentan episodios de purga a través del vómito, cuando se siente rebasada por lo que ella denomina “ansiedad”.

Lo que la trae a terapia es la recomendación de su hermana y que se encuentra cansada de vivir con esta situación.

Áreas implicadas:

a. Cognitiva: Perla comenta que no deja de pensar en su situación, que se compara en todos los aspectos con otras mujeres y que se considera en

desventaja. Piensa que su problemática está fuera de su control y que ésta es la causa de muchas problemáticas en el seno familiar. Cree que la delgadez es su único medio para destacar.

b. Afectiva: Perla refiere sentirse aislada de la familia y poco querida. Su tono afectivo es predominantemente bajo, y constantemente se siente desganada o triste. Percibe un notorio rechazo por sus figuras parentales y siente que a nadie le importa lo suficiente. Desea lograr sentirse mejor.

c. Somática: Perla manifiesta constantes dolores de cabeza, que le atribuye al cansancio. De igual manera se presentan episodios constantes de atracón-purga cuando se encuentra en situaciones que emocionalmente le resultan complicadas de manejar.

d. Conductual: Discute de manera constante con sus familiares, principalmente con la madre y el hermano menor, refiere esforzarse sobremanera para lograr la aprobación del padre sin lograr ningún avance en este sentido, lo cual la hace sentirse frustrada, triste y rechazada, tras lo cual recurre a la ingesta excesiva de alimentos y posteriormente a provocarse el vómito. El rechazo familiar percibido provoca que Perla se aleje de su familia y evite las interacciones con ellos.

e. Interpersonal: Perla refiere tener pocos amigos, principalmente debido a que no se considera una persona extrovertida y le resulta complicado favorecer este tipo de relaciones. A pesar de ello cuenta con un grupo de amigas cercanas con quienes se siente cómoda y segura. Actualmente sostiene una relación de noviazgo con un chico que conoció a través de una red social, la cual

evalúa como positiva la mayor parte del tiempo.

f. Laboral / Escolar: Actualmente Perla se dedica a trabajar como auxiliar en el negocio familiar debido a que no aprobó el examen para ingresar a la licenciatura. Sus relaciones en el trabajo son complicadas debido a la interacción con su familia, su ambiente laboral es un detonador de su “ansiedad” debido a que se siente sola.

En cuanto a lo académico, actualmente toma clases de inglés y cursos propedéuticos para prepararse para el examen de admisión a la universidad.

e) EXAMEN MENTAL

- a. Orientación: Perla se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. No se detectan anomalías en esta área.
- b. Atención: Perla es capaz de discriminar los estímulos y reaccionar de manera pertinente a los mismos. Se mantiene concentrada en la actividad que se esté realizando en el momento.
- c. Pensamiento: Perla presenta un pensamiento de tipo abstracto que se caracteriza por ser claro y coherente, centrado en la realidad. Es capaz de evaluar su situación a través del análisis y la reflexión.
- d. Sensopercepción de la realidad: Perla no presenta alteraciones en esta área, reacciona de manera coherente tanto a los estímulos internos como externos.
- e. Lenguaje: Perla es capaz de expresar sus ideas utilizando un vocabulario acorde a su nivel socio económico y educativo, transmite adecuadamente sus sentimientos y pensamientos, además de comprender con facilidad todo aquello que se le comunica.

- f. Memoria: Perla no presenta alteraciones en esta área ya que es capaz de recordar los eventos más significativos de su vida, así como de recuperar información obtenida recientemente.
- g. Juicio: En lo que concierne a esta área se puede decir que Perla presenta cierta dificultad para adelantarse a las consecuencias de sus actos y a veces actúa de manera impulsiva omitiendo los riesgos a los que se expone a través de su conducta.
- h. Inteligencia: Este aspecto se encuentra a nivel promedio de acuerdo a lo observado a lo largo de las sesiones.
- i. Afectividad: El tono afectivo de Perla se relaciona de manera coherente con el contenido de su discurso. No se detectaron anomalías en esta área.

f) HISTORIA DE CRECIMIENTO

Infancia: Perla proviene de una familia de clase media alta, sus padres tienen 46 años y tiene una hermana mayor de 21 y un hermano menor de 12 años. Relata que ha sido la única de los hijos que ha sido criada en sus primeros años directamente por la madre, ya que los demás fueron criados o por su abuela paterna o por la nana en turno. Refiere no tener muchos recuerdos de esa época, pero que cuando era pequeña la relación con su familia en general era mejor que la actual, ya que constantemente convivía con sus padres, veían películas juntos y vivían realmente cerca del espacio laboral de los padres por lo que estaban en constante comunicación. Refiere que desde que estaba en la primaria en su familia hacen referencia a ella como “la flaquita”, lo cual no le generó problemas hasta fechas recientes.

Comenta que durante este periodo de tiempo comenzó lecciones de ballet porque le resultó llamativo, sin embargo, después de un tiempo dejó de gustarle principalmente por la

convivencia con una prima que le resulta desagradable, lo cual ha generado que su madre la catalogue desde entonces como la niña que deja las cosas a medias.

Recuerda su infancia como una época feliz, donde sacaba buenas calificaciones en la escuela y no le preocupaban demasiadas cosas.

Adolescencia: Perla refiere que comenzando con la escuela secundaria aparecieron por primera vez las preocupaciones por su imagen, que no se sentía del todo querida. Comenta que en esta época comenzó un alejamiento de su padre, ya que ahora éste centraba su atención en el hijo menor por ser varón y su madre le empezó a recriminar por haber dejado las clases de ballet de su infancia.

Comenta que era una chica sociable, principalmente con amistades del sexo opuesto y que salía de manera frecuente con ellos.

Al iniciar la formación en la escuela preparatoria, su hermana la nominó para un concurso de modelaje, para lo cual se inscribió y logró destacar por su imagen, al grado de irse a competir a la Ciudad de México. A raíz de esto tuvo su primer acercamiento con dietas restrictivas, rutinas de ejercicio, tras lo cual perdió mucho peso y dejó de comer de manera natural, puesto que comenzó a suprimir grupos de alimentos, al punto de comer únicamente algunos vegetales. Perdió mucho peso, sin embargo, fueron las autoridades de la escuela quienes notaron algo anormal en su peso y su conducta por lo cual fue referida a una unidad de atención perteneciente a una universidad pública del estado de Yucatán, en la que comenzó a recibir tratamiento con un peso aproximado de 39kg.

Refiere que suspendió el tratamiento motivada principalmente por las quejas de su madre en función de la dieta especial que debía llevar, las distancias de traslado de la casa al centro de atención y los gastos que esto generaba. Pese a ello, Perla refiere que hubo una mejoría significativa, que pudo regresar a una conducta alimentaria adecuada y libre de preocupaciones

durante un periodo prolongado de tiempo, sin embargo, un año después la conducta se convirtió en lo opuesto, ya que comenzó a ingerir cantidades excesivas de alimento principalmente por las noches, lo cual la dejaba con un malestar físico significativo durante el día y a un notorio incremento del peso corporal, por lo que tiempo después incorporó a la conducta de sobreingesta un mecanismo de control: el vómito.

Por la edad de Perla legalmente se le considera adulta, sin embargo, debido a sus características se le considera en una adolescencia tardía, puesto que aún se encuentra en proceso de elección vocacional, una búsqueda de identidad más allá de su peso y su talla y, una búsqueda de independencia del seno familiar, que en ocasiones siente que la oprime.

Actualmente se considera como una chica poco sociable, con un número reducido de amistades.

Hábitos, pasatiempos e intereses:

Perla refiere ser una mujer organizada, pulcra, que le gusta tener las cosas en orden y como a ella le gustan. Actualmente ella se encarga de ayudar a su mamá con las tareas domésticas además de cumplir con sus propias actividades: Trabajo, cursos de inglés y cursos propedéuticos para el ingreso a la universidad.

Comenta que disfruta mucho cocinar y que siente que es el único aspecto en el que destaca más allá de su peso e imagen corporal.

Se encuentra indecisa respecto a qué carrera cursar, sin embargo, sus principales opciones están relacionadas con los alimentos: gastronomía y nutrición. Una tercera opción vocacional está en el terreno de la medicina.

g) FAMILIA

Historia de la familia: Perla proviene de una familia conformada por un matrimonio tradicional. Tiene una hermana dos años mayor que ella y un hermano siete años menor.

Perla refiere que la familia del padre se caracteriza por tener muchos conflictos con la abuela materna, quien ha provisto a sus tíos de facilidades y comodidades, relegando a su padre, por lo que éste debe esforzarse mucho para satisfacer las necesidades de la familia.

Llevan cuatro años viviendo en una casa aparte de la que compartían con la familia paterna, sin embargo, siguen dependiendo de ésta para el sustento económico puesto que a ellos pertenece el negocio familiar.

La cultura dominante en la familia es de tipo patriarcal machista, en donde el padre tiene el poder y la autoridad en la familia, él es el proveedor y administrador de los recursos familiares. Existe evidencia de infidelidad paterna, la cual coincide en tiempo y forma con el surgimiento del trastorno alimenticio de Perla.

Descripción de las relaciones familiares: Las relaciones al interior de la familia de Perla son conflictivas y distantes en el ámbito afectivo, refiere que es con su madre con quien se relaciona más, aunque esta relación es de tipo pasivo-agresivo, puesto que constantemente surgen discusiones, comparaciones con otros elementos de la familia, reproches por conductas incluso de la infancia y el uso de etiquetas poco favorables. Perla percibe que sus opiniones suelen ser desacreditadas por la madre de manera constante, adjudicándoles la propiedad de ser exageradas.

Describe la relación con su padre como “prácticamente inexistente” ya que le dirige la palabra únicamente para lo estrictamente necesario o para reclamarle cuando alguna labor doméstica no ha sido realizada.

Desde su percepción, la hermana mayor y el hermano menor están libres de conflicto con sus padres, aunque con ella la relación es fluctuante, de muy buena a muy mala.

Descripción del entorno social y cultural de la familia: Perla proviene de un estrato económico medio-alto, su familia cuenta con grados universitarios y su hermana mayor actualmente estudia la licenciatura en Psicología.

Su padre es aficionado a la cacería, práctica en la que suele involucrar al hermano menor de Perla, aunque los fines de semana suelen salir a comer con la familia extensa y refiere que entre ellos suelen tener temas de conversación muy diversos en los que siente que no puede participar debido a que desconoce o no le interesa.

h) SALUD

Antecedentes médicos: Perla no refiere haber tenido algún padecimiento médico significativo además de su trastorno de alimentación y sus problemas de ansiedad, para los cuales recibió tratamiento psiquiátrico el cual abandona debido a la exigencia de su madre y las constantes quejas respecto al costo y la ineficacia del mismo.

Antecedentes de tratamiento psicológico: Perla refiere haber llevado proceso de psicoterapia aproximadamente por seis meses cuando cursaba el primer año de preparatoria en una unidad perteneciente a una universidad pública del estado de Yucatán, el motivo de dicho tratamiento fue la anorexia nerviosa detectada por las autoridades de su escuela. Suspendió el tratamiento motivada por las constantes quejas de su madre respecto a distancias, costos y la lentitud del avance.

Padecimientos médicos actuales: Actualmente presenta síntomas de trastornos de la alimentación cíclicos, pasando por cuadros de anorexia y de bulimia, por lo cual llega a recibir tratamiento únicamente de tipo psicológico.

i) ESCOLARIDAD

Perla refiere que su desempeño académico a lo largo de su vida escolar ha sido bueno, siempre con buenas calificaciones, aunque sin destacar de manera evidente por ello. Considera que a pesar de que se suele sentir evaluada todo el tiempo y con mucha inseguridad, con esfuerzo y empeño logra obtener los resultados deseados. Pese a ello ahora se encuentra sin estudiar dado que no logró ingresar a la Lic. en Medicina en el proceso de selección pasado, por lo que actualmente se prepara tomando cursos de inglés y cursos propedéuticos para lograr un desempeño diferente en el futuro proceso de admisión.

j) EXPERIENCIA LABORAL

Perla se encuentra laborando como auxiliar en el negocio de la familia a consecuencia de no estar estudiando, es el único trabajo que ha tenido y no se siente muy a gusto pues el ambiente perpetúa el conflicto familiar existente, al tener que trabajar directamente con su padre.

k) SEXUALIDAD

En lo que respecta a la sexualidad, Perla refiere que desde finales de la secundaria ha tenido enamorados y novios, manifiesta un interés por relacionarse principalmente con personas del sexo opuesto. Actualmente sostiene una relación de noviazgo con un chico que conoce a través de una red social.

4.2 Autobiografía

A continuación, se presenta la transcripción de la autobiografía presentada por Perla, los nombres presentes en el documento han sido editados con la finalidad de proteger la confidencialidad.

“Mi historia.

Mi nombre es Perla y nací el 24 de octubre de 1996, no me acuerdo qué pasó cuando estaba chiquita, recuerdo muy pocas cosas de cuando estaba muy pequeña, sólo recuerdo que vivía en una casa diferente de la que vivo ahora y me gustaba estar con mi papá y ver caricaturas. Viví ahí hasta que nos enteramos que iba a nacer mi hermanito, al principio yo no quería tener un hermanito, lloré mucho porque iba a dejar de ser la consentida de mi niñera y mi mamá, ya que mi mamá me consentía bastante. Luego nos entraron a robar a la casa y fue definitiva la decisión de mudarnos para la casa de mi abuelito en una colonia distinta. Estando ahí, el trabajo de mis papás quedaba al lado, entonces estaban bastante tiempo entrando y saliendo de la casa, estaban cerca a unos cuantos pasos por que la casa colinda con el taller. Tenía una nana que se llamaba Petra, bueno, de hecho, tuve muchas nanas, pero de ella es de quien me acuerdo más, y ella me quería mucho, me consentía aunque peleábamos fuerte porque ella era la que veía que me vistiera para ballet y a mí no me gustaba el ballet, al principio sí, pero luego empezó a ir mi prima Tere y ya no me gustaba. Ella me desagrada hasta el día de hoy, casi no me llevo bien con mis primas de parte de mi mamá, son muy creídas y pedantes, me desagrada estar en la misma habitación que ellas. Mi prima Tere es muy falsa y siempre obtiene lo que quiere, además de que le hizo cosas feas a mi hermana y sólo utiliza a las personas. Es muy hipócrita, la verdad.

Bueno, vivíamos en ese lugar y Petra cocinaba para nosotros, mi abuelito vivía arriba y nos llevábamos bien y mal con él, nos encantaba pelear y apostar dónde dejaba las cosas porque todo se le olvida jajá. Mi abuela Dora entraba a la casa y veía que todo estuviese limpio, sino nos regañaba como si fuera nuestra madre y tiraba o donaba nuestros juguetes que estuviesen fuera de lugar, además siempre nos comparaba con mis primos Pepe y Laura de Campeche, aunque ellos me caen bien pues me siento muy a gusto con ellos.

Me encantaba ir a Campeche cuando estaba pequeña, me encantaba estar en casa de mi tía Lau, me sentía relajada y en paz, siempre me ha gustado Campeche y mi tía Lau es como una madre para mí, aunque no puedo decir lo mismo de su esposo, no me desagrada, pero nunca hablo con él aunque es muy inteligente.

Con mi tía Gaby si me llevo pero no tanto como ella se lleva con mi hermana, siento que siempre han tenido un lazo especial o algo así al igual que mi hermana con mi abuela Dora ¡Se llevan tan bien!, a veces mi abuelita la invita a salir y a mí no, y pues “equis”, la verdad es que a veces no me agrada tanto mi abuela Dora porque todo lo que les hace a mis papás es muy injusto, no le paga lo suficiente a mi papá y consiente mucho a mis demás tíos y sus hijos y a nosotros como que nos tiene a un lado, siento que a mí siempre me ha hecho el feo porque yo defiendo a mi mamá y porque me defiendo y la contradigo, no le tengo miedo.

Mi abuelita Isa, la mamá de mi mamá, ya está grande. Ella no me cuidó de chiquita pero no es mala conmigo, solo ya está viejita y se siente olvidada por sus hijos.

Bueno, volviendo a lo primero, vivía en este nuevo lugar y todo estaba bien, pero no me gustaba que cuando crecimos mi hermana se empezó a llevar mucho con mi prima Tere y a mí no me invitaban a salir ni nada, solo ellas dos salían siempre, mi hermana empezó a preocuparse por su

peso, supongo que mi prima le llenó la cabeza de porquerías, y luego se pelearon por un niño y dejaron de salir.

Luego yo empecé a salir con mi prima Tere, porque me invitaba a fiestas y porque me agradaban sus amigos, aunque a lo mejor ella solo me utilizaba para que ella pudiera conquistar a alguno, no lo sé. Conocí en una fiesta a los que serían mis mejores amigos por dos años: Mónica y Sebas. Cuando vi a Moni me agradó y Sebas me gustó físicamente, ya luego me enteré que eran novios, pero la verdad es que Mónica le hacía muchos pleitos a Sebas, bueno, eran sus asuntos, pero ellos eran agradables por separado. Empecé a salir con Sebas, o sea, lo vi en una plaza y no pensé que me fuese a saludar, pero me saludaron y se los presenté a mi hermana y luego empecé a llevarme con ellos y a salir y así, con mi hermana a veces, a veces sola yo con ellos y luego se juntaron más personas al grupo: Alberto, Pedro, Santiago, Iván. ¡Ya éramos muchos más!

Primero a Alberto le gustaba mi hermana, pero luego por alguna extraña razón se empezó a llevar más conmigo y terminamos saliendo, a mí no me gustaba mucho él, pero era muy agradable y divertido, me hacía reír mucho y aparte casi no salíamos solos, salíamos más en grupo. Pasó el tiempo y la relación mía y de Alberto como que se puso más seria, pero luego me enteré que su ex novia era modelo y tenía un cuerpo muy bonito y dije: ¿Por qué no? ¡Empezaré a hacer ejercicio!, pues empecé a hacer ejercicio, pero lo normal, luego le fui subiendo poco a poco pero aún así seguía comiendo lo normal y saliendo con mis amigos. Luego me enteré que Mónica estaba haciendo dieta y yo me preguntaba por qué si ella era delgadita pero según ella estaba gorda. Luego el grupo se rompió porque todos ya tenían novia (la mayoría eran hombres), Alberto me pidió tiempo de la nada, según muchos estaba ya saliendo con otra hace mucho, la verdad no tengo idea, pero yo me seguí llevando con Sebas, ya luego Sebas conoció a alguien y se alejó de mí, me dolió muchísimo, lloré como con ninguna otra persona y aunque él ya no me

hablara, yo siempre le hablaba para felicitarlo por su cumple o cosas así y su novia me odiaba, me eliminaba de sus contactos y me bloqueaba.

Luego conocí a un niño que se llama Oscar y empezamos a salir, pero no sé si me la pasaba bien, pero ya hacía dieta y no sé, no era totalmente feliz creo. Luego entré a modelar y más dietas, la relación con Oscar se volvió monótona y no sé, terminamos. Además, con él pasé muchas cosas: anorexia, bulimia. No sé, el hecho de verlo me recordaba esas cosas.

Dejé de salir porque engordé mucho, no quería salir, lloraba todo el tiempo, lo cual era un poco raro ya que yo solía salir mucho, ya no tenía amigos, ya nadie era importante para mí, me la pasaba todo el día comiendo, no me gustaba que me vieran comer, no lo sé, me enojaba por todo, mi ropa no me venía, me sentía hinchada.

Luego vino mi amiga Mariana de visita y me pidió que la acompañara a una fiesta y fui y vi a varias personas que conocía y había un niño que me gustaba y al principio pensé que le gustaría mi hermana pero luego salí con él, luego me peleé con mi amiga Mariana porque yo le gustaba al que a ella le gustaba, todo un show y me gritó, nos dejamos de llevar y mucha gente me odió.

Pasé a tercero y en tercero había un niño que ¡Dios!, ¡Me encantaba!, se llamaba Fausto, aún siento que me gusta, es muy atractivo, tiene algo que me gusta mucho. Ya para eso había bajado un poco de peso, comía menos pero no vomitaba ni nada aunque comía pura chuchería, luego Fausto no me hizo caso, yo hacía todo para que él me hiciera caso, volví a hacer ejercicio, no sé, quería ser bonita para él creo y fue que me entró otra vez la ansiedad y volví a empezar a vomitar, empecé a comer menos en el día y en la noche comía mucho y luego vomitaba y así, tenía días peores cuando estudiaba, me entraba mucha más ansiedad.

Conocí a Alex por medio de Tinder y si me gustó, pero la verdad más que nada quería olvidarme de Fausto. Si quiero a Alex, me hace bien, a veces me hace enojar, a veces quisiera algo más, no lo sé, aún estoy muy indecisa.”

4.3 Psicodinamia

Perla es una mujer de 19 años que de acuerdo a su etapa de desarrollo puede ser situada dentro del estadio psicosexual correspondiente a la genitalidad, sin embargo, los síntomas que la aquejan en la actualidad muestran una fuerte fijación en la etapa oral, con rasgos anales. Esto es observable en medida que Perla se sobre esfuerza por lograr el afecto de sus padres, los cuales son figuras escasamente afectivas, sus conductas referentes a la alimentación y, por último, el control excesivo respecto a su imagen y peso.

Esta fijación en la etapa oral de desarrollo está relacionada con la dificultad de vincularse con la madre a temprana edad, dificultad que ha sido favorecida por la personalidad de su madre, la cual se comunica a través de la emisión de mensajes dobles ya que por momentos brinda apoyo y contención emocional, pero por otros se torna agresiva y nulificadora así como el estilo afectivo de su madre que está orientada a cubrir las necesidades físicas de sus hijos, pero descuida las necesidades emocionales. Estos factores han derivado en la obstaculización de la adquisición de la confianza básica y la instauración de un impulso de vida en Perla.

Un ejemplo de lo antes mencionado es que, a lo largo de las sesiones, Perla refiere que ha sido la única de los hijos de la familia en ser criada directamente por la madre, aunque desconoce los motivos, pero este hecho es continuamente reprochado.

Las relaciones afectivas de Perla se caracterizan por estar teñidas de un vínculo de tipo ambivalente, que desea el afecto y la proximidad de sus objetos, sin embargo, de igual manera se

esfuerzo de manera desmedida por separarse y alcanzar su individualidad. Este estilo de vínculo está directamente relacionado con la conducta alimenticia de Perla, quien suele comer en exceso y al sentirse invadida, opta por vomitar.

Otro aspecto en donde se hace evidente esta problemática para conseguir individuarse, es la dificultad que Perla ha manifestado para llevar a cabo una elección vocacional, dado que a pesar de que su familia le reitera que ella puede dedicarse a lo que ella desee, cuando ella expresa su interés por estudiar una carrera relacionada con las artes culinarias, ambos padres la reprenden exigiéndole interesarse por una carrera “de verdad” y que se oferte en los planes de estudio de la universidad pública de la entidad.

Perla ha introyectado profundamente las exigencias de su madre, quien constantemente le ha repetido que tiene que ser buena y no tolera sus errores, lo cual se complementa con el estilo autoritario del padre, quien solamente le dirige la palabra para hacerle notar las cosas que no ha hecho o que no ha realizado de manera adecuada, por lo que se esfuerza en exceso por agradar a través de su desempeño académico, las múltiples tareas que realiza en el hogar y además a través de su imagen física, sin embargo, dichos esfuerzos resultan infructuosos dado que no recibe reconocimiento por sus logros y las exigencias se incrementan de manera constante, lo que deriva en una constante frustración.

Ante la impotencia y sentimiento de indefensión generado por el ambiente familiar, Perla ha optado por modificarse a sí misma, a través de las dietas y el ejercicio físico, el aislamiento social y el ensimismamiento.

En el funcionamiento general de Perla, es posible observar que su superyó se encuentra exacerbado, dado que rige sus conductas en función de creencias rígidas e inamovibles tales como “debo ser delgada”, “debo agradarle a mis padres”, “debo destacar entre los demás a

cualquier costo”, “debo ser una buena hija”, etc., que al no ser alcanzados plenamente generan un intenso malestar psíquico y sentimientos de culpa.

En relación a lo anterior, se puede decir que el yo de Perla, se mantiene en una lucha constante entre satisfacer las demandas de su superyó y el saciar los impulsos del ello lo que deriva en una conducta impulsiva que se escenifica principalmente a través del síntoma bulímico, dado que cuando la necesidad de alimento sobrepasa sus límites Perla opta por ingerirlo de manera voraz, como si tuviera que acabarse el mundo, lo cual le genera culpa, por lo que de manera compensatoria recurre al vómito al finalizar los episodios de atracón.

Algunas de estas exigencias superyoicas se encuentran presentes a nivel consciente, así como toda la información de sí misma con la que se relaciona día con día, es decir, sus gustos, intereses, aficiones, las personas con las que se relaciona, así como las emociones y sentimientos que experimenta de manera cotidiana.

A nivel preconsciente se considera toda la información que no se encuentra disponible con inmediatez pero que a través del análisis es posible sacar a flote, un ejemplo de este tipo de información son los recuerdos situacionales que Perla posee al respecto del origen de su trastorno de la alimentación, pues tras varias sesiones de analizar los síntomas, refiere que cree que la anorexia se instaura en su vida a la par en que las infidelidades de su padre son descubiertas por la familia.

En un nivel inconsciente, se encuentra la mayor parte de la información que resulta conflictiva para Perla y que ha sido reprimida como mecanismo para disminuir la angustia. Entre esta información podemos situar el rechazo de las figuras parentales, el cual es percibido por Perla a través de diferentes situaciones tales como las constantes comparaciones realizadas entre ella y su hermana, el escaso contacto físico con sus padres, los continuos reproches respecto a su conducta alimentaria, la reiterada nulificación a la que la somete el padre a través de negarle la

palabra y no prestarle atención a las cosas que para Perla resultan de interés, así como la continua interrupción de la madre ante los tratamientos a los que Perla se ha sometido con la finalidad de darle una solución a su trastorno alimentario.

De igual manera, en este nivel, se encuentra el significado simbólico del alimento, su restricción, la sobreingesta y el vómito, lo cual permite que se genere un ciclo que parece no tener fin, el cual se activa ante la angustia que Perla experimenta en determinados momentos del día, principalmente al momento de reunirse con su familia para comer.

A continuación, se describe el estado en el que se encuentran las funciones yoicas de Perla al inicio del tratamiento:

a) Prueba de realidad:

Esta función se encuentra en un nivel óptimo debido a que Perla recibe y procesa los estímulos internos y externos de manera adecuada, además de encontrarse ubicada en tiempo, espacio y persona, logrando reflexionar respecto a su realidad interna.

b) Sentido de realidad:

En este sentido, Perla presenta alteraciones diversas, principalmente en lo relacionado a la percepción de su imagen corporal, dado que no se evalúa con objetividad, lo cual deriva en la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado en comparación con las otras mujeres que le rodean.

De igual manera, le cuesta trabajo percibirse como la mujer legalmente adulta que es, sometiéndose casi por completo a la voluntad de los padres y comportándose en muchas circunstancias como si su opinión no tuviera un valor real.

c) Funcionamiento defensivo:

Perla suele utilizar principalmente tres mecanismos de defensa: represión, proyección y vuelta en sí misma.

En este sentido, el mecanismo de represión es observable a través de la supresión de reacciones ante situaciones estresantes o molestas, por ejemplo, cuando sus padres hacen algún comentario desagradable respecto a ella en situaciones públicas, ella opta por quedarse con la emoción sin emitir comentarios o respuestas a los mismos.

En cuanto a la proyección, un ejemplo claro está en la repulsión que Perla manifiesta respecto a la conducta alimentaria del padre, de quien afirma que come como si jamás hubiera consumido alimentos o de manera desesperada, ya que pareciera depositar en él la repulsión que le provoca su propia conducta alimentaria durante los episodios bulímicos.

Por último, al no saber cómo expresar sus emociones ante los otros, Perla decide llevar hacia su cuerpo todas aquellas vivencias, llevando a cabo conductas de restricción alimentaria durante el síntoma anoréxico y aislándose para evitar la mirada y el juicio de los otros.

d) Regulación y control del pulsiones y afectos:

Perla manifiesta severas dificultades para controlar sus impulsos y emociones de manera adecuada, por lo que recurre a realizar conductas poco adaptativas ante la aparición de los mismos, tales como recurrir a los atracones y al vómito.

Demuestra que se frustra con facilidad cuando no obtiene lo que desea especialmente en la esfera familiar, por lo que se alimenta un ciclo interminable entre la aparición de las emociones conflictivas y el síntoma.

e) Juicio:

Si bien Perla suele hacer un adecuado análisis de las consecuencias probables de sus conductas, presenta ciertas dificultades para hacerlo de manera adecuada cuando de sus relaciones interpersonales se trata, ya que en la búsqueda del afecto y la aceptación de los otros, se ha involucrado en una relación de noviazgo que surge inicialmente a través de una red social, pasando por alto los peligros que implicaba establecer un primer contacto personal con alguien de quien se desconocen antecedentes.

f) Relaciones de objeto:

Ésta área representa la función con mayor conflicto en el mundo intrapsíquico de Perla, ya que presenta un vínculo ambivalente con sus padres, dado que la relación se encuentra caracterizada por un continuum de búsqueda y rechazo, lo que afecta de manera evidente la relación que Perla mantiene con otros significantes, específicamente el alimento y la pareja.

g) Procesos de pensamiento:

Perla presenta dificultades para recordar con claridad y facilidad eventos relacionados con su vida cotidiana, lo cual se asume que es a consecuencia del posible daño en la memoria a mediano plazo como resultado de la convivencia con los síntomas bulimáxicos a lo largo de un tiempo prolongado (4 años).

Pese a ello es capaz de conceptualizar adecuadamente sus ideas y sentimientos, haciendo uso de un vocabulario apropiado para su edad y nivel educativo.

h) Regresión adaptativa al servicio del yo:

Perla hace uso del llanto cuando la carga emocional negativa le resulta avasalladora, sin embargo, de manera posterior no suele expresar en palabras aquello que le genera

malestar, por lo que, al quedar con una carga negativa considerable, recurre al síntoma bulímico como medio de expresión.

Dado que después de la regresión, no presenta conductas de afrontamiento efectivas, se considera que esta función no se está presentando de manera óptima.

i) Barrera de estímulos:

En este sentido, Perla es capaz de distinguir los estímulos externos y adecuar su comportamiento a los mismos.

j) Funcionamiento autónomo:

Pese a que Perla posee la capacidad para realizar tareas que requieren del uso de sus funciones mentales superiores (atención, concentración, memoria, capacidad de aprendizaje, percepción y función motora), le resulta complicado actuar en función de sus intereses ya que le da prioridad a la opinión de sus padres, limitándose así a hacer lo que otros le requieren.

Perla posee antecedentes de buen desempeño escolar y la posesión de habilidades en diversas áreas, sin embargo, ella refiere que, a pesar de ello, de manera habitual se siente insegura al respecto y solicita la validación de los otros.

k) Funcionamiento sintético integrativo:

Perla suele integrar en su vida aspectos tanto positivos como negativos, sin embargo, existen periodos de su vida obnubilados en sus recuerdos (como las situaciones vividas en su infancia y las circunstancias alrededor de la aparición de sus síntomas). A pesar de ello, se apropia de la historia que recuerda, reconociendo que su vida es un continuo que le pertenece y en el cual se ven implicados tanto procesos psíquicos como conductuales.

1) Dominio competencia:

Pese a la evidencia de que Perla posee conocimientos, habilidades y actitudes que le permitirían enfrentar las diversas problemáticas a las que pudiera enfrentarse a lo largo de su ciclo vital, le resulta complicado percibirlo de esa manera, emitiendo juicios muy duros respecto a sí misma, los cuales confirma al someterse a la evaluación de sus significantes más importantes (madre y padre), quienes, del mismo modo, la suelen juzgar con severidad.

4.4 Pruebas

- **Test del dibujo de la familia.**

Se aplicó el test del dibujo de la familia humana presentándole a Perla una hoja en blanco junto con un lápiz al tiempo en que se le dio la instrucción “Dibuja a tu familia”.

Ante la instrucción, Perla hace muestra de un comportamiento defensivo al expresar que no sabe dibujar, sin embargo, al aclararle que el elemento estético del dibujo no resulta elemental, comienza a realizar la tarea solicitada.

Perla comienza dibujando una figura aparentemente femenina con la cabeza muy grande, aunque posteriormente comienza a borrar y finalmente decide dibujar en la otra cara de la hoja.

El dibujo fue realizado secuencialmente de izquierda a derecha, y elaborando las figuras de arriba hacia abajo. El orden de presentación de las figuras fue: Hermana mayor, hermano menor, madre, ella y por último el padre. Cabe señalar que a mitad del dibujo pregunta si es necesario que ella se incluya en el dibujo, a lo que se le contesta únicamente con la repetición de la instrucción: Dibuja a tu familia.

Al término de la realización del dibujo se le hicieron las siguientes preguntas:

a) ¿Qué están haciendo las personas del dibujo? R: Están parados en la casa.

- b) ¿Quién es la persona más feliz? R: Mi hermanito, ya que es un niño y no le preocupa nada.
- c) ¿Quién es la persona menos feliz? R: Mi mamá, porque le preocupan muchas cosas, le han hecho muchas cosas. Está apurada siempre, estresada y cansada.
- d) ¿Quién es la persona más buena? R: Mi mamá, siempre hace el bien y no espera nada a cambio.
- e) ¿Quién es la persona menos buena? R: Mi papá, porque lastima y no se da cuenta.

Siguiendo el modelo de interpretación de acuerdo a Corman, el dibujo puede ser analizado en tres planos: Gráfico, Estructural y de Contenido. A continuación, se procede a describir cada uno de estos.

Plano gráfico.

- a) Trazo: En el dibujo de Perla se observa un trazo fuerte, comúnmente relacionado con la manifestación de pulsiones poderosas, audacia y ciertos grados de violencia.
- b) Amplitud: Los trazos dentro de los dibujos son cortos, lo cual denota inhibición de la expresión vital y la tendencia a replegarse hacia sí misma.
- c) Ritmo: El dibujo resulta estereotipado, lo cual hace notar una pérdida de la espontaneidad, la sumisión ante las reglas y rasgos de personalidad obsesivos.
- d) Sección de página: El dibujo es realizado en la parte inferior izquierda de la hoja, lo cual representa una posible depresión o apatía, así como tendencias regresivas.

Plano estructural.

En este sentido, la estructura de los dibujos realizados por Perla se cataloga dentro del tipo racional, debido a que resultan estereotipados y rítmicos. Esto se traduce en un símbolo de inhibición y la tendencia a guiar su comportamiento con base a las reglas establecidas.

Plano de contenido.

En cuanto a este plano cabe destacar que el dibujo representa la identificación de la realidad que Perla posee, ya que dibuja a todos los elementos de su familia real. Por otra parte, es posible ver que existe una identificación defensiva con el miembro más poderoso de la familia, al dibujarse del mismo tamaño del padre cuya figura es considerablemente de mayor tamaño que el resto de los integrantes de la familia, así como la presencia de rasgos similares al dibujo de la madre.

En cuanto a la valoración y desvalorización de las figuras, se puede afirmar que el elemento más significativo para Perla es su hermana mayor, quien es dibujada en primer lugar. Por otro lado, existen muestras de desvalorización del padre, ya que es el único elemento al que no se le pone el nombre dentro del dibujo aunado al hecho de ser el último elemento en ser plasmado en el papel, pese a ello se muestra cierta valoración al ser éste la figura de mayor tamaño dentro del dibujo. Estos elementos denotan la fuerte ambivalencia percibida por Perla en lo relativo a sus afectos hacia su familia.

Aunado a los aspectos considerados por Corman, es importante señalar la aparición de otros tantos elementos que proporcionan información útil al momento de la interpretación del test. Algunos ejemplos son la presencia de borraduras, el tamaño considerablemente pequeño de las figuras, la distancia que se establece entre Perla y los demás bloques dentro de la familia, así

como el intento por perfeccionar las figuras correspondientes a los padres; Estos elementos denotan ansiedad, sentimientos de inferioridad e inseguridad, la falta de comunicación percibida dentro del ambiente familiar, así como la valorización de las figuras parentales, respectivamente.

4.5 Sesiones

Sesión 1. 5/10/2015

Perla llega 15 minutos antes del horario de la sesión a la clínica y manifestó algunas dudas respecto al modo de pago de las sesiones, las cuales se le solucionan en el momento y ella se retira para llevarlo a cabo y regresar a tiempo para la sesión.

Llega vistiendo de manera casual y acorde a su edad. Al entrar al consultorio se procede a la presentación de la terapeuta y se llevó a cabo la lectura de los documentos administrativos: contrato terapéutico, carta de derechos y obligaciones del usuario y por último el consentimiento informado, procediendo a la firma de los mismos una vez que quedaron resueltas las dudas pertinentes.

Esta sesión se utilizó principalmente para recabar información respecto a su motivo de consulta, así como de sus relaciones familiares grosso modo. Perla refiere vivir con su familia nuclear (Padre, Madre, Hermana mayor y Hermano menor) pero tener una pobre relación con ellos que se ve teñida de conflictos constantes. En referencia a los conflictos comenta que estos se acentuaron cuando ella recibió tratamiento por anorexia nerviosa en una unidad de atención perteneciente a una institución pública aproximadamente tres años atrás.

Tras explorar su estado emocional en función de dichos conflictos se le reforzó la idea de que en el espacio terapéutico podrá expresar todo aquello que desee y que a partir de ese momento ella y la terapeuta conformaran un equipo para lograr que se sienta mejor y le pueda dar

solución a aquellos problemas que la aquejan. Este momento resultó ser muy emotivo para Perla por lo que hubo un momento de llanto. Se acordó con ella explorar un poco más de su historia en la siguiente sesión por lo que se le encargó traer a la consulta una autobiografía breve con los aspectos que para ella resultaran más importantes de su historia.

Sesión 2. 13/10/2015

En esta ocasión Perla, llega nuevamente puntual a su cita. Al darle la bienvenida y preguntarle cómo se encontraba responde que se encontraba bien con una sonrisa en el rostro y posteriormente le entrega a la terapeuta unas hojas que contenían la autobiografía que se le encargó en la sesión previa. Ella opta por leerla en voz alta ya que “a veces no se entiende bien lo que escribo” y la terapeuta escucha con atención la narración de la historia.

Llama la atención que en su relato se hace mayor mención de sus relaciones interpersonales y su influencia en su motivo de consulta más allá de eventos significativos, se describe en función de lo que otros dicen de ella y hace énfasis en la percepción de exclusión del seno familiar. Cuando habla de sus problemas de alimentación, hace referencia a que no existe una necesidad de querer ser más delgada en función de una idea de perfección o por alcanzar una meta específica en su peso, sino en resultar ganadora en una comparación con otras mujeres. Además de esto resalta el hecho de que su relación con la comida ha sido variante ya que pasó por una etapa de restricción casi total (anorexia) y posteriormente de descontrol, pasando por una temporada con atracones varias veces al día sin inducción del vómito y actualmente existen atracones con inducción del vómito (bulimia).

Después de la lectura se utilizó la información proporcionada para preguntarle con mayor detalle acerca de ella misma, su relación con la familia, su relación con las demás personas y a su problemática alimenticia, información que proporciona sin poner resistencia.

Al terminar la sesión se le agradece por compartir información tan sensible y por la confianza mostrada en el consultorio, y que dado que lo que comparte es sumamente importante, se hablará con mayor detalle en la siguiente sesión.

Sesión 3. 19/10/2015

Perla llega puntual al igual que en sesiones anteriores, sin embargo, es notorio que llega con el cabello teñido de color rosa, aunque no se hace referencia a ello durante la sesión. Tras darle la bienvenida ella comenta que ha estado muy tranquila y procede a hacer un relato de sus actividades de la semana, siendo evidente que al hablar de cada día hace énfasis en las personas con las que convivió y además en aquello que ingirió o cocinó estando con esa compañía. Tras mencionar los aspectos positivos de su semana (Tuvo convivencia con su novio, sus hermanos y su mamá) cambió radicalmente de tema y comenzó a expresar su creciente preocupación por su elección vocacional, por lo que en esta sesión se dejó de lado la exploración de su motivo de consulta principal y se le permitió expresar aquello que le preocupa.

A lo largo de la sesión menciona que ella considera que le encantaría estudiar gastronomía, pero que su familia le ha exigido estudiar una “carrera de verdad” en la universidad pública del estado y que además a ella le preocupa sentir que si decide no hacerle caso a su familia la rechacen de manera más evidente. Sus principales opciones son: Gastronomía, Nutrición o Medicina, aunque ha explorado también diferentes planes de carrera del área de sociales.

Comenta que este tema la pone en un estado realmente ansioso, le genera insomnio y mucha incomodidad porque le da miedo elegir mal o elegir algo y fracasar. Actualmente ella se encuentra laborando porque no logró ser admitida en la universidad en el proceso de selección previo, pero siente que su madre constantemente le reprocha por ello y actualmente se encuentra

realmente presionada por lograrlo, y se siente abrumada por tener que elegir entre lo que su familia desea y lo que a ella la haría feliz.

Se exploraron los sentimientos referentes al proceso de selección anterior y al próximo, las estrategias que ha utilizado para intentar elegir ahora y las expectativas que tiene al respecto. Se le nota realmente ansiosa ante todo lo que implica un nuevo proceso, pero más allá de la elección de la carrera, menciona que le resultaría insoportable “volver a fracasar”.

Antes de dar por concluida la sesión se le remarcó la pertinencia de algunas de las estrategias que ha implementado al respecto y se le hizo hincapié en que su elección vocacional sería preferible que la lleve a cabo en función de lo que a ella le agrada más allá de lo que resulta agradable para otras personas, ya que el tiempo que dedicará en su vida para ejercer su profesión es realmente importante.

Perla se retiró más tranquila respecto al tema.

Sesión 4. 26/10/2015

Al llegar Perla a la sesión se le da la bienvenida y se le pregunta cómo se encuentra, refiere sentir mucha preocupación ya que se está presentando la necesidad de hacer una inversión fuerte en un curso propedéutico para su proceso de selección de la universidad y teme por que no pueda cubrir sus gastos (comida, sesiones de terapia, los cursos, etc.) y que esta preocupación incrementó debido a que perdió un sobre con una cantidad considerable de efectivo. Esta preocupación está fundamentada bajo la idea de que es ella quien debe cubrirlos para no generarles preocupaciones a sus padres, por lo que decidió reducir el número de salidas que lleva a cabo.

Aunado a esto refiere que durante el fin de semana fue su cumpleaños y que no lo disfrutó, ya que su familia no consideró lo que ella quería y además de no hacerle nada especial,

la obligaron a comer un pastel que ella no quería y después de eso se encerraron en sus cuartos a dormir. Y a pesar de que su novio la llevó a cenar, comenta que para ella no representó un gesto especial ni un esfuerzo real ya que pagó con puntos promocionales y ni siquiera invirtió en otro tipo de presente. Después de narrar esto comenta “a mi hermana en su cumpleaños mis papás le pagaron una serenata” denotando de esta manera las marcadas diferencias que ella percibe entre el trato a su hermana mayor y el que ella recibe dentro de la familia.

Otro tema relevante que se tocó en la sesión fue su inconformidad con el novio porque pareciera que no puede tener detalles con ella que impliquen un gasto por pequeño que sea, ya que fueron de compras y a ella se le antojaron unos cacahuates y al momento de pagar, le pidió pagar la mitad de las cosas y era algo realmente económico, ella lo percibe como una falta de esfuerzo de su parte y que las veces que se lo ha comentado, él opta por reclamarle otras cosas como que no le responde rápidamente los mensajes sin tomar en cuenta que ella está ocupada en otras cosas.

Después del relato se le reflejó que pareciera que sucedieron cosas que no le agradaron, sobretodo en su cumpleaños y que mucha de su incomodidad radica en el hecho de que espera cosas de los demás y dichas cosas no suceden o no suceden como ella esperaría. Ante este comentario hizo referencia a un aspecto positivo la cual consistió en una cena a la que fue con su familia, su abuela y una amiga de ésta última, la cual refirió como la primera ocasión en mucho tiempo en la que pudo compartir la mesa con su padre sin desesperarse por su manera de comer. Reflejó que había estado pensando en su relación con la comida y en que ella percibe que los demás “se llevan bien con ella” aunque seguramente su padre a su manera no lo hace igual que ella y que dicho pensamiento la ayudó a regular la desesperación en esa cena.

Después de esta narración se le reflejó que entonces si pasaron cosas positivas, a lo que contestó que sí pero que por lo general suele enfocarse en un solo aspecto de las situaciones y que

se había quedado con lo negativo porque fue lo más significativo, especialmente lo del pastel de cumpleaños porque ella no lo quería debido a que le genera demasiada ansiedad el pensar que si come un pedazo, se lo va a terminar comiendo todo, por lo que decidió partir y repartir el pastel y esconder el sobrante en un lugar poco visible del refrigerador para no verlo.

Menciona que lo que le llamó la atención es que hay días donde se preocupa mucho por eso (como el sábado) pero que hay días donde se permite algún antojo sin sentirse mal, aunque en realidad son pocos.

A partir de este momento abordó con mayor detenimiento el hecho de que le preocupa el no poder controlar las emociones referentes a la comida y no entender qué es lo que la hace diferente a los demás, a pesar de que existen momentos en los que puede sentirse bajo control.

Sesión 5. 9/11/2015

Perla llega puntual como es habitual a la sesión y se le invita a pasar al consultorio, en donde se sitúa en el lugar habitual. Tras preguntarle cómo se encuentra refiere mucho cansancio debido a las múltiples actividades a las que ha estado expuesta, posteriormente narra que salió a cenar con su novio y que tuvo una reunión con amigas que no veía. Cabe recalcar que en ambos relatos hizo hincapié en lo referente a la comida, lo cual se le reflejó y ella pudo decir que sabe que, desde hace mucho tiempo, incluso sin saber desde cuando con exactitud, la comida se ha convertido en un elemento central de su vida, aunque se lo atribuye principalmente a la temporada en la que se involucró en el modelaje por tener que cuidar de manera estricta aquello que ingería. Refiere que en ese sentido, la incomodidad que siente respecto a su imagen radica en una constante comparación y sentimiento de competencia con otras mujeres, ya que ella siente que debería ser más delgada o atractiva que las demás y que cuando coincide con personas con estas características el hambre desaparece o decide restringir su ingesta, pero que el sentimiento

de malestar es peor cuando esa persona delgada come en grandes cantidades porque piensa que si ella comiera todo eso engordará y no podrá verse mejor.

Retomando la época en la que se involucró en el modelaje, refiere que además de la notable pérdida de peso, estaba invadida por la culpa generada por su constante comparación con las demás personas y por comer cuando ella sentía que no debía hacerlo. Cabe recalcar que las personas que se percataron de la situación problemática por la que atravesaba Perla, fueron las autoridades de la escuela, por lo que la canalizaron para recibir atención en una institución perteneciente a una universidad pública del estado de Yucatán.

Perla refiere que su madre estaba en contra de que recibiera atención ya que afirmaba que se trataba de un simple capricho adolescente y que si no comía se debía a que Perla se había vuelto “una niña muy mañosa”, sin embargo tras la explicación del psicólogo la llevó a las citas y pasó más tiempo con ella, aunque a partir de ese entonces la relación con su padre se volvió más distante y conflictiva, de manera que ella se siente responsable por ello y por los problemas existentes entre sus padres.

Ante estos comentarios se le refleja la idea de que en esos momentos era ella quien requería mayor atención y que el resto de la familia se haya replegado por no saber de qué manera apoyarla y por no saber en qué consistía su problemática. Se le pide narrar más de lo que recuerda de la época de su tratamiento previo ante lo que responde que recuerda que le molestaba ir porque a pesar de que se suponía que no debía saber cuánto pesaba ella siempre lo escuchaba y le molestaba que le dijeran que tenía que subir de peso y le dieran dietas con esa finalidad, aunque dichas dietas jamás se siguieron al pie de la letra porque su madre se quejaba de tener que cocinar diferente para ella, por lo que ella debía ajustar las porciones de la comida que se preparaba en casa. Al preguntarle cuánto pesaba al inicio del tratamiento ella responde que pesaba 39 kg, pero que después del tratamiento recupero peso de manera considerable y logró

volver a comer de manera normal sin preocuparse por una temporada bastante prolongada, aunque no recuerda exactamente el momento en que la preocupación se hizo presente de nuevo. Lo que sí recuerda es que en una ocasión se encontraba en casa de sus abuelos se le antojaron unas galletas y después de comprarlas y comerlas, terminó gastando todo su dinero en comida chatarra, y que durante el tiempo en que estuvo comiendo se sintió muy feliz, aunque ya después se sentía indispuesta por el exceso. Estos episodios de ingesta excesiva se hicieron cada día más frecuentes, subió mucho de peso y el malestar estomacal le duraba mucho tiempo, por lo que después de una temporada comenzó a vomitar primero con la intención de aliviar el malestar en el estómago y luego como método para controlar su peso.

En la actualidad, la ingesta excesiva de alimentos tiene una función de regulación emocional ya que se presenta en los momentos en los que Perla tiene que lidiar con emociones complicadas como el enojo, la tristeza o la ansiedad, aunque le resulta difícil identificar la raíz de dichas emociones.

Sesión 6. 18/11/15

Perla llamó a la clínica para cancelar su asistencia a la cita debido a que no tenía manera de llegar a la sesión, dado que su familia iba a despedir a su madre que se fue de viaje y no estaban en disposición de llevarla. Esto último puede interpretarse como una forma de sabotaje familiar al tratamiento dado que Perla se ha notado motivada a lo largo de las sesiones previas.

Sesión 7. 23/11/15

Perla llega con 10 minutos de retraso a la sesión luciendo cansada y de mal humor, sin embargo, antes de que se le dé la bienvenida, ella comenta que pareciera que “Los kleenex son eternos”.

Al iniciar la sesión en forma se le pregunta cómo ha estado, a lo que responde que se ha sentido más cansada que nunca ya que debido a que su madre se fue de viaje, a ella la dejaron encargada de muchas de las labores del hogar. Por otra parte, se mostraba molesta por la poca ayuda recibida por parte de los demás integrantes de su familia y porque cuando ella les pidió el favor de traerla a su cita de la semana pasada, ni su padre ni su hermana quisieron, por lo que tuvo que llamar para cancelar, ya que en camión le resultaba imposible llegar a tiempo.

Comenta que ella estuvo encargada de preparar a su hermano menor para la escuela, preparar desayuno, comida y cena, limpiar y ordenar la casa además de ir a su trabajo y a sus clases de inglés, aunque más allá de eso lo que evalúa como más difícil es que nadie la apoye o mínimo reconozca lo que ella hace, que nadie le hable y que no la tomen en cuenta.

Perla refiere que a pesar de que su mamá le dejó asignadas algunas tareas a sus hermanos, ellos no las realizan y el padre la obliga a hacerlas cuando ella se atreve a recordarlas.

Se le refleja lo difícil que debe ser estar en su situación y lo frustrante que debe ser para ella el ver de manera más notoria lo distante que es la relación con su familia ahora que su madre no se encuentra, a lo que refiere que si le resulta bastante molesto porque nadie la reconoce y porque cuando se queja, su padre dice que solamente se fija en lo malo de los demás y que no ve lo que ella hace mal, y que ella considera que es la única que está haciendo cosas por y para la familia y que no es justo que la traten de esa manera, además del cansancio físico que la deja sin ganas de hacer nada.

Menciona que se siente sola, porque cuando su madre está presente a pesar de los conflictos por lo menos tiene compañía, ya que los demás se encierran en sus habitaciones y solo le hablan para pedirle cosas, que no puede descansar ni un momento porque no respetan su espacio, ya que entran y salen de su habitación a su antojo ya que la única puerta de la casa que no sirve adecuadamente es la de ella y por ello debe permanecer abierta. También menciona que estaba molesta debido a que le proporcionó dinero a su madre para que le comprara algo de ropa y ella optó por comprar cosas que sabe que no le gustan, sin contar el hecho de que a sus hermanos les compró cosas sin pedirles dinero, pero a ella le dijo que, si quería algo, que le diera la cantidad que correspondía.

Se le reflejó que en sesiones anteriores había mencionado que la relación con su madre era conflictiva y que con la que mejor se llevaba era con su hermana, pero que en esta sesión plantea las cosas de manera diferente, a lo que responde que sí, que en realidad la relación es conflictiva con todos pero que la madre es quien la toma más en cuenta y a quien le agradece más por haber estado en los peores momentos.

Se le refleja entonces que el viaje de su madre le ha permitido ver algunos aspectos positivos de su relación con ella y se ve satisfecha con el comentario, aunque posteriormente dice “me pregunto por qué no puede ser de esa manera con mi papá”, ya que afirma que por más que se esfuerza por agradarle pareciera que cada día que pasa la rechaza más.

Se le preguntó qué ventajas espera obtener de esforzarse tanto por agradarle a su padre a lo que ella responde que tiene la esperanza de que la tome en cuenta, que no la ignore o sentirse querida por él, aunque actualmente esos esfuerzos infructuosos la enojan y la agotan. Expresa que no espera recibir el mismo trato que sus hermanos porque sabe que son diferentes, pero que esperaría que la trataran de manera en que fuera evidente que es parte de esa familia, ya que, aunque lo es, el trato que recibe no lo demuestra.

Sesión 8. 30/11/15

Perla llega con 10 minutos de retraso a la sesión y al preguntarle cómo ha estado responde que ha estado con un estado de ánimo decaído, con poca energía y sin ganas de hacer nada, y que además su fin de semana se tornó desagradable ya que salió con su familia a un buffet y sentía que no podía parar de comer, por lo que se puso de mal humor y le pidió a su madre retirarse del lugar, pero ésta no le hizo caso y le pidió que se aguantara, lo cual la dejó cada vez de peor humor. Al preguntarle qué fue lo que originó la crisis de ansiedad menciona que todos hablaban de cosas en las que sentía que no podía participar y se comenzó a sentir incómoda, pero nadie pareció notarlo. Relata que aunado a la sensación de no ser parte de lo que ocurría en la mesa, aparecían pensamientos como “se va a acabar la comida” o “no sé en cuanto tiempo pueda volver a comer esto”, lo que hacía que su ansiedad se elevara y no pudiera ponerle freno a su ingesta. Comenta que después de eso en la noche se sentía muy triste y desganada, no quería ver a su novio y quería estar sola, que su madre intentó calmarla diciéndole que sólo había sido un mal día y que ella “podía controlarlo si quisiera”. Cabe recalcar que mencionó que pese al malestar no recurrió a la provocación del vómito a pesar de que sí quería hacerlo.

Después de explorar lo sucedido en esa comida familiar se le cuestionó respecto al significado que tiene para ella la comida, a lo que respondió que no sabe con exactitud pero que cuando come, mientras lo hace se siente bien, aunque después se recrimina; que hay veces en las que puede comer con normalidad y otras veces donde surge el atracón y a veces el vómito. Siente que cuando se descontrola se parece al padre, que siempre parece comer como si no hubiera comido o como si tuviera que arrasar con todo y que el pensar en esta similitud con él no le agrada, porque no quiere ser como él.

Refiere que su conducta alimenticia parece ser un ciclo de “me siento mal, como mucho, mientras lo hago me siento bien, luego me siento peor que al inicio y continúo comiendo hasta

que físicamente me siento mal”. A pesar de ello refiere que la comida para ella le representa bienestar y felicidad inmediatos, ya que recurre a ella en momentos donde se siente incómoda, triste, enojada o ansiosa y por otra parte considera que es un eje importante en su vida debido a sus problemas de alimentación porque le da mucho peso a todo lo que se refiere a comida.

Se le preguntó acerca de la importancia de considerar la comida como remedio inmediato y en qué otras áreas de su vida le sucede lo mismo y menciona que le pasa con todo, que le gusta solucionar las cosas de manera rápida y a su manera y que si no obtiene los resultados esperados se pone ansiosa.

Por otra parte, refiere que come principalmente cuando se siente sola y que es por eso que cree que cuando está con su novio o con sus amigas no le sucede pues ellos la tratan bien y parecen aceptarla por completo. Y que la ansiedad se genera principalmente cuando come con su familia, pues la manera de comer del padre en realidad le perturba.

Sesión 9: 7/12/2015

Perla llega puntual a su sesión y tras darle la bienvenida se le informa que la dinámica de la sesión será diferente ya que se le pedirá realizar algunas cosas. Se le pide dibujar a su familia y ella comenta que no es muy buena dibujando, por lo que se le explica que no importa si el dibujo es bello o no, sino que el único requisito es que no sean dibujos de palitos. Después de aclarar las instrucciones, Perla lleva a cabo la indicación y comienza a dibujar, llevando a cabo múltiples borraduras y pese a la instrucción termina dibujando a su familia a modo de caricatura. Al haber dibujado a la mayoría de su familia pregunta si es necesario que se incluya en el dibujo a lo que se le responde simplemente con la frase “dibuja a tu familia” tras lo cual se dibuja. Llama la atención que debajo de cada personaje escribió quién era, excepto con la figura del padre.

Se procedió a llevar a cabo las preguntas pertinentes al dibujo de la familia, por lo que comenta que en el dibujo su familia se encuentra simplemente de pie en su casa, que considera que la persona más feliz es el hermano menor debido a que es un niño y no le preocupa nada, la persona percibida como menos feliz es la madre ya que tiene demasiadas preocupaciones, le han hecho cosas malas, está apurada siempre y además siempre esta estresada y cansada. De igual manera la madre es percibida como el elemento más bondadoso de la familia debido a que hace el bien sin esperar nada a cambio y el personaje menos bondadoso sería el padre debido a que lastima sin darse cuenta.

Tras finalizar la aplicación del dibujo de la familia se le pidió que en una hoja en blanco escribiera con pocas palabras características de su relación con cada uno de los miembros de su familia, llegando a la conclusión de que con la mayoría de ellos existe una marcada ambivalencia, mientras que percibe un total rechazo del padre.

Aprovechando la información obtenida se le presenta la relación existente entre la manera en la que se relaciona con su familia y la forma en la que lo hace con la comida, siendo que con ambas cosas a veces las acepta, otras veces no las toma y que otras veces las rechaza por completo y las saca de sí. Tras esta explicación, Perla comienza a llorar, diciendo que jamás lo había visto de esa forma pero que le hace sentido y que en parte la hace sentir alivio porque se da cuenta que su problemática con la comida tiene que ver con más cosas que su simple voluntad como su madre y su hermana se lo han dicho, que va más allá de una simple elección y que es por eso que a pesar de desear detener el problema aún no es posible.

Por otra parte pregunta que si las relaciones familiares son en parte el origen y la consecuencia de los problemas con la comida, por qué es que no todos en su casa atraviesan por la misma situación, a lo que se le explica que cada quien lo demuestra en diferentes áreas, sin embargo se le recuerda que ella mencionó que su hermana también tuvo un problema de anorexia

y que quizá una diferencia que existe entre las problemáticas es que ella ha encontrado la manera de enfrentarla de manera exitosa, pero que ahora ella tiene la oportunidad de encontrar SU manera de enfrentar la situación.

Sesión 10: 14/12/2015

Tras darle la bienvenida a Perla, ésta comenta que después de la sesión pasada se ha sentido más ansiosa y que le ha dado por comer más, lo cual le preocupa por que ya había logrado frenar esas conductas en algunas ocasiones y que teme que la bulimia sea algo que no desaparezca jamás de su vida o que regrese con la misma intensidad o más que antes, además de que se ha estado cuestionando cual es la diferencia que existe entre su hermana y ella para que ella haya podido superar su anorexia y ella no pueda darle solución a su propia problemática.

Se le refleja que ella en parte aprendió que la restricción alimenticia o el tener atracones y provocarse el vómito era una manera eficaz de lidiar con sus emociones, por lo cual en parte se ha convertido en un hábito, mientras que su hermana quizá encontró después una manera más efectiva para ella. Se le recuerda lo platicado respecto a la relación comida/relaciones familiares y se le pide que piense qué cosas cambiaron cuando su hermana solucionó su problema, a lo que refiere que su hermana logro atraer la atención y el afecto de sus padres pero que eso es algo que por más que se empeña ella no logra conseguir, que las cosas que hace para remediar su problema a veces solo lo empeoran como el hecho de restringir lo que come cuando siente que se va a descontrolar, ya que después se siente más ansiosa y cuando decide comer pierde el control nuevamente. Menciona estar harta de esta situación y su deseo de que se termine de una vez.

Cuando Perla expresa estos sentimientos se le recuerda que es una problemática que lleva muchos años con ella, que los avances serán graduales y que, aunque ella desee que se acabe de un día para otro no es posible, que en el camino hay avances y a veces ocurren recaídas pero que

lo importante es que ella está decidida a lograr un cambio, que está logrando identificar cosas relacionadas que antes no podía y que incluso ha habido ocasiones en las que ha podido controlar la situación.

Sesión 11: 4/01/2016

Se esperó a la paciente, sin embargo, no acudió a la sesión. En el transcurso de la semana llamó para preguntar si la clínica iniciaba labores el 11, cuando se le comenta que su cita estaba agendada para el día 4, se mostró realmente apenada por el olvido y aseguró presentarse a la siguiente sesión. Dado que cuenta con familiares involucrados en la dinámica académica de la facultad, se considera que este olvido es circunstancial dado que la

Sesión 12: 11/01/2016

Perla llega puntual a la sesión y lo primero que dice al entrar es “perdón”, al preguntarle a qué se debe la disculpa comenta que es porque olvidó que se reanudaba el tratamiento la semana pasada, tras tranquilizarla al respecto se continuo la sesión con normalidad.

Al preguntarle cómo estuvo, mencionó que la mayoría del tiempo estuvo muy bien porque pudo controlar su ansiedad por comer la mayor parte del tiempo, sin embargo, hubo momentos que la tensionaron y enojaron como enterarse de que llegarían unos familiares de Cozumel por el festejo de año nuevo, debido a esto ocurrieron atracones y vómitos, aunque comenta que cuando llegaron estos familiares la ansiedad desapareció hasta el momento en el que anunciaron que se iban.

Se le preguntó respecto a por qué consideraba que los atracones se presentaron justo en esos momentos, a lo que responde que primero sintió que iba a ser invadida porque le darían su cuarto a estos familiares, porque dormiría con la hermana, porque pensaba que mientras ellos

estuvieran en su casa ella no podría comer bien o que no tendría privacidad, aunque cuando llegaron la realidad fue que estos pensamientos fueron eliminados y se sintió cómoda, e incluso querida y aceptada. Fue esto último lo que le generó ansiedad a la partida de estos familiares, la certeza de que se volvería a sentir sola. Comenta que, durante esos días, la familia parecía funcionar como a ella le agradaría que funcionara todo el tiempo, además de que hablar con sus familiares le permitió distraerse de su problemática.

Perla refiere su ansiedad empeoró ya que días después de que sus familiares se fueran, discutió con su madre debido a que la culpó de haberse acabado la comida y que, pese a decirle que en esta ocasión ella no había tocado más que su porción, la madre no le creyó, le dijo que está harta de ella y ha optado por no dirigirle la palabra pese a los esfuerzos de Perla por retomar la comunicación.

Este evento clarifica para Perla el ciclo emocional de sus atracones ya que puede notar que se siente ansiosa cuando se siente sola, en esos momentos busca algún acercamiento con su familia, la familia la rechaza, se da un atracón y por último se siente culpable y vomita, sin embargo, ella hace especial hincapié en que cuando lo hace jamás lo hace con la comida de la familia y que prefiere gastarse su dinero en lo que comerá en esos momentos para evitar que se enojen con ella.

La terapeuta le hace notar que a veces las personas, en esta ocasión su madre, no saben cómo expresar adecuadamente sus emociones y que pareciera que la madre está cansada de la problemática y de no saber qué hacer más que realmente estar harta de ella, ya que por lo que ella comentaba en sesiones pasadas, es precisamente su madre quien más la ha apoyado en sus intentos de dejar la anorexia y la bulimia fuera de su vida.

Sesión 13. 18/01/2016

Tras darle la bienvenida a Perla, ésta comenta que tuvo una semana tranquila a pesar de la existencia de algunos episodios en los que se sintió sumamente ansiosa y no pudo evitar el atracón ni la purga. Esos episodios surgen principalmente con la familia y porque a pesar de estar con ellos, se siente sola. Comenta que a pesar de que quiere dejar su problemática con la comida fuera de su vida, a veces aparecen pensamientos respecto a que si deja de vomitar seguramente engordará, sin embargo, no piensa en absoluto en el tema cuando se encuentra con sus amigas o con su novio debido a la percepción que tiene de aceptación incondicional, mientras que con su familia se siente juzgada o poca cosa. Siente que los amigos la conocen mejor que su familia y puede ser ella misma más allá de su peso o de lo que decide comer o no comer, dice que cuando come con sus amigas o con su novio puede hacerlo hasta llenarse sin sentir ningún tipo de culpa posterior y que incluso puede dormir tranquila, sin embargo, con las reuniones familiares sucede lo contrario, por lo que en esas ocasiones suele buscar momentos para darse atracones y luego vomitar.

Al preguntarle por qué es tan importante su imagen para ella, responde que ella siempre ha sido “la flaca” de la familia, “la modelo” y que se siente en la obligación de seguir siéndolo, ya que incluso cuando son reuniones con la familia extensa, lo primero que dicen de ella es “ya llegó la modelo”, por lo que cree que es debido a esa etiqueta que siente que si engorda dejaría de ser ella y perdería el lugar en su familia por pequeño que éste sea, ya que pareciera que su delgadez es el único elemento que la hace destacar, ya que incluso antes de su época de modelo, desde la primaria ha sido la flaquita de la familia y que jamás la han definido con base en su inteligencia ni por otras cosas, al punto de llegar a pensar que para lo único que es buena es para cocinar y para mantenerse delgada, mientras que su hermana destaca por tener muchos amigos,

por tener siempre un tema de conversación, por destacar en la escuela.... Siente que su peso es la única manera de competir contra ella.

Cuando Perla habla de esta competencia con su hermana se le pregunta a qué se debe y comenta que ella siempre se ha comparado principalmente con su hermana porque pareciera ser mejor que ella en muchos aspectos, tiene una relación sólida con sus familiares (principalmente con aquellos con los que Perla desearía vincularse más), que tiene un lugar propio en la familia y que cuando su hermana decide hacer alguna de las cosas que a ella le gusta hacer se siente invadida, como si también le fuera a “robar” lo poco que le pertenece. Comenta que en muchas ocasiones percibe a sus hermanos como ladrones del afecto de sus padres.

Posteriormente del relato realizado por Perla, se le refleja que cada vez pareciera tener mayor claridad respecto a las emociones que están involucradas con su ingesta excesiva y con el vómito, y que también se ha permitido expresar algunas ideas que representan mucho conflicto, a lo que responde que por lo general siente vergüenza al hablar de su problema a profundidad, que siempre ha sido algo que mantiene en privado pero que se ha cansado y que sabe que la única manera de solucionar el permitiéndose decir todo aquello que no ha sido dicho.

Sesión 14: 25/01/2016

Se le dio la bienvenida a Perla y se procede a la narración de la semana, resaltando el hecho de que existieron más espacios de convivencia con su madre y que en esos momentos se sintió tranquila, que la comunicación con ella se reestableció saliendo de la sesión pasada ya que el revisar con mayor profundidad lo que sentía le permitió decirle de una manera más clara aquello que le perjudica, le pudo hablar del distanciamiento percibido y de la falta de confianza. Relata que la madre le dijo que ella la ha apoyado siempre y que lo seguirá haciendo, aunque a veces le desespera no saber qué hacer para ayudarla, que espera honestidad al 100% de su parte,

pero que esta parte de la honestidad y la transparencia la dejaron insegura, puesto que sabe que si siempre le dice a su mamá cuando se sienta mal o cuando haya comido y vomitado seguramente su madre se enojará con ella o que le retirará el afecto. Por otro lado, menciona que el pedir ayuda de manera constante la haría sentir menos competente, ya que su hermana logró solucionar el problema por su cuenta.

Se le refleja que pareciera que el lograr sobrellevar la situación sin el apoyo de los miembros de su familia, le permitiría ganar la competencia con su hermana, a lo que comenta que siempre siente que su hermana es mejor que ella en todos los aspectos: tiene amigos, pudo solucionar sus problemas sola, es muy inteligente, más atractiva que ella y que además logra atraer la atención de su familia de una manera fácil, mientras que por más que ella se esfuerza no lo logra.

A raíz de estos comentarios se le confronta diciendo que pareciera que se fija más en las virtudes de su hermana olvidando por completo su propio valor. Responde que es difícil saber cuál es su propio valor o lugar en la familia cuando para su hermana las cosas parecen tan sencillas. Ante este comentario se le explica a manera de analogía que cada persona tiene un lugar en su familia tal como cada pieza lo tiene en un rompecabezas y que cada pieza es diferente y aunque uno quiera no puede ponerse exactamente en el lugar del otro porque entonces la imagen no se formaría, que ella se ha empeñado en contemplar la pieza de su hermana y ha querido parecerse, pero que la única forma de formar la imagen completa es que ella observe su propia pieza, la reconozca y entienda que aunque es diferente también es hermosa y valiosa. Tras este comentario simplemente responde que en ese sentido pareciera que la imagen de su familia está completa aún sin su pieza y que a su hermana le tocó la ficha principal y la más bella, que su hermana parece ser perfecta tal y como es. Se le recuerda que la perfección es algo que no existe y que ahora su tarea es encontrar su propio lugar en la familia y su propia manera de conectarse

con los otros, a pesar de que aparentemente ser como su hermana sería más fácil, también es notorio que ese intento resulta agotador y que en lugar de ayudarla la hace sentir peor.

Sesión 15: 3/02/2016

Se le dio la bienvenida a Perla y se le pidió que narrara cómo había estado la semana, a lo que ella responde que la mayoría del tiempo estuvo bien, sintiendo ansiedad por ratos, pero logrando controlarlo la mayor parte del tiempo, sin embargo, se presentaron situaciones en el fin de semana que no le fueron cómodas. Relata que el sábado fue a desayunar con su familia a un poblado cercano y que pidió lo habitual (cantidad que ella y su hermana siempre piden) pero que su hermana pidió menos, y que eso de alguna manera la hacía sentir con la obligación de comer menos, sin embargo, al no llenarse decidió terminarse el plato. Lo que le llamó la atención es que ese pequeño hecho la hizo pensar en que tenía otro compromiso familiar por la tarde y que su ansiedad aumentó al pensar que además de tener que quedarse con hambre para poder comer luego en dicho compromiso, tampoco tendría tiempo para vomitar en caso de necesitarlo, como si tuviera que separar un momento del día para llevarlo a cabo. Posteriormente, tratando de ignorar esa idea, fue al evento familiar donde la recibieron diciendo “mira, hasta que se nos hace ver a la modelo” y eso la puso de muy mal humor sin saber exactamente por qué. Tras sentirse ignorada en la reunión se puso a pensar en por qué, a pesar de que disfrutó modelar, no le gusta que le recuerden esa época en su vida, descubriendo que es porque cada vez le resulta más desgastante tener que cumplir con ese estándar y que también su papá la ha hecho sentir culpable por ello, ya que durante esa etapa su madre se dedicó a ella, a acompañarla en su viaje a México y su papá recriminaba que ella le robaba la atención de la madre al padre, aunado con que coincidió que en ese entonces descubrieron una infidelidad del padre. El recordar la época del modelaje, le hace sentir responsable de dicha infidelidad, a pesar de saber que esa fue una decisión exclusiva del

padre que ha tratado de justificar haciendo alusión a que su esposa no le dedicaba el tiempo que debía. De igual manera, pensar en todo eso le hizo percatarse que en realidad se encuentra muy molesta con el padre.

Al estar ocupada en estas cavilaciones, no ingirió alimentos en la reunión familiar, por lo que, llegando a su casa, en parte por el hambre y en otra por el malestar al darse cuenta de esas cosas, se dio un atracón y vomitó posteriormente, lo cual la hizo sentir liberada de todas las emociones negativas del día y pudo dormir tranquila y descansar.

Otra cosa que narra es una cena con su novio, con quien casi siempre se siente a gusto y bien incluso cuando hay comida de por medio, sin embargo, narra que en esta ocasión por más que comió se sentía sola y no se llenaba, por lo que regresó a casa con ganas de darse de un atracón, sin embargo, mejor se obligó a dormir.

De igual manera logró evitar un episodio de atracón el día domingo, que ese día tenía muchas ganas de quedarse en casa a hacerlo, pero que cuando su mamá le pidió acompañarla a hacer unas diligencias, recordó lo hablado en las sesiones y mejor decidió acompañar a su madre.

Al reflejarle que ha tenido dos avances importantes, identificar las emociones que desatan los atracones y el poder evitarlos en algunas ocasiones, sonrío y comenta que en realidad no estaba segura de poder hacerlo, pero que al final si pudo. Refiere que se ha vuelto complicado, porque este proceso le duele, porque ha tenido que recordar cosas dolorosas como el enojo sentido hacia el padre por la infidelidad a su madre.

Se le comenta que efectivamente a veces para solucionar los problemas es necesario pensar y hablar de las cosas que resultan dolorosas para poder identificar en dónde es que se encuentra la herida principal, poder cerrarla y continuar de mejor manera, ya que tal como se ha hablado en sesiones anteriores, su trastorno de la alimentación tiene base en problemáticas más profundas y, que llegará el momento en que pueda ver esto como una cicatriz, saber que atravesó

por esta situación pero que pudo salir adelante y sin más dolor. Ante esto comenta que este comentario le genera esperanza.

Por otra parte, comenta que le sigue pareciendo confuso el hecho de desear comer algo y al mismo tiempo reprocharse por ello, a lo que se le responde preguntándole a qué le recuerda esa situación y tras poner una cara de asombro menciona que con la comida le pasa lo mismo que con su familia en el sentido de que a veces desea su cercanía, pero por otros momentos siente que la invaden y los aleja, aislándose de ellos por sentir que no se merece esa atención.

Sesión 16: 10/02/2016

Perla llega puntual a su cita como es acostumbrado, se le nota de buen humor y con mayor energía que en sesiones pasadas por lo que se le hace notar y responde que se siente contenta debido a que ha habido signos de mejoría ya que logró reducir la frecuencia de los atracones y que eso la hace sentir tranquila. Refiere que antes pasaba todos los días y que a lo largo de la semana en curso solo había sucedido tres veces, lo cual para ella es bastante diferencia.

Tras este comentario se le pregunta a qué considera que se debe la mejoría, a lo que responde que fueron varias cosas, en primer lugar que el hablar dentro del espacio terapéutico le ha permitido darse cuenta de las cosas que pasan y que siente antes de que los síntomas aparezcan, que también se quedó pensando respecto al funcionamiento del síntoma en el sentido de que si pasa demasiado tiempo sin comer cuando surgen los atracones suelen ser más intensos y que decidió no quedarse con la sensación de hambre y por último pero más importante, menciona que a lo largo de la semana tuvo mayores espacios de convivencia con su madre, lo cual de cierta manera le hace sentir mejor.

De igual manera comenta que esos espacios de convivencia con su madre no fueron realmente afectivos, es decir, que no platicaron a profundidad y que en realidad fue hacerse

simple y llana compañía mientras veían películas o cocinaban, pero que para ella resultaron significativos pues hace mucho tiempo que lo único que hacen es discutir en función de sus problemas con la comida. Ante esto se le refleja que la soledad que siente en verdad debe ser muy grande por lo que estas pequeñas dosis de compañía resultan significativas.

Posteriormente se le pregunta qué cosas hizo para evitar los episodios de atracón y comentó que cuando sentía ganas de comer y vomitar, optaba por llamar a alguna amiga por teléfono, salir a caminar, leer, buscar a su madre, etc. Se le comenta que el poder anticipar los episodios y tomar acciones concretas para posponerlos o evitarlos por completo, es un avance en su proceso y que refleja que es capaz de tomar decisiones en pro de su bienestar.

Ante este comentario, Perla comenta que ha pensado a raíz del proceso que lo principal es su salud y que siempre puede elegir, por lo que ha tratado de elegir cosas que contribuyen a su salud y no a las que alimentan su problemática.

Sesión 17: 17/02/2016

Perla llega puntual a su cita como es habitual, al preguntarle cómo le ha ido en la semana, refiere que se ha sentido más tranquila dado que comenzó a hacer ejercicio acompañada de su abuela paterna, ya que ambas se integraron a un grupo de caminata y decidieron hacerse compañía mutua. Comenta que esta experiencia ha reducido su ansiedad, que siente que el ejercicio le ayuda a sentirse mejor físicamente y que además le está dando la oportunidad de interactuar más y mejor con su abuela, de quien antes tenía una pésima impresión debido a la manera en la que su madre se expresa de ella en términos negativos.

De igual manera, se exploró con ella la necesidad de tener un plan estructurado de alimentación ya que descubrió que ingerir alimentos de los cuales desconoce su contenido calórico exacto le genera mucha incertidumbre puesto que, aunque quiere comer con normalidad

y sin sentirse mal, no quiere subir de peso al punto de ser una persona gorda. Ante esto se le pregunta a qué cree que se deba esta necesidad que expresa, a lo que comenta que uno de los factores que influye en la prevalencia de los atracones, es que durante estos episodios consume comida chatarra empaquetada, la cual menciona con exactitud el contenido calórico y que sabe exactamente cuánto ingiere y qué medidas tomar para remendar el “error”, mientras que cuando se trata de comida elaborada de manera casera, no sabe cuánto debe de comer para que sea adecuado.

Tras la mención del vómito, se le interpreta que pareciera que recurre al mismo como método de castigo, ante la culpa que le produce el comer y que pareciera que en algún punto se ha convencido de merecer el humillarse en privado, ante lo que responde manteniéndose en silencio y responde que sí siente mucha culpa al excederse y que es probable que se sienta de esa manera, como si el vomitar fuera lo único que la libera de esos sentimientos negativos respecto a sí misma y que es por eso que considera necesario encontrar una forma de saber las cantidades aproximadas que debería comer de cada cosa para tener la certeza de que lo hace de manera adecuada y eliminar la culpa derivada de sus excesos.

Se le comenta que, si siente que el ejercicio y el establecer un plan de alimentación le serviría para menguar su malestar, podría considerarse como buena idea siempre y cuando lo haga con una persona calificada para hacerlo y que conozca de su situación respecto a la comida y su imagen, para que en verdad sea algo favorable. Por otra parte, se le hizo hincapié en que estos planes solo serían un elemento auxiliar, ya que para lograr solucionar es necesario trabajar consigo misma para establecer cambios más internos y profundos que perduren más allá de la existencia de esas estrategias.

Sesión 18: 24/02/2016

Perla llega a consulta tal como acostumbra, de manera puntual. Tras hacer un recuento de sus actividades de la semana comenta que se ha sentido sumamente frustrada porque su madre se percató de que había tenido algunos episodios de atracón, a lo que le comentó que no sabía para qué acudía a un proceso de terapia si no era capaz de mejorar y que si seguía teniendo tan pocos avances sería conveniente que dejara de asistir.

Refiere que ella intentó hacerle ver a su madre que el proceso por el cual está atravesando en verdad es complicado, que no es simplemente que ella no quiera cambiar, sino que es algo lento, que lleva tiempo viviendo con esto y que necesitaba mayor comprensión de su parte y que no la juzgara tanto.

Aunado a lo anterior menciona que su madre cerró la conversación diciéndole: “Puedo entender que exista una recaída, pero si sucede más veces es porque eres incapaz de mejorar o porque simplemente no quieras, si esto vuelve a ocurrir no regresas a terapia porque no te sirve de nada”.

Ante esta narración se le refleja que debe ser difícil sentir que nada contra corriente, pero que lo importante es que ella tuviera presentes los avances que ha tenido en el breve tiempo de proceso y que también habría que entender que para las personas que no viven su situación, que no están en su piel, es bastante difícil comprender el problema y saber qué hacer para apoyarla, que ella tuvo un acierto al expresarle a su madre la manera en la que podría contribuir a la mejoría pero que, si lo lleva a cabo o no, ya no está en sus manos.

Al escuchar esto, Perla baja la mirada y afirma que se siente juzgada por su madre, que le resulta frustrante que no se percate de lo difícil que es para ella cambiar algo que ha definido quién es a lo largo de tanto tiempo y que le preocupa sobremanera que su madre cumpla la sentencia de obligarla a dejar el proceso de terapia.

Ante este comentario se opta por transmitirle que ya es una persona mayor de edad y que ella es quien decide hasta dónde continuar con su proceso, además de que tenía la responsabilidad de comenzar a definirse de acuerdo a su propio criterio, porque pareciera que se esfuerza por ser aquello que su padre, su madre y las personas que le rodean le dicen que debe ser.

Tras este comentario se muestra más tranquila y comenta que efectivamente a veces no sabe quién es más allá de su problemática con la comida, que durante demasiado tiempo se ha definido por aquello que come, que no come o que vomita o no, pero que se ha dado cuenta a través de los momentos de calma que ella también merece disfrutar su vida.

Ante la necesidad de cerrar la sesión por cuestiones de tiempo, se le comenta que piense respecto a esto último y que se abordará en otro momento, ante lo que asiente y se despide.

Sesión 19: 2/03/2016

Perla llega puntualmente a su sesión notándose abatida y triste, al preguntarle qué había sucedido en su semana, refiere que las discusiones con su madre se habían perpetuado y que la seguía haciendo sentir culpable, que dentro de su sistema familiar se siente poco querida y apoyada.

Se le preguntó si esto únicamente ocurría con su familia y refiere que no, que le pasa en casi todos los ámbitos y no porque considere que todos deban de quererla pero que se descubre a sí misma preocupándose por no equivocarse nunca, porque cualquier error, aunque sea insignificante, la hace sentir mal e insegura. Después de esto refiere que incluso en el ámbito escolar, constantemente tiene miedo a equivocarse por lo que muchas veces opta por no opinar a pesar de que cuando alguien más dice lo que ella pensaba resulta que su formulación era acertada. Se siente en competencia incluso a ese nivel y no sabe cómo remediarlo.

En función de eso se le refleja que parece estar insegura respecto a sus propias características y parece exigirse ser perfecta en todo aquello que realiza, lo cual le genera malestar ante los errores por insignificantes que parezcan.

Ante esto comenta que sí, que se juzga muy severamente ante sus equivocaciones a pesar de que sabe que es buena para algunas cosas. Se le pide que mencione aquellas cosas que considera como sus virtudes y refiere que se considera bonita, inteligente, perseverante, buena estudiante, que es capaz de hacer las cosas que ella desea, que es buena con los niños y buena en la cocina.

Partiendo de estas ideas se le comenta que gran parte de su malestar está relacionado con las sobre-exigencias que se hace a sí misma, que pareciera que a pesar de sus características positivas quisiera ser siempre más y que aceptando sus virtudes, pero también sus limitaciones, podría darse cuenta de lo única que es y que no es necesario luchar de una manera tan extenuante por la aprobación de los demás.

Por otro lado, se le comenta que, evaluando los comentarios en referencia a las quejas de su madre respecto al proceso, se consideraba pertinente poder invitarla a una sesión en la cual se pudiera hablar con ella en referencia al proceso, sus avances y ayudarla a entender la situación por la que está atravesando. Responde que está de acuerdo, aunque sabe que su madre no cambiará de opinión y que insistirá en sacarla del proceso terapéutico.

Sesión 20: 9/03/2016

Perla y su madre llegan a tiempo para la cita programada y se les pide pasar al consultorio. Al entrar, la madre se posiciona entre su hija y la terapeuta. Se les explica a ambas el propósito de la sesión, el cual es conocer el punto de vista de la madre respecto a la problemática

de Perla y de igual manera, que ella pudiera conocer los avances que ha tenido su hija, favoreciendo un espacio de comunicación entre ambas.

La madre asiente, aunque sin hacer contacto visual, puesto que estaba pendiente de su teléfono celular, el cual sostenía entre las manos y constantemente parecía responder mensajes, mostrando una actitud resistente ante la sesión.

Al preguntarle qué consideraba que sucedía con su hija, ella refiere que su hija es una chica problemática, que no quiere poner de su parte, que no entiende por qué es como es y que no entiende lo que le sucede con la comida. Refiere que ya no sabe qué hacer con ella, que desde muy chica ha dado problemas pues a los 11 años se rehusó a continuar asistiendo a sus lecciones de ballet y parece que no tiene voluntad para terminar las cosas. Por otra parte, argumenta que ella estaba en desacuerdo con que su hija siguiera asistiendo al proceso, ya que no sabía qué se estaba haciendo con ella y que además no veía cambios, pues su hija continuaba comiendo sin control y vomitando en ocasiones. Siguió su argumento de manera hostil hacia la terapeuta, refiriendo que “sé que no te haces millonaria atendiendo a mi hija, pero dudo que estés haciendo lo que deberías porque mi hija sigue igual”.

Ante estos comentarios se le devuelve la idea de que es entendible que se encuentre preocupada por su hija y que esté deseosa de que los cambios fueran rápidos y permanentes, sin embargo, la problemática de su hija (trastornos de alimentación) requiere de una atención comúnmente prolongada ante la que se obtendrán avances poco a poco, que su hija se ha mostrado comprometida con su proceso y que ha logrado ciertos avances como el identificar sus emociones y prevenir la ocurrencia de algunos episodios de sobre ingesta, hablar más abiertamente del tema y comenzar a definirse más allá de su problemática con la comida.

La madre al escuchar esto menciona que sí está preocupada por su hija pero que la terapeuta sería incapaz de entender dicha preocupación dado que sabía de maternidad tanto como

de astrofísica, ya que los conocimientos respecto al tema partían únicamente de una aproximación teórica y no de la experiencia, que no consideraba que tuviera la capacidad para orientar a su hija.

A raíz de estos comentarios, Perla le responde a su madre que dentro del espacio terapéutico había encontrado la escucha que en muchas ocasiones no encontraba en casa, que ella sí notaba cambios en su persona, que ella se esfuerza continuamente por mejorar y lograr su aprobación pero que ella no escucha y parece no notar las cosas que ella hace por estar mejor. La madre refiere que si en verdad se está esforzando no lo está haciendo como debería y que si sigue así no tiene caso continuar.

Tras la defensa que Perla hace de su espacio terapéutico, sus alcances dentro de la terapia y el papel de la terapeuta en el proceso, la madre responde de manera hostil, denotando una actitud defensiva y preguntando de manera suspicaz si ella en realidad tenía que ver con la problemática de su hija, a lo que se le responde que, en ocasiones, al no saber con exactitud qué hacer, se puede alimentar un problema incluso sin la intención de hacerlo. Ante este comentario la madre exige que se le muestre a través de un ejemplo claro si había hecho algo durante el tiempo en la sesión que fuera en contra de su hija, a lo que se le responde que quizá no había hecho las cosas a propósito pero que, cuando Perla narra sus emociones, ella manifestaba desacuerdo con su lenguaje no verbal.

Dicha devolución fue percibida por la madre como un ataque directo a su papel como madre y tras manifestar que la sesión había sido una ofensa directa hacia su persona, anticipa que no permitirá que su hija se mantenga en el proceso terapéutico y abandona abruptamente la sala, dejando a Perla a solas con la terapeuta.

Ante esta reacción de su madre, Perla comienza a llorar afirmando que su madre estaba realmente muy molesta, que cumpliría con su amenaza de no permitirle volver, que tenía miedo

de las consecuencias físicas que ella pudiera sufrir, debido a que su madre cuando se enoja se torna muy violenta y que seguramente arremetería físicamente en su contra por haberla “descubierto” ante la mirada de la terapeuta. También pide una disculpa por la actitud de la madre hacia la terapeuta.

Se le permite llorar y cuando se le nota más tranquila se le comenta que el espacio terapéutico le pertenece y que su permanencia en el mismo es decisión exclusiva de ella pese a los comentarios de su madre, se le refleja que se le esperará en la próxima sesión.

CAPÍTULO V

Análisis de resultados y conclusiones

El presente estudio de caso aborda la problemática presentada por Perla, una paciente del sexo femenino de 19 años de edad, quien desde hace aproximadamente cuatro años presenta síntomas anoréxico-bulímicos con predominancia de los segundos. Al llegar a solicitar el servicio sí tiene una noción de la enfermedad, aunque refiere que su preocupación principal es el lograr la regulación de los sentimientos de ansiedad que constantemente experimenta.

Perla es la segunda hija de un matrimonio tradicional, tiene una hermana dos años mayor y un hermano ocho años menor que ella. Refiere que al interior de su familia la relación es realmente distante, lo cual le provoca constantes sentimientos de soledad, tras los cuales actualmente suele refugiarse en la ingesta excesiva de alimentos, aunque debido a su preocupación por su imagen y al malestar físico que esto le provoca, emplea el vómito como conducta compensatoria, es decir que los sentimientos y emociones que le resultan difíciles de manejar tienen una función de catalizador del síntoma bulímico.

En función de la historia de sus síntomas, Perla hace mención de que el problema inició de manera gradual cuando se involucró en el ámbito del modelaje, en donde le asignaron una dieta y un entrenamiento físico particular, y que al principio únicamente realizaba lo que se le recomendaba sin embargo, conforme fue transcurriendo el tiempo incrementó la cantidad de ejercicio físico y empezó a excluir alimentos de sus dietas, primero los alimentos considerados chatarra, posteriormente los carbohidratos y por último las proteínas. Refiere que durante esta temporada ella no consideraba que tuviera un problema, que para ella representaba simplemente el cuidar su figura, aunque tenía una gran preocupación por llegar a ser gorda y dejar de ser atractiva, pues constantemente se comparaba con todas las mujeres con quien mantenía algún tipo de relación.

Durante el segundo semestre de su primer año de la preparatoria, las autoridades de la escuela la canalizan a una unidad de atención de enfermedades cardiometabólicas perteneciente a una universidad pública, en donde recibe tratamiento por aproximadamente seis meses bajo el diagnóstico de anorexia nerviosa. Dicho tratamiento inicia cuando ella poseía un peso corporal de 39 kg, lo cual era un peso considerablemente por debajo del que debía tener en función de su estatura (1.69m aprox).

Perla describe el tratamiento como incómodo y difícil, principalmente porque considera que los profesionales de la salud con quienes tenía contacto no tuvieron las consideraciones necesarias para facilitarlo, ya que, aunque ella no debía de conocer su peso, solía escuchar que lo comentaran, lo cual incrementaba su ansiedad y su temor por engordar. Aunado a esto refiere que el proceso psicológico que llevó durante esa temporada resultaba poco satisfactorio por varias razones entre las que enlista que su terapeuta era varón, que no se sentía comprendida y que parecía solo querer hablar de su negativa a subir de peso, olvidando que también es una persona más allá del trastorno alimenticio.

Pese a la percepción de Perla respecto al tratamiento, ella comenta que logró subir de peso, aún sin seguir las dietas recomendadas por los nutriólogos (las cuales no seguía gracias a la negativa de su madre por cocinar algo particularmente para ella) y que, al notar una mejoría leve, su madre comenzó a realizar quejas diversas respecto al mismo, por la distancia de traslado, el gasto en combustible, la lentitud de los cambios, etc., por lo que Perla abandona el proceso de atención en dicha institución. Tiempo después, refiere que, aunque su conducta alimentaria se había reestablecido y podía alimentarse de manera normal y sin preocuparse excesivamente por su peso, comenzó a experimentar mucha tristeza y ansiedad, por lo que la madre la lleva a tratamiento psiquiátrico, aunque también la obliga a abandonar el proceso argumentando que en

el poco tiempo en el que la llevó, únicamente le cambiaban los medicamentos o se le incrementaban las dosis.

Perla refiere que posteriormente surge una temporada de calma aparente, en la que experimentaba cierto malestar emocional al que decidió no darle importancia. Este periodo sin síntomas anoréxicos se vio interrumpido tras una convivencia familiar en casa de sus abuelos paternos, tras lo que refiere que comenzó a sentirse extremadamente triste, por lo que optó por consumir un paquete de galletas y que al hacerlo tuvo una sensación de bienestar, por lo que continuó ingiriendo alimentos de tipo chatarra hasta hartarse y sentirse mal físicamente, lo cual dio origen a los episodios de atracón sin conductas de tipo compensatorio principalmente por las noches, lo cual le generaba un malestar físico que perduraba a lo largo del día y le impedía realizar sus actividades cotidianas libre de malestar físico, además de generar un incremento de peso considerable que conllevó a que su ropa dejara de quedarle por lo que comenzó a utilizar la ropa perteneciente a su hermana, tras la negativa de la madre de comprar ropa nueva para ella, reforzando de esta manera la necesidad de bajar de peso.

Este incremento notorio de peso le generó a Perla un sentimiento de malestar por su apariencia física, por lo cual en un intento de regular su peso comienza nuevamente a seguir dietas restrictivas, sin embargo, ante la imposibilidad de sostenerlas de manera prolongada debido a su creciente ansiedad, combina estos periodos de privación alimentaria con atracones seguidos del vómito como mecanismo compensatorio.

Al hacerse más frecuentes estos episodios de atracón, la madre de Perla detecta que la comida desaparece en grandes cantidades y con frecuencia, por lo que comienza a monitorear la conducta alimentaria de su hija, descubriendo los atracones y reprimiéndola severamente por ellos. La familia toma medidas al respecto como cerrar con llave las alacenas, esconder la comida o comprar lo justo para las comidas del día, lo cual incrementa la ansiedad de Perla, al punto de

ahorrar su dinero para poder financiar la comida a ingerir durante estos episodios para no sentir que hace lo indebido con la comida de sus padres.

Debido a que la hermana es estudiante de psicología y al notar que pese a las medidas de la familia los episodios de atracón siguen sucediendo, Perla decide pedir apoyo psicológico en el centro de atención de una universidad pública acompañada por su madre, tras lo que se le asigna terapeuta y recibe tratamiento a lo largo de 20 sesiones de psicoterapia a las que acudía de manera puntual y comprometida, mostrando siempre una actitud cooperativa y motivada a alcanzar la remisión de sus síntomas así como su bienestar físico y emocional. El tratamiento se ve suspendido por decisión de la madre posterior a una sesión a la que acude de manera conjunta con su hija, en la que expresó su inconformidad y molestia respecto al tiempo de tratamiento y los escasos avances percibidos en cuanto a la problemática de su hija. Cabe recalcar que a lo largo de dicha sesión le fueron reflejados los diversos logros de su hija a lo largo del proceso, las especificaciones del tratamiento y la importancia de sostenerlo por más tiempo.

En relación al síntoma en el caso de Perla, pueden destacarse varios factores predisponentes de los trastornos de la alimentación que coexisten al momento de la primera aparición del síntoma anoréxico, tales como el ser adolescente, un ambiente familiar percibido como conflictivo, un ambiente que privilegia la delgadez como expresión ideal de la belleza y la convivencia con un familiar con antecedente de trastornos de la alimentación, que en este caso es representado por la figura de la hermana mayor. Estos factores observados en el caso de Perla, reafirman las ideas presentadas por Chinchilla Moreno (2003) y por Weitzner (2008) en cuanto a las causantes situacionales de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, a través del análisis de la personalidad de Perla, se puede afirmar que es una persona cuyas conductas se caracterizan por la presencia de una fuerte tendencia al perfeccionismo, la represión del placer, con exigencias excesivas, ansiedad y falta de regulación

emocional asertiva y eficaz, lo cual se relaciona con las características de personalidad asociadas a la aparición y el mantenimiento de los trastornos alimenticios tal y como mencionan algunos autores dentro de las revisiones realizadas por López y Treasure (2011).

El síntoma anoréxico se instaura en Perla casi de manera simultánea al descubrimiento de las infidelidades cometidas por el padre, como representación de la culpa introyectada por este suceso y a manera de castigo, fungiendo a manera de representar de forma simbólica el conflicto experimentado al interior de la familia. Aunque posteriormente, se recurre a la sobreingesta y al malestar relacionado como una forma de evitar dichos conflictos, manteniendo así el castigo y la demanda de ayuda de sus objetos a través de un síntoma que se expresa de manera evidente para los miembros de su hogar, quienes perciben y catalogan dichas conductas como un “simple capricho adolescente”, por lo que no le otorgan importancia hasta que las autoridades de la institución académica a la que Perla pertenecía, solicitan la adscripción a un tratamiento.

Tal y como mencionan Chinchilla Moreno (2003) y Recalcati (2008), los trastornos alimentarios suelen presentarse de manera secuencial o combinada, lo cual es observable en el caso de la sintomatología presentada por Perla, ya que, si bien el conflicto fue inicialmente caracterizado por conductas anoréxicas, a lo largo del curso evolutivo de los síntomas, se han presentado conductas y síntomas de otras problemáticas, estableciéndose finalmente un cuadro prioritariamente bulímico.

Las relaciones familiares de Perla son caracterizadas por la ambivalencia, es decir, la necesidad de pertenecer al sistema familiar y al mismo tiempo la de independizarse de un medio tan demandante y que le produce rechazo, lo cual es llevado al acto a través de los alimentos, que se rechazan durante el síntoma anoréxico y se incorporan en gran medida en el transcurso del síntoma bulímico. Dicha ambivalencia genera en Perla sentimientos de culpa e inferioridad al no poder manejarla de una manera que le resulte saludable.

Es en este sentido, que cobra importancia lo expresado por Luban-Plozza, Pöldinger, Kröger y Laederach-Hoffman (1997), dado que los síntomas bulimáxicos presentados en la conducta de Perla, derivan de un “hambre” de protección, amor y reconocimiento, así como la coexistencia de sentimientos de rechazo hacia sus padres, quienes son la fuente de ese afecto, protección y cuidado deseados, produciendo así un rechazo simbólico hacia los alimentos y la conducta de comer.

Perla refiere un sentimiento de rechazo hacia el padre, dado que lo cataloga como una persona hiriente, agresiva, que no le proporciona el afecto ni el apoyo que requiere para su óptimo desarrollo. De igual manera refiere que le resulta desagradable y conflictivo descubrir que existen aspectos de sí misma que mantienen una estrecha relación con las características del padre, ya que desea ser una persona completamente diferente a pesar de que expresa un fuerte deseo por ser aceptada por él, lo cual denota la fuerte incongruencia en lo relativo a sus afectos.

Por otra parte, la madre es percibida como el miembro más cálido de su hogar, pese a que ella es quien ejerce los juicios más severos respecto a la conducta de Perla, demandándole el destacar y ser buena en todo aquello que emprende y siendo ella quien representa el mayor obstáculo para la supresión del síntoma, ya que pese a que argumenta una constante preocupación por las problemáticas de su hija, ha sido el motor principal de la renuncia a los diversos tratamientos a los que Perla se ha sometido. Estos juicios percibidos como severos se han introyectado fuertemente en la psique de Perla, haciendo que experimente culpa excesiva al no poder alcanzar los ideales impuestos por su madre, lo cual es evidencia del predominio del Superyó en su conducta lo cual inhibe la capacidad de gozo y la orilla a adoptar conductas y actitudes más tanáticas que eróticas.

Si bien al comienzo del proceso terapéutico Perla refiere que su hermana es la persona más cercana a ella, posteriormente hace evidencia de sentimientos y emociones negativas

dirigidas a la misma tales como competencia y envidia, ya que percibe que esta hermana posee recursos para atraer la atención de unos padres que son percibidos como distantes y poco afectivos, así como para superar por sus propios medios el síntoma anoréxico que presentó en etapas anteriores de su vida.

La relación con el hermano menor es descrita como conflictiva, sin embargo, dicho conflicto es atenuado ante los ojos de Perla, debido a que su hermano es percibido por ella como un niño que está entrando a la adolescencia y es entendible que tome ciertas conductas que le resulten incómodas o desagradables. El papel del hermano menor, de manera aparente, cobra una función secundaria en relación a la problemática alimentaria de Perla.

Estas relaciones familiares teñidas de ambivalencia, se hicieron notorias a lo largo del proceso a través del discurso propio de Perla y, a su vez, fueron representadas a través del dibujo de la familia y el listado de afectos familiares que se realizaron al finalizar la etapa diagnóstica (Ver apéndices A y B). Con la información obtenida al respecto, se indujo a Perla a analizar el impacto de estas relaciones en función de la manifestación de los síntomas, logrando establecer los niveles de influencia entre su necesidad de afecto y su conducta de sobreingesta durante los periodos de atracón, así como su rechazo manifestado a través del vómito y la restricción alimentaria.

A lo largo del proceso psicoterapéutico realizado se fomentó una relación de aceptación incondicional hacia Perla, que permitió que ella pudiera poner sus afectos en la palabra, facilitando el análisis de las implicaciones inconscientes de su problemática y le brindara la confianza necesaria para enfrentarse a recorrer el camino, hasta entonces poco claro, hacia la modificación de su conducta.

En este sentido, cabe mencionar que, al analizar el síntoma se hizo evidente que su aparición se relaciona directamente con las etiquetas que le han sido asignadas a Perla al interior

de su familia, ya que la delgadez aparece a lo largo de su historia como el elemento más importante y reconocido por los otros, haciéndole aferrarse a la misma a manera de una falsa identidad, llevándola a sentir que si engorda, deja de existir para los suyos, lo cual le representa niveles exacerbados de angustia.

De igual manera, se llegó a la conclusión de que el hambre insaciable que padece durante el episodio de atracón, deriva de su necesidad de un afecto que ella perciba como sano y suficiente, libre de las constantes demandas impuestas por sus padres y que le permita vivir, y que, ante la falta de este, opta por llenar el vacío simbólico o emocional a través del alimento.

En cuanto a la reestructuración de las relaciones objetales y la optimización de las funciones del yo, se logró un acercamiento hacia las historias de los padres que permitiera percibirlos como producto de dichas historias, cambiando así la percepción acerca de ellos para visualizarlos de manera más humana, reconociendo algunos aspectos positivos de los mismos y encaminando a Perla a liberarse de las emociones negativas que éstos le generaban. Si bien no se logró una totalización de sus objetos, se permitió que Perla pudiera dirigir su mirada a ellos emitiendo juicios menos severos, reconociendo que existen características de esas figuras en sí misma, además de lograr diferenciar de manera más clara los comentarios que son dirigidos hacia sus síntomas y los que son dirigidos a ella como individuo y parte fundamental de su familia.

Continuando en la línea de las funciones yoicas, se fomentó que Perla fortaleciera su sentido de la realidad a través del reflejarle que ella es un ser humano integral y que posee características valiosas que van más allá de su imagen y peso corporal, permitiendo que reconozca cualidades hasta entonces ignoradas y logrando una visión más integral de sí misma. Por otra parte, en cuanto al control de sus pulsiones y afectos, el logro más importante fue la reducción de la aparición del episodio de atracón que al principio del tratamiento se manifestaba entre dos y tres veces al día, cada día de la semana, y, que al momento de la interrupción del

proceso únicamente se presentaba entre tres y cuatro veces en total en el periodo comprendido por una semana; Esto último hace evidente la motivación que Perla poseía para alcanzar la mejora, y el trabajo realizado dentro y fuera del ambiente terapéutico, que fue favorecido a través del establecimiento de una fuerte alianza de trabajo con la terapeuta.

5.1 Alcances del proceso psicoterapéutico

En función de los objetivos generales y específicos, tanto de la investigación como de la intervención, se pueden enlistar los logros obtenidos a lo largo del proceso psicoterapéutico por orden de relevancia.

- a) Reducción de la frecuencia de manifestación del síntoma de dos a tres veces diarias a tres o cuatro veces semanales.
- b) Acercamiento a una visión más humana respecto a los padres, disminuyendo así los juicios severos y las emociones negativas vinculadas a los mismos.
- c) Notoria mejoría en cuanto a las funciones yoicas de Sentido de la realidad, Control de pulsiones y afectos, así como de las Relaciones de objeto.
- d) Establecimiento y clarificación de la influencia de las relaciones objetales en los síntomas bulimáxicos.
- e) Elaboración del análisis metapsicológico del caso (Psicodinamia).

5.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones que se hicieron presentes a lo largo del proceso psicoterapéutico se señalan como elementos relevantes la resistencia de la familia ante la posibilidad de mejoría, lo cual se vincula con las ganancias secundarias que el síntoma proporciona principalmente a la madre, dado que, en una ocasión, la familia se rehusó a llevar a

la paciente a las instalaciones en las que recibía el tratamiento, así como la abrupta interrupción del mismo como consecuencia de las inconformidades manifestadas por la madre en la última sesión.

Otro aspecto que puede considerarse como una limitante, se manifiesta en función del tiempo en que la paciente lleva coexistiendo con los síntomas de trastornos alimentarios (4 años), ya que de acuerdo a Koldony (1998) se considera como un factor que dificulta la modificación conductual y actitudinal en lo referente a la alimentación, ya que el alimento y la conducta del comer, adquieren un papel protagónico en la vida de los individuos que presentan alteraciones en sus conductas alimentarias.

Aunado a lo anterior, la confusión experimentada por la paciente a raíz de los dobles discursos emitidos por su familia, principalmente por la madre, la llevaba a oscilar entre el creer en la posibilidad de mejora y al mismo tiempo a experimentar sentimientos de impotencia y culpa al no poder remediar la problemática de manera breve.

5.3 Conclusiones y sugerencias

Después del análisis teórico y práctico de la presente investigación, es posible decir que los resultados obtenidos a lo largo del proceso resultan significativos en función de la duración del tratamiento y son evidencia de la motivación presentada por la paciente para alcanzar la mejoría, así como de la fuerte alianza terapéutica establecida al interior del espacio de trabajo.

El alcance de la meta de la reducción del síntoma a menos de la mitad, tanto en frecuencia como en intensidad, representa una de las mayores evidencias del éxito del proceso, así como un indicador de que en caso de que el trabajo se hubiera continuado por más tiempo, se podría hablar de una remisión total del síntoma.

Es importante señalar que este trabajo de investigación, pone en evidencia la importancia de fortalecer los sistemas familiares, sobre todo en casos de trastornos alimenticios, dado que son una de las principales causas de conflicto y al ser manejadas de manera eficaz, podrían resultar como herramientas imprescindibles en el camino hacia la cura, evitando los sabotajes al tratamiento, como fue en el caso que en este documento se aborda.

Siguiendo la línea de lo anterior, se sugiere para futuras investigaciones, abordar la problemática, en medida de lo posible, en conjunto con la familia, pues esta representa un factor que cataliza y perpetúa la presencia del síntoma en la mayoría de los casos.

De igual forma, se considera conveniente continuar realizando investigaciones en esta materia, pues a pesar de la creciente presencia de los síntomas en la sociedad actual, existe poca documentación respecto a modelos de intervención pertinente en estos casos, por lo que resulta primordial dotar a la profesión de múltiples aproximaciones, que permitan un acercamiento sólido y eficaz hacia la solución de dichos conflictos.

A manera de conclusión, se puede afirmar que la presente investigación contribuye a ampliar el conocimiento existente en lo referente a los trastornos alimentarios y pretende crear, a través de su existencia, mayor sensibilidad respecto a la temática. Resulta imprescindible que surjan nuevas investigaciones en función de los cuadros de sintomatología mixta de trastornos de la alimentación, de manera que sea posible establecer pautas más claras de intervención, así como contribuir a la disminución de la presentación de estas problemáticas características de la sociedad moderna tanto en población adolescente como adulta.

Referencias

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Almenara, C. (2003) Anorexia Nerviosa: Una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66, 52-62
- Álvarez Calleja, M. A. (1989). La autobiografía y sus géneros afines. *Epos: Revista de filología*, (5), 439
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. DSM-5. New School Library: Washington, DC
- Anguera, B. y Miró, M. T. (1995) El modelo psicoanalítico de las relaciones de objeto y su evolución. *Anuario de psicología*. Universidad de Barcelona. Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61299/88880&q=La+psicologa+matura+y+su+tratamiento+de+choque&sa=X&ei=ib3bT-_tEIbE0QWf__HjCg&ved=0CCYQFjAI
- Armengol, R. (1995) Psicoanálisis o terapia psicoanalítica: sobre teoría, método y técnica. *Anuario de Psicología*. 67, 77-85.
- Bachmann, R. M. y Babiszenko, D. (2006). El método freudiano y la validación de resultados terapéuticos. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Barrera Ocampo, T. J., Castañón Garduño, V. E., Rodríguez Hurtado, M. L., Sánchez Zago, G. y Soberón Moreno, M. G. (2013) Anorexia y bulimia: Una mirada psicoanalítica. Editores de Textos Mexicanos: México, D.F.

- Camarillo Ochoa, N., Cabada Ramos, E., Gómez Méndez, A. J. y Munguía Alamilla, E. K. (2013) Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 12 (1) 51-55.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004) *Guía de trastornos alimenticios*. México
- Chemama, R. (2002) Diccionario de psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis. Amorrortu Editores: Argentina.
- Chinchilla Moreno, A. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Masson: Barcelona
- Coderch, J. (2000) *Psiquiatría dinámica*. Herder: Barcelona
- Correa Vinhal, W. (2014) Anorexia y bulimia en la adolescencia: un enfoque psicoanalítico. *Desvalimiento Psicosocial*, 1 (1)
- Cozby, P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill
- Cruz Bojórquez, R. M., Ávila Escalante, M. L., Cortés Sobrino, M., Vázquez Arévalo, R. y Mancilla Díaz, J. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- Diatkine, R., Ferreiro, E., Lebovici, S. y Volnovich, J.C. (1981) Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños. Gedisa: Barcelona
- Espina Eizaguirre, A. (2007) Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica. *Cuadernos de terapia familiar*. 66, 119-128
- Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno
- González Núñez, J. J. y Rodríguez Cortés, M. P. (2002) Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Plaza y Valdés: México.

- H. Congreso del Estado de Yucatán (2012) *Ley de nutrición y combate a la obesidad para el Estado de Yucatán*.
- Hekier, M. y Miller, C. (2010) Anorexia- Bulimia: deseo de nada. Paidós: Buenos Aires.
- Hernández Valderrama, L. (2013) La construcción del cuerpo, su imagen y las alteraciones en la anorexia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16 (2) 438- 457
- Hidalgo Vicario, M. I. y Güemes Hidalgo, M. (2008) Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. *Pediatría integral*. 12 (10) 959-972
- Ibarra, N. (2004) *La relación madre e hijo en niños asmáticos*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UVAQ
- Instituto Nacional de la Salud (2000) *Trastornos del comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid.
- Jácome Roca, D. y Jácome Roca, A. (2009) Bulimia, adicción alimenticia y los colores de las frutas. *Revista de Medicina*. 4 (31) 246- 253.
- Jarit Wals, A. M. (2009) Trastornos alimenticios en el aula: anorexia y bulimia. *Revista Digital de Innovación y Experiencias Educativas*. 21. 1-12
- Koldony, N. (1998) Cuando la comida es tu enemiga: Cómo enfrentarse y vencer a los trastornos alimentarios. Granica: Barcelona
- López, C. y Treasure, J. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 22 (1) 85-97.
- Luban- Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. y Laederach- Hofmann, K. (1997) El enfermo psicossomático en la práctica. Herder: Barcelona
- Mancilla Díaz, J. M., Lameiras Fernández, M., Vázquez Arévalo, R., Álvarez Rayón, G., Franco Paredes, K., López Aguilar, X., Ocampo Téllez-Girón, M. T. (2010) Influencias

socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 1 (2010) 36- 47.

Milenio (2012, 20 de enero). Encabeza México lista de trastornos alimenticios en AL. *Milenio*, Sección Tendencias. Recuperado el 28 de Enero de 2016 de <http://www.Milenio.com/cdb/doc/noticias2011/50a22c5f90a91c7060c4a6dba2e79dc2>

Núñez Rocha, G. M., Topete González, M., Patrón Ramírez, J. M., Vázquez, A. M., Medina Aguilar, G., Ayala Aguirre, F., Salinas Martínez, A. M. y Garza Elizondo, M. E. (2008) Prevalencia de factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de una institución educativa privada en Monterrey. *Revista de Nutrición Clínica*. 4 (17) 118- 122.

Organización Mundial de la Salud (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001*

Ortiz Montcada, M. del R. (S. f). Alimentación y nutrición. Programa de formación de formadores en perspectiva de género y salud. Universidad de Alicante- Universidad del Atlántico (Colombia). Recuperado de http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf

Ramos Pérez, J. (2008, 14 de noviembre) Padecen 200 mil mujeres trastornos alimenticios: UNAM. *El Universal*. Recuperado el 30 de agosto de 2012 de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/555596.html>

Recalcati, M. (2004) *La última cena: Anorexia y Bulimia*. Ediciones del Cifrado: Buenos Aires.

Recalcati, M. (2008) *Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis: España

Saldaña, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. 3 (13) 381-392.

Sánchez-Queija, I. y Oliva, A. (2003) Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*. 18 (1) 71-86.

Secretaría de Salud (2007) *Programa Nacional de Salud 2007- 2012*

Secretaría de Salud de Yucatán (2013, 4 de octubre). *Síntesis informativa*.

Seijas B., D. y Sepúlveda T., X. (2005) Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Médica Clínica Las Condes*. 16 (4) 230-235.

Strada, G. (2002) El desafío de la anorexia. Síntesis: España

UNICEF (S.f) La adolescencia temprana y tardía. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

Vargas Baldares, M. J. (2013) Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 20 (607) 475- 482.

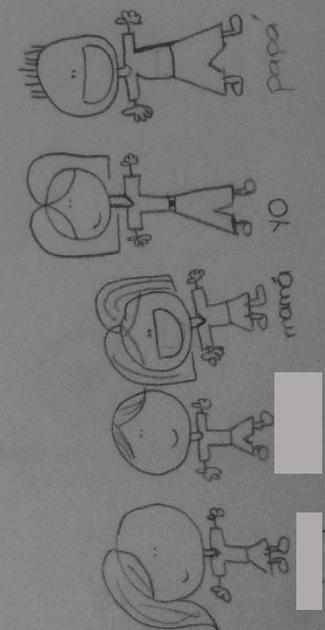
Weitzner, A. (2008) Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo: Guía práctica para maestros, terapeutas y médicos. Pax: México.

Apéndices

Apéndice A

-Están parados en casa.
+ feliz: [redacted], xq es 1 niño y no le preocupa nada
- feliz: Mamá, le preocupan muchas cosas, le han hecho muchas cosas, está apurada siempre, es frenada y cansada.
+ Bueno: Mamá, siempre hace el bien, no espera nada a cambio
- Bueno: Papá, xq lastima y no se da cuenta.

XIII CONGRESO
MEXICANO
DE PSICOLOGIA



Papa
YO
mamá
[redacted]
[redacted]

Apéndice B

